



DICEMBRE 2025
VOL. 27 N.°4

IL CADUCEO



RIVISTA PERIODICA DI AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO E CULTURA MEDICA



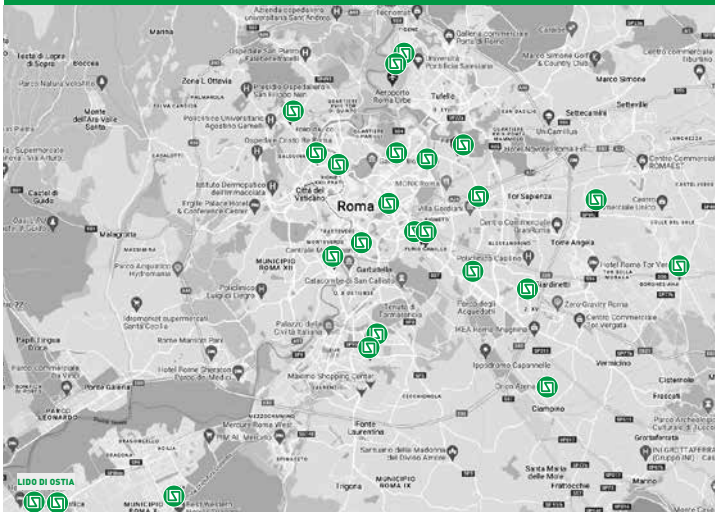
PUBBLICAZIONE A CURA DELL'U.S.I. UNIONE SANITARIA INTERNAZIONALE S.P.A. - VIA ESCHILO, 191 - ROMA



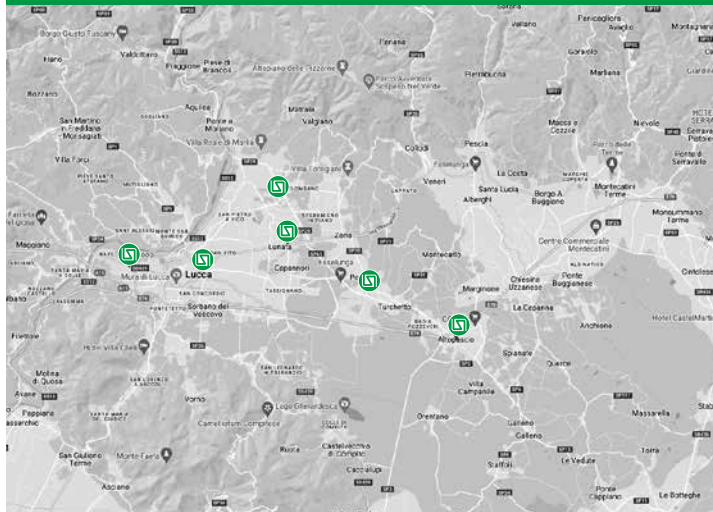
ATTIVO ANCHE
SU WhatsApp

06.32868.1
0583.495482

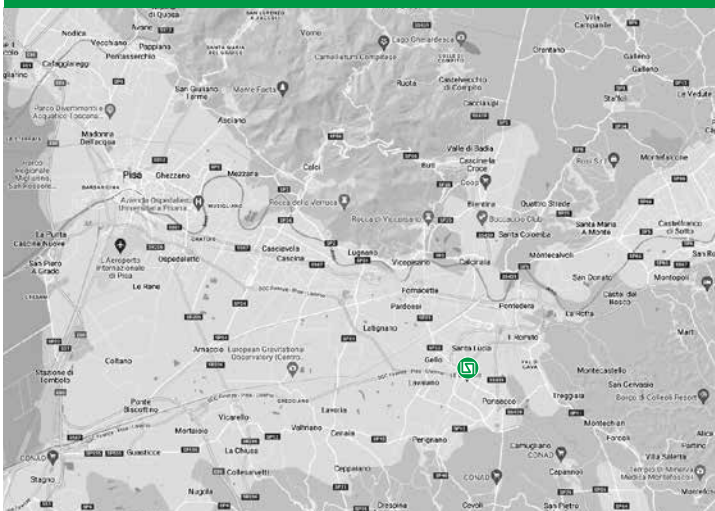
LAZIO ROMA



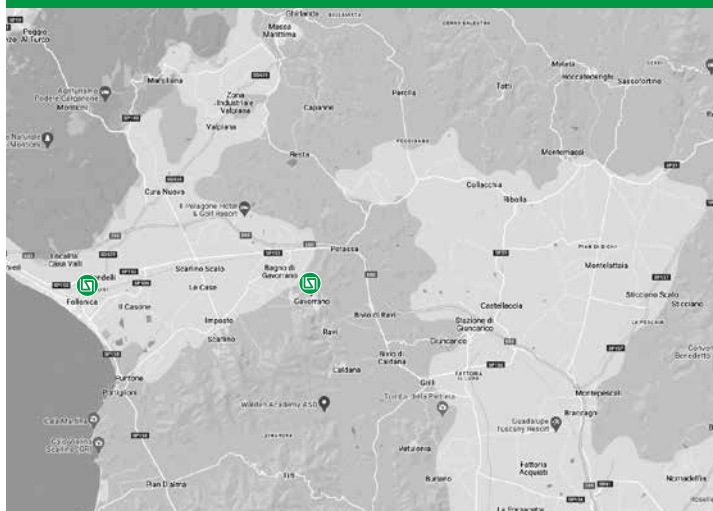
TOSCANA LUCCA



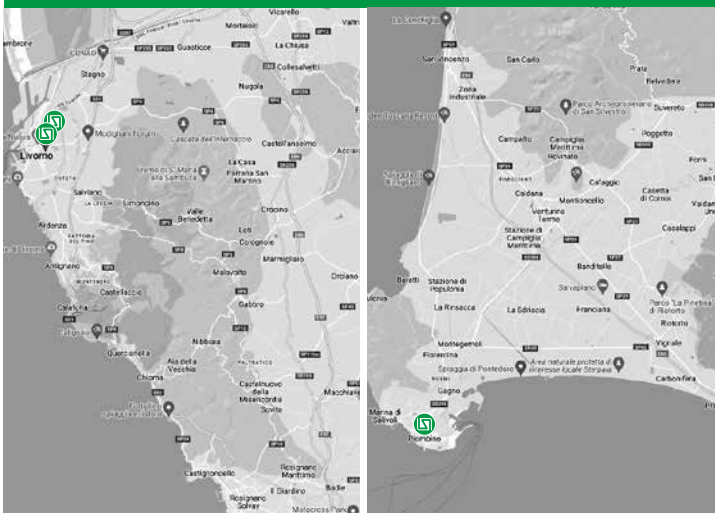
TOSCANA PISA



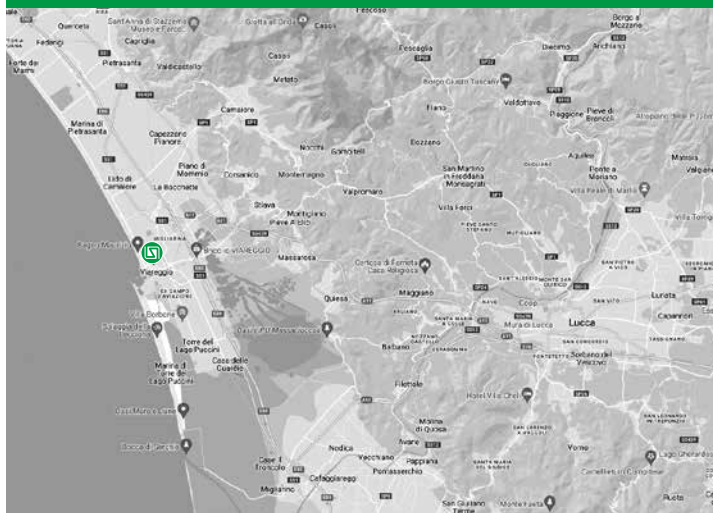
TOSCANA GROSSETO



TOSCANA LIVORNO



TOSCANA VIAREGGIO



TROVA IL CENTRO
PIÙ VICINO A TE



il caduceo

VOL. 27 N.° 4 2025



Il Caduceo

Rivista di aggiornamento
scientifico e cultura medica

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

DIRETTORE RESPONSABILE
F. Barbati

DIRETTORE SCIENTIFICO
Co-EDITOR
F. Borzillo

COORDINAMENTO EDITORIALE
C. Borzillo

SEGRETARIA DI REDAZIONE
A. Cecchi

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

STAMPA
Digitalia Lab Srl
Via Giacomo Peroni, 130
00131 Roma



Su carta patinata lucida
certificata FSC
e stampata con inchiostri vegetali

FINITO DI STAMPARE
A DICEMBRE 2025
TIRATURA: 10.000 COPIE

Foto di Copertina

Freepik

Copyright: Designed by Freepik
(Fonte: Freepik)

Grafica della copertina a cura di
A. Quattrucci

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

Le pubblicazioni o ristampe degli articoli della rivista devono essere autorizzate per iscritto dall'editore.
Il contenuto degli articoli e degli inserti pubblicitari de Il Caduceo sono redatte sotto la responsabilità degli autori e degli inserzionisti.



Associato USPI
Unione Stampa Periodica Italiana

Redazione:
Via Machiavelli, 22 - 00185 Roma
Tel. 06.32868.335
Fax 06.77250482
fulvio.borzillo@usi.it
www.usi.it



SOMMARIO

3. Gruppo USI in prima linea per la prevenzione:
da Tennis and Friends al Campus Salute,
la sanità privata al servizio del bene comune
Jessica Petrangeli
5. Tiroidite di Hashimoto
Valentina Di Vito
8. L'importanza degli acidi grassi
Eugenio Ceccarelli
13. Farmaci anti-obesità: un po' di chiarezza
Laura Guccione
14. Riabilitazione implantare computer guidata:
una tecnica innovativa che rivoluziona
la pratica chirurgica odierna
Andrea Bellizzi
18. Schizofrenia: una prospettiva clinica
e umana oltre lo stigma
Giulia Marchiani
20. Cute sensibile: quando la nostra pelle
ci invia segnali di disagio
Angela Maria Ferraris
22. La Capsulite Adesiva della Spalla
(c.d. spalla congelata)
Matteo Vernengo
24. Fishing For Litter:
USI in missione per gli oceani con Ogyre
Jessica Petrangeli
25. Modella senza bisturi: il nuovo rimodellamento
con ecografia e Criolipolisi
Stefan Dima
27. La vicenda Fiumana e la Croce Rossa
nel primo dopoguerra
Ettore Calzolari
32. Perché mio figlio si ammala così spesso?
Maria Paola Latino
34. I Romanes volano a Tolone,
insieme a USI e Castrogiovanni
Romanes Wheelchair Rugby
36. Libri libri libri... per ogni gusto
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 di comunicarlo:

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

Grazie

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

ISTRUZIONI AGLI AUTORI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bosch 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.

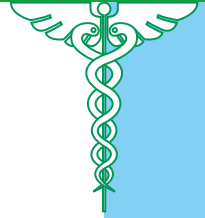
I lavori di Presentazione di Casistica devono essere più concisi e accompagnati da un breve sommario. È necessario peraltro mettere ben in evidenza lo scopo del lavoro e descrivere in modo accurato, ma non prolisso, il caso clinico. Si consiglia di non superare le dieci voci bibliografiche. Ai manoscritti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

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

Gruppo USI in prima linea per la prevenzione: da Tennis and Friends al Campus Salute, la sanità privata al servizio del bene comune

Jessica Petrangeli

Giornalista, Marketing and Communication Specialist



Tennis and Friends, Foro Italico

La **prevenzione** non è solo una parola chiave del lessico sanitario contemporaneo, ma un vero e proprio investimento nel futuro. È un impegno quotidiano che si traduce in presenza, ascolto e servizi tangibili sul territorio. Con questa filosofia, nel 2025 il **Gruppo USI - Unione Sanitaria Internazionale** - ha preso parte a due tra le più importanti manifestazioni italiane dedicate alla salute: **“Tennis and Friends - Salute e Sport”**, al **Foro Italico**, e il **“Campus Salute Roma”**, allestito nel cuore della Capitale, a **Piazza del Popolo**. Due eventi diversi per formato e pubblico, ma uniti da un messaggio comune: **rendere la prevenzione accessibile, gratuita e condivisa**, grazie alla collaborazione tra professionisti, istituzioni e cittadini.

TENNIS AND FRIENDS: QUANDO LA SALUTE GIOCA D'ANTICIPO

Nato nel 2011 su iniziativa di **Friends for Health Onlus**, **Tennis and Friends** è oggi una delle più grandi manifestazioni italiane di prevenzione sanitaria, con un format che unisce **sport, salute, spettacolo e solidarietà**. Ogni anno il **Foro Italico di Roma** si trasforma in un **“Villaggio della Salute”** dove medici, sportivi e personaggi del mondo dello spettacolo, si impegnano per promuovere la cultura del benessere e l'importanza della diagnosi precoce.

In questa edizione 2025 il **Gruppo USI** ha partecipato con entusiasmo e competenza, offrendo ai visitatori **screening e check-up gratuiti**: visite senologiche, elettrocardiogrammi, consulenze nutrizionali con esami bioimpedenziometrici, test spirometrici e altre valutazioni specialistiche, eseguite dal personale medico e sanitario di USI. Un'occasione di incontro e confronto tra i cittadini e i

professionisti della salute, in un contesto informale ma di grande valore educativo.

«La prevenzione deve essere vissuta come un gesto quotidiano e naturale, non come un'emergenza» - spiega il **Dott. Giovanni Torre**, Amministratore Unico di USI - «Eventi come questo permettono di avvicinare le persone alla medicina preventiva in modo semplice, umano e gratuito, e di diffondere la consapevolezza che prendersi cura di sé è il primo passo per vivere meglio.» L'iniziativa ha anche sottolineato il legame profondo tra **salute e sport**, due dimensioni che si sostengono a vicenda: il movimento fisico, praticato con regolarità, è uno degli strumenti più efficaci per ridurre il rischio di numerose malattie croniche. Nel **Villaggio della Salute** lo stand USI ha offerto un punto di riferimento per chi desiderava informazioni, consulenze o semplicemente un momento di confronto con professionisti qualificati, confermando il ruolo dell'Azienda come **ponte tra la medicina specialistica e la comunità**.

CAMPUS SALUTE ROMA: LA PREVENZIONE NEL CUORE DELLA CITTÀ

Dal 6 all'8 novembre 2025 **Piazza del Popolo** si è trasformata in un grande **ospedale da campo**, con decine di aree specialistiche e centinaia di volontari, medici e operatori sanitari impegnati nelle visite gratuite del **Campus Salute Roma**. Un'iniziativa promossa da **Campus Salute APS - ETS**, associazione di promozione sociale nata nel 2010 con la missione di **ridurre le disuguaglianze di accesso alle cure** e di diffondere la cultura della prevenzione, in linea con i principi dell'**Agenda ONU 2030**.

Anche in questa occasione **USI** è scesa in campo al fianco dei cittadini con i propri specialisti, offrendo **visite gratuite di spirometria, cardiologia, senologia, nutrizione e obesità**.

Lo stand, attivo per tre giornate consecutive, ha accolto centinaia di persone, molte delle quali si sono sottoposte per la prima volta a controlli di routine o a esami di screening, ricevendo al tempo stesso indicazioni e consigli personalizzati dai medici del Gruppo. Essere presenti al Campus Salute significa per l'Azienda portare la sanità là dove serve di più: tra la gente, nelle piazze, nelle strade, fuori dagli ambulatori. L'ini-

ziativa ha rappresentato, infatti, un momento di grande partecipazione collettiva e di sensibilizzazione sul valore della diagnosi precoce.

Il contributo del Gruppo USI si inserisce in una più ampia visione di **responsabilità sociale d'impresa**, in cui la **sanità privata** non è in contrapposizione al sistema pubblico ma ne diventa **alleata e supporto**.

SANITÀ PRIVATA, BENE PUBBLICO

L'esperienza maturata in eventi come *Tennis and Friends* e *Campus Salute Roma* evidenzia come la **collaborazione tra settore pubblico e privato** possa produrre risultati concreti e tangibili per la collettività. Attraverso la partecipazione a queste manifestazioni, si dimostra che l'eccellenza medica privata può svolgere un ruolo strategico nel **rafforzare la cultura della prevenzione**, nel **ridurre i tempi di accesso ai controlli** e nel **favorire la diagnosi precoce** di molte patologie. Il modello promosso dal Gruppo USI è chiaro: offrire alla comunità servizi di alta qualità, accessibili e basati su una relazione diretta tra medico e paziente. Un impegno che si traduce ogni anno in migliaia di visite gratuite, attività di sensibilizzazione, partnership con enti del terzo settore e collaborazioni scientifiche con università e associazioni professionali.

UN FUTURO DI SALUTE CONDIVISA

In un periodo in cui la **sanità pubblica** è spesso sotto pressione, iniziative come queste testimoniano come la **sanità privata di valore** possa rappresentare un sostegno reale al sistema, integrandosi con esso e contribuendo al benessere collettivo. La partecipazione a *Tennis and Friends* e *Campus Salute Roma* è per **USI** un **manifesto della propria missione aziendale**: promuovere la prevenzione, la ricerca e la salute pubblica con professionalità, passione e spirito di servizio.

L'obiettivo è continuare a costruire una sanità che sia vicina, concreta e umana, capace di prendersi cura delle persone prima ancora che delle malattie. **La prevenzione è una responsabilità condivisa e un diritto di tutti** e USI vuole essere parte attiva nel garantirlo.



Campus Salute Roma, Piazza del Popolo - locandina edizione 2025



Tennis and Friends, Foro Italico

Tiroidite di Hashimoto

Valentina Di Vito

Specialista in Endocrinologia e Malattie del Metabolismo
USI Prati - Via Virginio Orsini, 18
USI Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22



Immagine di freepik

DEFINIZIONE ED EZIOPATOGENESI

La tiroidite cronica autoimmune (TCA), anche nota come tiroidite di Hashimoto, venne descritta per la prima volta nel 1912 da un medico giapponese, Hakaru Hashimoto, il quale riscontrò una preponderanza di follicoli linfatici nel parenchima tiroideo di quattro donne.

Si tratta di una patologia infiammatoria cronica su base autoimmune: il sistema immunitario produce autoanticorpi diretti contro proteine tiroidee, la tireoglobulina e la tireoperossidasi, responsabili dell'infiammazione del parenchima ghiandolare tipica di questa condizione patologica ed evidenziabile durante l'esame ecografico tiroideo.

La patogenesi della TCA è multifattoriale ovvero si manifesta in individui geneticamente predisposti su cui agiscono fattori ambientali. La predisposizione genetica riguarda il sistema HLA e il gene CTLA4 i cui polimorfismi sembrerebbero indurre un'iperattivazione dei linfociti T responsabile dei tipici infiltrati infiammatori linfocitari del parenchima tiroideo che aveva notato Hashimoto; i fattori ambientali più strettamente implicati nella patogenesi della TCA includono le infezioni, le radiazioni, l'introito di iodio/farmaci e l'esposizione a tossici ambientali.

EPIDEMIOLOGIA

Come tutte le malattie autoimmuni anche la TCA predilige il sesso femminile e può presentarsi nello stesso soggetto in associazione ad altre patologie ad eziologia autoimmune.

Può manifestarsi a qualsiasi età ma la sua frequenza sembra aumentare con l'avanzare degli anni; la frequenza di questa patologia è aumentata negli ultimi 50 anni, probabilmente anche in seguito alla profilassi iodica introdotta nelle aree carenti per prevenire l'insorgenza di gozzo tiroideo.

Studi epidemiologici hanno dimostrato che la TCA è quattro volte più frequente nei soggetti di razza bianca rispetto a quelli di razza nera.

CLINICA

All'esame obiettivo del collo la tiroide di un paziente affetto da TCA può risultare di dimensioni aumentate e con consistenza quasi sempre aumentata, raramente dolorabile alla palpazione; talora può essere presente un incremento dimensionale dei linfonodi laterocervicali loco-regionali ed anche un'iperplasia del timo.

La TCA non comporta alcun sintomo se il funzionamento tiroideo è conservato, cioè se la tiroide



Immagine di freepik

riesce, nonostante l'infiammazione autoimmune, a produrre sufficiente quantità di ormone tiroideo; questa condizione di preservata funzione tiroidea viene definita eutiroidismo.

Quando invece l'infiammazione autoimmune determina un ridotto funzionamento tiroideo possono comparire segni e sintomi ascrivibili a tale condizione, definita ipotiroidismo primario. L'ipotiroidismo primario rappresenta l'evoluzione naturale della patologia.

Per definire lo stato funzionale tiroideo occorre effettuare il dosaggio ematico di TSH e frazioni libere degli ormoni tiroidei (FT3, FT4) al fine di intercettare l'eventuale presenza di forme di ipotiroidismo clinico o subclinico.

Il paziente affetto da ipotiroidismo clinico può presentare segni e sintomi tipici quali astenia, intolleranza al freddo, difficoltà di concentrazione, riduzione del tono dell'umore, diradamento dei capelli, aumento della perdita di capelli, assottigliamento e secchezza cutanea, difficoltà digestive, stipsi, gonfiore.

Le forme di ipotiroidismo subclinico sono generalmente asintomatiche in quanto rappresentano una sorta di prodromo della forma clinicamente manifesta e sono caratterizzate, da un punto di vista biochimico, da un rialzo del TSH in presenza di frazioni libere nella norma; in questo caso l'aumento del TSH rappresenta un tentativo dell'organismo di stimolare una tiroide pigra ma che ancora riesce a funzionare.

Occasionalmente, il paziente con TCA può presentare un'orbitopatia simile a quella riscontrabile nel Morbo di Graves.

DIAGNOSI

La diagnosi di TCA si basa sulla positività anticorpale riscontrabile tramite un prelievo ematico per AbTPO e AbTg.

La maggior parte dei pazienti con TCA, circa il 90%, presenta positività per gli anticorpi anti-tireoperossidasi (AbTPO) mentre il 60% circa presenta positività per gli anticorpi anti-tireoglobulina (AbTg); nella maggior parte dei pazienti affetti da TCA riscontriamo in ogni caso una positività per gli AbTPO da soli o in associazione agli AbTg.

Occorre precisare che esiste una minoranza di casi, circa il 7%, in cui non è riscontrabile la presenza di autoanticorpi nel sangue del paziente affetto da TCA ma l'aspetto ecografico tiroideo risulta altamente suggestivo di infiammazione cronica con un'ecogenicità ghiandolare tipicamente ridotta; si parla in questo caso di tiroiditi *sieronegative*.

Talvolta è possibile riscontrare nei pazienti affetti da TCA la presenza di anticorpi anti recettore del TSH i quali contribuiscono all'insorgenza dell'ipotiroidismo mediante un'azione inibitoria nei confronti del recettore del TSH (a differenza di quanto avviene nel paziente affetto da ipertiroidismo da Morbo di Graves-Basedow). Il riscontro dei TRAB in caso di ipotiroidismo franco risulta di particolare importanza nelle donne in età fertile in quanto, essendo tali anticorpi di tipo IgG, possono attraversare la placenta e contribuire a forme di ipotiroidismo neonatale. Un inquadramento diagnostico completo necessita dell'integrazione tra dosaggio anticorpale, dosaggio ormonale tiroideo (TSH, FT3, FT4) ed ecodoppler tiroideo.

I livelli ormonali tiroidei circolanti ci permettono di rilevare eventuali anomalie di funzionamento della ghiandola causate dalla TCA, più frequentemente ipotiroidismo, clinico o subclinico.

Occorre sottolineare che, seppur in una minoranza di casi, la TCA può essere responsabile di fenomeni transitori di ipertiroidismo; in questi casi l'ipertiroidismo non è causato da aumentata produzione di ormone tiroideo bensì da un suo aumentato rilascio in circolo per distruzione dei follicoli tiroidei come

esito del processo flogistico (Haitossicosi); si tratta generalmente di forme transitorie con risoluzione spontanea nell'arco di qualche settimana.

L'ormone tireostimolante (TSH) rappresenta il migliore indicatore di funzionalità tiroidea e, poiché la sua funzione è quella di stimolare la tiroide a lavorare, risulterà aumentato nei casi di ipotiroidismo primario, ridotto nei casi di ipertiroidismo primario, normale nei casi di eutiroidismo.

In caso di ipotiroidismo è possibile riscontrare nel sangue del paziente livelli aumentati di colesterolo, CPK, transaminasi e prolattina.

La valutazione ecografica tiroidea ci permette di ipotizzare la presenza di TCA sulla base di un aspetto ghiandolare suggestivo di tale condizione: i margini ghiandolari appaiono generalmente irregolari, spesso globosi; il parenchima presenta un'ecostruttura finemente/marcatamente disomogenea, un'ecogenicità diffusamente o focalmente ridotta a seconda dell'estensione degli infiltrati infiammatori e possono essere presenti diversi gradi di fibrosi; tale disomogeneità strutturale esita spesso in un aspetto ecografico definito "pseudonodulare" a causa di artefatti simil nodulari causati dal processo flogistico.

Data la tendenza delle malattie autoimmuni ad associarsi tra loro può essere utile, in caso di sospetto clinico specifico, richiedere dosaggi autoanticorpali specifici per la patologia sospettata; tra le patologie autoimmuni più frequentemente associate alla TCA ricordiamo celiachia, gastrite atrofica, diabete mellito 1.

TERAPIA

Non esiste una terapia per la TCA. Esistono formulazioni di integratori a base di microelementi utili a supportare la funzione tiroidea nei pazienti affetti da TCA (selenio, carnitina, inositolo).

La terapia sostitutiva farmacologica per l'ipotiroidismo è rappresentata dalla Levotiroxina che agisce legando il recettore dell'ormone tiroideo.

Il dosaggio di Levotiroxina utilizzato dipenderà da diverse caratteristiche del paziente quali il peso corporeo, la massa magra, lo stato di gravidanza, l'ezio-

logia dell'ipotiroidismo, l'età e il contesto clinico.

La Levotiroxina esiste in diverse formulazioni: solida, che necessita della dissoluzione gastrica per essere assorbita, presentando dunque maggiore rischio di interferenza con cibi e ph gastrico, e caratterizzata per tale ragione da un assorbimento più lento; liquida/capsule molli, con principio attivo già in soluzione, caratterizzate pertanto da assorbimento più rapido e minore interferenza con cibo e ph gastrico.

Entrambe le formulazioni di Levotiroxina devono essere assunte a digiuno; per un assorbimento ottimale l'assunzione di cibo/bevande deve avvenire dopo almeno 30-60 minuti dall'assunzione della formulazione solida e dopo circa 5-10 minuti dall'assunzione della formulazione liquida/capsula molle. Tra gli alimenti che possono interferire con l'assorbimento delle compresse di Levotiroxina troviamo alimenti contenenti soia, succo di pompelmo e papaya, i quali andrebbero assunti dopo circa 4 h dal farmaco; questo è valido nel caso in cui se ne faccia un uso giornaliero mentre nel caso di assunzione saltuaria di questi alimenti non è indicato modificare tempi di somministrazione del farmaco. Anche il caffè e il latte andrebbero assunti dopo circa 1 h dall'assunzione di Levotiroxina per un assorbimento ottimale della stessa.

Gli effetti collaterali della Levotiroxina sono quasi esclusivamente legati ad eventuale sovradosaggio e ad intolleranza al farmaco.

Al momento della prescrizione di terapia sostitutiva è importante effettuare un'approfondita anamnesi farmacologica del paziente; infatti alcuni farmaci possono interferire con l'assorbimento della Levotiroxina, primi tra tutti gli inibitori di pompa protonica e i farmaci contenenti sali di calcio (calcio carbonato, calcio citrato, acetato di calcio) e ferro (solfato ferroso, fumarato ferroso); in questi casi è opportuno distanziare l'assunzione dalla Levotiroxina di almeno 4 h. I sali di calcio infatti tendono a sequestrare la Levotiroxina in presenza di ph acido nello stomaco, i sali di ferro agiscono allo stesso modo ma in presenza di un ph di 7.4 a livello intestinale.

BIBLIOGRAFIA

1. Hashimoto, H. (1912) Zur Kenntniss der lymphatischen Veränderung der Schilddrüse (Struma lymphomatoa). *Langenbecks archiv für klinische chirurgie*, 97, 219-248.
2. Tomer, Y. Genetic susceptibility to autoimmune thyroid disease: past, present, and future. *Thyroid* 2010 Jul;20(7):715-25.
3. Brent, G.A. Environmental exposures and autoimmune thyroid disease. *Thyroid* 2010 Jul;20(7):755-61.
4. Colucci, P. A Review of the Pharmacokinetics of Levothyroxine for the Treatment of Hypothyroidism. *Eur Endocrinol* 2013 Mar;9(1):40-47.
5. Centanni M. ETA guidelines for the use of levothyroxine sodium preparations in monotherapy to optimize the treatment of hypothyroidism 2025. *European Thyroid Journal*
6. Virili, C. Gastrointestinal Malabsorption of Thyroxine. *Endocr Rev* 2019 Feb 1;40(1):118-136.



Immagine di freepik

L'importanza degli acidi grassi



Eugenio Ceccarelli

Biologo Nutrizionista

Dietetica Clinica

Dietetica Oncologica

USI Doc Prati - Via V. Orsini, 18

USI Doc Tuscolana - Via Tuscolana, 212/f

USI Marco Polo - Ostiense - Viale Marco Polo, 41



Immagine di freepik

I grassi sono la fonte più concentrata di energia contenuta negli alimenti (9Kcal/g), hanno prevalentemente una funzione di riserva energetica, oltre a essere importanti e fondamentali costituenti di alcune strutture dell'organismo, come le membrane cellulari, gli ormoni e le lipoproteine.

Le membrane cellulari; rappresentano inoltre il carburante principale per il cuore e per gli esercizi prolungati a bassa intensità. La presenza dei grassi nell'organismo permette inoltre alle vitamine liposolubili di essere veicolate come substrati e dunque di essere utilizzate nelle reazioni biochimiche.

Come si è potuto capire, l'aspetto più importante rappresentato dai grassi è relativo alle molecole degli acidi grassi.

Vediamo ora cosa sono gli acidi grassi insaturi, puntando l'attenzione particolarmente sugli acidi grassi polinsaturi omega-3 e omega-6, in quanto il loro equilibrio sta alla base dei processi infiammatori/antinfiammatori che governano il nostro organismo.

Gli acidi grassi insaturi come l'acido oleico, l'acido linoleico, l'acido linolenico e l'acido arachidonico, possono avere uno (**monoinsaturi**) o più (**polinsaturi**) "doppi legami" e risultano più facilmente digeribili e assorbibili che non gli acidi grassi saturi; hanno però più suscettibilità all'ossidazione. Nella loro struttura hanno 2 o più legami non saturati dall'idrogeno e questo li rende più fluidi a temperatura ambiente così da essere liquidi, visivamente parlando, e flessibili, strutturalmente parlando (in particolar modo riferendosi alle membrane cellulari). Si trovano negli alimenti vegetali quali oli di oliva e di semi, nocciole, arachidi ecc.

Alcuni acidi grassi sono detti **essenziali** (acido linoleico, acido linolenico e acido arachidonico) perché, al pari degli aminoacidi essenziali, non possono essere sintetizzati dall'organismo e debbono dunque essere introdotti con l'alimentazione.

Nell'organismo si distinguono due classi di acidi grassi: quelli della serie **omega-3** e quelli della serie **omega-6**. Come è noto, gli **acidi grassi omega-3** sono presenti in vari tessuti e cellule del nostro organismo dove contribuiscono in modo determinante alla fluidità delle membrane cellulari e a modulare la produzione di composti dotati di molteplici attività biologiche: ciò spiega i numerosi ruoli fisiologici e fisiopatologici di questi composti. Gli acidi grassi della serie omega-3 sono normalmente presenti in alimenti marini (soprattutto nel salmone e nello sgombrò, che sono inoltre anche ottime fonti di acido docosaesaenoico, o DHA) e in alcune piante.

L'acido grasso omega-3 maggiormente rappresentato nel mondo vegetale è l'**acido alfa-linolenico** (LNA). Questo acido grasso deve essere trasformato in acido eicosapentaenoico (EPA) e **DHA** per esercitare quegli effetti biologici che oggi sappiamo essere determinanti per il corretto funzionamento di alcuni organi e apparati quali cervello, retina e gonadi, e

che sono protettivi verso l'aterosclerosi e le malattie cardiovascolari. La produzione di questi acidi grassi (EPA e DHA) dipende dall'**attività enzimatica delle desaturasi** (delta-6 desaturasi) e delle **elongasi** su loro precursori, cioè gli acidi grassi essenziali (alfa linolenico).

Purtroppo la delta-6 è poco disponibile per questa conversione omega-6 (che sono in quantità troppo elevate) e anche perché viene inibita da stress, infezioni virali ed età.

Queste variabili devono essere tenute in considerazione nella strutturazione di un piano alimentare e di integrazione legato a una precedente valutazione lipidomica.

Ecco quindi che gli acidi grassi omega-3 a lunga catena (e in particolare EPA e DHA, composti di questa famiglia veramente importanti per l'organismo) devono essere di fatto ottenuti dagli alimenti.

Peraltro questi composti sono presenti in quantità assai ridotte in gran parte degli alimenti più comuni, con la sola eccezione del pesce e dei suoi derivati. Ultimamente esistono anche uova arricchite in omega-3 grazie a particolari mangimi assunti dalle galline in allevamento.

È quindi utile che l'alimentazione comprenda con regolarità questi alimenti, o alimenti arricchiti in acidi grassi omega-3 a lunga catena (in particolare EPA e DHA), già disponibili sul nostro mercato (per es., latte, yogurt, uova), e altrettanto utile sarà una loro integrazione attraverso supplementi contenenti olio di pesce distillato molecularmente e opportunamente purificato. Vedremo più avanti che a volte la deodorizzazione e la purificazione degli omega-3 può essere controproducente se ottenuta con elevate temperature.

L'uso di alimenti arricchiti in omega-3 permette tra l'altro di elevare selettivamente il rapporto omega-3/omega-6 nella dieta. Nella nostra società tale rapporto è attualmente intorno a 1:10-1:20 e dovrebbe invece essere ridotto, secondo gli attuali orientamenti per la salute e per minimizzare le patologie, a circa 1:4-1:2.

Qui di seguito sono riportate le più recenti acquisizioni in campo nutrizionale riguardanti gli omega-3 che forniscono alcune possibilità di impiego di questo straordinario "superalimento".

OMEGA-3

Protezione cardiovascolare

È noto che gli acidi grassi omega-3 esercitano un'efficace azione antiaggregante piastrinica, controllano i lipidi plasmatici (soprattutto i trigliceridi), la pressione arteriosa e alcune funzioni dei leucociti, e modulano le risposte infiammatorie. Di particolare interesse appaiono anche le più recenti acquisizioni sugli effetti antiaritmici degli acidi grassi omega-3, che possono spiegare l'azione protettiva di questi composti nei riguardi della morte cardiaca improvvisa.

Il calo della mortalità coronarica osservato in molti studi è infatti spesso dovuto a una riduzione selettiva della mortalità improvvisa, frequentemente causata da aritmie ventricolari gravi. L'effetto protettivo sulla mortalità coronarica può essere ottenuto anche mediante supplementazioni mirate di acidi grassi omega-3.

Differenti studi hanno dimostrato che EPA e DHA svolgono effetti antiaritmici sul muscolo cardiaco.

Una frequenza cardiaca a riposo elevata aumenta la mortale cardiovascolare e per tutte le cause.

L'European Journal of Clinical Nutrition ha pubblicato i risultati di una metanalisi che ha confermato un'associazione tra integrazione con acidi grassi omega-3 e riduzione della frequenza cardiaca. Per la loro analisi gli autori hanno selezionato 51 studi randomizzati co-trollati che includevano un totale di circa 3000 uomini e donne. Trentadue dei gruppi di intervento comprendevano partecipanti con almeno una condizione cronica, tra cui la malattia coronarica, l'insufficienza renale, l'ipertensione e l'aritmia cardiaca. Rispetto a coloro che hanno ricevuto un placebo, i partecipanti che hanno assunto omega-3 hanno sperimentato una significativa riduzione della frequenza cardiaca di 2,23 battiti al minuto. Quando gli acidi grassi omega-3 EPA e DHA sono stati somministrati separatamente, è stata osservata una diminuzione dei battiti al minuto di 2,47 in associazione con il solo DHA.

Nutrizione prenatale e neonatale

Dati da studi osservazionali e studi clinici randomizzati hanno suggerito una potenziale associazione tra l'assunzione di acidi grassi polinsaturi a lunga catena della famiglia omega-3 (LC-PUFA) durante la gravidanza e alcuni esiti della gravidanza stessa e del parto. Diversi ampi studi riportano associazioni positive tra assunzione di pesce e peso alla nascita. La supplementazione durante la gravidanza ha comportato una diminuzione del rischio di parto pretermine e un modesto aumento in peso alla nascita. Molti altri studi presenti in letteratura mettono in luce, con crescente evidenza, come la disponibilità in utero di questi LC-PUFA potrebbe programmare la salute del bambino in seguito.

Uno studio statunitense si è posto l'obiettivo di esplorare se la disponibilità prenatale di questi composti sia coinvolta nella programmazione del rischio di malattia cardiometabolica nell'infanzia. Tra il 1990 e il 1996 sono stati misurati i profili degli acidi grassi in fosfolipidi plasmatici di circa 1200 donne durante la gravidanza e al momento del parto, e le misurazioni di acidi grassi sono state eseguite anche sui fosfolipidi



Immagine di freepik



Immagine di freepik

di isolati dal plasma spinale dei loro neonati (coorte Mefab); tutti i bambini sono stati seguiti per valutare lo stato di salute includendo valutazioni sullo sviluppo mentale e il loro profilo di rischio cardiovascolare precoce. Per questo studio sono stati utilizzati i dati di 242 coppie madre-bambino e la valutazione ha riguardato i parametri tipici del rischio cardiometabolico: metabolismo del glucosio, lipidi nel sangue e pressione sanguigna fino all'età di 7 anni dei bambini. La concentrazione materna all'11ª settimana di gravidanza di acido eicosapentaenoico (20: 5n-3) è stata associata negativamente con i valori di glucosio nel figlio, mentre sono state trovate associazioni positive tra acido linoleico materno (18: 2n-6) e proinsulina al momento delle dimissioni ospedaliere del neonato. Nel complesso, i risultati ottenuti in questo studio suggeriscono che nella dieta materna gli acidi grassi omega-6 possano essere di particolare importanza in relazione al metabolismo del glucosio dei figli e nella regolazione della loro pressione sanguigna, mentre gli omega-3 sembrano particolarmente legati alla quantità e qualità dei lipidi presenti nel sangue per la fase infantile. Un'area in cui la ricerca sugli omega-3 è attualmente molto attiva è quella relativa al ruolo di questi composti nella nutrizione neonatale, particolarmente nei neonati prematuri. Un apporto adeguato di omega-3 nelle fasi critiche dello sviluppo perinatale è infatti importante per la maturazione di varie funzioni. Dati recenti suggeriscono che neonati prematuri alimentati con latte artificiale non supplementato con acidi grassi di questa famiglia abbiano verso i 6-8 anni una performance mentale inferiore rispetto a quelli alimentati con latte supplementato in acidi grassi omega-3; questi composti svolgerebbero anche un effetto positivo sullo sviluppo dei processi della visione.

Patologie dell'intestino

Gli acidi grassi omega-3 sono in grado, secondo alcuni studi preliminari, di controllare, grazie alla loro attività antinfiammatoria, il decorso di alcune patologie dell'intestino piuttosto diffuse nella nostra popolazione la rettocolite ulcerosa e il morbo di Crohn),

riducendo tra l'altro la necessità dell'uso di corticosteroidi nel controllo della fase di acuzie della malattia e, secondo alcuni autori, anche il rischio di ricadute della malattia.

L'equilibrio tra le varie tipologie di acidi grassi può portare anche altri benefici e può essere ottimizzato dall'esame lipidomico delle membrane eritrocitarie (quelle più facili da analizzare e che possono rispecchiare la composizione delle membrane dell'organismo).

Per cui non è solo una questione di aumentare gli omega-3 perché elettivamente antinfiammatori, ma si inizia a lavorare selettivamente sull'apporto o meno anche degli altri acidi grassi, sia insaturi (omega-6, omega-9 ecc.) che saturi.

Comunque, visto che la carenza maggiore sembrerebbe a carico degli omega-3, se assunti regolarmente hanno effetti positivi molto ampi:

- **evitano l'accumulo dei grassi più pericolosi**, trigliceridi e colesterolo, sulle pareti arteriose, bloccando l'indurimento dei vasi;
- **proteggono il sistema cardiovascolare**: il sangue, reso più fluido dall'assenza dei grassi cattivi, circola meglio, facendo funzionare bene il cuore e allontanando il rischio di malattie coronariche, ipertensione, arteriosclerosi e trombosi;
- **attenuano le reazioni infiammatorie** quali asma e artrite reumatoide;
- **favoriscono la vitalità delle cellule del sistema nervoso centrale**, con funzioni antidepressive;
- **aumentano le difese immunitarie** e rafforzano le difese della pelle;
- sono indispensabili per ottimizzare la crescita del cervello, della retina e delle gonadi, quindi una loro integrazione risulta molto importante **durante la gravidanza e nei primi anni di vita**;
- sono utili anche per gli sportivi in quanto hanno una **funzione anabolica** aumentando la **sensibilità all'insulina**;
- **prevengono la perdita di massa muscolare** (sarcopenia) in adulti anziani e persone con problemi di atrofia muscolare. Uno studio inglese basato su individui adulti sani, giovani e di media età, ha dimo-

strato che, alimentandosi con acidi grassi omega-3 e somministrando insulina e aminoacidi, aumentava la sintesi proteica muscolare a un livello più alto rispetto a insulina e aminoacidi da soli (questo studio ha utilizzato traccianti radioattivi per misurare l'attività dell'enzima mTOR che regola la sintesi proteica nei muscoli scheletrici).

Al giorno d'oggi, il ruolo centrale svolto dalla membrana cellulare grazie alla sua struttura e funzionalità è stato riconosciuto, in molti processi, come l'inizio di cascate di segnalazione mediata dai lipidi, avente forte influenza sulla qualità e sostenibilità della vita.

Considerando che le membrane cellulari mostrano le caratteristiche degli acidi grassi che le compongono, si potrebbe parlare di un vero e proprio "codice lipidico" necessario per il normale funzionamento del metabolismo del tessuto considerato.

Qualsiasi modifica nella composizione in acidi grassi corrisponde non solo a un cambiamento molecolare, ma anche a un possibile innesco di eventuali malfunzionamenti o degenerazioni dei tessuti.

La lipidomica è una recente disciplina che si occupa in particolare delle trasformazioni a carico degli acidi grassi e che mira a fornire una visione dinamica delle tipologie di lipidi e le loro modificazioni durante le varie condizioni metaboliche.

Una definizione della lipidomica (o meglio lipidomica funzionale) potrebbe essere la seguente:

"disciplina delle scienze della vita che studia le molecole lipidiche in un contesto di 'dinamicità', che significa non solo la comprensione del rapporto tra strutture e funzioni ma anche il seguire i cambiamenti che si verificano in una cellula o nell'intero organismo, in condizioni fisiologiche o patologiche, indirizzando alla scelta tra le diversità lipidiche necessarie per la vita".

LIPIDOMICA E SALUTE

LIPIDOMICA E SALUTE CARDIOVASCOLARE

Le osservazioni su grassi e livelli di lipidi nel sangue sono particolarmente riferiti al colesterolo plasmatico con le seguenti correlazioni:

- gli SFA (acidi grassi saturi) contenuti negli alimenti hanno un forte effetto sui livelli di colesterolo plasmatico, sia LDL che HDL, ma essendo maggiormente influenzati da LDL vengono accumulati anche a un maggior rischio cardiovascolare;
- gli acidi grassi monoinsaturi e i PUFA hanno un effetto positivo nel ridurre i livelli di colesterolo LDL, ed entrambi hanno effetti sull'aumento dei livelli di HDL;

l'effetto degli SFA è più forte rispetto all'effetto dei PUFA.

LIPIDOMICA E OBESITÀ

Le osservazioni sui grassi saturi hanno spinto l'ambiente medico e non a optare per l'eliminazione in generale dei grassi dalla dieta, che però ha condotto a un aumento dei carboidrati per compensare le calorie. Questo cambiamento radicale nei nutrienti si pensa essere responsabile dell'attuale aumento del sovrappeso e dell'obesità in quanto i carboidrati sono ovviamente collegati alla risposta insulinemica (soprattutto i cosiddetti carboidrati ad alto indice glicemico o ancor più l'elevato carico glicemico causato

dall'eccessiva quantità di glucidi ingeriti) che indirettamente provoca un accumulo di acido grasso saturo a livello dei diversi tessuti (vascolari e adiposi).

Disponendo di sempre più dati sul ruolo di acidi grassi monoinsaturi e PUFA, la ragione per diversificare i lipidi è diventata più evidente, e in particolare il sospetto sul danno provocato dai grassi senza differenziare la tipologia è oggi considerato completamente sbagliato.

La ricerca ha chiarito anche la nocività dei grassi trans di origine industriale presenti in molti alimenti quali margarine, prodotti da forno, dolci, torte, patatine fritte.

Prestando molta attenzione all'aumento dell'attività enzimatica desaturasi legata allo stress, il monitoraggio delle membrane degli eritrociti e dei tessuti adiposi attraverso la lipidomica può identificare le principali trasformazioni degli acidi grassi quali importanti protagonisti per l'esito metabolico.

Sono fondamentalmente tre le vie metaboliche da considerare e da valutare nell'ottica della prevenzione dell'obesità

- 1) L'induzione della via metabolica "acidi grassi saturi-monoinsaturi" partendo dall'acido palmitico come componente della dieta o derivato dallo stimolo dell'insulina sull'attività dell'enzima acido grasso sintasi, con il livello di acido palmitoleico come bio-marker, infatti, un maggior livello di questo acido grasso non derivato dall'alimentazione è stato associato con l'obesità e il rischio di sindrome metabolica.
- 2) L'induzione della via metabolica degli omega-6 con l'aumento di acido arachidonico come marker della reattività cellulare verso infiammazione associata anche al livello delle adipochine: questa è un'informazione importante che si ottiene dal monito raggio lipidomico, che controlla anche il livello del precursore dell'acido arachidonico (che è l'acido dio-mocammalinolenico. DGLA), con un bilanciamento con le proprietà antinfiammatorie. Recentemente si è osservata una stretta relazione tra la via metabolica degli omega-6 e le origini dell'obesità, consigliando cautela sulle raccomandazioni nell'assunzione di questi acidi grassi.
- 3) Gli acidi grassi omega-3 sono importanti nell'obesità per mantenere un equilibrio con gli omega-6 ed evitare effetti pro-infiammatori metabolici. Nelle malattie metaboliche e cardiovascolari, gli acidi grassi omega-3 sono un ingrediente fondamentale da inserire con la dieta attraverso gli alimenti e/o la supplementazione.

La lipidomica della membrana può essere molto utile per determinare la condizione individuale che, nel caso di obesità, può variare enormemente, ma il cui studio permette di instaurare strategie di intervento per migliorare la funzionalità anche su più organi (fegato, pancreas, intestino, muscoli, cervello) che possono avere influenze, dirette e non, con il tessuto adiposo.

INTEGRAZIONE

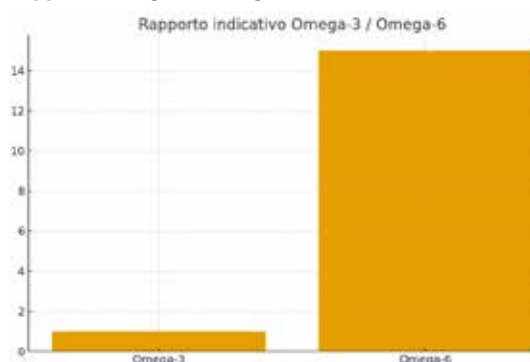
Gli integratori di omega-3 comunemente usati sono formulati con olio di pesce, che fornisce acido eicosapentaenoico (EPA) e acido docosaesaenoico (DHA) e olio di semi di lino, che fornisce acido alfa-linolenico. Gli oli derivati dall'alga sono una fonte vegetariana di

DHA. I pazienti allergici o ipersensibili a uno di questi prodotti dovrebbero evitarne l'uso. Gli effetti avversi comuni comprendono reflusso acido, bruciore di stomaco, indigestione, nausea e diarrea. Gli effetti avversi gastrointestinali possono essere ridotti se gli integratori vengono assunti durante i pasti, a partire da una dose bassa da aumentare gradualmente.

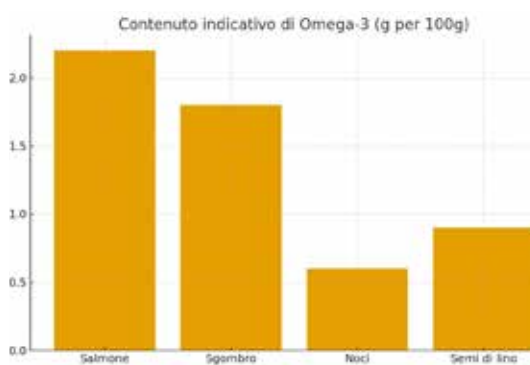
I farmaci che interagiscono maggiormente con gli integratori di omega-3 includono aspirina, anticoagulanti, antiaggreganti e alcuni integratori a base di erbe. Gli specialisti del settore devono ricordare ai pazienti che assumono più di 3 g di acidi grassi omega-3 di farlo solo sotto il controllo di un medico, poiché un'assunzione eccessiva può causare un'emorragia o un peggioramento del ritmo cardiaco in soggetti con aritmie.

GRAFICI SUGLI ACIDI GRASSI OMEGA-3 E OMEGA-6

Rapporto Omega-3 / Omega-6



Fonti alimentari di Omega-3



Confronto tra alimenti ricchi di Omega-3 e Omega-6



BIBLIOGRAFIA

1. Bhatt DL, et al. Cardiovascular Risk Reduction with Icosapent Ethyl for Hypertriglyceridemia. *New England Journal of Medicine*. 2019;380:11–22.
2. Khan SU, et al. Effect of omega-3 fatty acids on cardiovascular outcomes: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2021;38:100997.
3. Barry AR. Omega-3 fatty acids for cardiovascular disease prevention. *Canadian Journal of Hospital Pharmacy*. 2022;75(3):222–228.
4. Siscovick DS, et al. Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acid (Fish Oil) Supplementation and the Prevention of Clinical Cardiovascular Disease: A Science Advisory From the American Heart Association. *Circulation*. 2017;135:e867–e884.
5. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *European Heart Journal*. 2019.
6. Giosuè A, et al. Maximizing cardiovascular benefits of fish consumption in adults: current evidence and recommendations. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*. 2023.
7. Middleton P, et al. Omega-3 fatty acid addition during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018;CD003402.
8. Best KP, et al. Omega-3 fatty acids during pregnancy to reduce preterm birth. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2022;227(5):748–763.
9. BMJ News. Omega 3 fatty acids can reduce risk of premature birth, new Cochrane review finds. *BMJ*. 2018;363:k4890.
10. Turner D, et al. Maintenance of remission in inflammatory bowel disease using omega-3 fatty acids (fish oil): a systematic review and meta-analyses. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2011;17:336–345.
11. Cabré E, et al. Omega-3 fatty acids and inflammatory bowel diseases: a systematic review. *British Journal of Nutrition*. 2012;107(S2):S240–S252.
12. Jia X, et al. Evaluating the effects of omega-3 polyunsaturated fatty acids on inflammatory bowel disease: a Mendelian randomization study. *Metabolites*. 2023;13(10):1041.
13. Zhou Y, et al. Unraveling the causal link: fatty acids and inflammatory bowel disease via Mendelian randomization. *Frontiers in Immunology*. 2024;15:1405790.
14. Ferreri C, et al. Fatty Acids in Membranes as Homeostatic, Metabolic and Nutritional Biomarkers: Recent Advances in Lipidomics. *International Journal of Molecular Sciences*. 2016.
15. Alves MA, et al. Systems biology approaches to study lipidomes in health and disease. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) – Molecular and Cell Biology of Lipids*. 2021;1866(2):158857.
16. Géhin C, et al. Chewing the fat: How lipidomics is changing our understanding of disease. *Analytical Science Advances*. 2023;4:219–239.
17. Hornburg D, et al. Dynamic lipidome alterations associated with human health-to-disease transitions. *Nature Metabolism*. 2023;5:1181–1196.
18. Toncan F, et al. Dynamics of Fatty Acid Composition in Lipids and Their Distinct Roles in Cardio-metabolic Health. *Biomolecules*. 2025;15(5):696.

Farmaci anti-obesità: un po' di chiarezza

Laura Guccione

Specialista in Endocrinologia e
Malattie del Ricambio

USI Eur-Serafico - Via Paolo di Dono, 9



Immagine di freepik

Da qualche anno nell'arsenale terapeutico di Endocrinologi e Nutrizionisti sono comparse queste magnifiche stelle luminescenti: i cosiddetti "farmaci anti-obesità". Non passa giorno, direi ora, che non se ne parli, bene e male, che non appaia qualche post online, qualche programma, qualche commento di influencers o personaggi famosi su questi protagonisti del momento; non passa giorno, e immagino che sia situazione comune a molti Colleghi, senza che si presentino in studio pazienti che richiedono a priori tale terapia o che inviino messaggi con link ad articoli su internet della più variegata natura, spesso fuorvianti, su questi farmaci.

Perciò facciamo un pò di chiarezza!

Una delle patologie più comuni che colpisce attualmente la popolazione mondiale è proprio l'eccesso ponderale, che porta con sé l'aumentato rischio di sviluppare tante altre brutte malattie della nostra epoca: cardiovascolari (parliamo di infarti ed ictus, proprio loro!), diabete, gravi problemi polmonari (le apnee notturne, che si collegano anch'esse tra l'altro ad un aumentato rischio di patologie cardiovascolari), problemi articolari, aumentato rischio di tumori... insomma, obesità e sovrappeso sono veri e propri killer inizialmente silenziosi, che vanno curati non per motivazioni estetiche ma ben più profonde!

Rimanendo importantissimo assumere un corretto stile di vita in termini di sport regolare ed alimentazione sana (e tutti dobbiamo impegnarci su questo, perchè sono le fondamenta della nostra "solida casa"), spesso la propria situazione personale, familiare e lavorativa, l'aumento di peso presente ormai da anni e l'aver già sviluppato patologie associate, rendono le fondamenta dette prima non sufficienti a ripristinare lo stato di salute...ed ecco allora in nostro soccorso questi fulgidi cavalieri, le "incretine" o farmaci "anti-obesità": essi sono analoghi degli ormoni

che il nostro intestino produce quando mangiamo (eh sì, l'intestino è un produttore importantissimo di ormoni!) ed hanno 3 azioni fondamentali nell'aiutarci a ripristinare un equilibrio metabolico perduto e a ridurre il peso: equilibrano glicemia ed insulina, -rallentano lo svuotamento gastrico e quindi ci si sazia prima e -riducono a livello del cervello la sensazione di fame. Tutto questo porta il paziente in difficoltà con il suo peso, il suo aspetto, la sua sensazione di "non essere in salute" e le sue patologie associate già sviluppate, a creare un circolo virtuoso: finalmente i suoi sforzi funzionano nel migliorare il suo peso e stato di salute, l'energia che deve applicare in questo non è eccessiva, perchè la maggior parte purtroppo se ne va tra lavoro ed impegni/problemi personali e familiari, e il ritrovato stato di benessere permette di svolgere facilmente anche un pò più di attività fisica!

Questi farmaci non sono solo dei "leva fame" ma permettono di ridurre o revertire lo sviluppo delle brutte patologie prima dette e associate all'aumento di peso. Usati nel modo corretto, aiutano il paziente a cambiare nel tempo le abitudini di salute sbagliate: è un lavoro da svolgere insieme, Medico e Paziente, con costanza e dedizione...e tutto il tempo che serve. Sono FARMACI: pertanto la loro utilità per la propria condizione di salute va valutata da un Professionista esperto; sono veramente poche le condizioni in cui sono controindicati, è comunque importante valutarle, come anche gli effetti collaterali sono in genere scarsi e gestibili (un pò di nausea o alterazione intestinale tipo stipsi o diarrea, in genere autolimitantesi). Perciò approcciamo con la giusta serietà la patologia "peso" e queste magnifiche armi che la scienza medica ci ha messo a disposizione perchè, ove utili, possono fare davvero la differenza duratura fra salute e malattia, e non aiutarci solo a rientrare "in quel vestito" che vogliamo mettere per il matrimonio di nostro figlio...o il nostro.

Riabilitazione implantare computer guidata: una tecnica innovativa che rivoluziona la pratica chirurgica odierna

Andrea Bellizzi

Odontoiatra

Master in Implantologia protesica

USI Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22



Immagine di freepik

La riabilitazione implantare computer guidata è una metodica completa utile per la diagnosi, la pianificazione e la realizzazione del trattamento implanto-protesico.

Questa rappresenta una svolta nell'implantologia moderna, offrendo precisione e sicurezza nell'inserimento degli impianti, sia nei casi semplici ma soprattutto in quelli più complessi.

Il posizionamento degli impianti avviene, perciò, in base alle esigenze protesiche ed ai requisiti dei siti chirurgici ricevuti di ogni paziente, previamente studiati ed analizzati in maniera virtuale grazie a dei software determinati.

Partendo da criteri protesici specifici, si è in grado di scegliere correttamente i siti chirurgici e la tipologia di impianto più adatto alla realizzazione del manufatto protesico finale.

La caratteristica principale della procedura è la possibilità di disporre di una dima chirurgica, strumento che permette di trasferire chirurgicamente, in maniera pianificata e guidata, ovvero dal virtuale al reale, la pianificazione realizzata su una piattaforma software appositamente dedicata.

Infine, il protocollo chirurgico-protesico guidato è pertanto la fusione di tutte le informazioni digitali e fisiche, che ci permette di pianificare trattamenti riabilitativi implanto-protesici, minimizzando il margine di errore grazie all'uso di computer e software specifici.

FASI DELLA RIABILITAZIONE IMPLANTARE COMPUTER GUIDATA

FASE PRE-OPERATORIA

Nei casi di riabilitazioni implanto-protesiche è con-

sigliato un attento inquadramento preliminare del caso, non solo sotto il profilo chirurgico, ma anche dal punto di vista protesico. Sono, quindi, importanti la raccolta dell'anamnesi, l'esame obiettivo e l'indagine radiografica associata allo studio dei modelli diagnostici.

Dunque, la progettazione dell'intervento riabilitativo segue un iter standardizzato. L'indagine radiografica preoperatoria è imprescindibile per un buon posizionamento implantare e ha lo scopo di determinare la volumetria ossea residua, la salute delle strutture anatomiche e lo studio dei denti adiacenti alla sella edentula da riabilitare.

La CBCT (tomografia computerizzata a fascio conico) rappresenta lo strumento elettivo per formulare una corretta indagine radiodiagnostica pre-chirurgica implantare.

Altrettanto importante è la rilevazione delle impronte delle arcate del paziente mediante l'utilizzo di scanner ottici, che permettono di rilevare con accuratezza tutte le superfici intraorali (denti e gengive), essenziali in fase di progettazione dell'intervento futuro.

Quindi, a questo punto, possiamo trasferire tutta la documentazione a disposizione, ottenuta durante la prima visita, su una piattaforma software dedicata e procedere con la vera e propria progettazione del caso chirurgico.

PIANIFICAZIONE

La pianificazione chirurgico-protesica mediante software dedicato è un prezioso strumento che permette di ottimizzare il progetto terapeutico attraverso l'analisi accurata di ogni aspetto chirurgico e protesico.

Riabilitazione implantare computer guidata: una tecnica innovativa che rivoluziona la pratica chirurgica odierna

Il clinico può, quindi, utilizzare il suddetto software di analisi preoperatoria per pianificare la procedura chirurgica, e così ridurre i rischi e l'invasività. In pratica, si tratta di una simulazione fedele al computer della riabilitazione protesica finale e dell'intervento chirurgico implantare.

Si inizia caricando l'esame radiografico del paziente sul software (file DICOM) che rispecchia fedelmente l'anatomia unica del paziente, evidenziando con chiarezza l'area che sarà oggetto dell'intervento, le eventuali strutture anatomiche nobili come vasi, nervi o seno mascellare che potranno così essere preservate (Fig. 1).

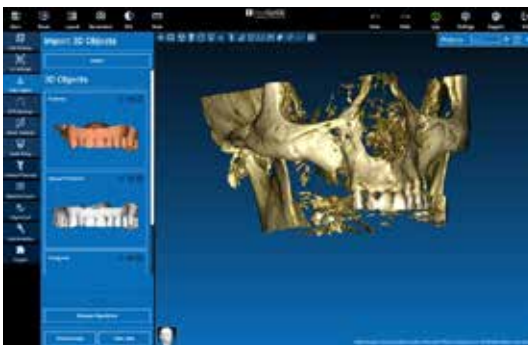


Figura 1. Caricamento file DICOM (CBCT paziente) sul software di progettazione virtuale

Dopodiché si procede con il caricamento della scansione dell'arcata del paziente che deve essere riabilitata (file STL) (Fig. 2), e si uniscono i due file in un unico solo (MATCHING), per poter avere la riproduzione 3D fedele e reale del sito chirurgico da riabilitare, potendo così apprezzare e valutare sia la condizione ossea sia quella mucosa e dentaria del nostro paziente (Fig. 3).



Figura 2. Scansioni intraorali del paziente (file STL) acquisita tramite scanner ottico

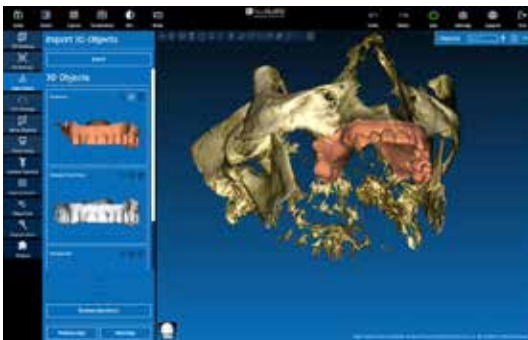


Figura 3. Unione dei file DICOM e STL (MATCHING per la visualizzazione accurata dell'anatomia reale del paziente

A questo punto, si può procedere con la pianificazione protesica ed il successivo posizionamento virtuale degli impianti, potendo determinare con esattezza la loro posizione, dimensione, forma ed inclinazione.

Si procede, dunque, prima con la progettazione protesica, infatti, mediante il software siamo in grado di costruire e posizionare in maniera precisa la riabilitazione protesica futura rispettando i criteri estetici e funzionali per il caso (Fig.4).



Figura 4. Costruzione e posizionamento degli elementi dentali mancanti rispettando i criteri estetici e funzionali per la protesi futura.

Solo a questo punto, tenendo conto della protesi futura, possiamo procedere con il posizionamento virtuale degli impianti, potendo rispettare e riprodurre posizione, inclinazione, diametro e lunghezza giusta di ogni impianto che andremo a collocare, ma soprattutto siamo in grado di poterlo porre in maniera giusta e predicibile in tutto il volume dell'osso che abbiamo a disposizione (Fig. 5).

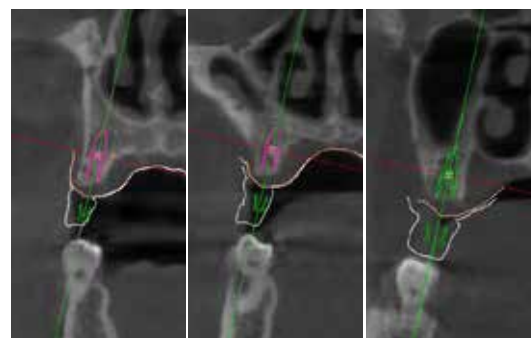
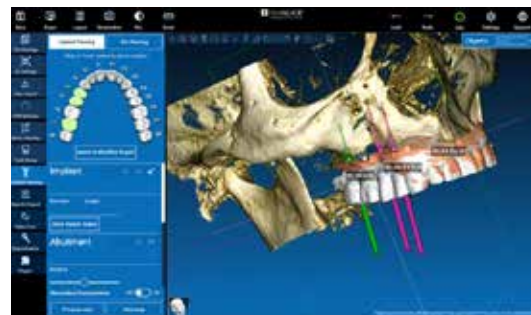


Figura 5. Progettazione e posizionamento virtuale degli impianti nella compagine ossea, in maniera precisa e sfruttando a pieno tutti i volumi a disposizione, rispettando strutture anatomiche nobili come il seno mascellare e rispettando i criteri protesici funzionali ed estetici futuri.

Ultimata la pianificazione virtuale, il piano di trattamento viene inviato ad appositi laboratori, che procederanno con la creazione di una dima chirurgica, ovvero una mascherina su misura progettata per adattarsi perfettamente alla bocca del paziente e dotata di fori posti nei punti esatti in cui andranno messi gli impianti, e che ci guideranno nel futuro posizionamento di questi ultimi con estrema precisione (Fig. 6).



Figura 6. Dima chirurgica fabbricata su misura per la bocca del paziente completa di boccole per rispettare il corretto posizionamento degli impianti in base al progetto effettuato anteriormente sul software dedicato.

FASE OPERATORIA

L'intervento di chirurgia implantare guidata si svolge in anestesia locale, è molto veloce e generalmente poco invasivo.

La chirurgia implantare completa avviene abitualmente con tecnica flapless, ovvero senza la necessità di incidere la mucosa per poter esporre la zona ossea dove dovrà essere inserito l'impianto.

Fondamentale è l'ausilio della dima chirurgica. Questa verrà posizionata sui denti nella bocca del paziente e vi rimarrà per tutta la durata della chirurgia (Fig.7). Infatti, tutti i passaggi sequenziali di frese per la preparazione ossea e del letto implantare ed il successivo inserimento dell'impianto finale nell'osso, avverranno attraverso le boccole presenti sulla dima. Quest'ultime riproducono fedelmente l'inclinazione, posizione e spessore dell'impianto deciso in fase di progettazione. In maniera completamente guidata e sicura, quindi, siamo in grado di progredire con i vari passaggi delle frese adibite alla preparazione ossea ed infine, all'inserimento dell'impianto, permettendo al clinico di effettuare una chirurgia molto veloce ma soprattutto estremamente sicura e predicibile (Fig. 8).

Tutte le fasi intraoperatorie vengono eseguite, quindi, attraverso dei piccoli fori circolari nella gengiva (Fig. 9). Questo ci aiuta a mantenere, oltretutto, la completa integrità dei tessuti molli circostanti all'impianto, riducendo il sanguinamento intra e post-operatorio, evitando l'utilizzo di fili di sutura e facilitando così il paziente nel recupero postoperatorio (Fig.10).



Figura 7. Situazione iniziale della sella edentula e posizionamento della dima chirurgica



Figura 8. Preparazione letto implantare e posizionamento impianti



Figura 9. Tutte le fasi intraoperatorie vengono eseguite attraverso dei piccoli fori sulla gengiva, senza necessità di tagli
Figura 10. Fine intervento



Immagine di freepik

Riabilitazione implantare computer guidata: una tecnica innovativa che rivoluziona la pratica chirurgica odierna

In conclusione, l'intervento di chirurgia guidata garantisce un'esperienza chirurgica avanzata mediante un approccio personalizzato ma soprattutto preciso, rapido e delicato, garantendo risultati di altissima qualità a lungo termine, limitando al minimo i fattori che possono portare all'insuccesso implantare, ma soprattutto di avere un risultato estetico e funzionale finale più facilmente predicibile (Fig. 11).

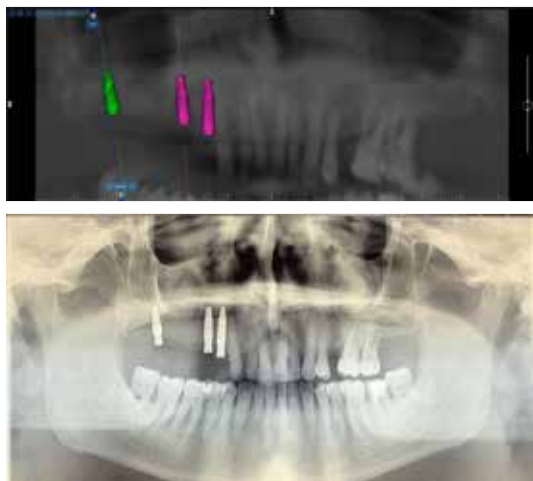


Figura 11. Confronto progetto protesico con radiografia post-operatoria del paziente.

CONCLUSIONE

In conclusione, possiamo affermare che l'implantologia guidata può essere impiegata con successo come metodo alternativo alla tecnica classica per la progettazione e il posizionamento degli impianti, contribuendo alla semplificazione di trattamenti chirurgici molto invasivi e complessi trasformandoli in interventi rapidi, sicuri ma soprattutto predicibili a lungo termine.

Garantisce, inoltre, una esecuzione chirurgica più accurata, migliore realizzazione del manufatto protesico finale grazie ad una pianificazione accurata preliminare.

Assicura la preservazione di strutture anatomiche nobili ed a rischio, come il seno mascellare o il nervo mandibolare, ottimizzando l'uso dell'osso presente a disposizione.

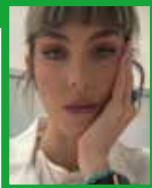
Riduce al minimo le complicanze ed i fastidi post-operatori grazie alla possibilità di ricorrere ad una chirurgia pulita, senza la necessità di scollare lembi d'accesso.

Infine, ci dà la possibilità di ampliare le indicazioni di trattamento anche a pazienti a rischio, come quelli cardiopatici e in trattamento con farmaci anticoagulanti, garantendo un minore stress intra e post-operatorio.

BIBLIOGRAFIA

1. De Almeida EO, Pellizzer EP, Goiatto MC, Margonar R, Rocha EP, Freitas AC Jr, Anchieta RB. Computer-guided surgery in implantology: review of basic concepts. *J Craniofac Surg* 2010 Nov;21(6):1917-21.
2. Lindeboom JA, van Wijk AJ. A comparison of two implant techniques on patient-based outcome measures: a report of flapless vs conventional flapped implant placement. *Clin Oral Implants Res* 2010 Apr 1;21(4):366-70.
3. Komiyama A, Pettersson A, Hultin M, Näsström K, Klinge B. Virtually planned and template-guided implant surgery: an experimental model matching approach. *Clin Oral Implants Res* 2011 Mar;22(3):308-13.
4. Bedrossian E. Laboratory and prosthetic considerations in computer-guided surgery and immediate loading. *J Oral Maxillofac Surg* 2007 Jul;65(7 Suppl 1):47-52.
5. Brånemark PI, Zarb GA, Albrektsson T. *Tissue-integrated prosthesis*. Chicago, Quintessence Publishing Co, 1985.16.
6. Frisardi G, Chessa G, Barone S, Paoli A, Rationale A, Frisardi F. Integration of 3D anatomical data obtained by CT imaging and 3D optical scanning for computer aided implant surgery. *BMC Med Imaging* 2011 Feb 21;11:5.
7. Ganz SD. Computer aided desing/computer aided manufacturing applications using CT and Cone Beam scannig technology. *Dent Clin Nordh Am* 2008 Oct;52(4):777-888.
8. Lewis RC, Harris BT, Sarno R, Morton D, Llop DR, Lin WS. Maxillary and mandibular immediately loaded implant-supported interim complete fixed dental prostheses on immediately placed dental implants with a digital approach: a clinical report. *J Prosthet Dent* 2015 Sep;114(3):315-22.
9. Loubele M, Van Assche N, Carpentier K, Maes F, Jacobs R, van Steenberghe D, Suetens P. Comparative localized linear accuracy of small-field cone-beam CT and multislice CT for alveolar bone measurements. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008 Apr;105(4):512-8.
10. D'haese R, Vrombaut T, Hommez G, De Bruyn H, Vandeweghe S. Accuracy of Guided Implant Surgery Using an Intraoral Scanner and Desktop 3D-Printed Tooth-Supported Guides. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2022 May-Jun;37(3):479-484. doi: 10.11607/jomi.9432. PMID: 35727238.
11. Mangano FG, Admakin O, Lerner H, Mangano C. Artificial intelligence and augmented reality for guided implant surgery planning: A proof of concept. *J Dent*. 2023 Jun;133:104485. doi: 10.1016/j.jdent.2023.104485. Epub 2023 Mar 23. PMID: 36965859.
12. Chen P, Nikoyan L. Guided Implant Surgery: A Technique Whose Time Has Come. *Dent Clin North Am*. 2021 Jan;65(1):67-80. doi: 10.1016/j.cden.2020.09.005. Epub 2020 Nov 2. PMID: 33213716.

Schizofrenia: una prospettiva clinica e umana oltre lo stigma



Giulia Marchiani

Psicologa Clinica, Forense e Psicoterapeuta
USI Pietralata - Via dei Durantini, 362



Immagine di freepik

*"Il problema non è che sentono voci.
È che non vengono ascoltati".*

Eleanor Longden, psicologa clinica e autrice

La schizofrenia è una delle condizioni psichiatriche più complesse, affascinanti e, al contempo, più stigmatizzate del nostro tempo. Se da un lato la ricerca neuroscientifica ha compiuto progressi significativi nella comprensione dei correlati biologici del disturbo, dall'altro la società e talvolta anche alcuni contesti clinici continuano a faticare nel riconoscere la persona oltre la diagnosi.

In questo articolo desidero proporre una riflessione che unisca l'approccio clinico con quello umano, con l'obiettivo di superare i cliché, valorizzare l'importanza dell'intervento precoce e promuovere una lettura più rispettosa della complessità della schizofrenia.

La schizofrenia è un disturbo psicotico cronico caratterizzato da una compromissione profonda del funzionamento psichico e relazionale. Il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) definisce la schizofrenia attraverso i seguenti criteri diagnostici:

- Criterio A – Sintomi caratteristici

Due (o più) dei seguenti sintomi, presenti per una parte significativa del tempo durante un periodo di

un mese (o meno se trattati con successo). Almeno uno dei sintomi deve essere (1), (2) o (3):

1. Deliri
2. Allucinazioni
3. Eloquio disorganizzato (es. deragliamenti, incoerenze)
4. Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico
5. Sintomi negativi (es. diminuzione dell'espressione emotiva o abulia)

- Criterio B – Disfunzione sociale o lavorativa

Compromissione significativa in una o più aree del funzionamento (lavoro, relazioni interpersonali, cura di sé).

- Criterio C – Durata

Presenza di segni continui del disturbo per almeno sei mesi, con almeno un mese di sintomi attivi.

- Criterio D-E-F – Esclusione

Esclusione di disturbi dell'umore, condizioni mediche, uso di sostanze e diagnosi differenziale in presenza di disturbo dello spettro autistico.

DELIRI E ALLUCINAZIONI: DUE FENOMENI, UNA DIFFERENZA SOSTANZIALE

Nel linguaggio comune i termini "delirio" e "allucinazione" vengono spesso confusi o utilizzati come sinonimi. In realtà si tratta di fenomeni psicopatologici distinti:

Schizofrenia: una prospettiva clinica e umana oltre lo stigma

Deliri

Sono credenze errate, incrollabili, non condivise dal contesto socioculturale, mantenute con assoluta convinzione anche in presenza di prove contrarie.

Possono essere:

- *Persecutori*: "Mi seguono, vogliono farmi del male."
- *Di grandezza*: "Sono stato scelto per salvare il mondo."
- *Di riferimento*: "Il telegiornale parla di me."
- *Somatici*: "Ho un microchip impiantato."
- *Erotomani*: "Quella persona è innamorata di me."

Allucinazioni

Sono percezioni senza uno stimolo esterno, vissute come reali. Le più frequenti sono quelle uditive (voci che insultano, commentano o danno ordini), ma possono anche essere visive, olfattive, gustative o tattili.

UNA SINTOMATOLOGIA A TRE FACCE

Nel lavoro clinico, risulta utile distinguere i sintomi in tre categorie principali:

- **Sintomi positivi**: deliri, allucinazioni, pensiero disorganizzato. Rappresentano un "eccesso" rispetto al normale funzionamento mentale.
- **Sintomi negativi**: riduzione dell'affettività, apatia, anedonia, alogia. Più difficili da trattare e spesso più invalidanti.
- **Sintomi cognitivi**: difficoltà di attenzione, memoria di lavoro, pianificazione e flessibilità cognitiva. Impattano fortemente sulla funzionalità quotidiana.

La terapia della schizofrenia richiede un approccio integrato, adattabile ai diversi stadi del disturbo:

- **Terapia farmacologica**: antipsicotici atipici di seconda generazione (es. aripiprazolo, risperidone, olanzapina) sono la prima scelta. Fondamentale è la personalizzazione della cura, l'attenzione agli effetti collaterali e la promozione dell'aderenza.
- **Psicoterapia individuale**: per la gestione dei sintomi residui, la costruzione dell'insight e il sostegno all'autonomia.
- **Psicoeducazione**: rivolta a pazienti e familiari, aumenta la consapevolezza, riduce l'ansia e migliora la prevenzione delle ricadute.

- **Interventi psicosociali e riabilitativi**: promozione dell'inclusione lavorativa, sociale e abitativa.

La schizofrenia non ha un'unica causa. I modelli eziopatogenetici più recenti ne sottolineano la natura multifattoriale: predisposizione genetica, anomalie neurobiologiche, eventi traumatici precoci, fattori ambientali e stress cronico.

Importante è il riconoscimento del concetto di *recovery personale*: non si tratta solo della remissione dei sintomi, ma della possibilità di condurre una vita piena e significativa, anche con sintomi persistenti. Il recovery valorizza l'autodeterminazione, la speranza e il supporto sociale.

La schizofrenia non è solo un disturbo: è una condizione che richiede uno sguardo clinico complesso, capace di tenere insieme neuroscienze, prassi terapeutica, contesto sociale ed esperienza soggettiva. Come professionisti della salute mentale, non è nostro compito solo diagnosticare o trattare ma anche accogliere, ascoltare, contenere, sostenere.

Ridurre lo stigma, promuovere un linguaggio rispettoso, educare alla differenza tra "sintomi" e "identità" sono gesti clinici tanto quanto l'uso corretto di uno strumento diagnostico.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., Text Revision).
2. Read, J., Fosse, R., Moskowitz, A., & Perry, B. (2014). The traumagenic neurodevelopmental model of psychosis. *Neuropsychiatry*, 4(1).
3. Van Os, J., & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, 374(9690), 635-645.
4. Birchwood, M., & Trower, P. (2006). Early intervention in psychosis: The critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, 188(44), s116-s120.
5. Longden, E., Madill, A., & Waterman, M.G. (2012). Dissociation, trauma, and the role of lived experience: Toward a new conceptualization of voice hearing. *Psychological Bulletin*, 138(1), 28-76.



Immagine di freepik

Cute sensibile: quando la nostra pelle ci invia segnali di disagio

Angela Maria Ferraris

Specialista in Dermatologia e Venereologia

USI Axa-Palocco - Via Eschilo, 191



Immagine di freepik

Il sommo filosofo, politico e oratore romano Marco Tullio Cicerone (106-43 a.C.), pur non essendo medico, ebbe la brillante intuizione che «la pelle è lo specchio dell'anima». La cute sensibile rappresenta un quadro clinico complesso, di quotidiana osservazione e che può essere ricondotto a svariate cause, spesso anche psicosomatiche.

Dal punto di vista diagnostico, è bene anzitutto indagare le eventuali cause scatenanti al fine di individuare l'opportuno approccio terapeutico.

In passato sofferta e riferita quasi esclusivamente da donne, per lo più di elevato tenore sociale, oggi la cute sensibile sta diventando un disturbo sempre più frequente in tutti i ceti sociali, soprattutto nei Paesi occidentali. In Italia è segnalata tra il 15% e il 60% nella popolazione femminile e al di sotto del 30% in quella maschile.

In molte nazioni del mondo è ancora oggetto di studi e di ricerche volte alla definizione, genesi ed inquadramento di questa nuova elusiva patologia, sempre più emergente anche a causa del complesso e scorretto stile di vita moderno.

La cute sensibile si manifesta quando la barriera protettiva della pelle, il suo strato più esterno detto anche film idrolipidico, è compromessa. Questa barriera ha il compito di trattenere l'umidità e proteggere la cute dagli agenti esterni irritanti, come inquinamento, batteri e sostanze chimiche aggressive. Quando il film idrolipidico è danneggiato, la pelle diventa più vulnerabile, reattiva e soggetta a irritazioni. La cute

sensibile è quindi una cute suscettibile, reattiva ed intollerante.

Bisogna subito precisare che si tratta di un complesso di manifestazioni soggettive ed oggettive certamente non immunitarie, cioè non legate ad una sensibilizzazione allergica, ovvero ad una produzione di anticorpi specifici; perciò devono essere ben differenziate dalle cosiddette dermatiti da contatto.

Sul piano clinico, sono stati descritti diversi tipi di cute sensibile, tutti comunque caratterizzati dalla comparsa di variabili sensazioni di malessere cutaneo riconducibili a diversi segni e sintomi, quali eritema, secchezza, desquamazione, tensione, prurito, bruciore e persino talvolta dolore.

Le persone con cute sensibile si differenziano fra loro non solo nella tipologia di segni e sintomi ma anche e soprattutto nel grado di sensibilità a seconda dei vari siti anatomici di comparsa. Particolarmente colpito e suscettibile risulta il viso ma anche, sebbene più raramente, il cuoio capelluto, le mani, i piedi ed eccezionalmente le mucose genitali.

Per quanto riguarda l'eziopatogenesi, a grandi linee si può dire che la cute sensibile rappresenta essenzialmente una condizione di abnorme suscettibilità nei confronti di agenti esterni, sia chimici (es. detergenti, cosmetici, etc.), sia fisici (es. sbalzi di temperatura, venti, raggi UV, etc.).

All'osservazione, la cute sensibile appare per lo più fine, sottile, delicata e facilmente desquamante e risulta più suscettibile in quanto particolarmente

Cute sensibile: quando la nostra pelle ci invia segnali di disagio

predisposta all'influenza di fattori esogeni e al concomitante sinergismo con alterate condizioni endogene alimentari, ormonali, emozionali e stressogene. È inoltre più reattiva a causa di un'alterata reazione vasomotoria, conseguente per esempio ad una stimolazione fisico-meccanica oppure perché particolarmente predisposta a reazioni nei confronti di detergenti, qualità delle acque, etc. Ed è specificatamente intollerante in quanto manifesta facilmente reazioni avverse al contatto con talune sostanze, quali ad esempio i cosmetici.

Dobbiamo altresì precisare che la cute sensibile appare spesso strettamente correlata con il fenotipo. Infatti ne sono colpiti particolarmente soggetti con pelle chiara e sottile, occhi chiari, capelli biondi, appartenenti al fototipo I e II, e perciò più reattivi ai raggi UV e a molti agenti chimici, specie a quelli irritanti. Questa costituzione è, inoltre, quasi sempre accompagnata da un discreto grado di partecipazione emotiva e coinvolgimento psicologico.

Come già sopra accennato, i fattori che concorrono nel determinismo di tale processo, ancora non tutti conosciuti ma comunque numerosissimi, sono prevalentemente esogeni: cosmetici inadeguati, rasatura elettrica o meccanica con agenti mal tollerati, variazioni climato-ambientali, inquinamenti di varia natura, prolungate esposizioni a videoterminali, ingestione di bevande calde, spezie, alcolici ed eccitanti, irradiazioni scorrette, trattamenti estetici aggressivi, specie esfolianti. Ma anche i fattori endogeni possono contribuire: diatesi eritrosica, atopica, seborroica, psoriasica e molti altri di natura metabolico-ormonale.

Nel complesso, allo stato attuale, si ritiene che tutte le problematiche cutanee fin qui descritte possano essere rapportate ad un'alterazione della funzione di barriera, ad una modificazione dei lipidi intercheratinocitari, quelli cioè che cementano la cheratina, e ad una riduzione della soglia di tolleranza della cute.

Alcune recenti ricerche hanno dimostrato che l'alterata sensibilità può essere ricondotta ad un coinvolgimento delle molteplici terminazioni nervose cutanee. Tale processo avverrebbe tramite il rilascio di neurotrasmettitori e specifici neuropeptidi (es. sostanza P, polipeptidi vasoattivi, etc.) in sinergismo con talune endopeptidasi. Queste sostanze regolatrici dell'interazione neuro-ormone-recettore sarebbero perciò in grado di modulare il sistema neuro-immunitario cutaneo, la risposta infiammatoria e parzialmente anche la crescita cellulare.

La diagnosi è in tutti i casi essenzialmente clinica e deve quindi scaturire da un'indagine anamnestica accurata e circostanziata, seguita da un esame clinico-dermatologico attento ed approfondito.

Eccezionalmente, e solo in casi particolarmente dubbi e complessi, si può anche ricorrere a sofisticati metodi di indagine laboratoristica e a valutazioni funzionali della pelle, sempre di competenza strettamente specialistica, per meglio misurare la sensibilità, la suscettibilità e il grado di intolleranza cutanea.

In quest'ottica i metodi diagnostici sono molti e variegati, fra i quali, oltre al più classico test all'acido lattico al 5%, si può effettuare anche la determinazione della TEWL (Transepidermal Water Loss), per valutare l'evaporazione transcutanea e la capacità di trattenere

l'acqua, parametri di solito più elevati in presenza di cute sensibile.

Più semplicemente nella corrente pratica quotidiana, per valutare la reattività vasomotoria della cute, si ricorre di frequente al ben noto e validato test del dermatografismo cutaneo. Tale metodo, molto semplice e rapido, si effettua stimolando meccanicamente la cute con una punta smussa e valutando poi l'intensità e il tempo di persistenza della conseguente stria rossa (eritema). Questo sintomo permette già a colpo d'occhio di verificare il grado di vasodilatazione capillare, rapportabile alla liberazione di istamina e di altre sostanze istaminosimili (amine vasoattive), che intervengono molto incisivamente nel determinismo della cute sensibile.

Per quanto riguarda la terapia, nella fase acuta è indispensabile anzitutto eliminare il più possibile i fattori scatenanti e sospendere qualsiasi cosmetico o altra sostanza esterna, limitandosi per alcuni giorni all'applicazione di impacchi decongestionanti con camomilla o acido borico e a nebulizzazioni di acque termali ad azione lenitiva e rinfrescante.

Successivamente possono essere impiegati diversi approcci terapeutici:

- Trattamenti professionali presso Studi Medici
 - Terapie laser e a luce pulsata (IPL): particolarmente indicate per le pelli sensibili che presentano rossore diffuso o capillari dilatati (couperose), il laser agisce sui vasi sanguigni, riducendone la visibilità e di conseguenza attenuando il rossore;
 - Trattamenti lenitivi e idratanti professionali: prodotti ad alta concentrazione di attivi lenitivi e ristrutturanti (es. ceramidi, acido ialuronico, niacinamide, acqua termale, etc.) che mirano a riparare la barriera cutanea e a calmare le infiammazioni;
 - Peeling chimici molto delicati: formulazioni leggere, spesso a base di acido lattico o altri acidi a bassa concentrazione, che possono aiutare a migliorare la texture della pelle e a stimolare il rinnovamento cellulare senza causare irritazione.
- Terapie farmacologiche (solo su prescrizione medica)
 - Creme o lozioni medicate: se la sensibilità è legata a patologie come la rosacea o la dermatite, il Dermatologo può prescrivere creme contenenti farmaci specifici (es. per la rosacea antibiotici topici o creme per ridurre il rossore);
 - Farmaci orali: nei casi più severi, antibiotici o antinfiammatori per controllare l'infiammazione e i sintomi.
- Approcci complementari
 - Integratori alimentari: omega-3, la vitamina D3 e i probiotici possono contribuire a rafforzare la barriera cutanea e a ridurre l'infiammazione sistemica;
 - Cure termali: per alcune condizioni come la dermatite atopica o la psoriasi, che spesso si manifestano con una forte sensibilità cutanea, sono consigliati cicli di trattamenti con acque termali, ricche di minerali con proprietà lenitive e antinfiammatorie che possono dare sollievo e migliorare le condizioni della pelle.

Certamente per la prevenzione di questo molesto disturbo cutaneo e per il buon successo della terapia resta vincente il miglioramento dello stile di vita sotto tutti gli aspetti.

La Capsulite Adesiva della Spalla (c.d. spalla congelata)

Matteo Vernengo

Dottore in Fisioterapia

Master Alta Formazione sulla spalla "Shoulder Academy"

Master in Osteopatia nelle disfunzioni muscolo-scheletriche

USI Lido di Ostia - Viale del Lido, 3

SOMMARIO

La **capsulite adesiva di spalla**, nota anche come "**spalla congelata**", è una patologia caratterizzata da dolore persistente e progressiva limitazione del movimento dell'articolazione gleno-omerale. Colpisce prevalentemente soggetti di mezza età, con una maggiore incidenza nelle donne. L'eziologia non è completamente chiarita, ma è stata associata a patologie autoimmuni, eventi traumatici, interventi chirurgici e prolungata immobilizzazione.

La malattia si sviluppa in tre fasi cliniche: infiammatoria, adesiva e di recupero, ciascuna con caratteristiche sintomatologiche distinte. La diagnosi si basa su anamnesi, esame obiettivo e imaging, in particolare la risonanza magnetica. Le opzioni terapeutiche includono trattamenti conservativi (fisioterapia e corticosteroidi) e approcci invasivi nei casi più refrattari, come la manipolazione in anestesia o la capsulotomia artroscopica.

Abbiamo condotto una revisione narrativa della letteratura per valutare l'efficacia delle principali strategie terapeutiche nella gestione della capsulite adesiva. I risultati dimostrano che i trattamenti conservativi sono generalmente efficaci nella maggior parte dei casi, consentendo un recupero soddisfacente della funzionalità articolare. Le tecniche invasive risultano utili nei casi refrattari, garantendo miglioramenti più rapidi, ma con un rischio maggiore di complicanze.

L'articolo fornisce una panoramica aggiornata sulla gestione della capsulite adesiva, discutendo i principali ap-

procci terapeutici, i relativi risultati clinici e le prospettive future alla luce delle più recenti evidenze scientifiche.

INTRODUZIONE

La capsulite adesiva di spalla è una condizione dolorosa che limita significativamente il movimento dell'articolazione gleno-omerale, causando disabilità nelle attività quotidiane. Colpisce prevalentemente soggetti tra i 40 e i 60 anni, con una prevalenza maggiore nelle donne rispetto agli uomini.

La patologia è caratterizzata da un processo infiammatorio che coinvolge la capsula articolare della spalla, portando a rigidità progressiva e dolore. Viene classificata come **primaria** (idiopatica), spesso associata a **condizioni sistemiche predisponenti** come diabete mellito, disfunzioni tiroidee e malattie autoimmuni, oppure come **secondaria**, quando insorge in seguito a **fratture, lussazioni, contusioni, immobilizzazioni prolungate o interventi chirurgici**.

Le attuali evidenze indicano che il trattamento della capsulite adesiva è prevalentemente conservativo, e combina fisioterapia a cicli di infiltrazioni corticosteroidi per ridurre dolore e recuperare la mobilità. Nei casi refrattari, può rendersi necessario ricorrere a tecniche invasive, come la manipolazione in anestesia o la capsulotomia artroscopica.

Nonostante i progressi nella comprensione della patologia, la sua gestione continua a rappresentare una sfida per il clinico, richiedendo un approccio personalizzato e multidisciplinare.

Adhesive Capsulitis of Shoulder

Normal Shoulder



Frozen Shoulder



La Capsulite Adesiva della Spalla (c.d. spalla congelata)

MATERIALE E METODI

È stata condotta una revisione narrativa della letteratura relativa al trattamento della capsulite adesiva, selezionando articoli pubblicati tra il 2009 e il 2024 attraverso i principali database scientifici (PubMed, Scopus, Cochrane Library). Sono stati inclusi studi clinici, revisioni sistematiche e linee guida che valutavano l'efficacia delle principali strategie terapeutiche disponibili.



I criteri di selezione includevano:

- Diagnosi clinica e strumentale di capsulite adesiva
- Confronto tra approcci conservativi (fisioterapia, farmaci antinfiammatori, corticosteroidi) e approcci invasivi (manipolazione in anestesia, capsulotomia)
- Outcome basati su punteggi di dolore (VAS) e funzione articolare (Constant-Murley Score)
- Follow-up di almeno sei mesi

L'obiettivo della revisione era confrontare efficacia clinica, tempo di recupero e incidenza di complicanze per ciascun approccio terapeutico, al fine di proporre una sintesi basata sulle più solide evidenze scientifiche disponibili.

RISULTATI

L'analisi della letteratura ha mostrato che circa il 60% dei pazienti trattati con fisioterapia e corticosteroidi ottiene un miglioramento significativo in termini di mobilità e riduzione del dolore, con un recupero progressivo nell'arco di 6–12 mesi.

Le tecniche invasive, come la manipolazione in anestesia, mostrano una ripresa più rapida, con circa il 90% dei pazienti che raggiunge una funzionalità quasi completa entro sei mesi. Tuttavia, fino al 10% di questi può andare incontro a complicanze, tra cui recidiva di rigidità, dolore intermittente o lesioni associate.

Il trattamento conservativo si conferma efficace nella **maggior parte dei casi**, indipendentemente dalla gravità iniziale, anche se richiede un impegno riabilitativo più lungo. L'uso di infiltrazioni di corticosteroidi ha un effetto positivo sul controllo del dolore, ma prevalentemente a breve termine.

DISCUSSIONE

La capsulite adesiva è una condizione eterogenea, la cui gestione dipende dalla fase clinica e dalla risposta individuale al trattamento. I risultati della revisione confermano che i trattamenti conservativi costituiscono la prima linea terapeutica nella maggioranza

dei casi, con buoni esiti funzionali nel medio-lungo termine.

Nei casi refrattari o avanzati, la manipolazione in anestesia può rappresentare una valida alternativa, anche se associata a un rischio maggiore di complicanze. L'efficacia di ciascun approccio dipende da molteplici fattori: età del paziente, comorbidità, fase clinica della malattia e aderenza alla terapia.

Il meccanismo patologico, probabilmente legato a un processo infiammatorio cronico della capsula articolare, è ancora oggetto di studio. La necessità di ulteriori ricerche, in particolare studi longitudinali, rimane cruciale per chiarire i tempi ottimali di intervento e definire percorsi terapeutici più precisi.

BIBLIOGRAFIA

1. Hand, G. C., & Rees, J. L. (2013). *Frozen shoulder: The evidence for management*. Journal of Orthopaedic Surgery and Research, 8(1), 13.
2. Lo, I. K. Y., Litchfield, R. B., & Doral, M. N. (2015). *Frozen shoulder: The current evidence*. British Journal of Sports Medicine, 49(13), 906–914.
3. Neviaser, A. S., & Neviaser, R. J. (2010). *Frozen shoulder: Diagnosis and management*. JAAOS, 18(8), 426–432.
4. Bunker, T. D. (2009). *The management of frozen shoulder*. Orthopaedic Journal of Sports Medicine, 37(10), 1527–1534.
5. Zuckerman, J. D., & Rokito, A. S. (2009). *Frozen shoulder: A review of the literature*. JBJS American, 91(2), 200–208.
6. Daniel Li; John M. St Angelo; Muhammad Taqi (2025). *Adhesive Capsulitis (Frozen Shoulder)*. NIH.
7. Itoi, E., Arce, G., Bain, G. I., et al. (2016). *Shoulder Stiffness: Current Concepts and Concerns*.

Il Reparto di FKT della sede USI Lido di Ostia
(Villa del Lido) Viale del Lido, 3

è a vostra completa disposizione per qualsiasi
informazione aggiuntiva.

Potete contattarci al numero unico 06.328681

oppure tramite la nostra mail dedicata

segreteria.fisioterapiavilladellido@usi.it

Gestiremo le vostre richieste nel più breve tempo possibile.



Fishing For Litter: USI in missione per gli oceani con Ogyre

Jessica Petrangeli

Giornalista, Marketing and Communication Specialist

Nel 2025 USI ha intrapreso un nuovo e importante viaggio a fianco di **Ogyre**, la prima piattaforma globale di *Fishing for Litter*, con l'obiettivo di contribuire concretamente alla **salvaguardia degli oceani** e al sostegno delle **comunità di pescatori locali**. Una partnership che riflette pienamente i valori di responsabilità, sostenibilità e innovazione ambientale che da sempre guidano USI nelle sue scelte.



CHI È OGYRE

Fondata con l'intento di trasformare la lotta contro l'inquinamento marino in un progetto condiviso, Ogyre è una startup italiana impegnata nella difesa del mare e delle sue risorse. Attraverso la piattaforma digitale www.ogyre.com, Ogyre permette a privati, aziende e organizzazioni di **partecipare attivamente alla raccolta di rifiuti marini**, sostenendo le missioni di pescatori in diversi Paesi del mondo, tra cui **Indonesia, Brasile e Italia**.

Il progetto principale di Ogyre, **"Fishing for Litter"**, si basa su un'idea semplice ma straordinariamente efficace: coinvolgere i pescatori, durante o in alternativa alle loro normali attività di pesca, nella raccolta dei rifiuti presenti in mare.



Immagine di Ogyre



Immagine di Ogyre

I materiali recuperati – plastica, metalli, reti e altri scarti – vengono poi **portati a terra, pesati, catalogati e avviati al miglior fine vita possibile**, contribuendo alla pulizia degli oceani e alla riduzione dell'inquinamento. Grazie a questa rete globale di collaborazioni, Ogyre ha già permesso la **rimozione di decine di tonnellate di rifiuti marini** e ha dimostrato che **la tutela ambientale può diventare un modello di economia circolare**, capace di generare valore per le persone e per il pianeta.

LA PARTNERSHIP CON USI: UN IMPEGNO CONCRETO

In questo contesto, **USI** ha deciso di sostenere Ogyre e le sue operazioni internazionali di *Fishing for Litter*, affermando con forza il proprio ruolo attivo nella difesa dell'ambiente.

Grazie alla missione supportata da USI, il pescatore **Wayan**, in Indonesia, è uscito in mare e ha riportato a terra **54,2 kg di rifiuti marini** – equivalenti a circa 5.000 bottiglie di plastica – per ben due volte. Un gesto simbolico, ma al tempo stesso concreto, che testimonia come anche un piccolo contributo possa avere un grande impatto sulla salute del nostro pianeta.

"Ogni bottiglia recuperata dal mare è una vittoria per l'ambiente e per le generazioni future. Con questa collaborazione – ha commentato la Direzione di USI – vogliamo ribadire il nostro impegno a favore della sostenibilità e promuovere una cultura della responsabilità ambientale che coinvolga tutti, dentro e fuori la nostra azienda."

USI ACCANTO ALL'AMBIENTE

La partnership con Ogyre rappresenta un ulteriore passo nel percorso che USI porta avanti da anni a favore della **tutela dell'ambiente e della salute collettiva**. Dalle iniziative per la riduzione dell'impatto ambientale nelle proprie sedi alla promozione di comportamenti sostenibili dei processi aziendali, USI dimostra che la cura del pianeta è parte integrante della cura della salute. Con il progetto *Fishing for Litter* USI rinnova la propria missione: **costruire un futuro più pulito, più consapevole e più sostenibile**, dove la collaborazione tra persone, comunità e aziende possa davvero fare la differenza.

USI, un impegno che va oltre la cura. Perché la salute del pianeta è la salute di tutti.

Modella senza bisturi: il nuovo rimodellamento con ecografia e Criolipolisi

Stefan Dima

Responsabile Reparto di Medicina Estetica
Master Universitario di 2° livello in
"Medicina Estetica e Terapia Estetica"
(Università di Camerino - Università degli Studi di Torino)

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



Il futuro del rimodellamento corporeo è non chirurgico: tecnologie avanzate e diagnosi ecografica per ridurre, rassodare e ridefinire le forme con precisione e sicurezza

Ora è il momento ideale per riscoprire il proprio corpo, ma oggi la vera novità non è solo nei trattamenti: è nel **modo in cui vengono scelti e guidati**.

Nelle mie visite presso U.S.I. ogni percorso di rimodellamento corporeo inizia e si sviluppa attraverso un'**accurata diagnosi ecografica**, che consente di **osservare ciò che l'occhio non vede**: spessore del tessuto adiposo, densità del derma, presenza di fibrosi o ritenzione. L'ecografia diventa così una bussola clinica che permette al medico di **personalizzare i protocolli**, scegliere la tecnologia più adatta e monitorare i risultati nel tempo - garantendo **efficacia, sicurezza e naturalezza**.

Oggi osserveremo i seguenti trattamenti e come l'approccio e l'incontro con l'ecografia offrono maggiore sicurezza e un risultato più naturale:

- Onda Coolwaves™
- HIFU Body
- Radiofrequenza
- Intralipoterapia
- Criolipolisi
- Carbossiterapia
- Cavitazione
- PB Serum
- Ruolo dell'ecografia in queste importanti metodiche

ONDA COOLWAVES™ - PRECISIONE MIRATA, CONTROLLATA ECOGRAFICAMENTE

Le **microonde selettive Onda Coolwaves™** agiscono in profondità, disgregando le cellule adipose e mi-

gliorando l'elasticità dei tessuti.

Grazie all'**ecografia pre-trattamento**, posso **valutare esattamente lo spessore del pannicolo adiposo** e **dosare l'energia in modo personalizzato**, evitando eccessi e ottimizzando i risultati.

Effetti principali:

- Riduzione delle adiposità localizzate.
- Miglioramento della cellulite fibrosa.
- Rassodamento e rimodellamento cutaneo visibile.

La valutazione ecografica dopo ogni ciclo permette inoltre di **visualizzare la riduzione del grasso e la compattezza del tessuto**, trasformando il trattamento in un processo misurabile e scientificamente tracciato.

HIFU BODY - ULTRASUONI FOCALIZZATI GUIDATI DALL'ECOGRAFIA

Il **lifting non chirurgico del corpo** trova la sua massima efficacia quando è controllato ecograficamente. La tecnologia **HIFU (High-Intensity Focused Ultrasound)** lavora in profondità ma la precisione nel **raggiungere lo strato SMAS o il pannicolo sottocutaneo corretto** è possibile solo attraverso la **visione ecografica diretta**.

Durante la diagnosi, individuo le aree dove il derma ha perso compattezza e pianifico la profondità del fascio ultrasonico in base ai dati reali.

Questo consente di **stimolare il collagene con millimetrica precisione**, rassodando addome, cosce, braccia e fianchi con un effetto lifting naturale e progressivo.

Radiofrequenza - collagene su misura grazie al controllo ecografico



La **radiofrequenza** induce un riscaldamento controllato del derma, ma non tutti i tessuti reagiscono allo stesso modo.

L'ecografia consente di **valutare la densità del collagene e la profondità dello strato dermico** in cui intervenire, calibrando così l'energia per ottenere il massimo effetto tensore.

Risultato: pelle più elastica, compatta e luminosa, con un approccio completamente personalizzato e verificabile con immagini ecografiche comparative prima e dopo il trattamento.

Intralipoterapia - L'ecografia come strumento di sicurezza

Nelle **infiltrazioni lipolitiche**, la **precisione millimetrica** è fondamentale.

L'ecografia permette di **visualizzare in tempo reale la diffusione del farmaco** nel tessuto adiposo, evitando l'interessamento di vasi o strutture sensibili e garantendo un risultato uniforme.

Benefici: riduzione progressiva del grasso localizzato (addome, ginocchia, fianchi) e profilo più armonioso, senza traumi né irregolarità.

CRIOLIPOLISI - ANALISI ECOGRAFICA DEL PANNICOLO ADIPOSO PRIMA E DOPO

La **criolipolisi** riduce il grasso attraverso il freddo controllato ma la selezione corretta delle aree è ciò che determina l'efficacia del trattamento.

Con l'**ecografia diagnostica** posso misurare lo **spessore reale del tessuto adiposo** e scegliere il manipolo ideale in base al volume e alla densità del pannicolo.

Alla fine del ciclo il controllo ecografico consente di documentare la **riduzione effettiva del grasso (fino al 30%)**, dimostrando oggettivamente i risultati ottenuti.

CARBOSSITERAPIA - MONITORAGGIO ECOGRAFICO DELLA MICROCIRCOLAZIONE

L'anidride carbonica medicale migliora la **microcircolazione** e il drenaggio linfatico, ma ogni paziente presenta un diverso grado di congestione o fibrosi.

Con l'ecografia doppler e ad alta frequenza, è possibile **visualizzare la vascolarizzazione dei tessuti**, adattando la quantità di CO₂ iniettata e individuando le aree dove il flusso è rallentato.

Il risultato è una **carbossiterapia più mirata, efficace e sicura**, ideale contro cellulite e ritenzione.

CAVITAZIONE - ULTRASUONI VISIBILI SOTTO GUIDA ECOGRAFICA

Durante la **cavitazione**, onde a bassa frequenza frammentano le cellule adipose: ma la profondità di penetrazione varia da corpo a corpo.

Grazie al controllo ecografico, il medico può **verificare la risposta del tessuto adiposo in tempo reale**, ottimizzando la frequenza e la durata del trattamento per ottenere una riduzione equilibrata e naturale.

PB SERUM - BIORIVITALIZZAZIONE ENZIMATICA DI NUOVA GENERAZIONE

Il **PB Serum** rappresenta una delle più innovative formulazioni di **enzimi biotecnologici (collagenasi, lipasi e ialuronidasi)**, capaci di agire in modo selettivo su **cellulite, fibrosi e adiposità localizzate**.

L'ecografia ha un ruolo fondamentale anche qui: consente di **valutare il grado di fibrosi** e la **risposta enzimatica nei tessuti** dopo ogni ciclo, modulando le dosi in base all'evoluzione visibile sotto sonda.

Risultati: tessuti più morbidi, omogenei, elastici e un miglioramento marcato della superficie cutanea.

DIAGNOSI ECOGRAFICA INTEGRATA - IL CUORE DELLA MEDICINA ESTETICA MODERNA

Attraverso i miei studi l'ecografia non è un semplice strumento diagnostico, ma una vera e propria **guida terapeutica**.

Dalla prima visita alla valutazione dei risultati, ogni fase è seguita attraverso immagini ecografiche che rendono **oggettivo il miglioramento dei tessuti**.

Fase del percorso	Ruolo dell'ecografia	Beneficio per il paziente
Diagnosi iniziale	Misura spessore del grasso, densità del derma, vascolarizzazione	Scelta mirata della tecnologia
Durante il trattamento	Guida e sicurezza nell'applicazione (es. intralipoterapia, HIFU)	Efficacia controllata e senza rischi
Follow-up	Confronto dei tessuti prima/dopo	Risultati misurabili e trasparenti

La forza della sinergia: più tecnologie, un solo obiettivo

Ogni corpo è unico: per questo creo percorsi personalizzati che combinano più tecniche in base alla morfologia, ai dati ecografici e agli obiettivi del paziente.

Esigenza estetica	Tecnologie consigliate	Risultato
Grasso localizzato	Onda Coolwaves™, Criolipolisi, Intralipoterapia, PB Serum	Riduzione visibile e omogenea
Cellulite e ritenzione	Carbossiterapia, Cavitazione, PB Serum	Pelle più liscia e drenata
Lassità cutanea	HIFU Body, Radiofrequenza	Rassodamento e lifting naturale
Mantenimento nel tempo	Radiofrequenza, Carbossiterapia, Ecografia di controllo	Pelle tonica e risultati stabili

Come dico sempre: "Il vero risultato estetico è quando il corpo ritrova equilibrio, non quando cambia identità." Affronta la bella stagione con anticipo: prenota ora la tua **valutazione ecografica personalizzata** e scopri il percorso di **rimodellamento non chirurgico** più adatto al tuo corpo.

Con la guida dell'ecografia e le tecnologie più avanzate, **modella senza bisturi** - in modo sicuro, naturale e scientificamente misurabile.

La vicenda Fiumana e la Croce Rossa nel primo dopoguerra

Ettore Calzolari

Col. Me. cgd - Addetto all'Ufficio Storico dell'Ispettorato Nazionale
del Corpo Militare Volontario della Croce Rossa Italiana

Maria Palumbo

Socio Sostenitore della Croce Rossa Italiana



La cerimonia dei Caduti al cimitero di Cosala

La recentissima scomparsa di Giuseppe Parlato, Presidente del Comitato Scientifico per lo studio della Storia della Croce Rossa Italiana, gruppo di ricerca voluto dalla Presidenza della Associazione, ha determinato un vuoto incolmabile. È certo però che diversi suggerimenti, che lo studioso ha lasciato nei suoi scritti e nei suoi incontri, possono aiutare a vedere in una luce diversa non pochi aspetti della complessa storia della Associazione. Uno di questi eventi, e non tra i più trascurabili, può essere considerato l'occupazione della città di Fiume da parte di Gabriele D'Annunzio e dei suoi seguaci nel 1919 dopo la pace seguita alla grande guerra 1915/1918, con la cosiddetta vittoria mutilata¹. In questa circostanza la Croce Rossa Italiana ebbe un ruolo molto importante, cosa che non tutti sanno.

Sono stati messi a fuoco con l'occasione alcuni luoghi comuni caratteristici di questo periodo, in particolare per quello che riguarda i rapporti degli occupanti di Fiume con l'associazione della Croce Rossa Italiana, rapporti che si rivelarono fondamentali per un accettabile dipanarsi della vicenda fiumana.

Mentre l'Italia, da poco uscita dalla guerra, era ancora inquieta, il 13 settembre 1919 una notizia corse fulminea. Gabriele d'Annunzio, partito da Ronchi² nottetempo insieme al 2° battaglione del 2° Reggimento Granatieri, con gli arditi della Brigata e tre compagnie di mitraglieri, raccogliendo lungo la strada altri militari (Parlato 2009), era entrato a Fiume, all'epoca presidiata dalle truppe internazionali, americane, francesi ed inglesi.³

¹ L'Italia non ottenne Fiume nel 1919 perché si scontrò con l'opposizione degli Alleati, in particolare del presidente USA Wilson, che si opponeva all'annessione basandosi sul principio di autodeterminazione dei popoli e sulla maggioranza slava della città. Dopo la Prima Guerra Mondiale, Fiume fu proclamata città libera nel 1920 con il Trattato di Rapallo, per poi essere definitivamente annessa all'Italia nel 1924.

² "Ronchi dei Legionari" è il nome moderno di Ronchi, una città che prima si chiamava Ronchi di Monfalcone. Il cambio di nome avvenne nel 1925 per commemorare la "Marcia su Fiume" di Gabriele D'Annunzio, che partì da qui il 12 settembre 1919 con i suoi legionari.

³ L'intento fu quello di proclamare l'annessione della città all'Italia forzando in tal modo la mano ai delegati delle potenze vincitrici della prima guerra mondiale, all'epoca impegnati nella Conferenza di pace di Parigi.

Francesco Saverio Nitti⁴, all'epoca presidente del Consiglio dei Ministri, trasmettendo queste notizie al ministro degli esteri Tittoni⁵, commentava: «*Ma io non so persuadermi come il gravissimo fatto sia potuto avvenire*».

La prima reazione di Nitti alla notizia dell'ingresso dei legionari ribelli a Fiume fu quella di operare con mano ferma e liquidare l'impresa di D'Annunzio sul nascere, attraverso una sollecita e definitiva azione militare. È quello che ordinò subito al generale Pittaluga⁶ («*Ella sa quale è il suo preciso dovere in quest'ora*»), nella serata del 12, mentre la mattina del 13 settembre, non più convinto dell'affidabilità di Pittaluga, ordinò a Pietro Badoglio di recarsi a Fiume per risolvere la questione, nominandolo Commissario straordinario militare per la Venezia Giulia. (Parlato 2009).

Tuttavia, già la notte tra il 13 e il 14, a Badoglio veniva raccomandato di non recarsi a Fiume per evitare una reazione dei legionari, che avrebbe potuto indurre le truppe alleate, che presidiavano l'area, ad intervenire nella questione, compromettendo le trattative in corso a Parigi.

Prese allora corpo l'idea del blocco economico, che doveva coinvolgere in pieno la Croce Rossa Italiana nella vicenda, favorendo l'accesso dei viveri alla città per via ordinaria nonostante il proclamato blocco.

Nitti ne accennò già il 14 settembre in un telegramma al ministro degli Esteri Tittoni nel quale il Capo del Governo comunicava la nomina di Badoglio a Commissario straordinario militare; inoltre Nitti chiedeva al ministro di fare pressioni sugli alleati affinché sgomberassero le truppe da Fiume «*poiché vogliamo impedire per terra e per mare l'ingresso a Fiume di qualsiasi rifornimento*»,».-

Di fronte questi proclami così severi, che ci hanno tramandato una figura del Primo Ministro Nitti tutt'altro che accomodante, troviamo oggi elementi che possono smentire la fama di affamatore che si è guadagnata nella vulgata della vicenda fiumana (Parlato 2009) e questo anche grazie al ruolo avuto dalla Croce Rossa Italiana.

Il 17 settembre, proprio Nitti scrisse infatti a Giovanni Ciraulo, all'epoca Presidente della Croce Rossa Italiana, per chiedergli di impostare un piano di aiuti umanitari a favore della popolazione fiumana, per attenuare gli effetti del blocco proclamato (Parlato 2009). la C. R. I. Dichiarava che era pronta a fornire le derrate che occorressero alla città, e intanto spediva un



Il Palazzo del Comando: la finestra colpita è quella della stanza del Comandante

vagone di cassette di latte condensato e, due vagoni di materiali farmaceutici sanitari e ospedalieri e di biancheria, e poi ancora altro latte condensato. Personale di Croce Rossa fu per l'incombenza inviato a Fiume con l'incarico di stabilire i contatti tra la C. R. I. e la città, onde provvedere, d'intesa con le competenti autorità statali, tutto quanto occorreva nella grave situazione che andava evolvendo.

Presto si poterono formare periodici treni di vettoviaggiamento, con i quali Fiume venne rifornita di ogni genere alimentare soprattutto, come abbiamo già visto, per opera della Croce Rossa Italiana.

Sulla serietà di questo orientamento conferma Badoglio⁷ così come segue (Badoglio 1946) «*il senatore Ciraulo, Presidente della Croce Rossa, mi telegrafò immediatamente che era a mia completa disposizione per assolvere il mandato avuto e avrebbe provveduto all'assistenza sanitaria.*

L'on. Ciraulo m'invia poscia un suo fiduciario, il comm. Cortesi Vittorio, incaricato di stabilire un regolare piano di rifornimento della città.

Sempre Badoglio, in una successiva corrispondenza con il Presidente del Consiglio relativa ai rifornimenti di viveri scriveva, in momenti in cui la conflittualità tra governo e amministrazione di Fiume sembrava accentuarsi (Badoglio 1946): «*prospettavo la convenienza e l'opportunità di riprendere, in misura da me controllata, l'invio di viveri in*

⁴ Francesco Saverio Nitti (Melfi, 19 luglio 1868 – Roma, 20 febbraio 1953) è stato un economista, politico, saggista e antifascista italiano. Presidente del Consiglio dei ministri del Regno d'Italia, più volte ministro. (Wikipedia 2025)

⁵ Tommaso Tittoni, (Roma, 16 novembre 1855 – Roma, 7 febbraio 1931), è stato un diplomatico e politico italiano. (Wikipedia 2025).

⁶ Vittorio Emanuele Pittaluga, Vittorio Emanuele Pittaluga (Mondovì, 26 settembre 1863 – Firenze, 28 aprile 1928) nel 1919, come comandante del Corpo d'occupazione interalleato di Fiume, cercò senza successo di opporsi pacificamente all'occupazione della città da parte di Gabriele D'Annunzio.

⁷ Pietro Badoglio (Grazzano Monferrato, 28 settembre 1871 – Grazzano Badoglio, 1° novembre 1956) è stato un generale e politico italiano, maresciallo d'Italia, senatore e capo del governo dal 25 luglio 1943 all'8 giugno 1944. (Wikipedia 2025)

La vicenda fiumana e la croce rossa nel primo dopoguerra

città, per togliere l'unica causa che avrebbe potuto portare turbamenti in una situazione che si era riusciti a mantenere, sino ad allora, in stato di grande tranquillità..."⁸ rispose immediatamente Nitti che il Governo non intendeva inviare direttamente viveri perché ciò avrebbe potuto significare agli alleati esservi segrete e precedenti intese con D'Annunzio, mentre era indispensabile, per ragioni di politica internazionale, che rimanesse indubbia ed indiscussa la completa lealtà del Governo italiano. Però, trovando giuste ed opportune le ragioni da me prospettate, egli mi autorizzò a dire al Grossich⁸ che, ove Fiume avesse bisogno di viveri, egli avrebbe potuto farne diretta richiesta alla Croce Rossa Italiana, sempre però dopo avere data preventiva e leale assicurazione, sulla di lui parola d'onore, che i viveri richiesti sarebbero stati distribuiti soltanto alla popolazione civile.

In seguito a questi positivi contatti, in cui la Croce Rossa Italiana ebbe un ruolo importante, nei mesi di novembre e dicembre del 1919, le proposte concilianti di Badoglio, ovviamente concordate con Nitti, presero la forma del cosiddetto *modus vivendi*, e cioè l'articolato progetto che avrebbe portato alla creazione di uno Stato Libero a Fiume.⁹ Presto si poterono anche formare periodici treni di vettovagliamento, con i quali Fiume venne rifornita in modo sistematico. (Frezza 1956).

È indubbio quindi che in seguito al blocco ordinato dal Governo, il Senatore Ciraulo, concordò con il Capo del Governo, F. S. Nitti, di provvedere ai bisogni alimentari di Fiume, se richiestone da quel Consiglio Nazionale.

Presi accordi a Roma col Sottosegretario per gli approvvigionamenti e a Udine col Generale Badoglio, il senatore Ciraulo comunicava all'On. Grossich, tramite lo stesso Generale, che la C. R. I. era pronta a fornire le derrate che occorressero alla città, e intanto spediva un vagone di cassette di latte condensato e, due vagoni di materiali farmaceutici sanitari e ospedalieri e di biancheria, e poi ancora altro latte condensato.

Il Colonnello della Croce Rossa Prof. Morfini fu per l'incombenza inviato a Fiume con l'incarico di stabilire i contatti tra la C. R. I. e la città, onde provvedere, d'intesa con le competenti autorità statali, tutto quanto occorreva predisporre nella grave incombenza. Presto si poterono così formare perio-

Fratelli, se volete evitare la grande sciagura, non oltrepassate questo limite.
Se i vostri Capi vi accecano, il Dio d'Italia v'illumini.



Alla vigilia dell'attacco grandi cartelli erano stati alzati nelle trincee legionarie

dici treni di vettovagliamento, con i quali Fiume venne rifornita in modo accettabile di ogni genere alimentare.

IL MANCATO INTERVENTO A FIUME DEL COLONNELLO MEDICO DI CROCE ROSSA PROFESSOR RAFFAELE BASTIANELLI

A Turbare i rapporti tra Fiume e Croce Rossa ebbero invece un ruolo i comandi militari incaricati del blocco. Che non tutto filasse durante questo periodo in perfetta armonia tra le autorità incaricate del blocco di Fiume e la CRI lo dimostra infatti una polemica che coinvolse il famoso chirurgo Bastianelli con i comandi assediati di Fiume.

Come risulta dal giornale "La vedetta d'Italia" il battagliero giornale fiumano diretto da Giulio Benedetti¹⁰ — possiamo leggere il 31 dicembre 1920 quanto segue: « Sin da ieri l'altro era stato annunciato in partenza per Fiume il prof. Raffaele Bastianelli con un ospedale di 100 letti destinato alla città. L'illustre chirurgo sarebbe stato accompagnato da collaboratori di alto valore, che si sarebbero messi all'opera all'atto stesso dell'arrivo. Nel pomeriggio di ieri il treno giunto a Mattuglie¹¹ è stato fermato dalle autorità regolari non potendo proseguire per l'interruzione dei binari.

« Il prof. Bastianelli ha allora proseguito via mare per Fiume recandosi subito all'ospedale, dove ha constatato l'urgenza di dover procedere a diverse operazioni chirurgiche.

" Tuttavia buona parte del materiale occorrente, che trovavasi sul vagone fermo a Mattuglie e occorrendo l'ausilio degli assistenti, pure rimasti colà, il prof. Bastianelli ha chiesto al Comandante Foschini di domandare d'urgenza ad Abbazia che fossero fatti partire subito per via mare gli assistenti e il materiale necessario. « Alla richiesta il generale Ferrario comandante la 45a Divisione italiana in Abbazia, ha opposto un reciso rifiuto. Così non è stato possibile

⁸ Antonio Grossich (Dragucco, 7 giugno 1849 – Fiume, 1° ottobre 1926) è stato un medico e politico italiano. Fu senatore del Regno d'Italia. Rivendicò per il capoluogo del Quarnero corpo separato costituente un comune nazionale italiano il diritto all'autodeterminazione delle genti e ne proclamò l'annessione all'Italia. Con l'inizio delle trattative, operò attivamente per ottenere che la Conferenza di pace di Parigi si pronunciasse a favore dell'assegnazione di Fiume all'Italia.

⁹ Per risolvere pacificamente la crisi, a metà ottobre Nitti incaricò il generale Badoglio di intavolare delle trattative dirette con D'Annunzio e i suoi rappresentanti, al fine di trovare una soluzione di compromesso. Il 23 novembre governo italiano consegnò a D'Annunzio una proposta (definita *Modus vivendi*). Con questo documento, il governo italiano si impegnava a impedire che la città potesse essere annessa alla Jugoslavia.

¹⁰ Giulio Benedetti (Roma, 10 novembre 1893 – San Remo, 1969) è stato un giornalista italiano. Legionario fiumano, fu direttore del quotidiano *La vedetta d'Italia* a Fiume durante la reggenza italiana del Carnaro. (Wikipedia)

¹¹ Piccola borgata della provincia di Fiume, 10 km. a O. di questa città.

operare d'urgenza, i nostri feriti, che versano in gravi condizioni.

« Sono questi i « fratelli » dell'altra parte? (Moscati 1930) Tralasciamo i più aspri commenti che suggerisce l'indignazione per questo atto inumano delle autorità regolari».

Questo fatto deplorabile è documentato dalla corrispondenza dell'illustre prof. di Roma accorso a Fiume ad offrire la sua opera preziosa ai numerosi feriti legionari e regolari in nome della Croce Rossa.

La sua venuta era stata annunciata dalla seguente lettera della Croce Rossa Italiana che con alto spirito umanitario aveva messo a disposizione del Comandante d'Annunzio un intero ospedale da guerra:

« Comandante >>

« Roma, 28 dicembre 1920. >>

« La Croce Rossa Italiana, che è stata presente in Fiume dal settembre del 1919 nei giorni della speranza, vuol essere fraternamente presente col suo cuore di umanità, coi suoi illustri sanitari, col suo materiale di assistenza per i feriti, nei tristi giorni del deprecato conflitto.

<< Invio così un ospedale da guerra di cento letti coi corredi e col relativo personale¹².

« Le stringo le mani.

« Giovanni Ciraolo >>.

Il tutto è rafforzato dalla testimonianza scritta del professor Bastianelli

Fiume, 1° gennaio 1921, ore 16.

Ill.mo Sig. Sindaco,

Il Presidente della Croce Rossa Italiana, con lettera 28 dicembre 1920, mi affidò la missione di dirigere e organizzare radicalmente e mettere a disposizione del Consiglio Nazionale e del Comando di Città, un ospedale da cento letti. Partito da Roma, con tre medici, sette infermiere, col personale infermieristico o e con un vagone di materiale sanitario, giunti a Trieste alle ore 14 del giorno 29 ultimo scorso: mi presentai al Comandante della Venezia Giulia per ottenere il permesso di passaggio per i sanitari, per il personale e per un secondo vagone di materiale proveniente da Treviso. Il primo vagone con scorta di tre uomini fu da me inoltrato per Abbazia. Il secondo vagone, il personale e le dame furono fatti fermare a Trieste per ordine del Generale Caviglia¹³, ordine trasmesso ai capitani medici Caccialupi e Puccinelli da un ufficiale addetto al Comando Generale.

¹² Alla fine di dicembre del 1920, negli ultimi giorni della resistenza di D'Annunzio a Fiume, per incarico della Croce Rossa, si recò nella città con un ospedaletto da campo: giuntovi il 30 dic. dovette sostenere una vivace polemica con le autorità militari italiane che si opponevano alla sua messa in opera. (Treccani 2009)

¹³ Enrico Caviglia (Finale Ligure, 4 maggio 1862 – Finale Ligure, 22 marzo 1945) è stato un generale e politico italiano. In conseguenza del protrarsi dell'occupazione iniziata il 12 settembre da parte di nazionalisti italiani guidati da Gabriele D'Annunzio della città di Fiume, l'allora presidente del Consiglio Francesco Saverio Nitti designò Caviglia, già comandante dell'8ª Armata, commissario straordinario per la Venezia Giulia subentrando in questa funzione a Badoglio.



*« Ordisco non ordisco... »
Gabriele d'Annunzio
* Fiume d'Italia, 1919-1920.*

Il comandante

Soltanto io e due miei ufficiali medici, al seguito del Generale Caviglia, fummo condotti ad Abbazia il 30 mattina, e potei giungere a Fiume alle ore 15 circa, insieme con uno dei miei assistenti, avendo lasciato materiale e personale parte in Abbazia parte a Trieste in attesa del permesso di procedere.

Constatai negli ospedali militare e civile di Fiume l'urgente bisogno almeno del materiale chirurgico: per ciò a mezzo del Comandante Foschini della «Dante Alighieri»¹⁴ feci urgenti premure presso il Comando di Abbazia, affinché personale e materiale procedessero per Fiume, volendo immediatamente preparare l'ospedale affidatomi, onde esser pronto ad ogni eventualità non potendosi fare previsioni sulle condizioni militari e politiche.

Il Comandante Foschini mise a disposizione il rimorchiatore «<Hipes» che si trovava ad Abbazia, mandò un radiotelegramma e poi il Maggiore Profumo colle mie domande scritte, sicuro della possibilità che nella sera stessa il materiale si sarebbe potuto trasportare. Alle 21,30 il maggiore Profumo e poi il Comandante Foschini mi telefonarono che il trasporto non si era effettuato e che l'autorità militare non aveva risposto alla richiesta del maggiore Profumo. Pregai il Coman-

¹⁴ Foschini Antonio. Ammiraglio di squadra, ufficiale dell'ordine militare di Savoia, croce al merito di guerra, cavaliere di gran croce, decorato del gran cordone dell'ordine della Corona d'Italia, grande ufficiale dell'ordine dei santi Maurizio e Lazzaro. Senatore del Regno. Udine il 21 febbraio 1872, Roma 13 aprile 1965.

La vicenda fiumana e la croce rossa nel primo dopoguerra

dante Foschini di inviare un radiotelegramma di protesta al Comando Generale ed un altro informativo al Presidente della Croce Rossa Italiana in Roma.

Nel pomeriggio del 31, recatomi a bordo della «Dante» per sapere se vi fossero risposte, fui informato dal Comandante Foschini che S. E. Caviglia gli aveva proibito di ricevere miei ulteriori telegrammi. Rimasto così isolato dal mio personale e nell'impossibilità di sapere se e quando il materiale possa giungere, ed avendo appreso dal giornale «La Vedetta d'Italia» del patto firmato ad Abbazia nel pomeriggio del 31, credo che non sia opportuno l'impianto dell'ospedale e che il soccorso della Croce Rossa debba limitarsi a fornire quel materiale necessario agli ospedali militari e civile che ne hanno urgente bisogno. Non potendo conoscere quando il materiale arriverà a Fiume e non avendo la mia opera e dei miei assistenti più alcuna ragione di svolgersi, affido al Capitano C. R. I. Cianferoni, d'accordo col Direttore dell'Ospedale militare, Capitano medico Usai, l'incarico di ricevere e di distribuire il materiale sanitario, e chiedo il permesso di lasciare al più presto la città di Fiume insieme al Capitano medico Caccialupi.

Dolente di non poter soddisfare al mio compito, mi segno devotissimo

Tenente Colonnello Medico Raffaele Bastianelli.

La risposta dell'amministrazione di Fiume non poteva essere diversa:

All'Ill. Prof. Raffaele Bastianelli Ten. Col. della Croce Rossa Italiana.

Fiume.

Esprimo a Lei e al Presidente della C. R. I. i più vivi ringraziamenti per la pronta opera di soccorso organizzata a pro' dei feriti nella battaglia che ha insanguinato il Natale fiumano.

Non mi sorprendono le difficoltà opposte alla sua umanitaria missione dal Generale Caviglia, nè il divieto di questi al Comandante della R. N. «Dante Alighieri»¹⁵ di trasmettere telegrammi alla C. R. I.: chi non si è fatto scrupolo di bombardare di notte, senza preavviso, una città può anche spingere lottosa ferocia al punto di osteggiare l'opera di soccorso ai feriti. Tutto ciò è nello stile balcanico di quei serbi per i quali S. E. Caviglia ha operato per abbassare la bandiera italiana in Fiume italiana.

La mia città sarebbe onorata di ospitarla ancora per qualche giorno e i feriti sarebbero lieti di avere conforto da Lei, illustre Professore; se però Ella, che solo è giudice della necessità dell'opera sua, non ritiene indispensabile la sua presenza al letto dei feriti, io non ho nulla in contrario che Ella e il Capitano Caccialupi ritornino a Roma.

Grato e riconoscente per quanto Ella e la Croce Rossa hanno fatto per Fiume in questo tragico ma sublime episodio della sua storia, porgo a Lei, Illustre Professore, e al Presidente, Senatore Cirao, i sensi del più profondo ossequio.

Fiume, 2 gennaio 1921.

Il Podestà

Riccardo Gigante.¹⁶

È documentata comunque la presenza a Fiume dell'illustre chirurgo di Croce Rossa insieme al capitano di Croce Rossa dottor Caccialupi, sia in veste professionale che durante le esequie dei legionari caduti¹⁷.

BIBLIOGRAFIA

1. Badoglio Pietro. Rivelazioni su Fiume. Donatello de Luigi Editore. Roma 1946
2. Belogi Ruggiero. Il corpo militare della Croce Rossa Italiana 3 vol. Comitato Provinciale di Bergamo. Bergamo 1990
3. Franzinelli Mimmo-Cavassini Paolo. Fiume. L'ultima impresa di D'Annunzio. Mondadori. Firenze. 2009.
4. Franzinelli Mimmo-Cavassini Paolo. Fiume-un racconto per immagini dell'impresa di D'Annunzio. Leg. Fano. 2023
5. Frassetto Riccardo. I disertori di Ronchi. Ristampa anastatica. Casa editrice Carnaro. Milano 1926.
6. Frezza Antenore. Storia della Croce Rossa Italiana. Poligrafico Fiorentino. Firenze 1956
7. Guerri Giordano Bruno. Disobbedisco. Mondadori. Milano 2019
8. L'arma dei Carabinieri Reali in Fiume d'Italia dal 12 settembre 1919 al 6 maggio 1920 -Relazione, Stabilimento Tipografico de "Il Veneto", Padova, 1920.
9. Malatesta Leonardo. L'ARMA DEI CARABINIERI E L'IMPRESA DI FIUME. Ricerca d'archivio
10. Mariani Mario. La Croce Rossa Italiana. L'epopea di una grande istituzione. Mondadori. Milano 2006
11. Moscati Giuseppe. Le 5 giornate di Fiume. 10° anniversario del Natale di sangue. Casa editrice Carnaro. Milano 1930.
12. Parlato Giuseppe. Mezzo secolo di Fiume. Cantagalli. Roma 2009
13. Torsiello I. E. Gli ultimi giorni di Fiume Dannunziana. Oberosler. Bologna 1921
14. Gerra Ferdinando. L'impresa di Fiume. Longanesi. Milano 1966
15. Shimoi Harukichi. Un samurai a Fiume. Oaks editrice. Fano 2019

¹⁶ Sindaco di Fiume, Senatore del Regno per meriti patriottici e amico di Gabriele d'Annunzio, fu ucciso nel 1945 dai partigiani di Tito.

¹⁷ ...al sanatorio fiumano incontro il tenente colonnello della CRI professor Bastianelli, chirurgo di Roma, che insieme al capitano dott. Pietro Caccialupi, pure di Roma, hanno già da ieri iniziata la visita dei legionari e dei regolari. Essi sono stati invitati a colazione e a pranzo dal comandante d'Annunzio in casa del Sindaco Gigante. Il professor Bastianelli ha visitato 90 feriti tra cui 10 borghesi, praticando loro tutte le cure della scienza. Il professor Bastianelli ha pure visitato il valoroso tenente degli arditi Maspero ufficiale d'ordinanza del comandante D'Annunzio, ferito nel combattimento del 26 al ginocchio sinistro, sopra la rotula...sulle stesse imbarcazioni hanno preso posto 9 feriti regolari, il professor Bastianelli e il dottor Caccialupi... che hanno poi proseguito per Roma....Il Comandante, circondato dai suoi legionari, dalle autorità, tra le quali vi era il professor Bastianelli di Roma, dai gagliardetti di tutte le armi... (Torsiello 1921)..

¹⁵ «Dante Alighieri» è stata una nave da battaglia della Regia Marina italiana. Unica nave della sua classe ad essere costruita, venne varata nel 1910 e prestò servizio durante la prima guerra mondiale e il dopoguerra.

Perché mio figlio si ammala così spesso?



Maria Paola Latino

Specialista in Pediatria

Omeopatia

Sostegno alla genitorialità

USI Eur-Laurentina - Via Vincenzo Cerulli, 2/b



Immagine di freepik

DOTTORESSA, PERCHÉ IL MIO BAMBINO SI AMMALA COSÌ SPESSO?

Dopo la stagione calda estiva, spesso protratta per buona parte dell'autunno, l'arrivo delle temperature più fredde impensierisce i genitori dei bambini, specie dei più piccoli, per le varie forme virali e non, che potrebbero essere causa delle frequenti malattie dei bambini.

Rientra nella fisiologia della crescita di un bambino ammalarsi per attivare il sistema immunitario in fase di sviluppo, certo ogni qualvolta che il bambino si ammala crea un disagio a tutta la famiglia, sia per la preoccupazione e le notti agitate, sia per l'organizzazione.

"Il bambino ha la febbre, non può andare al nido!"

"E domani come facciamo?"

Chiedi a tua madre se può venire?

No, no rimango io, ha la febbre alta!

Chiedi nella chat del nido, cosa sta girando?

Hai chiamato il pediatra?

Ti ha detto cosa fare e quando potrà tornare al nido?"

Questo è il tipico scenario che si presenta frequentemente in una famiglia nel periodo autunno - inverno,

periodo in cui spesso i bambini non riescono a frequentare il nido con regolarità, perché intervallato da giorni di assenza, per febbre, tosse, raffreddore, congiuntivite o gastroenterite.

Da pediatra posso dire che il 70 % di visite che vengono effettuate nello studio pediatrico nella stagione più fredda, ai bambini in età pre-scolare, è per i sintomi sopra riferiti, causati da svariati agenti virali, a facile diffusione in comunità che debilitano il bambino e favoriscono il perdurare dei sintomi.

Allora ci dobbiamo rassegnare o possiamo facilitare un miglioramento dello stato di salute del bambino? Volendo, in tutti i casi, rasserenare i genitori che questo periodo di transizione, che il bambino attraversa in questa fase di crescita, sarà di breve durata, troviamo anche delle strategie per migliorare lo stato di salute e la conseguente qualità della vita familiare.

Analizziamo i sintomi frequenti e tipici che può presentare un bambino nei primi anni di frequenza scolastica, cioè le infezioni respiratorie ricorrenti.

RAFFREDDORE

Il naso che cola, le secrezioni trasparenti o anche

Perché mio figlio si ammala così spesso?

giallo/verdastre sono quasi sempre presenti, spesso anche accompagnate da sintomi oculari con secrezione o lacrimazione.

Cosa fare?

Tenere il nasino pulito, con lavaggi nasali frequenti ed efficaci, è certamente la strategia più risolutiva per rimuovere il muco prodotto e non espulso da un bimbo che non sa liberarsi da solo, perché ancora non riesce a soffiare il nasino.

Lo sappiamo il bambino si dimena e si rifiuta di sottoporsi al lavaggio o al rinowash, ma serve, pertanto va fatto!

Se serve, detergete anche gli occhi con acqua bollita e raffreddata o con garze già medicalizzate.

TOSSE

E' un fenomeno spesso fisiologico, quasi a protezione, che va monitorata nel tempo.

Si può presentare come tosse secca o grassa non sempre associata a febbre o a difficoltà respiratoria.

Se il bambino mangia, beve e gioca normalmente, la tosse non necessita di una terapia specifica, passerà da sola nel corso di qualche giorno, importante far bere il bambino, tenere pulito il nasino per fluidificare le secrezioni ed eliminare facilmente il muco, evitanone il ristagno.

Spesso la tosse è notturna, perché la posizione supina favorisce il riflesso della tosse, dovuta allo spasmo laringeo, umidifichiamo l'ambiente e facciamo dormire il bambino in posizione semi-seduta.

FEBBRE

È un meccanismo di difesa che il nostro fisico attiva in presenza di infezioni o ad altri stimoli esterni. E' un sintomo, non una malattia ed è molto frequente nei bambini.

La temperatura corporea è variabile da soggetto a soggetto, ed è suscettibile anche di variazioni in base alle varie fasi della giornata, ambiente, pasti, sonno.

Si tende a parlare di febbre solo sopra i **37,2-37,5** ed il termometro più affidabile è quello digitale (quello a mercurio ormai non è più in vendita) e la giusta sede per la misurazione è al cavo ascellare o inguinale.

Cosa fare in caso di febbre?

Monitorare lo stato di salute del bambino, se gioca, se è reattivo non vi allarmate, evitate di troppo, arieggiate l'ambiente, fatelo bere molto, mangiare a richiesta e somministrate l'antipiretico ad intervalli di almeno 6-8 ore, solo se la temperatura supera i 38 °- 38,5°.

QUANDO INTERPELLARE IL PEDIATRA

Se la febbre perdura oltre le 48 ore o se il bambino è molto sofferente, non si alimenta ed è poco reattivo fate immediatamente visitare vostro figlio. La febbre molto alta (39°- 40°) è un fenomeno assai frequente nel bambino, che allarma il genitore specie di notte; affrontiamolo con serenità ed attenzione.

Spogliamo il bambino, evitiamo spugnature di alcool o bagni in acqua, facciamolo bere molto e monitoriamolo, cioè controlliamo la reattività, la diuresi e allarmiamoci se presenta sintomi associati alla febbre come mal di testa, vomito, dolori al collo, pianto o lamento persistente.

Dottoressa, con la febbre alta vengono le convulsioni?

La convulsione febbrile è un evento occasionale che si può manifestare in una bassa percentuale di bambini, spesso con predisposizione familiare, in corso di alcune forme virali.

La febbre, in concomitanza di una convulsione, può essere anche medio-bassa, non necessariamente alta. La convulsione febbrile si risolve spontaneamente senza lasciare esiti.

Dottoressa, quando posso rimandare il bambino al nido?

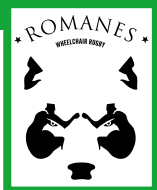
Il bambino con febbre, tosse e raffreddore o sintomi intestinali ha bisogno di riprendersi dal malessere che ha avuto, pertanto rimandiamolo al nido se ha ripreso a mangiare regolarmente, se dorme tranquillo ed è pieno di energie.

Il vostro pediatra di fiducia visitando il vostro bambino vi darà i tempi giusti per la ripresa della frequenza scolastica.

COSA POSSIAMO FARE PER PREVENIRE I MALANNI DEI BAMBINI?

- Il rispetto del calendario vaccinale
- La vaccinazione anti-influenzale
- Un'alimentazione completa e ricca di frutta e verdura.
- Su prescrizione del pediatra, integratori a base di vitamina D e/o C, Zinco, probiotici e rimedi naturali
- Regolare pulizia del nasino con soluzione ipotonica o ipertonica
- Eventuali spray nasali specifici nelle forme catarrali
- Evitare l'uso degli antibiotici senza indicazione del pediatra
- Igiene delle mani
- Lavare spesso ciuccio e giocattoli che vengono portati alla bocca
- Non coprite troppo il vostro bambino, anche di notte
- Igiene personale e degli ambienti con aerazione frequente
- Evitare ambienti troppo affollati e caldi
- Evitare il fumo passivo
- Pulizia regolare dei filtri delle pompe di calore
- Tenere all'aria aperta il bambino il più possibile, anche nelle giornate fredde
- Non dimenticare una *corretta convalescenza* prima del rientro a scuola, non solo protegge il vostro bambino, ma anche gli altri bambini che ammalandosi a loro volta, ricreano altri focolai di patologia
- **Rispettare i tempi di recupero del vostro bambino eviterà complicanze.**
- Raffreddore, laringite o tracheite, tosse, tonsillite da streptococco, mano bocca piedi, congiuntivite, gastroenterite sono tutte patologie che se ben gestite non daranno complicanze, ma necessitano dei giusti tempi per guarire e a seguito delle nuove disposizioni che non prevedono più il rientro a scuola con il certificato medico, consultate sempre il vostro Pediatra attenendovi scrupolosamente alle sue indicazioni terapeutiche e ai tempi per il rientro in comunità.
- E se aiutiamo il bambino ad ammalarsi meno, eviteremo anche di far ammalare i genitori che per stanchezza, ansia e notti agitate sono esposti a tutte le patologie portate in famiglia dal piccolo untore!!!

I Romanes volano a Tolone, insieme a USI e Castrogiovanni



Romanes Wheelchair Rugby

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

Ripete spesso Martin Castrogiovanni che *“bisogna sempre alzare il livello e cercare di migliorarsi come persone, prima ancora che come giocatori”*.

Ogni estate, nelle prime due settimane di luglio, prende vita a Piancavallo (PN) la Castro Rugby Academy, un corso intensivo di rugby organizzato da Martin Castrogiovanni e gestito con il supporto di allenatori selezionati. Il corso è destinato principalmente a ragazzi e ragazze dai 9 ai 16 anni ma negli ultimi 4 anni ha aperto le porte anche alle persone con disabilità che praticano il rugby in carrozzina. Un passaggio importante, che non rappresenta solo un messaggio di inclusione ma un'azione concreta, molto più efficace di tante parole di solidarietà.

La collaborazione con la squadra capitolina di rugby in carrozzina, i Romanes Wheelchair Rugby, ha permesso a ragazzi e ragazze con disabilità di migliorare il proprio livello di gioco, partecipando ad intense sedute di allenamento e formazione.

Durante le due settimane del corso, atleti in carrozzina provenienti da tutta Italia, hanno la possibilità di allenarsi sotto la guida di un tecnico francese con esperienza paralimpica, Olivier Cousin, confrontarsi con atleti stranieri e seguire lezioni di mindfulness, mirate ad aiutare i giocatori negli aspetti psicologici del fare squadra.

Un altro aspetto al quale Castrogiovanni e Romanes WR tengono molto è insegnare il concetto di “inclusione” ai 400 bambini e ragazzi che ogni anno frequentano l'Academy a Piancavallo, tramite il confronto con le disabilità e l'apprendimento del gioco del rugby in carrozzina. Grazie al contributo di USI, sponsor dei Romanes dal 2024, non solo è possibile sostenere parte delle spese di organizzazione di questo training camp estivo per ragazzi con disabilità, ma l'anno scorso è stato possibile acquistare anche 10 carrozzine multi-sport per bambini da un producer francese specializzato (*Playmoovin*), con le quali far provare il rugby in carrozzina a bambini e ragazzi della Castro Academy e delle scuole.

Negli ultimi due anni, la collaborazione con Martin Castrogiovanni si è evoluta in un progetto più a lungo termine. I ragazzi stessi hanno chiesto a 'Castro' di dare continuità alla sessione di formazione estiva, dando vita alla Castro Team.

Si tratta di una squadra nuova nel panorama italiano, un team “ad inviti”, formata da una selezione dei migliori giocatori che hanno frequentato la formazione estiva a Piancavallo.

Castro Team non compete nel campionato italiano ma ha l'obiettivo di confrontarsi all'estero nei tornei internazionali per club.

La squadra ha iniziato a prendere vita durante i workshop invernali organizzati con il supporto dello staff dei Romanes, proseguendo di fatto con la formazione sia



Martin Castrogiovanni, a destra, con il coach Olivier Cousin

tecnica che psicologica approcciata nei raduni estivi.

Il 18 e 19 ottobre la Castro Team ha fatto il suo debutto in Francia, a Tolone, per confrontarsi con una squadra francese di rugby in carrozzina che fa parte della Top 14, il RFCTPM di Tolone, appunto.

La scelta del debutto a Tolone non è stata casuale ed è stata una conseguenza naturale della collaborazione tra le varie persone coinvolte. Martin Castrogiovanni, infatti, ha giocato nella squadra di rugby RCT Tolone dal 2013 al 2015, all'apice della sua carriera in Europa e nella nazionale italiana.

Inoltre, la squadra di rugby in carrozzina di Tolone (RFCTPM) è stata fondata nel 2014 e viene tuttora allenata da Guillaume Mélenchon, ex rugbista nella squadra RCT Tolone e nella nazionale francese, diventato tetraplegico a seguito di un infortunio in occasione di una partita contro l'Inghilterra nel 2000.

Strategicamente vicina all'Italia e con un affaccio sul mare che la rende più mediterranea di altre città francesi, Tolone ha stabilito da tempo una particolare affinità con l'Italia e la squadra di rugby in carrozzina ha sfidato spesso in passato varie squadre italiane in partite amichevoli e tornei.

La formazione della Castro Team per questa trasferta era composta da 8 giocatori, 2 meccanici, un infermiere e un arbitro, accompagnati da Martin Castrogiovanni, sua moglie Daniela e il mental coach Vito Marzulli. Giocatori e staff sono partiti da Roma in aereo e da Verona in furgone, direzione Marsiglia e da lì verso Tolone.

I Romanes volano a Tolone, insieme a USI e Castrogiovanni



Immagine di Romanes Wheelchair Rugby

Giusto il tempo di ambientarsi, fare una passeggiata sul lungomare, avere un assaggio della cucina francese in hotel, poi subito con la testa ai match da affrontare, con le riunioni tecniche con coach Cusin che nel frattempo ha raggiunto il team partendo da Lione.

Nel pomeriggio di sabato, si sono svolte due partite di circa un'ora e mezza l'una, la prima vinta dalla squadra di Tolone per 35 a 31 e la seconda vinta da Castro Team per 44 a 38.

Una prima giornata di sfide finita in parità, sotto gli occhi attenti e un po' increduli di alcuni giocatori ed ex giocatori della nazionale italiana, come Sergio Parisse, leggenda assoluta del rugby italiano, capitano della nazionale italiana fino al suo recente ritiro, attualmente staff tecnico del Tolone. Erano presenti anche Paolo Garbisi, mediano d'apertura della nazionale, che attualmente gioca nel Tolone e Sofia Stefan, capitano della nazionale femminile, anche lei di istanza a Tolone. Sabato sera, le squadre hanno avuto modo di cenare

insieme e festeggiare l'incontro in pieno spirito rugbistico, prima di godersi un meritato riposo.

Domenica mattina di nuovo in campo con altri due match, entrambi vinti dalla Castro Team per 45 a 36 e 38 a 21. Una serie di vittorie di misura per la prima uscita della neonata Castro Team, che ha mostrato i frutti dell'impegno e del lavoro svolto durante l'anno.

Da sottolineare che i giocatori di RFCTPM Tolone domenica sera, a torneo finito, hanno avuto la forza di cimentarsi in un match del campionato francese, mentre gli italiani tornavano a casa, riuscendo a vincere la sfida con i parigini del Racing 92.

Il sostegno da parte di USI permette ai Romanes Wheelchair Rugby di finanziare iniziative come queste, tese alla crescita tecnica dei giocatori di rugby in carrozzina in Italia e a fare in modo che anche le persone con disabilità alzino l'asticella dei propri obiettivi e cerchino di migliorarsi, come giocatori e come persone, tramite il confronto con gli altri.



Immagine di Romanes Wheelchair Rugby



Consigli per letture e regali natalizi. Dall'usato sicuro dei grandi signori delle classifiche alle sperimentazioni visionarie di una voce nuova. Infine, tanti auguri in poesia.

Libri libri libri... per ogni gusto

di Michele Trecca

Questo Natale tutti e tre in concerto, i tre tenori della narrativa. In ordine di apparizione in libreria: Dan Brown, *L'ultimo segreto*; Ken Follett, *Il cerchio dei giorni*; John Grisham, *La vedova*. Diciamo subito: usato sicuro. Per decidere l'acquisto basta un'occhiata alla copertina o ai risvolti, comunque non si sbaglia.

Dopo quasi dieci anni **Dan Brown** torna in campo con il leggendario Robert Langdon in viaggio di piacere a Praga al seguito di Katherine Solomon, nuova compagna che nella capitale ceca deve presentare un suo importante studio sulla noetica, ovvero le correlazioni fra mente e percezioni extrasensoriali. All'improvviso Katherine sparisce senza lasciare tracce. Robert finisce nel mirino dei servizi cechi. Oltreoceano una misteriosa organizzazione cerca di impadronirsi del manoscritto che Katherine doveva consegnare al proprio editore. Katherine ha scoperto qualcosa che potrebbe cambiare il destino dell'umanità, oppure distruggerla. Che cosa? Robert ha ventiquattro ore per venirne a capo, noi ottocento pagine... del resto, a che servono le vacanze?

Quella di **Ken Follett** è un'epica senza tempo. Con *Il cerchio dei giorni* siamo in un 2500 che potrebbe essere tanto futuro quanto passato: una magia narrativa, accresciuta in modo esponenziale dall'oggetto del romanzo, il mistero di Stonehenge. Ancora oggi le ipotesi sull'origine di quel circolo di pietra spaziano senza risposta dall'archeologia alla fantascienza. Sulla Grande Pianura, la distesa di Salisbury, c'è il Rito di Mezza Estate, tutt'ora ricorrente nei raduni della Wicca, la magia bianca. Seft, un giovane cavatore di selci dalla grande vena creativa, conduce con sé alla Grande Pianura il padre Cog, i fratelli Olf e Cam, dall'indole feroce, oltre a Neen, conosciuta a primavera e suo amore, con la sorella Joia. Quest'ultima ha l'idea di edificare con Seft un nuovo monumento dai poteri apotropici che funga anche da elemento unificatore dalle varie tribù della zona. Di qui un intreccio di storie in suggestivo equilibrio fra loro come le pietre sospese di Stonehenge. *Il cerchio dei giorni* è una saga che scolpisce nel cuore dei lettori personaggi indelebili.

Con **John Grisham** siamo, invece, come sempre, nell'aula di un tribunale, nella provincia rurale della Virginia. *La vedova* è un legal thriller. Avvincente e impeccabile. Intanto un capovolgimento: l'imputato, di omicidio, è l'avvocato. È successo, infatti, che Simon Latch si è lasciato tentare dall'avidità. Eleanor, vedova e senza parenti, si è affidata a lui per redigere il proprio testamento. Il marito le ha lasciato tanti soldi, troppi, e lei non sa bene cosa farne. Simon è una brava persona ma è in gravi difficoltà, su tutti i piani: a cominciare da quello economico. La sua vita è allo sbando. Ha bisogno di soldi. Perché non approfittare della situazione? Eleanor è un jolly. Poi, però, tutto precipita e Simon si ritrova sul banco degli imputati. Un miraggio la pingue eredità. *La vedova* ha un difetto, anzi due: ti affezzioni ai personaggi e si legge troppo in fretta, non basta a coprire tutti i giorni di vacanza, al massimo un fine settimana.

Fuori dal cono di luce dei signori delle classifiche brillano altre stelle, per esempio quella di **Michael Bible**, autore di *Goodbye Hotel*, un romanzo visionario. Da una parte giovani smarriti a caccia di sogni artificiali nell'abisso di solitudini dell'America profonda: «... eravamo tormentati e impotenti. La nostra vita si consumava nei giardini delle case di genitori assenti, nell'acqua bassa delle piscine, su strade deserte dove guidavamo un po' ubriachi. Eravamo destinati a perderci». Dall'altra Lazarus, una tartaruga dai poteri chiaroveggenti, solida di stazza e d'età, ultracentenaria, «rotonda come la ruota di un'auto e alta come un bambino di due anni». Tutto ruota attorno alla sparizione improvvisa e inspiegabile della giovanissima Eleanor la mattina della partenza per il collage, ma *Goodbye Hotel* non è un giallo: è narrativa quantistica di multiversi esistenziali. È continua proliferazione subatomica di personaggi e storie, irriducibili ad ogni assemblaggio. Benché lungo e avventuroso, coinvolto in dinamiche umane di vario tipo, il cammino di vita di Lazarus è fuori dalla mischia dei giorni. Nel suo carapace è l'impronta divina del nostro eterno bisogno di una dimensione altra, più giusta e libera se vuoi. Michael Bible non è una scommessa, è una certezza.

Infine, la poesia. Nella limpidezza dei versi di *Ruvido umano* di **Mariangela Gualtieri**, sua ultima raccolta, c'è tutto il groviglio dell'umana condizione. L'incanto: «Ovunque c'è bellezza in eccesso / non è parsimonia la natura. / Mette tutto il fulgore / è ardente. C'è un entusiasmo sotto / una dismisura che la muove - / ebbrezza c'è, esagerata avventura di forme / e di colore». La consapevolezza e la cura: «Prendevo il mondo / dentro me. Lo pettinavo. / Gli dicevo pianino / stai buono. Sii paziente / con noi. Miglioreremo / siamo qui da poco. / Ancora non capiamo / e ci agitiamo troppo. / Ancora guerreggiamo». Un'Esortazione urbana e planetaria e nei suoi versi il nostro augurio per l'anno che verrà a chi leggerà queste righe: «Così, in questo anno che comincia appena / vorremo frequentare / la scuola superiore dei fiori, degli alberi sapienti, / dei pesci, la scuola degli uccelli del cielo / l'alta scuola internazionale / dell'acqua da bere, dell'acqua del mare... // L'augurio grande è che tu possa tornare / a casa dentro te. Tornare dove hai / imparato a balbettare, quando tutte le / cose stavano senza nome. / Tornare a casa dentro di te / dove eri nuova e nuovo. / E così placare quella nostalgia / di non sai cosa».

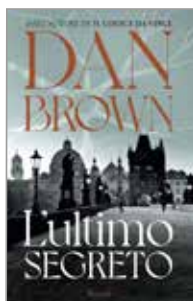
Dan Brown, *L'ultimo segreto*, Mondadori, pagg. 800, € 27
traduzione di Anna Maria Raffo e Roberta Scarabelli

Ken Follett, *Il cerchio dei giorni*, Mondadori, pagg. 704, € 27
traduzione di Anna Maria Raffo

John Grisham, *La vedova*, Rizzoli, pagg. 426, € 24
traduzione di Luca Fusari e Sara Prencipe

Michael Bible, *Goodbye Hotel*, Adelphi, pagg. 156, € 18
traduzione di Martina Testa

Mariangela Gualtieri, *Ruvido umano*, Einaudi, pagg. 108, € 12

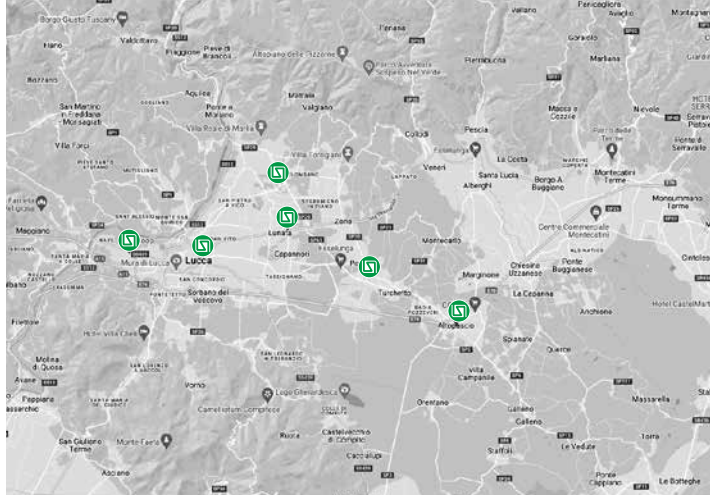




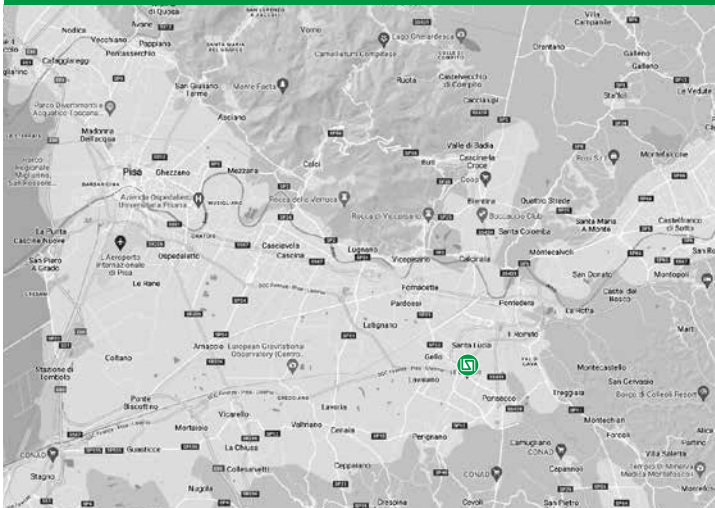
LAZIO ROMA



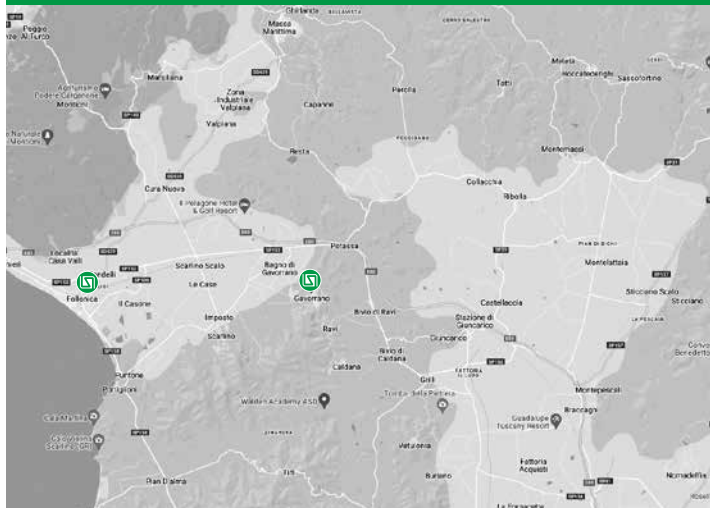
TOSCANA LUCCA



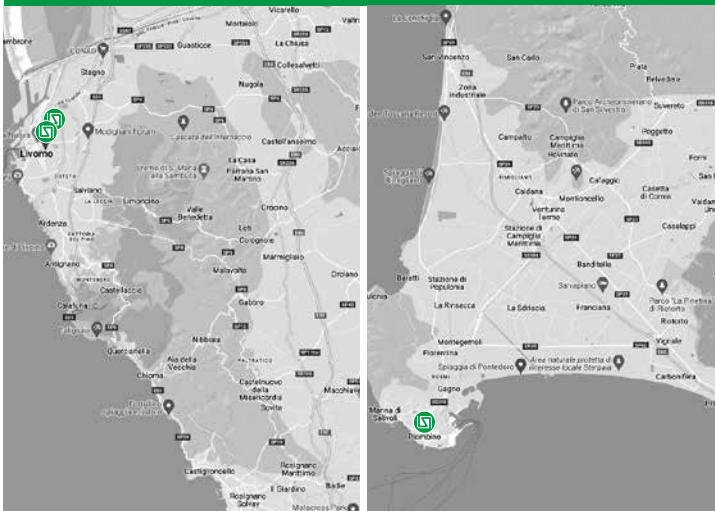
TOSCANA PISA



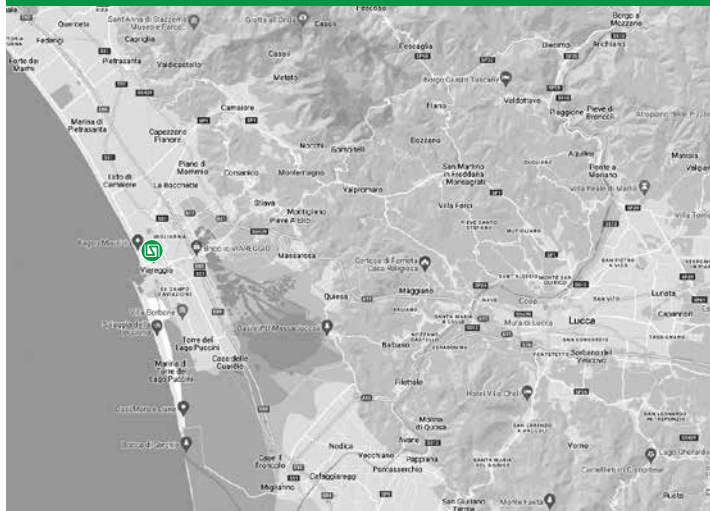
TOSCANA GROSSETO



TOSCANA LIVORNO



TOSCANA VIAREGGIO



TROVA IL CENTRO
PIÙ VICINO A TE





FALLE GIRÀ
'STE ROTEI!!!

USI PORTA IL RUGBY IN CARROZZINA OLTRE I CONFINI

Romanes è il club che ha portato il rugby in carrozzina a Roma, offrendo alle persone con disabilità la possibilità di praticare uno **sport di squadra pensato per atleti tetraplegici**.

Grazie al supporto di USI, il progetto è cresciuto oltre la città: dalla Castro Rugby Academy alla nascita della Castro Team, portando i nostri atleti a confrontarsi anche a livello internazionale.



Bisogna sempre alzare il livello e cercare di migliorarsi come persone, prima ancora che come giocatori"

Martin Castrogiovanni



#DACCENASPINTA



+39.333.200.5883



info@romanes.it



@romanes_rugby



romaneswr