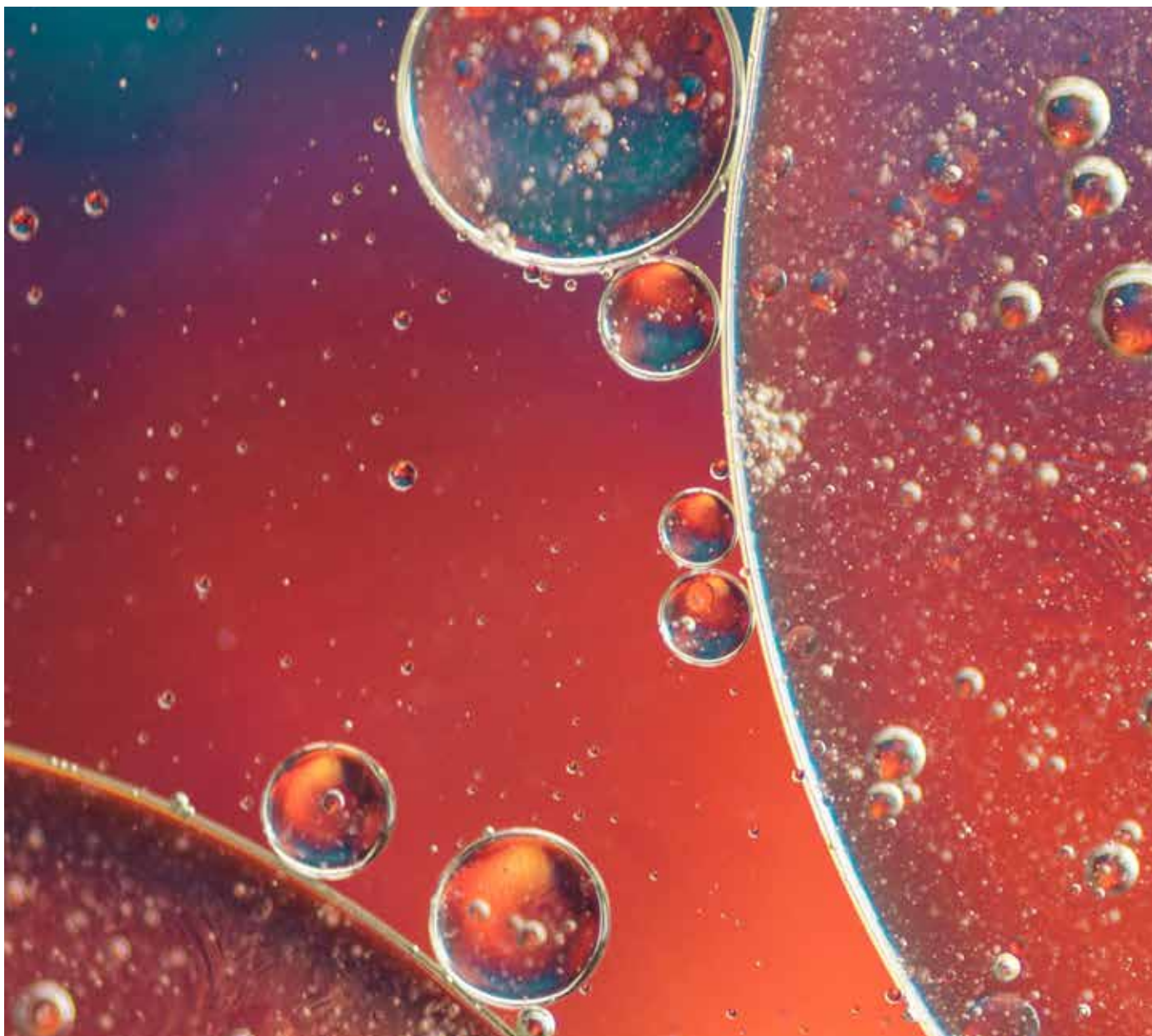




GIUGNO 2026
VOL. 28 N.° 2

IL CADUCEO



RIVISTA PERIODICA DI AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO E CULTURA MEDICA



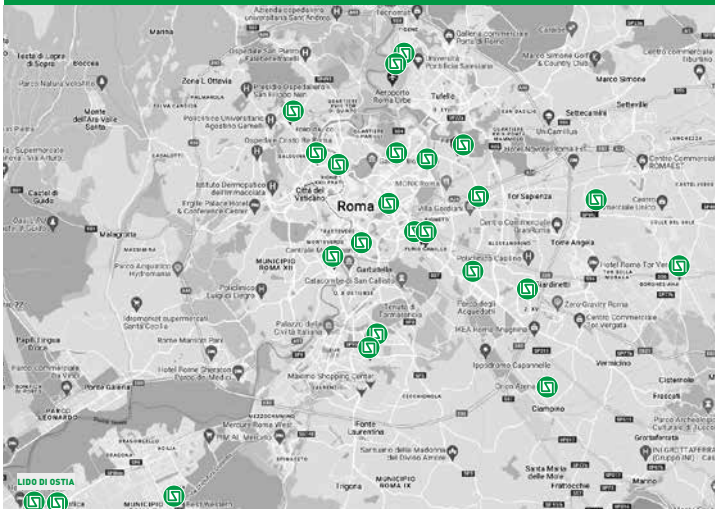
PUBBLICAZIONE A CURA DELL'U.S.I. UNIONE SANITARIA INTERNAZIONALE S.P.A. - VIA ESCHILO, 191 - ROMA



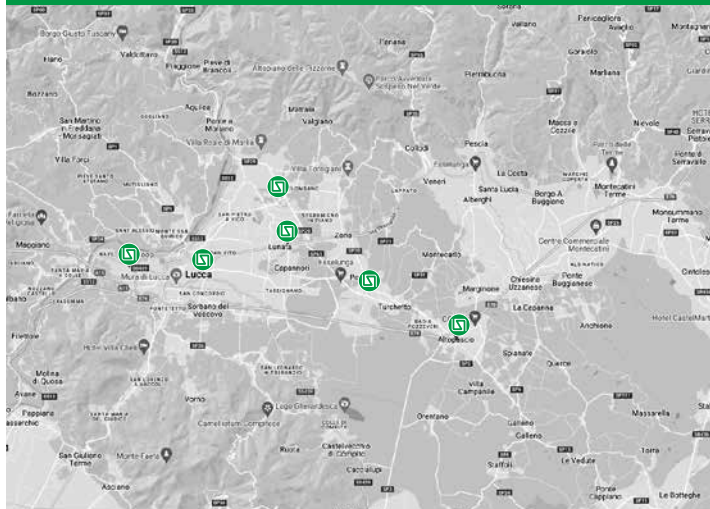
ATTIVO ANCHE
SU WhatsApp

06.32868.1
0583.495482

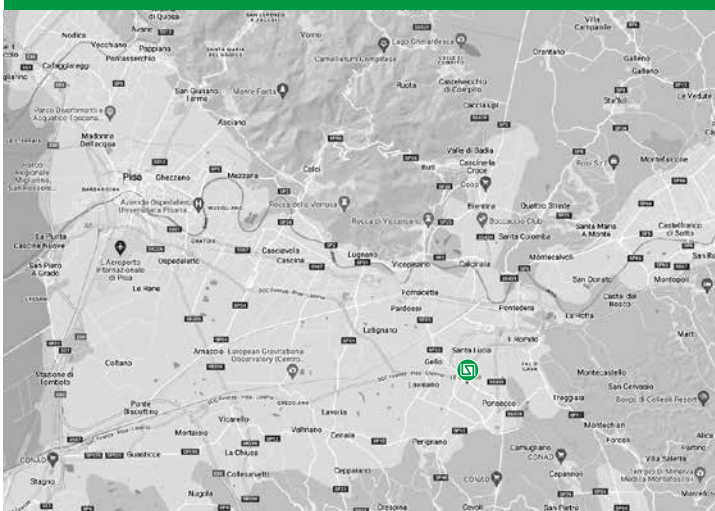
LAZIO ROMA



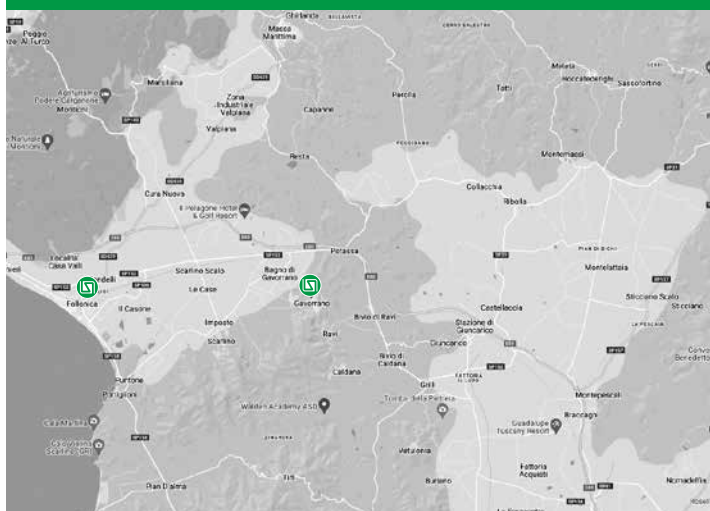
TOSCANA LUCCA



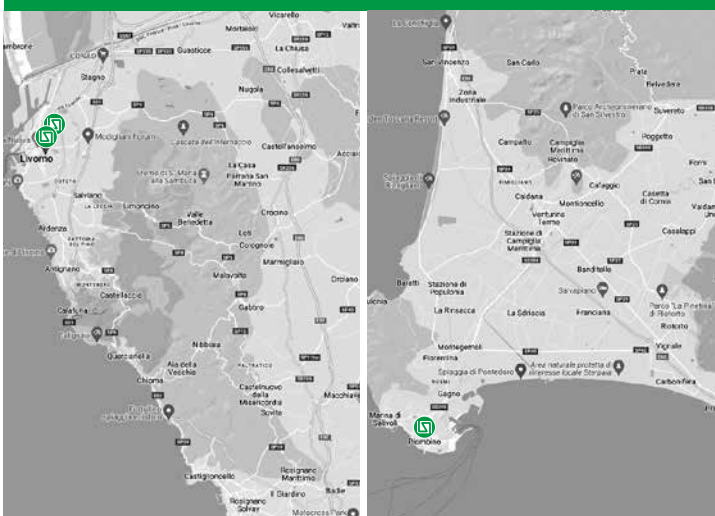
TOSCANA PISA



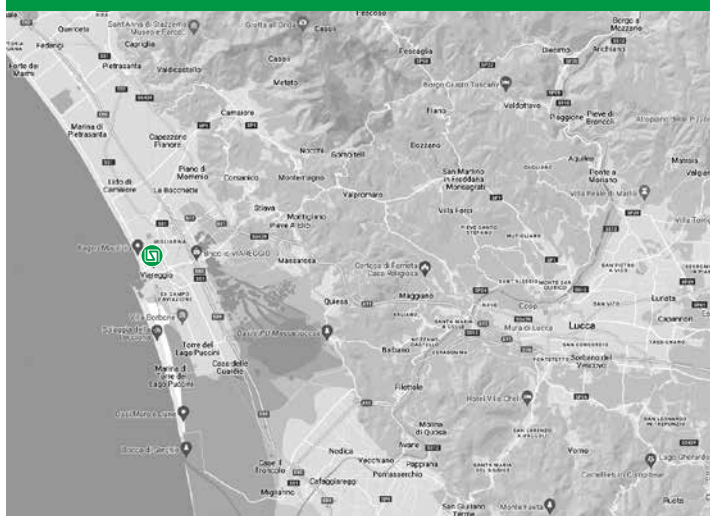
TOSCANA GROSSETO



TOSCANA LIVORNO



TOSCANA VIAREGGIO



TROVA IL CENTRO
PIÙ VICINO A TE



il caduceo

VOL. 28 N.° 2 2026



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

J. Petrangeli

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 GIUGNO 2026

TIRATURA: 10.000 COPIE

Foto di Copertina

**Sfondo astratto rosso
e blu scuro con bolle**

(Fonte: Freepik - Magnific.com)

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. Alterazioni della voce e nutraceutici
E.F.A. Bellizzi, C. Marsico, A. Mattioni
7. Dalla poltrona alla maratona (forse)
in poche mosse
Roberto Curcuruto
10. I farmaci del momento:
gli ormoni incretinici GIP e GLP-1
dal diabete alla terapia dell'obesità
Renato Giordano
13. Il ruolo dell'alimentazione nella sarcopenia
Deborah Tognozzi
16. Alla ricerca del contraccettivo
ideale per le minorenni
Giuseppe Vocaturo
18. L'acne è spesso anche psicosomatica
Luigi Valenzano
20. Depressione perinatale: aspetti clinici,
fattori di vulnerabilità e implicazioni
per la salute materno-infantile
Giulia Marchiani
23. Piccoli Eroi, Grandi Doni:
il Ruolo Vitale delle Piastrine in Pediatria
Roberta Di Giuseppe
25. I filtri solari
Stefano Simoni
27. L'Identità oltre l'Apparenza:
la Chirurgia Plastica tra l'Osessione
dell'Estetica e la Necessità della Ricostruzione
Domenico Rizzitelli
29. 47° Congresso Nazionale SIME 2026:
valutazione oggettiva delle microonde
selettive in Medicina Estetica
Stefan Dima
32. Strutture sanitarie:
luoghi di cura o campi di battaglia?
Vito Manduca
36. Un'estate da sfogliare
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 F.X, Munoz N. *The causal relation between HPV and cervical cancer.* J Clin Pathol 2002;55:244-65.

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

Alterazioni della voce e nutraceutici

E.F.A. Bellizzi°, C. Marsico°, A. Mattioni°°°

° Consulente Otorinolaringoiatra

USI Doc Prati - Via Virginio Orsini, 18

USI Doc Tuscolana - Via Tuscolana, 212/f

°° Otorinolaringoiatra - Libero Professionista - Roma

°°° Otorinolaringoiatra Ospedale S. Eugenio - ASL Roma 2



Negli ultimi decenni si è osservato un sempre maggior utilizzo nella terapia medica dei *nutraceutici*, sostanze contenute nel cibo con azione salutare sull'organismo. Non ha fatto eccezione nemmeno la terapia medica otorinolaringoiatrica, in particolare quella audio-vestibolare per la cura di vertigini ed acufeni e quella per la cura e prevenzione delle patologie delle prime vie respiratorie, tra cui quelle laringee che comportano in particolare alterazioni della voce.

CENNI DI ANATOMO-FISIOLOGIA E PATOLOGIA LARINGEA

La laringe, posta al di sotto della faringe e superiormente alla trachea, rappresenta l'organo terminale delle vie aeree superiori e svolge tre importanti funzioni: respiratoria con il passaggio dell'aria inspirata dal naso-faringe alla trachea; fonatoria per la vibrazione delle corde vocali e di protezione della vie respiratorie inferiori durante la deglutizione, grazie al movimento dell'epiglottide..

Le patologie laringee sono di natura diversa ma hanno come sintomo principale la disфония e, più raramente, la dispnea.

Tra di esse le più comuni sono: le laringiti acute e croniche, le paralisi laringee, le disfonie disfunzionali, le neoformazioni benigne ed i tumori maligni.

Le laringiti acute sono le più frequenti, rappresentate da processi infiammatori di cui la forma più osservata è la laringite acuta catarrale causata, principalmente, da virus respiratori e più raramente da batteri (*pneumococco*, *Haemophilus influenzae*, etc.).

Tra le laringiti croniche la più osservata è l'edema di Reinke (o laringite cronica dei fumatori) che colpisce quasi esclusivamente i fumatori di sesso femminile ed è caratterizzato da un marcato edema permanente della mucosa delle corde vocali, sintomatologicamente caratterizzata da una disфония progressiva con una graduale modificazione del timbro della voce verso i toni gravi. Nelle forme più severe in cui l'edema cordale ostruisce lo spazio respiratorio vocale può essere presente anche dispnea, talora severa.

La paralisi unilaterale del nervo laringeo ricorrente è la forma clinica più osservata tra i disturbi neurologici laringei, il cui sintomo principale è una disфония con presenza di voce soffiata, spesso diplofonica. Lo spazio respiratorio laringeo rimane generalmente conservato ma può esservi talora dispnea da sforzo. Dopo circa 6-12 mesi, se l'agente lesivo è virale o idiopatico, può realizzarsi un graduale remissione con

quasi o completo recupero della funzione fonatoria. Può essere anche una complicanza iatrogena della chirurgia tiroidea o di neoplasie del collo o del torace. Le disfonie funzionali sono di frequente osservazione, in particolare nel sesso femminile, causate da una utilizzazione non corretta della voce quali l'abuso (*malmenage*) o il suo uso scorretto (*surmenage*). Molto spesso i pazienti che ne sono affetti modificano il loro atteggiamento fonatorio (meccanismo di compenso) sia laringeo (ipercinesia o ipocinesia delle corde vocali) che corporeo con l'utilizzo di strutture muscolari generalmente non deputate a questa funzione (ipercontrazione latero cervicale del collo, ipercontrazione sottomandibolare, ipercontrazione della regione orofaringea, respirazione toracica-superiore in fonazione).

Le neoformazioni benigne laringee sono rappresentate quasi unicamente dai noduli e dai polipi vocali. I noduli vocali sono piccole neoformazioni benigne che colpiscono le corde vocali vere, quasi sempre evoluzione organica di una disфония funzionale solitamente ipercinetica. Anatomicamente si tratta di un ispessimento che colpisce esclusivamente l'epitelio di rivestimento della mucosa laringea.

I polipi, invece, a differenza dei noduli, interessano sia la mucosa che la sottomucosa laringea ed hanno, talora, aspetto angiomatico. La comparsa di queste neoformazioni determina l'insorgenza immediata di disфония.

I tumori maligni laringei sono quasi esclusivamente carcinomi dell'epitelio della mucosa laringea con localizzazione nel 60-70% dei casi sulle corde vocali vere, preceduti da alterazioni dell'epitelio mucosale: le leucoplachie (lesioni biancastre rilevate) e le eritroplachie (lesioni rossastre che possono estendersi fino ad una pachidermia diffusa della laringe).

In sintesi, essendo la sintomatologia precoce sia delle neoformazioni benigne che dei tumori maligni rappresentata da una disфония, questo sintomo non va mai sottovalutato, in particolare nei pazienti di sesso maschile tra i 40 e i 60 anni forti fumatori, che sono la categoria più a rischio per il carcinoma laringeo.

PRINCIPI NUTRACEUTICI E DISTURBI DELLA VOCE

Le sostanze nutraceutiche vengono generalmente assunte dall'organismo attraverso i cibi sia di natura vegetale, la maggioranza, che di natura animale; tuttavia, per raggiungere una concentrazione elevata tale da essere utilizzata a scopi curativi, l'industria ha ideato delle formulazioni ad alta concentrazione

della sostanza o di più sostanze nutraceutiche comunemente note come **"integratori"**.

Il numero di integratori proposti dall'industria farmaceutica alla classe medica sono aumentati in numero esponenziale e può essere utile un'opportuna informazione in merito.

Sono vari i nutraceutici utilizzati nei disturbi della voce, alcuni presenti già nella medicina tradizionale altri di più recente impiego, e trovano la loro applicazione soprattutto nel trattamento delle patologie laringee caratterizzate da edemi infiammatori o traumatici e nelle cosiddette disfonie funzionali, dovute ad un cattivo uso della voce da *surmenage*.

La gran parte di essi ha origine dal mondo vegetale ma non esclusivamente.

Tra questi sono da menzionare:

- *L'Agnocasto*, pianta a cui la tradizione popolare ma anche studi recenti attribuiscono effetti sul sistema endocrino, soprattutto femminile, sia inibendo la secrezione di prolattina sia svolgendo un'azione antiestrogenica, così attenuando i sintomi che accompagnano la sindrome premestruale: gonfiore mammario, ritenzione dei liquidi, ansia, irritabilità, etc. Questa azione sembra esplicarsi anche a livello laringeo con diminuzione dell'edema cordale premestruale, la cui presenza è particolarmente negativa nelle donne che utilizzano professionalmente la voce (attrici, cantanti, insegnanti, etc..) perché rende le corde vocali più sensibili agli sforzi vocali con la possibilità di emorragie cordali oltre a modificare le caratteristiche della voce stessa.
- *L'Ananas*, un alimento particolarmente ricco di bromelina, enzima notoriamente favorente il drenaggio dei liquidi interstiziali e quindi limitante la formazione dell'edema sia acuto che cronico. Questo effetto antiedemigeno trova indicazione anche nella risoluzione dell'edema cordale sia da processi infiammatori che da processi traumatici e nella sindrome premestruale, oltre a facilitare l'assorbimento di emorragie cordali sottomucose.
- *Il Biancospino* (Fig.1), ha una nota azione benefica sull'apparato cardio-vascolare e di controllo ed attenuazione dell'ansia, trovando indicazione in fobia propri per il controllo degli stati ansiosi che spesso sono un fattore importante nell'instaurarsi delle disfonie funzionali soprattutto ipercinetiche, oltre ad attenuare l'ansia da performance.



Fig. 1: Biancospino

- *L'Erisimo* (Fig.2), pianta che presenta una valutazione molto diversa nella letteratura per quanto riguarda le sue proprietà. Gli studi recenti gli attribuiscono una limitata attività antalgica ed antinfiammatoria sulle mucose orali e faringee di cui migliorerebbe il trofismo contrariamente all'estrema importanza che dà ad essa la medicina tradizionale definendola come l'"erba dei cantanti", utile per il mantenimento del benessere della voce e quindi presente in diversi integratori proposti proprio con questa finalità.



Fig. 2: Erisimo o erba dei cantanti

- *Il Ginseng*, considerato come la più importante pianta adattogena, viene largamente utilizzato per migliorare le condizioni generali di tutto l'organismo poiché migliora il consumo di ossigeno da parte del metabolismo cellulare e riduce la quantità di acido lattico nei tessuti. Per questo trova uso in presenza di un affaticamento acuto generale ed anche vocale, come il *surmenage* vocale e le disfonie ipocinetiche.
- *Il Ginkgo Biloba*, ritenuto il più potente anticoagulante naturale poiché inibisce selettivamente il fattore di attivazione piastrinico e favorisce così anche la microcircolazione. E' indicato, quindi, nella protezione del circolo cerebrale con la riduzione del rischio di deterioramento delle funzioni cognitive ma non deve essere somministrato contemporaneamente a farmaci anticoagulanti o antiaggreganti piastrinici perché può favorire l'insorgenza di emorragie cerebrali. Per le sue proprietà trova indicazione in patologie laringee come gli esiti di emorragie cordali e l'edema di Reinke di cui favorisce il riassorbimento.
- *L'Ippocastano* contiene vari principi attivi: saponine (escina), flavonoidi e cumarine. Le saponine, in particolare l'escina, svolgono attività antiessudativa, antinfiammatoria, antiedemigena ed in generale di stabilizzazione della permeabilità della parete

capillare. Tale azione è svolta anche dalle cumarine che, inoltre, facilitano il riassorbimento linfatico dei liquidi tissutali. I flavonoidi (quercitina), oltre a proteggere le pareti capillari, sono anche antiossidanti bloccando l'azione lesiva dei radicali liberi. L'associazione sinergica di tutti questi componenti è particolarmente utile nelle patologie in cui la fragilità vasale svolge un importante ruolo: edema di Reinke, laringiti croniche ipertrofiche ed esiti di emorragie cordali.

- *Il Mirtillo nero* (Fig.3), pianta di cui si utilizzano in fitoterapia varie parti ma, in particolare, le bacche, ricche soprattutto di antocianine, sostanze che inibiscono alcuni enzimi lesivi del collagene e delle componenti elastiche dei capillari, e contenenti anche vitamina A e C. L'insieme di questi principi attivi fanno di questa pianta un importante protettore dei capillari, riducendone sia la fragilità che la permeabilità, proprietà che viene sfruttata in presenza di alcune patologie laringee, quali edema di Reinke, ectasie capillari, varici della mucosa laringea soprattutto cordale ed esiti di emorragie cordali, ma particolarmente in tutti i distretti otorinolaringoiatrici soggetti a facile sanguinamento.



Fig. 3: Mirtillo

- *Il Thè verde* è considerato una bevanda con proprietà nutraceutica avendo tra i suoi componenti polifenoli e catechine che svolgono un'azione antiossidante, riducente i radicali liberi causa di invecchiamento precoce come, ad esempio, nelle malattie neurodegenerative. La sua assunzione stimola, inoltre, la produzione di adrenalina che aumenta il metabolismo e che, associata al noto effetto diuretico del thè, contribuisce al controllo del peso corporeo. L'aumento di adrenalina, che notoriamente ha un effetto stimolante, svolge anche un'azione tonico-stimolante ed è sfruttata in foniatria per contrastare sia l'aumento di peso corporeo che l'affaticamento ed è, quindi, utile anche nelle situazioni di stress che comportano la diminuzione dell'attenzione e della vigilanza.
- *L'Uncaria*, pianta ad attività marcatamente immunostimolante e, pertanto, indicata in tutti i casi di riduzione delle difese immunitarie poiché ritenuta in grado di stimolare l'attività dei linfociti e dei macrofagi. Utile, quindi, nella prevenzione delle forme

di raffreddamento invernale di tutte le prime vie respiratorie comprese quelle laringee.

- *La Valeriana* (Fig.4), già utilizzata nella medicina popolare come sedativo-ipnotico ed ansiolitico, ha proprietà, confermate dalla moderna farmacognosia, dovute al suo componente acido valerianico, in grado di inibire l'enzima deputato alla ricaptazione del GABA e quindi dotato di azione sedativa sul sistema nervoso centrale. In foniatria viene somministrato nella cura dell'ansia da stress, dell'insonnia e delle difficoltà di addormentamento, tutte condizioni che possono favorire la comparsa di disfonie funzionali ipercinetiche.



Fig. 4: Valeriana

Altro ruolo importante per il mantenimento del benessere della voce è svolto anche da alcune vitamine (A,C,E) ed elementi chimici (Selenio e Zinco).

La **Vitamina A** è presente sia nei cibi di origine animale (olio di fegato di merluzzo) che nei vegetali (frutti e verdura di colorito giallo-rossa) che ne contengono alcuni dei suoi precursori di cui il più importante è il beta-carotene. La vitamina A influenza positivamente il trofismo cellulare degli epitelii delle mucose; la sua carenza, infatti, favorisce l'insorgenza di patologie infiammatorie delle prime vie aeree per alterazione del trofismo mucosale oltre ad avere una azione antiossidante ed immunostimolante. Per queste proprietà in otorinolaringoiatria viene utilizzata in particolare nella terapia delle forme atrofiche come rinite, faringite e laringite atrofiche, leucoplasie e pachidermie laringee e negli esiti di pregressa patologia infiammatoria perché favorisce i processi riparativi, agendo anche come fattore antinvecchiamento per il suo potere antiossidante.

La **Vitamina C** o acido ascorbico è sostanza essen-

ziale per l'organismo che non è però in grado di sintetizzarla per cui il suo fabbisogno deve essere soddisfatto introducendola quotidianamente con una dieta ricca di vegetali che ne contengono in notevoli quantità. I sintomi di una sua carenza sono l'affaticabilità, le mialgie e la suscettibilità alle infezioni. Il suo uso in Otorinolaringoiatria è, soprattutto, preventivo per evitare le infezioni delle prime vie respiratorie ma anche come coadiuvante della terapia di queste, soprattutto se di eziologia virale.

La **Vitamina E** è, invece, un composto liposolubile assunto con la dieta. Ha azione antiossidante ed antiradicali liberi e migliora il consumo di ossigeno a livello cellulare. In foniatria viene utilizzato per migliorare il trofismo della mucosa laringea danneggiata da esiti di patologia infiammatoria o da processi di invecchiamento.

Lo **Zinco** è elemento costitutivo di numerosi enzimi per cui è essenziale per l'organismo assorbito a livello intestinale. È presente in vari alimenti: carote, spinaci, fegato, frutti di mare, crusca, noccioline, piselli. Svolge azione antiossidante, immunostimolante favorente probabilmente la risposta cellulomediata e l'attività linfocitica dei natural-killer, per questo ha azione protettiva sulle mucose delle prime vie aeree nei confronti degli agenti nocivi. È, inoltre, un cofattore dei processi di produzione energetica a livello dei mitocondri cellulari e anche antiossidante in grado di riciclare la vitamina C. Metabolicamente incrementa il consumo dei glucidi a livello muscolare, migliorando la resistenza alla fatica, aumentando il rendimento e prevenendo l'accumulo di acido lattico ed, in generale, il deterioramento muscolare. Trova utilizzo in foniatria per il recupero della forza dei muscoli laringei dopo una performance intensa e nel trattamento di esiti di miosite del muscolo tiroaritenoidico.

Vi è, infine, un gruppo di altre sostanze nutraceutiche di varia origine non vegetale che trovano un ruolo nella cura di diverse patologie laringee.

L'**Acido alfa-Lipoico** è un antiossidante, attivo contro i radicali liberi. Viene rapidamente assorbito e trasportato attraverso le membrane cellulari neuronali dove esercita immediatamente la sua azione antiossidante e protettiva, per cui è molto utilizzato nella terapia delle nevriti virali ed idiopatiche come quelle del nervo ricorrente, causa assai frequente della paralisi delle corde vocali.

La **Pappa reale** è una sostanza prodotta dalle api operaie per il nutrimento elettivo dell'ape regina; contiene zuccheri, proteine, grassi, vitamine (soprattutto del gruppo B), ferormoni. La sua assunzione è indicata in tutti quei casi in cui è necessario un forte sostegno energetico (convalescenze, stati astenici di diversa eziologia). Svolge anche una modesta attività antibiotica e immunostimolante per cui viene utilizzata come coadiuvante nelle terapie degli stati infiammatori delle prime vie respiratorie, comprese quelle laringee, ma trova il suo maggior utilizzo nelle disfonie ipocinetiche.

La **Propoli** è una miscela di sostanze raccolte dalle api operaie, costituita da resine, cera e minimamente

da oli eterici e polline. È ampiamente utilizzata nella medicina tradizionale e nell'automedicazione per le sue proprietà antibatteriche ed antivirali da attribuirsi alla presenza di bioflavonoidi, sostanze in grado di aumentare la produzione di interferone e di promuovere così l'attività linfocitaria, così come confermato anche da studi recenti.

L'**Ubidecarenone o coenzima Q10** è presente nei mitocondri cellulari con concentrazione elevata nel tessuto muscolare, facilitando la produzione aerobica di ATP e quindi aumentando la produzione di energia intracellulare. Svolge un'azione protettiva del tessuto muscolare in caso di ridotta ossigenazione, come nel caso di affaticamento cronico, e sembra avere una certa azione inibente gli effetti dell'invecchiamento sulle cellule muscolari. Le indicazioni in foniatria sono, quindi, per gli stati di affaticabilità e di surmenage vocale oltre che per gli esiti di miositi del muscolo tiroaritenoidico. In recenti studi clinici è stato associato alla vitamina A e quest'associazione sembrerebbe migliorare le disfonie funzionali.

INTEGRATORI PER LA SALUTE DELLA VOCE

Sono altresì presenti sul mercato numerosi integratori alimentari indicati per il mantenimento dello stato di benessere della voce dei soggetti che la utilizzano professionalmente.

Tra i nutraceutici che risultano più frequentemente componenti di questi integratori ritroviamo:

- acetilcisteina (mucolitico)
- aloe vera (emolliente e lenitivo)
- boswellia (contrasto degli stati di tensione localizzata)
- erisimo (emolliente e lenitivo della mucosa orofaringea)
- lavanda (azione ansiolitica)
- propoli (antimicrobico)
- Q-TER (coenzima Q10) (energizzante)
- vitamina A (mantenimento del trofismo delle mucose).

BIBLIOGRAFIA

1. Bellizzi E.F.A., Marsico C., Bellizzi M.G., Marsico M.: Nutraceutici ed Otorinolaringoiatria, Il Caduceo, Ed. U.S.I. Roma -Vol. 26 N.°4 2024.
2. Integratori per il benessere della gola in Guida Integratori 2020, pagg.360-370, L'Informatore Farmaceutico.Edra,2020.
3. Integratori per il benessere dell'apparato respiratorio in Guida Integratori 2020, pagg.370-392, L'Informatore Farmaceutico.Edra,2020
4. Le Huche F., Allali A.: Trattamenti farmacologici in La voce Vol.3, pagg. 3- 14. Ed. Masson-Milano 1995.
5. Magnani S., L'altra farmacologia, www.nuovaartec.it. 2020.
6. Magnani S., Disfonie secondarie all'uso di farmaci in Curare la voce, pagg. 94-98. Ed. Franco Angeli Milano,2012.
7. Marsico C., Marsico M.: Sostanze nutraceutiche nelle patologie laringee e della voce in Nozioni di Nutraceutica per l'Otorinolaringoiatria, pagg.70-80, Edizioni Simple,2025.
8. Ruoppolo G., Schettino I., Cherchi B.: Terapia farmacologia nel Libro di Schindler O. "La Voce", pagg. 379-383, Ed. Piccin Padova 2010.

Dalla poltrona alla maratona (forse) in poche mosse

Roberto Curcuruto

Medico dello Sport

Medicina Fisica e della Riabilitazione

USI Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22

USI Piazza Bologna - Via G. Squarcialupo, 17/b

USI Serpentara-Fernando de Lucia - Viale Lina Cavalieri, adiacente civ. 104



Immagine su Magnific

Cominciamo con una bella domanda, affronteresti un lungo viaggio in auto senza prima averla fatta controllare da un meccanico, soprattutto se questa fosse rimasta parcheggiata molti anni in garage?

Se non vuoi correre il rischio di trovarti in panne dopo pochi chilometri credo proprio che un check preliminare andrebbe fatto. Freni, olio, gomme ma soprattutto motore debbono essere in ordine altrimenti potrebbero capitarti problemi.

Ecco, la stessa cosa dovresti fare con il tuo corpo.

Se dopo tanti anni di inattività dovessi decidere di riprendere le scarpette e la tuta per cominciare a correre o fare qualsiasi altra attività sportiva, il consiglio che ti dò è quello di effettuare un'accurata visita medica sia per escludere eventuali patologie occulte sia per controllare che il tuo fisico sia in grado di affrontare quel tipo di attività senza incorrere in sgradevoli sorprese.

Considera che, soprattutto se sei in sovrappeso, cuore e articolazioni potrebbero risentire dello sforzo; è, quindi, opportuno prendere le giuste precauzioni.

Rivolgersi ad un professionista non è mai un errore!

OBIETTIVO

La motivazione è tutto nella vita, senza di essa non riusciremmo mai a portare avanti nessun progetto, figuriamoci a intraprendere una strada nuova e faticosa come quella di metterci a correre. Se fino ad oggi hai preferito la vita comoda, cominciare ad affrontare la strada senza una buona motivazione potrebbe risultare impossibile. Qual è, quindi, la molla che ti ha indotto a scendere dalla poltrona?

Hai fatto un piano di scale e ti sei ritrovato con l'affanno?

Sei corso dietro ad un autobus e dopo pochi metri ti sei arenato con la lingua penzoloni?

Vuoi perdere peso o sentirti tonico per far colpo sulla nuova collega di ufficio?

Il medico ti ha spaventato dicendoti cose brutte sulla tua condizione fisica?

Tutte queste ed altre ancora potrebbero essere le risposte giuste, l'importante è che queste ti siano di reale stimolo per poter cominciare ad intraprendere questo nuovo percorso, inizialmente difficile e faticoso ma poi sicuramente piacevole e gratificante.

VESTITI ADEGUATAMENTE

Ogni volta che intraprendiamo una nuova attività dobbiamo essere certi di possedere tutte le cose che possano metterci in condizione di compierla bene. La cosa buona della corsa è che rispetto ad altri sport ha bisogno di poche cose. Immagina di correre sulla spiaggia, oltre il costume nulla di più.

Chiaramente per poter correre in città il costume non basta, occorre indossare un abbigliamento consona per l'ambiente e la stagione ma soprattutto calzare le scarpe giuste.

La scarpa rappresenta l'elemento più importante da dover tenere presente per evitare spiacevoli infortuni. Una scarpa sbagliata può crearci problemi nell'appoggio del piede o metterci nella condizione di non ammortizzare bene il nostro peso. Occorre anche in questo caso rivolgersi ad un negozio specializzato, che sia in grado di consigliarci l'articolo migliore per il nostro fisico.

Scarpe adatte per un kenota professionista di 47 kg. che corre i 10000 metri non possono essere adatte al signor Rossi di 90 kg. che fa due giri di parco.

Quindi la scelta della scarpa non deve essere effettuata in base al colore o all'estetica ma in base alle nostre esigenze. Una scarpa troppo performante non necessariamente è quella più adatta al nostro caso. La moto di Valentino Rossi è sicuramente performante ma credo che la maggior parte di noi non sarebbe neanche in grado di accenderla.

Il resto dell'abbigliamento non va comunque sottovalutato; i capi tecnici hanno maggiori capacità traspiranti e ci fanno sentire più comodi, il consiglio però che mi sento di dare è quello di non spendere una fortuna in tutine e magliette da vetrina prima di essere sicuri di continuare ad affrontare la strada.

Spesso, infatti, mi è capitato di vedere persone vestite come i manichini del negozio, con gli ultimi modelli delle case più blasonate, fermarsi dopo pochi metri per poi non riprendere più.

TROVA IL TEMPO

Prima di intraprendere questa nuova attività fai una rapida analisi di quella che è la tua disponibilità di tempo per poterla effettuare in modo costante. Correr solo la domenica francamente ha poco senso; non ci si allena in questo modo e si rischia pure di rimanere frustrati vista l'impossibilità di migliorare i nostri risultati. Le performance occasionali, inoltre, possono causare danni proprio perché non abbiamo abituato il nostro corpo ad un allenamento adeguato. Quindi ricavatvi uno spazio temporale dove verosimilmente potrai affrontare il tuo programma di allenamento. Attenzione però a non trovare scuse, la corsa è lo sport in assoluto più facile da praticare, lo puoi fare dove e quando vuoi, sempre e comunque, con il bello e il cattivo tempo, di giorno e di notte, non hai bisogno di grandi spazi né di un tempo infinito, bastano pochi minuti al giorno anche facendo il giro del palazzo quindi utilizzare la frase "Non ho tempo per farlo" non mi sembra che si possa dire.

Detto questo è stabilito che non hai più scuse per non farlo, devi trovare la condizione più favorevole per poterti allenare. Personalmente mi piace alzarmi presto la mattina e togliermi subito il pensiero, una bella doccia e sono pronto ad affrontare la giornata. C'è, invece, chi preferisce allenarsi la sera, per scaricare le tensioni dopo lo stress del lavoro, chi invece sfrutta la pausa pranzo; come vedi non ci sono orari, devi solo scegliere quello che è migliore per te.

TROVA LO SPAZIO

Dove correre? Come detto prima puoi farlo dove vuoi, dalla spiaggia al tapis roulant, non ci sono limiti; il mio consiglio è trovare un posto comodo e privo di smog, magari pianeggiante e con il terreno poco accidentato. Correre all'interno di un parco può essere la cosa migliore, immergersi nella natura è meglio che costeggiare la tangenziale, mi sembra ovvio, ma se non si ha uno spazio verde vicino casa è sufficiente correre per le strade del quartiere.

Personalmente non mi piace correre in cerchio, magari su un anello di poche centinaia di metri, in quanto tende ad annoiarmi; per iniziare, tuttavia, può essere utile non solo per avere dei riferimenti ma soprattutto perché se ci si stanca non si è mai troppo lontani dal punto di partenza.

Anche correre sulle piste ciclabili, infine, può essere piacevole, soprattutto perché il percorso è vario. Non ci sono scuse, quindi; un posto dove muovere i piedi si trova sempre!

Considera poi che soprattutto all'inizio della tua carriera di runner non avrai bisogno di grandi distanze proprio perché l'autonomia sarà scarsa ma con il progredire dell'allenamento e della capacità sarai sempre più invogliato a sperimentare percorsi e distanze nuove.

Per il momento il consiglio che ti dò è, quindi, quello di sceglierti un posto facile da raggiungere, in modo da non dover perdere tempo quando desideri mettersi in moto.

MISURATI

Per migliorarci dobbiamo misurarci. Stampati questa frase nella testa, solo così saprai se la direzione intrapresa è quella giusta oppure no e, quindi, da modificare.

Immagina di andare da un nutrizionista per iniziare una dieta, qual è la prima cosa che farà?

Prenderti le misure, peso, altezza ed eventualmente altri dati che gli serviranno a controllare il percorso nutrizionale per capire se funziona tutto bene.

La stessa cosa dovrai farla tu, quindi comprati un orologio con il cronometro e misura la tua performance nel tempo così da notare gli eventuali incrementi. Successivamente troverai delle tabelle indicative per muovere i primi passi ma a grandi linee sappi che dovrai prima incrementare il tempo della corsa e successivamente la velocità.

In poche parole prima dovrai fare il cosiddetto "fiato" per poter percorrere senza problemi la quantità di chilometri che preferisci, successivamente se ne avrai voglia proverai a migliorare il tuo tempo su quella distanza. Ti faccio un esempio: in una prima fase l'obiettivo potrebbe essere quello di riuscire a correre per trenta minuti senza fermarti, una volta ottenuto questo risultato potresti aver voglia di aumentare il tempo della corsa o percorrere una distanza maggiore in quello stesso tempo.

Chiaramente per fare questo hai bisogno di conoscere tempo e distanza ma mentre il tempo lo puoi calcolare con il tuo cronometro, la distanza devi conoscerla con dei riferimenti precisi o con appositi GPS. Anche in questo caso, però, voglio darti un consiglio: prima di acquistare gingilli costosi aspetta. Per iniziare a correre tutto questo non è necessario.

A proposito di gingilli, un oggetto che potrebbe essere utile è il *cardiofrequenzimetro*; ce ne sono di diversi tipi, servono per misurare la frequenza cardiaca che sarebbe opportuno tenere sempre sotto controllo per evitare di mettere sotto sforzo il cuore. A tal proposito esiste una formuletta che andrebbe tenuta in considerazione per non correre rischi: "80% di 220 meno la nostra età", questa è la frequenza massima teorica a cui dovremmo portare il nostro battito. Come si può evincere, maggiore è l'età della persona minore è la velocità a cui dovrebbe andare il cuore proprio per non affaticarlo.

Quindi una persona di 60 anni dovrebbe correre con una frequenza cardiaca non superiore a 130 b/m ($220 - 60 = 160$ l'80% di 160 = 128).

Alcuni cardiofrequenzimetri possono, inoltre, essere settati per dare una sorta di allarme nel caso si dovesse superare la frequenza massima impostata, in

Dalla poltrona alla maratona (forse) in poche mosse

questo modo una persona può correre senza doversi preoccupare di controllare le pulsazioni. Comunque vale sempre il detto che, se correndo riesci a scambiare due parole con il tuo compagno di avventura, non starai sicuramente affaticando il cuore.

PREMIATI

La parte più bella viene ora, il premio per il risultato. L'idea è quella di darsi dei mini obiettivi ed una volta raggiunti regalarsi un premio. Scegli tu quello che preferisci: una maglietta nuova, una cena in un posto carino, una qualsiasi cosa che rappresenti una medaglia virtuale per il risultato raggiunto. Non ci nascondiamo dietro un dito: correre ed allenarsi, per quanto piacevole, è pur sempre faticoso e comporta dei sacrifici. Alzarsi la mattina presto, magari in pieno inverno quando fuori è ancora buio e fa freddo, non è il massimo della vita ma se noi non ci siamo tirati indietro, abbiamo accettato la sfida con noi stessi e l'abbiamo vinta, meritiamo un premio che, per piccolo che sia, serve a darci la giusta soddisfazione. Quindi non lesinare, ogni volta che raggiungi il tuo obiettivo ricompensati con qualcosa che ti renda felice! Sarà di stimolo per alzare ulteriormente l'asticella della performance.

E proprio perché hai raggiunto il target prefissato e, quindi, migliorato le tue prestazioni, potrai concederti qualcosa di più tecnico: una nuova scarpa, quella bella magliettina tecnica che hai visto in vetrina o uno dei gingilli di cui parlavamo prima.

TROVA UN AMICO

A me è sempre piaciuto correre da solo, rappresenta un momento tutto mio in cui faccio scorrere i pensieri, alimento progetti o vago semplicemente con la fantasia. Correndo da solo, inoltre, non ho problemi di orario, non debbo prendere appuntamenti, non debbo scegliere la velocità con cui corro, insomma posso fare come mi pare. Però non per tutti è così e non sempre è la cosa migliore.

Ricordo che molti anni fa correvo ogni mattina con un mio amico, stavamo preparando una corsa insieme, quindi appuntamento al solito posto alle 6 e 30 del mattino. Non ti nascondo che in più di una occasione sarei rimasto volentieri a poltrire nel letto, mi dicevo: "Mica me lo ha ordinato il dottore di correre tutte le sante mattine!".

Sapere, però, che qualcuno mi stava aspettando in

strada mi è stato di stimolo per scendere dal letto.

La cosa buffa stava nel fatto che in alcuni casi anche il mio compagno di avventura faceva lo stesso pensiero e per paura di lasciarmi solo scendeva comunque dal letto anche se controvoglia.

Per molti, invece, l'idea di correre in compagnia è una cosa indispensabile, li fa sentire più coinvolti e rende il tutto meno noioso. Scambiare due chiacchiere con qualcuno è sempre piacevole e soprattutto rende meno faticoso il percorso, ci si distrae volentieri e non ci si concentra sui vari doloretto del nostro corpo.

Chiaramente questa è una questione del tutto personale; se si ha la possibilità di condividere questa esperienza con qualcuno di affine a noi, con le nostre caratteristiche, questo può essere certamente di aiuto o di sprone. Attenzione però a scegliere bene il partner perché si potrebbe correre il rischio di non allenarsi bene se il nostro compagno ha un livello di allenamento troppo differente dal nostro, dovendoci adattare a vicenda, magari mortificando o esasperando le nostre capacità.

CONFRONTATI

Correre per il piacere di farlo. Correre per sentirsi bene. Correre per dimagrire.

Tutte cose che possono stimolarti a scendere per strada e fare chilometri; potrebbe essere, però, interessante confrontarsi con qualcuno, mettersi in gioco, sfidare gli altri oltre che sfidare noi stessi e il cronometro.

Correre è certamente sfidare le proprie capacità ma mettere un po' di pepe cercando anche la competizione potrebbe essere una buona scusa per spingere di più sui piedi.

Ci si potrebbe magari iscrivere a qualche gara rionale su una distanza a noi congeniale, tipo i 5000 metri. L'intento non sarebbe certamente quello di vincerla ma di vivere comunque l'atmosfera della gara, della competizione, circondati da una variegata moltitudine di gente in calzoncini e magliette colorate che hanno come unico obiettivo quello di misurarsi con il cronometro.

Vivere una gara, infatti, è sempre emozionante, ci permette di stare nel mucchio, di conoscere nuovi amici, di condividere la stessa passione e di sorvegliare alla fine un bel tè caldo offerto dagli organizzatori.

Spero di averti stimolato a fare il primo passo, quindi alzati da quella poltrona e comincia a correre, ti aspetto al traguardo!!



Immagine su Magnific

I farmaci del momento: gli ormoni incretinici GIP e GLP-1 dal diabete alla terapia dell'obesità



Renato Giordano

Endocrinologo, Diabetologo
USI Prati - Via Virginio Orsini, 18



Immagine su Magnific

Gli Agonisti del *Glucagon-Like Peptide-1* (GLP-1) e del GIP, grazie alla loro capacità di ridurre efficacemente la glicemia senza indurre ipoglicemia, di determinare calo ponderale e di diminuire l'incidenza di malattie cardiorenali e la mortalità per tutte le cause, sono diventati parte essenziale della terapia sia del **Diabete di tipo 2** che dell'**Obesità**. Il GIP ed il GLP-1 sono due dei componenti la famiglia delle incretine, ormoni gastrointestinali prodotti nella fase postprandiale, capaci di stimolare la secrezione di insulina in maniera glucosio dipendente. Forse il più importante della classe è il *Glucose-dependent Insulinotropic Peptide* (GIP), prodotto principalmente a livello duodenale (mentre il GLP-1 è prodotto a livello di ileo e colon) e sembra avere un ruolo ancora maggiore del GLP-1 nella stimolazione della secrezione insulinica nella fase post-prandiale. Sono farmaci che vanno usati sia nell'obesità che nel diabete e d'altronde l'Obesità/sovrappeso nel Diabete non è semplicemente un fattore di rischio ma influenza la storia della malattia, orienta le scelte terapeutiche, favorisce l'insorgenza di complicanze e incide sulla qualità della vita. Infatti c'è un termine che si chiama DIABESITÀ che descrive con chiarezza il forte legame che esiste tra Diabete di tipo 2 e Obesità. L'arrivo degli agonisti incretinici ha rappresentato un punto di svolta, una eccezionale opportunità per curare il Diabete ma ancor di più per cambiare la Storia naturale dell'Obesità. Ma non solo la Storia bensì anche l'opportunità di ridurre lo STIGMA dell'obesità, contribuendo a ridefinire l'Obesità come una vera Malattia Cronica piuttosto che come un ripetuto fallimento individuale.

E ricordiamo che una Legge italiana (la prima al mondo) del 3 ottobre 2025 riconosce l'Obesità come Patologia Cronica a tutti gli effetti. L'Obesità ha nella sua eziologia una predisposizione genetica ma risultano importanti

anche la regolazione neuro endocrina, l'ambiente obesogeno e i fattori psicosociali. Con l'ipotalamo al centro che rappresenta il punto regolatore dell'omeostasi energetica, integrando segni centrali e periferici sull'apporto calorico, lo stato di sazietà e le riserve adipose. Gli ormoni intestinali e gli ormoni adipocitari inviano feedback all'ipotalamo su una serie di segnali di situazioni nutrizionali. Ecco quindi spiegata l'importanza di questi ormoni intestinali il GIP ed il GLP-1.

Ricordo che il primo agonista del GLP-1 (exenatide) è stato isolato dalla saliva del Gila Monster, un lucertolone che vive nei deserti dell'Arizona e del Messico (la exendin4). Gli attuali agonisti del GLP1 e GIP, in particolare la **Tirzepatide** e la **Semaglutide** (ma ricordiamo anche la dulaglutide, la liraglutide e le formulazioni per os, etc.), costituiscono una nuova generazione di farmaci altamente efficaci sia per la gestione del Diabete di tipo 2 che dell'Obesità, le quali vanno considerate entrambe patologie croniche progressive, e ancor di più nel caso delle Obesità recidivanti. L'ultimo arrivato al momento, la **Tirzepatide**, è un agonista a lunga durata d'azione dei recettori del polipeptide insulinotropico glucosio-dipendente (GIP) e del peptide-1 simile al glucagone (GLP-1), mentre la **Semaglutide** è un agonista a lunga durata d'azione selettivo del solo recettore GLP-1. Entrambi i farmaci determinano riduzioni ponderali clinicamente significative e ciò avviene anche grazie alla riduzione dell'appetito e alla regolazione del comportamento alimentare.

La distribuzione dei recettori GIP nel cervello è diversa e più ampia di quella dei recettori GLP-1 e si ritiene che ciò contribuisca alla maggiore efficacia di **Tirzepatide**. Inoltre, mentre gli adipociti non esprimono recettori GLP-1, possiedono recettori GIP attivi, il che suggerisce un'azione diretta di Tirzepatide sul tessu-

I farmaci del momento: gli ormoni incretinici GIP e GLP-1 dal diabete alla terapia dell'obesità

to adiposo. Tali meccanismi d'azione aggiuntivi, pur nell'azione efficace di entrambi, rendono quindi Tirzepatide potenzialmente più efficace nel contrastare i meccanismi che ostacolano il calo ponderale e il mantenimento dei risultati nel tempo rispetto alla Semaglutide, la quale comunque dà dei risultati eccellenti in particolare nei dosaggi più elevati.

Uno studio (SURMONT-5) è stato condotto con l'obiettivo di verificare tale dato. E' un trial clinico multicentrico, randomizzato, del 2024 nel quale sono stati arruolati 751 adulti in sovrappeso ($BMI \geq 27 \text{ kg/m}^2$) o con obesità ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) e almeno una delle seguenti comorbidità: ipertensione, dislipidemia, apnea ostruttiva del sonno o disturbi cardiovascolari, ma senza Diabete. I partecipanti sono stati randomizzati a ricevere la massima dose tollerata di tirzepatide (10 o 15 mg) o la massima dose tollerata di semaglutide (1,7 mg o 2,4 mg) per via sottocutanea una volta a settimana per 72 settimane.

La terapia con *tirzepatide* si è mostrata superiore rispetto a quella con semaglutide nella riduzione ponderale con una differenza stimata nel trattamento pari a -6,5 punti percentuali. Gli obiettivi secondari principali includevano riduzioni del peso corporeo pari ad almeno il 10, 15, 20 e 25%, e la variazione della circonferenza vita a 72 settimane rispetto al valore iniziale. Tutti e due i farmaci hanno dato ottimi risultati ma tirzepatide è risultata superiore in tutti questi obiettivi: un numero maggiore di partecipanti trattati con tirzepatide, rispetto a quelli trattati con semaglutide, ha infatti ottenuto una riduzione del peso pari ad almeno il 10, 15, 20 e 25% rispetto al basale. In particolare, i soggetti che hanno ricevuto tirzepatide avevano una probabilità sino a 2 volte superiore di raggiungere tali livelli di calo rispetto a quelli trattati con semaglutide.

Riguardo al profilo di sicurezza, invece, gli eventi avversi più comuni sia per tirzepatide che per semaglutide sono di natura gastrointestinale e generalmente di entità lieve o moderata. Così come va detto in senso assoluto che problematiche pancreatiche, tumoriali, etc. inizialmente ipotizzate per la classe sono state quasi completamente escluse (curiosamente nel caso di questi farmaci l'allarmismo che viene continuamente rafforzato dalla comunicazione mediatica di social e TV non corrisponde alla realtà).

POSOLOGIA

Va detto che il dosaggio sia nel caso della semaglutide che della tirzepatide parte con un mese di *start therapy* (0,25) per poi aumentare gradualmente fino ad arrivare al dosaggio adeguato che nel caso della semaglutide nei diabetici è di 1 mg a settimana. Invece nell'obesità la stessa semaglutide arriva a 2,4 mentre è in via di registrazione e messo in commercio (l'FDA americano ha già approvato) il dosaggio a 7,2 e questo per ridurre la differenza di efficacia dei due agonisti nella terapia dell'Obesità.

Sempre per la pratica clinica le attuali raccomandazioni sulle percentuali di calo ponderale necessarie a ridurre le complicanze dell'obesità fanno riferimento ad un effetto-soglia e l'entità di calo necessario per ottenere la remissione, totale o parziale, di molte di tali condizioni è difficile da raggiungere o non è stata ancora chiaramente definita.

Entrambi i farmaci, infine, oltre alla somministrazione settimanale hanno anche quella per os, molto usata, specialmente quella della semaglutide che è presente su mercato da un tempo maggiore. E si sta ipotizzando per la terapia orale anche un utilizzo in un secondo tempo (dopo un periodo con l'iniettiva) come terapia di mantenimento.

In sintesi si può affermare che con l'arrivo di questa nuova generazione di farmaci per la gestione dell'Obesità diventano più accessibili e mantenibili riduzioni di peso più significative, aprendo così la strada ad un possibile aggiornamento delle raccomandazioni verso un approccio terapeutico basato su obiettivi specifici (*treat-to-target*) anche per il peso, similmente a quanto avviene per i valori glicemici nel Diabete.

Tirzepatide ha mostrato una **maggiore efficacia** rispetto a Semaglutide nella riduzione ponderale e della circonferenza vita **nelle persone con obesità ma senza diabete** e, pertanto, rappresenta una nuova e promettente opzione terapeutica per il trattamento dell'obesità e delle sue complicanze.

Semaglutide, invece, può risultare **più consigliata** per esempio nel **diabete di tipo 2 senza aumento ponderale** o utilizzando dosaggi più elevati per l'Obesità.

Molto interessanti sono i dati degli *Annali AMD* prodotti ogni anno dall'Associazione Medici Diabetologi, che ci mostrano quali sono i farmaci più usati in Italia per il Diabete dai centri specializzati con le percentuali di complicanze e comorbidità. Quelli appena pubblicati del 2025 confermano che l'assistenza al Diabete in Italia continua a migliorare così come la qualità di vita di chi ha tale malattia. Rimane stabile ma buona la quota di pazienti che raggiunge i corretti valori di emoglobina glicata, cresce quella di chi ha il colesterolo in regola e, nel Diabete di tipo 2, continua a diminuire la percentuale di pazienti Obesi, risultato a cui contribuisce l'impiego crescente di farmaci sempre più appropriati. Ed il merito di tutto questo sta proprio nell'utilizzo da parte di più del settanta per cento dei pazienti di farmaci di nuova generazione come appunto le incretine.

In particolare nel Diabete di tipo 2 si riscontra un lieve ma costante calo dell'obesità ed una maggiore appropriatezza prescrittiva. La graduale riduzione dell'obesità potrebbe spiegarsi con il sempre maggior utilizzo dei nuovi farmaci, in particolare glifozine e agonisti recettoriali del Glp-1, che insieme sono cresciuti in modo sostanziale passando al dato attuale del 77,4%.

MASSA MAGRA, MASSA GRASSA E MUSCOLO SCHELETRICO

In tutti gli studi effettuati sono state osservate riduzioni significative, a 52 settimane di terapia, dell'infiltrazione di grasso muscolare, volume muscolare e Z-score, verificatesi nel contesto di una significativa riduzione ponderale. Tirzepatide è stata associata a significative riduzioni ponderali negli studi sul DT2 e ad un effetto benefico sulla distribuzione del grasso corporeo (studio SURPASS-3 MRI). Tuttavia una sostanziale riduzione del peso è spesso associata a depauperamento della massa muscolare (la riduzione della massa grassa è dell'86% mentre quella della massa magra del 14% con le incretine).

La massa, la funzione e la composizione del muscolo scheletrico sono state spesso sottostimate nel processo

di stratificazione del rischio individuale di progressione della malattia diabetica e delle sue complicanze croniche. Il muscolo scheletrico è la sede del più elevato assorbimento di glucosio insulino-dipendente nel corpo umano. Una ridotta massa muscolare scheletrica e la miosteatosi svolgono un ruolo importante nella patogenesi e progressione del diabete di tipo 2. Durante l'invecchiamento si osserva atrofia del muscolo scheletrico (diminuzione annua dell'1-2% della massa muscolare dopo i 50 anni) associata ad una riduzione della forza complessiva. È importante sottolineare che non solo gli anziani ma anche le persone con DT2 presentano un rischio maggiore di perdita di massa muscolare scheletrica. Nelle persone con DT2, un calo ponderale del 5-10% è efficace per migliorare l'iperglicemia, mentre un calo del 15-25% può indurre addirittura la remissione della malattia. Per lungo tempo solo la chirurgia bariatrica si è dimostrata efficace nel raggiungere una perdita di peso duratura di tale portata. Invece dati recenti hanno indicato effetti benefici simili con il GLP1ra e con il doppio agonista dei recettori GIP/GLP-1 nelle persone obese. Altri recenti trial clinici suggeriscono che trattamenti con GLP-1 RA e agonisti duali recettoriali GIP/GLP-1 portano ad una diminuzione della massa muscolare del 25-39% rispetto alla perdita di peso totale. Vi è, quindi, il timore che con tali trattamenti si perdano notevoli quantità di massa muscolare, con il rischio di indurre SARCOPENIA e fragilità fisica con la massa magra che comprende anche l'apporto di organi, ossa, fluidi e acqua nel tessuto adiposo.

I risultati degli studi suggeriscono una risposta adattativa alla riduzione ponderale per quanto riguarda il volume muscolare e un effetto potenzialmente positivo sull'infiltrazione di grasso muscolare a seguito del trattamento con incretine in persone con Diabete e sovrappeso o Obesità. Tali dati supportano i benefici osservati negli studi clinici e forniscono ulteriori evidenze sui potenziali effetti metabolici del doppio agonista dei recettori GIP/GLP-1.

CONCLUSIONI

In sintesi l'Obesità è una malattia cronica progressiva e recidivante causata fino al 70% da cause genetiche con geni trasmessi dai genitori. Ed è anche recidivante cioè ogni volta che si fa una dieta poi situazioni biologiche fanno riprendere peso. La terapia deve, quindi, essere multifattoriale: dietetica, farmacologica e/o chirurgica.

L'Obesità è in netto aumento ma molte persone obese non vengono trattate.

In Italia nel 2025 è stata approvata, per la prima volta a livello mondiale, una legge che recepisce l'Obesità come patologia cronica, inserendola quindi per il prossimo futuro a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

IL FUTURO

La frontiera della ricerca è verso lo sviluppo di triplici agonisti per i recettori di GLP-1, GIP e glucagone, che combinano tra loro l'efficacia sul diabete di tipo 2 dei duplici agonisti GLP-1/GIP e l'efficacia sull'Obesità dei duplici agonisti GLP-1/glucagone. Di queste molecole, ancora in fase iniziale di sviluppo, non sono ancora disponibili risultati di studi clinici nell'uomo. Gli esperimenti su modelli di roditori, però, sono molto incoraggianti: l'effetto

sulla glicemia sembra analogo a quello dei doppi agonisti GLP-1/GIP ma con una perdita di peso nettamente superiore. Inoltre, rispetto ai doppi agonisti GLP-1/GIP, i triplici agonisti sembrano più efficaci nella riduzione della steatosi epatica e nella prevenzione del declino cognitivo. È possibile, quindi, che queste molecole trovino uno sviluppo anche per indicazioni diverse dall'obesità e dal diabete. E, infine, in procinto di entrare in commercio un triplice agonista con in più anche il PCSK9 per la riduzione del colesterolo LDL.

Aspettiamo, quindi, a breve l'arrivo di nuovi incredibili farmaci!

BIBLIOGRAFIA

1. Ambery P, Parker VE, Stumvoll M et al. MEDI0382, a GLP-1 and glucagon receptor dual agonist, in obese or overweight patients with type 2 diabetes: a randomised, controlled, double-blind, ascending dose and phase 2a study. *Lancet* 391:2607–2618, 2018.
2. Baggio LL, Drucker DJ Glucagon-like peptide-1 receptor co-agonists for treating metabolic disease. *Mol Metab* 46:101090, 2021.
3. Colca JH and Morton DH in *New Anti diabetic Drugs* (Bailey, C.J., and Flatt, P.H. eds) 255-261, Smith-Gordon: New York, 1990.
4. Del Prato S, Kahn SE, Pavo I et al Tirzepatide versus insulin glargine in type 2 diabetes and increased cardiovascular risk (SURPASS-4): a randomised, open-label, parallel-group, multicentre, phase 3 trial. *Lancet* 398:1811–1824, 2021.
5. DeFronzo RA. From the Triumvirate to the Omnipotent Octet: A New Paradigm for the Treatment of Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes* 58:773-795. doi:10.2337/db09-9028, 2009.
6. De Fronzo RA, Ferrannini E. Insulin resistance. A multifaceted syndrome responsible for NIDDM, obesity, hypertension, dyslipidemia, and atherosclerotic cardiovascular disease. *Diabetes Care* 14(3):173-194. doi: 10.2337/diacare.14.3.173, 1991.
7. Frías JP, Davies MJ, Rosenstock J et al. Tirzepatide versus semaglutide once weekly in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 385:503–515, 2021.
8. Kahn CR., Goldstein BJ. Molecular Defects in insulin action. *Science* 7; 245:13. doi: 10.1126/science.2662406, 1989.
9. Hiragun A, Sato M, Mitsui H. Preadipocyte differentiation in vitro: Identification of a highly active adipogenic agent *J Cell Physiol* 134(1):124-30. doi: 10.1002/jcp.1041340115, 1988.
10. Gerstein HC, Yusuf S, Bosch J, Pogue J Ings rather than monozygotic twins within the incretin family. *Diabetes* 68:897–900, 2019
11. Gerstein et al. DREAM (Diabetes REduction Assessment with ramipril and rosiglitazone Medication) Trial Investigators Effect of rosiglitazone on the frequency of diabetes in patients with impaired glucose tolerance or impaired fasting glucose: a randomised controlled trial. *Lancet* 368(9541):1096-105. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69420-8, 2006.
12. Samms RJ, Coghlan MP, Sloop KW) How may GIP enhance the therapeutic efficacy of GLP-1? *Trends Endocrinol Metab* 31:410–421, 2020.

Il ruolo dell'alimentazione nella sarcopenia

Deborah Tognozzi

Biologa Nutrizionista
Specialista in Applicazioni Biotecnologiche
Esperta in Nutrizione Clinica

USI Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22
USI Serpentara-Pacchiarotti - Via G. Pacchiarotti, 103
USI Igea - Via Igea, 12



Immagine su Magnific

La sarcopenia è una malattia muscolare progressiva che causa indebolimenti fisici ed un conseguente aumento delle probabilità di cadute, fratture, disabilità fisica, ma anche di deficit cognitivi, malattie polmonari e malattie cardiovascolari.

La sarcopenia viene classificata in base alla sua natura:

- PRIMITIVA se insorge con l'avanzare dell'età
- SECONDARIA A MALATTIE come problemi neurologici, osteoartriti o stati infiammatori gravi
- SECONDARIA DA INATTIVITÀ e conseguente sedentarietà
- SECONDARIA DA MALNUTRIZIONE

La sarcopenia è una condizione fisica complessa influenzata da una combinazione di fattori ed il suo trattamento e prevenzione spesso implicano interventi multipli, tra cui l'esercizio fisico regolare, la corretta alimentazione e la gestione delle condizioni mediche circostanti.

La definizione di strategie nutrizionali per la prevenzione e il trattamento della sarcopenia richiede un approccio basato sull'evidenza e su raccomandazioni condivise da enti scientifici internazionali. Tra le principali istituzioni che hanno elaborato linee guida nutrizionali in questo ambito figurano la European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), l'European Food Safety Authority (EFSA) e la Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU). Sebbene con sfumature differenti, tutte convergono sulla necessità di un adeguato apporto proteico, vitaminico e calorico, integrato con strategie com-

portamentali mirate a preservare la funzionalità muscolare negli anziani.

L'analisi delle linee guida mostra come tutte le principali società scientifiche convergano su alcuni punti fondamentali:

- L'apporto proteico raccomandato negli anziani è superiore rispetto a quello della popolazione adulta giovane.
- La distribuzione proteica deve essere uniforme nei vari pasti.
- L'attenzione deve essere posta non solo alla quantità, ma anche alla qualità delle proteine e all'adeguato apporto di micronutrienti.

Le differenze riguardano principalmente i valori di riferimento: EFSA mantiene un approccio più prudente (0,83 g/kg/die come media di riferimento), mentre ESPEN e SINU raccomandano livelli più elevati, fino a 1,5 g/kg/die nei soggetti fragili. Questo riflette un orientamento clinico più mirato alla prevenzione della sarcopenia da parte delle società specialistiche di nutrizione clinica.

A livello nutrizionale, il mantenimento di un adeguato equilibrio tra macro e micronutrienti rappresenta un elemento centrale nella prevenzione della sarcopenia. Con l'avanzare dell'età si osservano modificazioni fisiologiche che includono riduzione dell'introito alimentare, alterazioni dell'assorbimento intestinale e cambiamenti nel metabolismo proteico, che possono predisporre a carenze nutrizionali e contribuire alla perdita di massa e funzione muscolare.

APPORTO PROTEICO

Nonostante il turnover proteico sia più lento e il pool proteico corporeo complessivo sia ridotto nell'anziano, l'evidenza scientifica indica che il fabbisogno proteico relativo aumenta con l'età a causa del fenomeno dell'"anabolic resistance", ossia una ridotta risposta della sintesi proteica muscolare agli stimoli nutrizionali.

Le linee guida internazionali raccomandano un apporto proteico pari a 1,0-1,2 g/kg/die nei soggetti anziani sani e fino a 1,2-1,5 g/kg/die in presenza di patologie acute o croniche, per preservare massa e forza muscolare. Studi osservazionali e trial clinici hanno dimostrato che un'assunzione proteica superiore alla RDA standard di 0,8 g/kg/die è associata a una minore perdita di massa magra e a un miglior mantenimento della funzione fisica. Particolare attenzione dovrebbe essere posta alla qualità delle proteine, privilegiando fonti ad alto valore biologico e una distribuzione omogenea dell'apporto proteico nei tre pasti principali.

LIPIDI E QUALITÀ DEI GRASSI

La quota lipidica della dieta nell'anziano dovrebbe rimanere in linea con le raccomandazioni per la popolazione adulta (20-35% dell'energia totale), privilegiando gli acidi grassi monoinsaturi rispetto ai saturi. L'olio extravergine di oliva, elemento cardine del pattern alimentare mediterraneo, rappresenta una fonte rilevante di acido oleico e composti fenolici con proprietà antiossidanti e antinfiammatorie, potenzialmente utili nel contrastare i meccanismi infiammatori implicati nella sarcopenia.

L'assunzione regolare di pesce, in particolare pesce azzurro, garantisce un adeguato apporto di acidi grassi omega-3 a lunga catena (EPA e DHA). Evidenze sperimentali suggeriscono che tali acidi grassi possano migliorare la sintesi proteica muscolare e la sensibilità anabolica, oltre a esercitare effetti benefici sulla salute cardiovascolare e cognitiva.

CARBOIDRATI E CONTROLLO GLICEMICO

È raccomandabile limitare l'assunzione di zuccheri semplici, in particolare attraverso bevande zuccherate e snack ad alta densità glicemica, per ridurre il rischio di picchi glicemici e insulino-resistenza, condizioni associate a un maggior rischio di perdita muscolare. Una distribuzione equilibrata dei carboidrati complessi nell'arco della giornata favorisce un miglior controllo metabolico e un adeguato apporto energetico, fondamentale per evitare il catabolismo muscolare.

IDRATAZIONE

Il mantenimento dell'equilibrio idrico è essenziale per la corretta omeostasi cellulare e per la funzione muscolare. Nell'anziano il senso della sete può essere attenuato, aumentando il rischio di disidratazione. Si raccomanda pertanto un monitoraggio attivo dell'assunzione di liquidi, personalizzato in base alle condizioni cliniche e ambientali.

MICRONUTRIENTI

Gli anziani presentano un rischio aumentato di carenze vitaminiche e minerali, che possono contribuire alla compromissione della funzione muscolare. In particolare:

- Vitamina D: associata alla funzione muscolare e alla prevenzione delle cadute; livelli sierici adeguati sono correlati a una migliore performance fisica.
- Calcio: fondamentale per la contrazione muscolare e la salute ossea.
- Vitamine A e C: coinvolte nei processi antiossidanti e nella modulazione dello stress ossidativo, uno dei meccanismi patogenetici della sarcopenia.

Un adeguato apporto di micronutrienti, preferibilmente attraverso una dieta varia e bilanciata, rappresenta quindi un elemento chiave nell'approccio nutrizionale integrato alla prevenzione della sarcopenia.

Un ringraziamento alla Dott.ssa Chiara Santarelli per il suo contributo nella stesura dell'articolo.



Immagine su Magnific



Immagine su Magnific

BIBLIOGRAFIA

1. Deutz, N. E., Bauer, J. M., Barazzoni, R., Biolo, G., Boirie, Y., Bosy-Westphal, A., ... Calder, P. C. (2014). Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: Recommendations from the ESPEN Expert Group. *Clinical Nutrition*, 33(6), 929–936.
2. EFSA NDA Panel (EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies). (2012). Scientific Opinion on Dietary Reference Values for protein. *EFSA Journal*, 10(2), 2557.
3. EFSA Panel on Nutrition, Novel Foods and Food Allergens (NDA). (2023). Dietary reference values for protein. *EFSA Journal*, 21(7), e08171.
4. FAO/WHO. (2013). Dietary protein quality evaluation in human nutrition: Report of an FAO Expert Consultation (FAO Food and Nutrition Paper No. 92). Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations.
5. SINU (Società Italiana di Nutrizione Umana). (2014). LARN – Livelli di assunzione di riferimento di nutrienti ed energia per la popolazione italiana. IV Revisione. Milano: SICS.
6. Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Goisser, S., Hooper, L., ... Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition*, 38(1), 10–47.
7. Cruz-Jentoft, A. J., & Sayer, A. A. (2019). Sarcopenia. *The Lancet*, 393(10191), 2636–2646.
8. Smith, G. I., Atherton, P., Reeds, D. N., Mohammed, B. S., Rankin, D., Rennie, M. J., & Mittendorfer, B. (2015). Dietary omega-3 fatty acid supplementation increases the rate of muscle protein synthesis in older adults: a randomized controlled trial. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 93(2), 402–412.
9. Tipton, K. D., & Phillips, S. M. (2013). Dietary protein for muscle hypertrophy. *Nestle Nutrition Institute Workshop Series*, 76, 73–84.
10. Robinson SM, Reginster JY, Rizzoli R, et al. Does nutrition play a role in the prevention and management of sarcopenia? *Clin Nutr*. 2018;37(4):1121-1132.
11. Dickinson JM, Volpi E, Rasmussen BB. Exercise and nutrition to target protein synthesis impairments in aging skeletal muscle. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013;98(2):422-429.
12. Bauer J, Biolo G, Cederholm T, et al. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(8):542-559.
13. Houston DK, Nicklas BJ, Ding J, et al. Dietary protein intake is associated with lean mass change in older adults. *Am J Clin Nutr*. 2008;87(1):150-155.
14. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies. Dietary reference values for fats. *EFSA Journal*. 2010;8(3):1461.
15. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med*. 2013;368:1279-1290.
16. Smith GI, Atherton P, Reeds DN, et al. Omega-3 polyunsaturated fatty acids augment the muscle protein anabolic response to hyperinsulinaemia-hyperaminoacidaemia in healthy young and middle-aged men and women. *Clin Sci*. 2011;121(6):267-278.
17. Srikanthan P, Karlamangla AS. Relative muscle mass is inversely associated with insulin resistance. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011;96(9):2898-2903.
18. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr*. 2019;38(1):10-47.
19. Ceglia L. Vitamin D and skeletal muscle tissue and function. *Mol Aspects Med*. 2008;29(6):407-414.
20. Cesari M, Landi F, Vellas B, Bernabei R, Marzetti E. Sarcopenia and physical frailty: two sides of the same coin. *Front Aging Neurosci*. 2014;6:192.

Alla ricerca del contraccettivo ideale per le minorenni



Giuseppe Vocaturo

Specialista in Ginecologia e Ostetricia

Specialista in Oncologia

Già Dirigente Istituto Tumori-Regina Elena - Roma

Già Direttore SSO presso la UOC di Ginecologia Oncologica

USI Ostiense - Piramide - Viale Marco Polo, 41

USI Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22

USI Prati - Via V. Orsini, 18

USI Serpentara - Pacchiarotti - Via G. Pacchiarotti, 103

USI Igea - Via Igea, 12



LA CONTRACCEZIONE NELLE MINORENNI È UN TEMA IMPORTANTE CHE COINVOLGE ASPETTI MEDICI, EDUCATIVI, LEGALI ED ETICI

Proponiamo una panoramica dei vari contraccettivi per individuare se esiste per le minorenni una contraccettione ottimale sia per la sicurezza sia per la praticità e che dia una protezione verso le Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST).

Tale protezione è importante perché in un recente Rapporto del 20/7/23 dell'Istituto Superiore di Sanità è emerso un costante aumento delle Infezioni Sessualmente Trasmesse e si auspica di implementarne l'informazione e la prevenzione per contrastarne la diffusione e le gravi complicanze.

METODI CONTRACCETTIVI PRINCIPALI PER LE MINORENNI

Ecco un elenco dei principali metodi contraccettivi più adatti o comunemente usati dalle minorenni, con una breve descrizione dei vantaggi, svantaggi e caratteristiche principali:

1. Preservativo maschile:

Come funziona: Barriera che impedisce allo sperma di entrare in contatto con l'ovulo.

Vantaggi:

- Protegge anche dalle malattie sessualmente trasmesse
- Non serve prescrizione.
- Economico e facilmente reperibile.
- Può essere usato sin dalla prima esperienza sessuale

Svantaggi:

- Può rompersi o scivolare se usato male.

2. Preservativo femminile:

Come funziona: Si inserisce nella vagina prima del rapporto.

Vantaggi:

- Autonomia della ragazza nel proteggersi.

Svantaggi:

- Meno diffuso, più difficile da usare correttamente.

3. Pillola anticoncezionale:

Come funziona: Ormoni che impediscono l'ovulazione.

Vantaggi:

- Regola il ciclo mestruale.
- Molto efficace se presa correttamente.

Svantaggi:

- Serve una prescrizione medica.
- Non protegge dalle IST.
- Va assunta ogni giorno alla stessa ora.

Alla ricerca del contraccettivo ideale per le minorenni

4. Cerotto contraccettivo:

Come funziona: Rilascia ormoni attraverso la pelle.

Vantaggi:

- Si cambia una volta a settimana, facile da usare.

Svantaggi:

- Può staccarsi, possibile irritazione cutanea.

5. Anello vaginale:

Come funziona: Si inserisce nella vagina e rilascia ormoni.

Vantaggi:

- Si cambia una volta al mese.

Svantaggi:

- Può dare fastidio o fuoriuscire, serve abitudine a usarlo.

6. Iniezione contraccettiva:

Come funziona: Iniezione ormonale ogni 3 mesi.

Vantaggi:

- Molto efficace, non serve ricordarsi ogni giorno.

Svantaggi:

- Deve essere somministrata da un medico, non adatta a tutte.

7. Pillola del giorno dopo:

Come funziona: Interviene dopo un rapporto a rischio.

Vantaggi:

- Efficace entro 3-5 giorni.
- Non serve prescrizione per le minorenni (in Italia).

Svantaggi:

- Solo per emergenza, non sostituisce altri metodi.

8. Impianto sottocutaneo:

Come funziona: Bastoncino sotto la pelle che rilascia ormoni per 3 anni.

Vantaggi:

- Altissima efficacia, lunga durata.

Svantaggi:

- Richiede inserimento e rimozione da parte di un medico.

9. Spirale (IUD o IUS):

Come funziona: dispositivo inserito nell'utero che impedisce la fecondazione.

Vantaggi:

- Dura 3-10 anni, molto efficace.

Svantaggi:

- Poco usato nelle minorenni, inserimento più invasivo.

QUALE METODO È PIÙ INDICATO PER UNA MINORENNE?

Dipende da diversi fattori:

- Età e maturità
- Frequenza dei rapporti
- Presenza di partner fisso o no
- Possibilità di seguire una terapia regolare (es. pillola).

CONSIDERAZIONI FINALI

Da questa valutazione dei singoli contraccettivi disponibili si evince che non esiste un unico contraccettivo che garantisca la sicurezza contraccettiva, la praticità e la protezione per le infezioni sessualmente trasmesse.

Suggeriamo, quindi, di valutare la doppia protezione che risulta particolarmente efficace per giovani e adolescenti.

CHE COS'È LA DOPPIA PROTEZIONE?

La doppia protezione consiste nell'uso combinato di due metodi contraccettivi:

1. Un metodo di barriera per proteggersi dalle IST:

HIV, Clamidia, Gonorrea, Sifilide, Herpes genitale, HPV (in parte);

2. Un metodo ormonale o intrauterino per prevenire la gravidanza.

L'utilizzo della doppia protezione ha un forte valore educativo e preventivo è altamente raccomandato dalle principali società di ginecologia e pediatria e dalla organizzazione mondiale della sanità.

Componenti della doppia protezione	
Metodo di barriera:	Misura spessore del grasso, densità del derma, vascolarizzazione
Preservativo maschile Preservativo femminile	• Pillola anticoncezionale • Anello vaginale • Cerotto anticoncezionale • Impianto sottocutaneo • Spirale ormonale • Iniezione ormonale
DEVE ESSERE USATO CORRETTAMENTE DALL'INIZIO ALLA FINE DEL RAPPORTO	NESSUNO DI QUESTI METODI PROTEGGE DALLE IST MA SONO MOLTO EFFICACI CONTRO LA GRAVIDANZA

PERCHÉ USARE LA DOPPIA PROTEZIONE

La doppia protezione consiste nell'uso combinato di due metodi contraccettivi:

- Massima sicurezza: un metodo per le IST e uno per la gravidanza
- Utile in relazioni nuove o occasionali
- Fondamentale se non si conosce lo stato di salute sessuale del partner
- Protegge anche da fallimenti occasionali del preservativo.

DOVE TROVARE AIUTO O INFORMAZIONI

- Consultori familiari
- Specialisti Ginecologi
- Farmacie (per informazioni e prodotti)
- Siti ufficiali come quelli del Ministero della Salute o associazioni per la salute sessuale.



Immagine su Magnific

L'acne è spesso anche psicosomatica

Luigi Valenzano

Primario Dermatologo Ospedaliero a r.



Immagine su Magnific

È noto che in Dermatologia l'approccio psicosomatico è alquanto complesso e sempre più attuale. La pelle, infatti, non è solo una barriera meccanica ma un vero e proprio organo di comunicazione tra l'interno e l'esterno del corpo, che riflette anche il nostro stato psico-emotivo.

Non a caso il grande Fitzpatrick soleva dire che *«la pelle o cute è una miniera di manifestazioni che di regola vengono individuate clinicamente»*¹.

E, per quanto riguarda la componente psicosomatica, la brillante Psicologa Laura Pirotta afferma che *«in alcuni casi l'acne non provoca soltanto un disagio momentaneo e destinato a sparire con la scomparsa del disturbo ma può concorrere all'esordio di psicopatologie più serie, come la depressione, i disturbi d'ansia o i disturbi del comportamento alimentare. È perciò necessario intervenire con un trattamento multidisciplinare per affrontare la problematica tenendo conto del vissuto che essa genera in chi la vive»*².

Prima di trattare il legame tra mente e pelle vediamo preliminarmente cos'è l'acne, per lo più detta Acne vulgaris, la cui patogenesi comprende quattro componenti strettamente correlate:

1. Ipercheratosi follicolare: i cheratinociti si accumulano all'apertura del poro, creando una sorta di tappo, ovvero il microcomedone;

2. Iperseborrea: sotto la spinta ormonale di androgeni e cortisolo, la ghiandola sebacea aumenta la produzione di sebo;

3. Colonizzazione batterica: l'ambiente anaerobico e ricco di grassi favorisce la proliferazione del Cutibacterium acnes (in passato detto P. acnes);

4. Infiammazione: il sistema immunitario scatena l'infiammazione e si formano le lesioni visibili.

È importante distinguere le diverse fasi cliniche: lo stadio iniziale è rappresentato dalle lesioni non infiammatorie (comedoni aperti neri o chiusi bianchi), seguono poi le lesioni infiammatorie (papule e pustole), infine compaiono lesioni profonde (noduli e cisti). Possono poi residuare macchie scure o cicatrici atrofiche o ipertrofiche, per lo più sgradevoli e molto diffuse, che meriterebbero un'ampia trattazione a parte. L'acne può colpire anche gli adulti, più spesso le donne, manifestandosi soprattutto su mento e mandibola e provocata da squilibri ormonali e stress cronico.

La prima intuizione della componente psicosomatica nella meravigliosa storia della Medicina-Dermatologia³, è merito del sommo politico e avvocato Marco Tullio Cicerone (I sec. a.C.), che definiva la pelle come specchio dell'anima (*«nihil sine cute, intus et in cute, intus ut in cute»*).

¹ Fitzpatrick's, Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology, Seventh Edition, 2013.

² Pirotta L., Acne: significato psicosomatico, 2021

³ Valenzano L., Italia, culla della Dermatologia e Venereologia, Congresso Mondiale di Dermatologia, Milano, 2019 <https://www.attidellaaccademialanciana.it/328/19/46/> autore/Luigi-ValenzanoItalia-culla-della-Dermatologia-e-Venereologia



Immagine su Magnific

E la conferma di tale realtà è merito dello Psicanalista francese Anzieu Didier (1923-1999)⁴.

Infatti, dal punto di vista embriologico, pelle e sistema nervoso hanno la stessa origine ectodermica. Questo legame primordiale spiega perché le nostre emozioni si manifestino così frequentemente attraverso la cute.

Tra i fattori scatenanti, ha un assai importante ruolo lo stress, quale processo biochimico che si realizza quando l'ipotalamo rilascia l'ormone corticotropina (CRH). Lo stress stimola le ghiandole surrenali a produrre cortisolo, che a sua volta aumenta la produzione di sebo (grasso cutaneo). Inoltre le cellule nervose cutanee liberano neuropeptidi (come la sostanza P) che causano la flogosi e la produzione di germi.

Tutto questo spiega un importante circolo vizioso: l'acne non è solo influenzata dallo stress, ma ne diventa esso stesso la causa principale, generando un impatto psicologico retroattivo che si può manifestare con la dismorfofobia (percezione modificata del proprio aspetto), il ritiro sociale (difficoltà nei rapporti interpersonali con tendenza all'isolamento), l'ansia e la depressione (alterazioni umorali particolarmente incidenti nei pazienti affetti da acne severa) e diversi disturbi dell'umore.

La componente psicosomatica è altresì predominante in alcune varianti dell'acne causate per lo più dalle manipolazioni da parte dei pazienti nel tentativo di eliminare inestetismi, prurito e fastidi: in tal caso si parla variabilmente di acne escoriata, granulomatosa, meccanica, farmacologica, cosmetica, etc.

Per quanto riguarda l'approccio terapeutico, soprattutto in alcuni casi, dovrebbe essere il più possibile completo e multidisciplinare.

1. Terapia dermatologica: retinoidi, antibiotici o farmaci sistemici;

2. Gestione dello stress: ascolto empatico, tecniche di rilassamento e supporto psicologico;

3. Stile di vita: corretta alimentazione, moderata attività fisica e sonno di qualità.

È importante che l'approccio diagnostico-terapeutico sia costante, graduale e personalizzato.

Per le forme lievi e moderate, sono indicati i retinoidi topici (tretinoina, adapalene) e il benzoil perossido.

Nelle forme moderate-severe o resistenti, sono indicati gli antibiotici topici (clindamicina), gli antibiotici orali (tetracicline), la terapia ormonale e l'isotretinoina.

È bene ricordare che in talune fasi della terapia, può manifestarsi un apparente peggioramento estetico, per il quale il paziente potrebbe impropriamente essere tentato di abbandonare le cure. Ma l'aderenza e l'alleanza terapeutica (compliance) sono fondamentali per il raggiungimento di un buon risultato.

Infatti, in chiave psicosomatica, la prescrizione medica rappresenta solo una parte del processo, mentre l'efficacia della terapia aumenta se il paziente si sente ben ascoltato e compreso e aderisce fiduciosamente alle indicazioni del Medico.

Si deve quindi chiarire al paziente che l'acne è una patologia cronica, che richiede una costante attenzione e che le eventuali recidive sono del tutto normali e non sono da ritenere fallimenti personali (che causerebbero ulteriore stress).

La risoluzione dell'acne suscita generalmente un miglioramento della fiducia in sé stessi, della qualità di vita e delle relazioni sociali, interrompendo il nefasto circolo vizioso stress-acne-stress.

In tal modo, il Dermatologo diventa un punto di riferimento, atto a supportare il paziente durante tutto il percorso di guarigione.

In conclusione, da quanto esposto, si può ben comprendere come la Psicodermatologia sia una branca certamente in forte espansione e che quindi non si debba mai sottovalutare l'aspetto psicoemotivo di molte manifestazioni cutanee.

⁴ Didier A., L'io - pelle, 1985

Depressione perinatale: aspetti clinici, fattori di vulnerabilità e implicazioni per la salute materno-infantile



Giulia Marchiani

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



Immagine su Magnific

La depressione perinatale rappresenta una delle condizioni psicopatologiche più frequenti associate alla gravidanza e al periodo post-partum. La letteratura scientifica evidenzia come tale disturbo costituisca un rilevante problema di salute pubblica in ragione della sua elevata prevalenza, delle conseguenze sul funzionamento materno e del potenziale impatto sullo sviluppo del bambino. La sintomatologia depressiva può manifestarsi durante la gestazione o nel primo anno successivo alla nascita e si associa a fattori di rischio biologici, psicologici e sociali. Il presente contributo si propone di analizzare le principali caratteristiche cliniche della depressione perinatale, i fattori predisponenti e le implicazioni per il benessere della diade madre-bambino, evidenziando l'importanza della diagnosi precoce e degli interventi multidisciplinari. (*La depressione perinatale, aspetti clinici e di ricerca sulla genitorialità a rischio a cura di Vincenzo Caretti, Nicoletta Ragonese, Cettina Crisafi*)

La salute mentale nel periodo perinatale ha assunto crescente rilevanza all'interno della ricerca psicologica, psichiatrica e ostetrica. La gravidanza e il puerperio costituiscono infatti fasi caratterizzate da profonde trasformazioni biologiche, emotive, relazionali e identitarie che richiedono significativi processi di adattamento.

Sebbene la maternità venga frequentemente associata a sentimenti di realizzazione e soddisfazione, numerose evidenze empiriche hanno dimostrato come tale periodo possa rappresentare una fase di partico-

lare vulnerabilità psicologica. In questo contesto, la depressione perinatale emerge come una delle principali condizioni cliniche in grado di compromettere il benessere materno e il funzionamento familiare. L'interesse scientifico verso questa problematica deriva non soltanto dall'elevata diffusione del disturbo, ma anche dalle possibili ripercussioni sullo sviluppo cognitivo, emotivo e relazionale del bambino.

INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

Con il termine depressione perinatale si fa riferimento agli episodi depressivi che insorgono durante la gravidanza o nel periodo successivo al parto. Sebbene le classificazioni diagnostiche definiscano criteri temporali specifici per l'esordio del disturbo, la letteratura tende ad adottare una prospettiva più ampia che comprende l'intero periodo compreso tra la gravidanza e il primo anno di vita del bambino.

Il quadro sintomatologico comprende umore depresso persistente, anedonia, perdita di interesse per le attività quotidiane, sentimenti di autosvalutazione e colpa, alterazioni del sonno e dell'appetito, affaticamento, riduzione delle capacità attentive e difficoltà decisionali.

Particolare rilevanza assume il vissuto soggettivo di inadeguatezza rispetto al ruolo materno, molte donne riferiscono infatti una discrepanza significativa tra le aspettative socialmente condivise sulla maternità e la propria esperienza emotiva reale, spesso caratterizzata da sentimenti di fragilità, paura e smarrimento.

EPIDEMIOLOGIA

La depressione perinatale rappresenta una condizione altamente prevalente nella popolazione femminile. Le stime disponibili evidenziano percentuali variabili in relazione ai criteri diagnostici utilizzati, alle caratteristiche dei campioni studiati e ai differenti contesti culturali.

Numerose ricerche concordano nel considerare il periodo perinatale come una fase ad aumentato rischio psicopatologico, evidenziando come una quota significativa di donne sviluppi sintomi depressivi clinicamente rilevanti nel corso della gravidanza o nei mesi successivi al parto.

Nonostante la frequenza del fenomeno, il disturbo rimane frequentemente sottodiagnosticato. Lo stigma associato alla sofferenza psicologica materna, la paura del giudizio sociale e la tendenza a normalizzare alcuni sintomi contribuiscono a ritardare la richiesta di aiuto e l'accesso ai servizi specialistici.

L'eziologia della depressione perinatale appare complessa e multifattoriale.

Tra i principali fattori di rischio risultano particolarmente rilevanti:

- precedenti disturbi depressivi o ansiosi;
- familiarità per patologie psichiatriche;
- esperienze traumatiche pregresse;
- scarso supporto sociale;
- conflittualità coniugale;
- eventi di vita stressanti;
- difficoltà economiche;
- gravidanze indesiderate o ad alto rischio;
- complicanze ostetriche.

Sul piano psicologico, la transizione alla maternità implica una profonda riorganizzazione identitaria. Le modificazioni corporee, la ridefinizione dei ruoli familiari e l'assunzione delle responsabilità genitoriali possono costituire importanti fattori di stress, soprattutto in presenza di vulnerabilità pregresse.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Un corretto inquadramento clinico richiede la distinzione tra depressione perinatale e altre condizioni psicologiche che possono manifestarsi nel post-partum.

Il baby blues rappresenta una reazione transitoria caratterizzata da labilità emotiva, irritabilità, pianto frequente e ipersensibilità affettiva. Tale fenomeno interessa una larga percentuale di puerpere e tende generalmente a risolversi spontaneamente entro le prime settimane successive al parto.

Diversamente, la depressione perinatale presenta maggiore intensità sintomatologica, durata prolungata e significativa compromissione del funzionamento personale e relazionale.

La psicosi puerperale costituisce invece una condizione rara ma estremamente grave, caratterizzata dalla presenza di sintomi psicotici, alterazioni percettive e compromissione dell'esame di realtà. Tale quadro richiede un intervento specialistico urgente.

Gli effetti della depressione perinatale si estendono oltre la sofferenza individuale della madre, si evidenziano possibili ripercussioni sulla qualità dell'attaccamento, sulla sensibilità materna e sulle prime interazioni con il bambino.

La sintomatologia depressiva può interferire con la capacità di rispondere in modo adeguato ai bisogni del neonato, influenzando i processi di regolazione emotiva e la costruzione della relazione primaria.

Parallelamente, il disturbo può compromettere il funzionamento della coppia e dell'intero sistema familiare, aumentando il rischio di difficoltà relazionali e di isolamento sociale.

PREVENZIONE E INTERVENTO

L'identificazione precoce dei fattori di rischio rappresenta un elemento essenziale nella prevenzione della depressione perinatale. I programmi di screening durante la gravidanza e nel periodo post-partum consentono di individuare tempestivamente le situazioni di vulnerabilità e di attivare interventi mirati.

Le evidenze scientifiche sottolineano l'efficacia di approcci integrati che coinvolgano professionisti della salute mentale, ginecologi, ostetriche e pediatri. L'intervento psicologico, associato a un adeguato sostegno sociale e familiare, costituisce una risorsa fondamentale per promuovere il benessere materno e favorire uno sviluppo armonico della relazione madre-bambino.

La depressione perinatale rappresenta una condizione clinica complessa che richiede una crescente attenzione da parte della comunità scientifica e dei servizi sanitari. La sua elevata prevalenza, associata alle possibili conseguenze sul benessere materno e sullo sviluppo infantile, rende necessaria l'implementazione di strategie preventive e terapeutiche basate sulle evidenze. La promozione della salute mentale perinatale non costituisce esclusivamente un intervento rivolto alla madre, ma rappresenta un investimento sul benessere dell'intero nucleo familiare e sullo sviluppo delle future generazioni.

Parallelamente, è fondamentale riconoscere che dietro ogni diagnosi vi è una donna impegnata ad affrontare una delle transizioni più profonde e trasformative dell'esistenza. La maternità non coincide necessariamente con un'esperienza emotiva lineare o priva di difficoltà; può includere vulnerabilità, paure, sentimenti ambivalenti e momenti di sofferenza che meritano ascolto e accoglienza, non giudizio.

Riconoscere precocemente il disagio psicologico, favorire l'accesso alle cure e promuovere una cultura della maternità più realistica e inclusiva significa offrire alle donne la possibilità di vivere questa fase della vita con maggiore sostegno, consapevolezza e serenità. In tale prospettiva, la tutela della salute mentale materna rappresenta non solo un obiettivo clinico, ma anche un importante impegno etico e sociale.

BIBLIOGRAFIA

1. Abramowitz J.S.,
2. Moore K., Carmin C., Wiegartz P. S., Purdon C. (2001).
3. Acute onset of obsessive-compulsive disorder in males following childbirth.
4. Bychowski 42, 5, 429-431.
5. Abramowitz. J.S., Schwartz A.S, Moore, K.M., Luenzmann K.R. (2003). Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: A review of the literature. Journal of Anxiety Disorders 17, 461-478.

6. Achenbach T, Edelbrock C. (1983). Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile. University of Vermont, Department of Psychiatry,
7. Aceti F., Baglioni V., Ciolli P. (2012). Maternal attachment patterns and personality in postpartum depression. Riv. Psichiatri: 47, 3, 214-220.
8. ACOG Committee Opinion N° 343 (2006). Psychosocial risk factors: perinatal
9. screening and intervention. Obstet. Gynecol. 108, 2, 469-477.
10. ACOG Practice Bulletin (2008). Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 92, April 2008 (replaces practice bulletin number
11. 87, November 2007). Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. Obstet Gynecol. 111, 4, 1001-1020.
12. Affleck G., Tennen H., Rowe J. (1991). Infant in crisis: how parents cope with newborn intensive care and its aftermath. Springer-Verlag, New York.
13. Affonso D. D., De A. K., Horowitz J. A., Mayberry L. J. (2000). An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. Journal of
14. Psychosomatic Research 49, 207-216
15. Agostini F., Monti F., Marano G., Baiamonte C. (2004). Interazioni madre-depressa e bambino a 9 mesi: Differenze di genere. Psychofenia 7, 11, 89-104.
16. Agostini F., Dellabartola S., Bozicevic L. (2011). Disturbi d'ansia in gravidanza:
17. neonato. In Associazione Italiana di Psicologia (AIP). Atti XIII Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica (Catania, 16-18
18. Settembre, 2011), Express Edizioni, Torino 2011, 129.
19. Ainsworth M.D., Blehar M., Waters E., Wall, S. (1978). Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Erlbaum, Hillsdale (NJ).
20. Ajuriagurra J., Marcelli D. (1982). Psychologie de l'enfant. Masson, Parigi. Tr: it.
21. Psicopatologia del bambino. Masson, Milano 1984.
22. Albasi C. (2006). Attaccamenti traumatici. I modelli Operativi Interni Dissociati. UTET,
23. Bemazzani O., Cono S Marks M. N., Siddle K., Guedeney N., Bifulco A., Henshaw C. (2004). Contextual assessment of the maternity experience (CAME): Development of an instrument for cross-cultural research. British
24. Journal of Psychiatry, supplement 184, 46, 24-30.
25. Bernazzani O., Marks M., Bifulco A., Siddle K., Asten P., Conroy S. (2005).
26. Assessing psychosocial risks in pregnant/postpartum women using the
27. Contextual Assessment of Maternity Experience (CAME). Recent life adversity, social support and maternal feelings. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology
28. 40, 497-508.
29. Bernstein I. H., John Rush A. J., Yonkers K., Carmody T. J., Woo A., McConnell
30. K, Trivedi, M. H. (2008). Symptom features of postpartum depression: are they distinct? Depression and Anxiety 25, 20-26.
31. Bertozzi N., Hamon C. (2005) (a cura di) Padri & paternità, Edizioni Junior,
32. Azzano S. Paolo (BG),
33. A. (1988). Maternal depression and motherese: Temporal and
34. intonational features. Child Development 59, 1089-1096.
35. Bibring E. (1953). The mechanism of depression. In P. Greenacre (a cura di)
36. Affective Disorders: Psychoanalytic Contributions to their study. International
37. Universities Press, NY.
38. Bibring G. L. (1959). Some considerations of the psychological process in
39. pregnancy. The Psychoanalytic Study of the Child 14, 113-121.
40. Bibring G. L. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and the
41. earliest mother-child relationship. The Psychoanalytic Study of the Child 16, 9-23.
42. Bibring G.L., Thomas F., Dwyer M., (1961). Study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest motherchild relationship, vol.I, Some
43. propositions and comments. Psychoanalytic Study of the Child 16, 9-24.
44. Bielawska-Batorowicz E., Kossakowska-Pietrycka K. (2006). Depressive mood in
45. men after the birth of their offspring in relation to a partner's depression, social support, father's personality and prenatal expectations. Journal of Reproductive and Infant Psychology 24, 21-29.
46. Bifulco A., (2003). The Attachment Style Interview for research & Clinical Practice.
47. Royal Holloway and Bedford New College, University of London.



Immagine su Magnific

Piccoli Eroi, Grandi Doni: il Ruolo Vitale delle Piastrine in Pediatria

Roberta Di Giuseppe

Presidente

Donatori Sangue Opgb OdV
(DS OBPG OdV)

Ospedale Pediatrico Bambino Gesù
Piazza Sant'Onofrio, 4 - Roma
www.donatorisangue.it



In medicina pediatrica spesso le battaglie più dure si combattono su scala microscopica. Tra i protagonisti di queste sfide figurano le piastrine (trombociti), frammenti cellulari fondamentali per la sopravvivenza dei piccoli pazienti ematologici, oncologici e chirurgici. Sebbene rappresentino solo una piccola frazione del volume ematico, il loro impatto sulla guarigione è immenso.

L'EMOSTASI NEI BAMBINI: PERCHÉ LE PIASTRINE SONO CRUCIALI?

Le piastrine agiscono come il "pronto intervento" del sistema circolatorio. Il loro compito principale è l'emostasi: in caso di lesione vascolare, aderiscono alla parete del vaso e si aggregano per formare il tappo piastrinico.

In ambito pediatrico, la trasfusione di piastrine non è solo una procedura di supporto, ma spesso un **salvavita** in contesti clinici critici:

- **Oncoematologia:** I bambini sottoposti a chemioterapia o trapianto di midollo osseo subiscono una drastica riduzione della produzione di cellule ematiche. La piastrinopenia (carenza di piastrine) espone questi pazienti a rischi di emorragie spontanee potenzialmente fatali.
- **Chirurgia Neonatale e Cardiaca:** I neonati, specialmente se prematuri, hanno sistemi emostatici

immaturi. Durante interventi complessi, il supporto trasfusionale è essenziale per prevenire complicanze emorragiche.

- **Terapie Intensive:** Infezioni gravi (sepsi) o patologie congenite possono consumare rapidamente le riserve piastriniche del bambino, rendendo necessaria l'infusione esogena.

LA SFIDA DELLA CONSERVAZIONE: UNA CORSA CONTRO IL TEMPO

A differenza dei globuli rossi, che possono essere conservati per diverse settimane, le piastrine hanno una vita estremamente breve fuori dal corpo umano.

Caratteristica	Globuli Rossi	Piastrine
Temperatura di conservazione	4°C (refrigerati)	22°C (temperatura ambiente, in agitazione)
Durata massima	Fino a 42 giorni	Solo 5 - 7 giorni

Questa "scadenza" così ravvicinata rende la gestione delle scorte ospedaliere una sfida logistica costante. Non è possibile accumulare grandi riserve: la disponibilità dipende interamente dal flusso continuo e regolare dei donatori.



Immagine su Magnific

L'IMPORTANZA DELLA DONAZIONE DA AFERESI

Per i piccoli pazienti, la qualità del concentrato piastrinico è fondamentale. La tecnica d'elezione è la piastrinoafèresi (o afèresi).

Rispetto alla donazione di sangue intero, la piastrinoafèresi permette di prelevare solo le piastrine, restituendo al donatore i globuli rossi e il plasma. Questo metodo offre vantaggi per il donatore, ma anche vantaggi clinici significativi per il bambino:

- 1. Maggiore concentrazione:** Una singola donazione per afèresi può fornire una dose terapeutica completa, evitando di esporre il bambino a piastrine provenienti da più donatori diversi (riducendo il rischio di immunizzazione).
- 2. Frequenza:** Il donatore subisce un minor impatto sul fisico, recupera le piastrine in pochi giorni, potendo donare con maggiore frequenza rispetto al sangue intero.

DIFFERENZE CON DONAZIONE SANGUE

Sebbene l'obiettivo della donazione di sangue e piastrine sia lo stesso, ovvero aiutare chi ne ha bisogno, la procedura e la frequenza delle donazioni cambiano sensibilmente.

DONAZIONE SANGUE INTERO	DONAZIONE PIASTRINE (DA AFERESI)
Sangue completo (globuli rossi, bianchi, piastrine, plasma)	Solo piastrine (con una piccola parte di plasma)
Prelievo semplice in una sacca (450 ml)	Prelievo da separatore cellulare che centrifuga il sangue, trattiene le piastrine, e restituisce il resto al donatore.
Circa 7 – 10 minuti	Circa 45 – 60 minuti
Uomini: 4 volte l'anno (a distanza di almeno 90 giorni)	Uomini: 6 volte l'anno (a distanza di almeno 30 giorni)
Donne in età fertile: 2 volte l'anno (a distanza di almeno 90 giorni)	Donne: 6 volte l'anno (a distanza di almeno 30 giorni)
Il corpo impiega circa un mese per reintegrare i globuli rossi	Il corpo reintegra le piastrine in pochissimi giorni.



Immagine su Magnific



SANGUE

ALCUNE VITE STANNO PERDENDO COLORE
DONA IL SANGUE #donacolore

PER SAPERNE DI PIÙ:

www.donatorisangue.it
[donatorisangue_sangue_opbg](https://www.instagram.com/donatorisangue_sangue_opbg)
06.6859 4784 - 334.3310893

VIENI A DONARE IL SANGUE PRESSO
L'OSPEDALE BAMBINO GESÙ O L'OSPEDALE PIÙ VICINO A TE

Donare piastrine richiede più tempo, ma ha vantaggi enormi per il sistema sanitario:

Efficacia clinica: Una singola donazione in afèresi fornisce una quantità di piastrine pari a quella ottenuta da 5-6 donazioni di sangue intero. Questo riduce il rischio di reazioni immunitarie nel ricevente, poiché riceve componenti da un unico donatore.

Sostenibilità: Poiché il corpo rigenera le piastrine molto velocemente, il donatore può donare più spesso rispetto al sangue intero senza affaticare le riserve di ferro o globuli rossi.

Indispensabilità: Le piastrine hanno una "vita" brevissima fuori dal corpo (solo 5/7 giorni). Per questo motivo, c'è un bisogno costante e regolare di donatori.

UN APPELLO ALLA CONSAPEVOLEZZA DA ROBERTA DI GIUSEPPE (PRESIDENTE DELLA "DONATORI SANGUE OPBG ODV")

Donare le piastrine è un atto di generosità che richiede poco più di un'ora del proprio tempo, ma che per un bambino in reparto oncologico significa **tempo prezioso per crescere**.

Nelle corsie pediatriche, la disponibilità di emocomponenti è il pilastro su cui poggiano i protocolli di cura più avanzati. Senza il gesto altruistico dei donatori, molte delle moderne terapie cellulari e chirurgiche non sarebbero applicabili.

Informare i pazienti e la cittadinanza sulla specificità della donazione di piastrine è un dovere deontologico e sociale. In pediatria, ogni goccia conta, ma ogni piastrina "pesa" come un mattone fondamentale per la costruzione del futuro di un bambino.

I filtri solari

Stefano Simoni

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

USI Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22
USI Ostiense-Piramide - Viale Marco Polo, 41
USI Lido di Ostia - Viale del Lido, 3



Immagine su Magnific

PREMESSA

L'esposizione a radiazioni ultraviolette (UV) e a lampade e/o lettini abbronzanti è la causa principale dei tumori cutanei (melanoma e carcinomi cheratinocitari). Per il **Melanoma** le linee guida Europee stimano che circa il 95% sia dovuto ad esposizione ultravioletta ed anche per i **carcinomi cheratinocitari** la causa ambientale più importante è l'esposizione UV cumulativa cronica. Nei soggetti esposti a UV solari l'uso regolare e corretto di creme fotoprotettive ad ampio spettro fa parte di una strategia complessiva di fotoprotezione come gli abiti fotoriflettenti, gli occhiali, gli orari di esposizione, etc. In questa relazione mi occupo dei filtri solari.

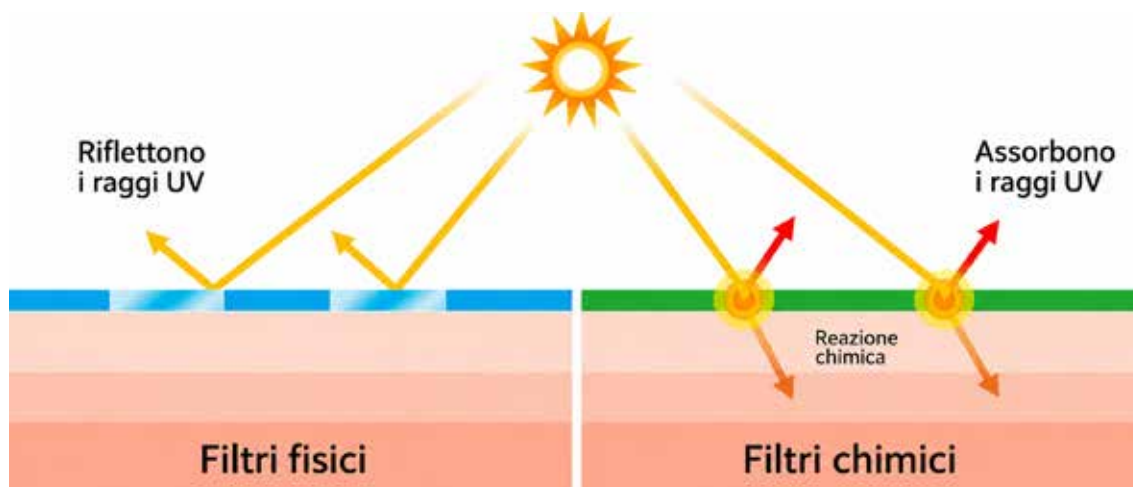
COMPOSIZIONE E CARATTERISTICHE

Tipicamente sono emulsioni olio e acqua con l'aggiunta di agenti filmogeni per creare aderenza e uniformità, per esempio polimeri a base di idrocarburi filmogeni, silice, veicolanti lipidici, che migliorano la tenuta e continuità sulla cute, creando così quella viscosità e spalmabilità tipica. Emulsionanti, conservanti, profumi, umettanti, etc. sono solo eccipienti di supporto. Si trovano sotto forma di creme, lozioni, gel e spray. Si dividono in *filtri chimici* e *filtri fisici*.

- Un **filtro solare chimico o organico** è formato da ingredienti a base di molecole organiche che proteggono la cute assorbendo la radiazione UV, in particolare UVB e/o UVA. Dissipano l'energia assorbita tramite meccanismi di decadimento fotochimico/

fotofisico che ne preservano l'integrità e quindi la fotostabilità, che rappresenta il requisito fondamentale, in forme meno dannose (tipicamente calore) tornando poi allo stato energetico basale. I più comuni sono a base di **avobenzone**, **oxibenzone** e **octocrylene**. Gli effetti collaterali più rilevanti sono reazioni cutanee locali come la Dermatite da contatto irritativa, Dermatite allergica da contatto e Dermatite fotoallergica. L'oxibenzone risulta essere il più frequente allergene/fotoallergene tra i filtri UV. Per quanto riguarda l'assorbimento sistemico, argomento che sta catturando l'attenzione della comunità scientifica, questo è documentato ma allo stato attuale la sua rilevanza clinica necessita di dati tossicologici più accurati. Non è chiaro, infatti, se i livelli di assorbimento elevato come risultato di alcuni studi clinici possano avere conseguenze biologiche sull'essere umano. In particolare non si conoscono ancora gli effetti endocrini, cancerogeni e sulla riproduzione o altri dati clinici a lungo termine. Quanto detto non giustifica, quindi, il non uso dei filtri solari chimici secondo le linee guida attuali.

- Un **filtro solare fisico** (detto anche minerale/inorganico) è, invece, un filtro UV a base di **Ossido di zinco** e/o **biossido di titanio**. Tali filtri proteggono la cute soprattutto creando uno strato di particelle sulla superficie cutanea che diffondono e riflettono la radiazione UV offrendo in genere protezione ad ampio spettro (UVA/UVB). Gli ingredienti sopra citati sono



riconosciuti come sicuri ed efficaci. Rispetto ai filtri chimici che assorbono UV e li trasformano in energia meno dannosa, i filtri fisici agiscono soprattutto tramite riflessione degli UV. Cosmeticamente, i filtri fisici sono meno accettabili di quelli chimici perché creano sulla pelle una patina biancastra visibile.

INDICE DI PROTEZIONE

Si definisce "Indice di protezione (PF)" il valore che esprime quanta dose di radiazione ultravioletta serve per ottenere lo stesso effetto biologico sulla cute con il prodotto rispetto all'effetto ottenuto senza prodotto. L'effetto biologico considerato è l'eritema. Si considera un parametro denominato MED che è la dose di raggi UV che provoca un eritema su cute non protetta. In poche parole, se si usa un filtro con PF 30 nella giusta dose, la quantità di energia solare che serve per indurre un arrossamento o eritema sulla cute non protetta è 30 volte maggiore. Secondo le linee guida il quantitativo utile da applicare sulla cute di un filtro solare è di 2mg/cm². Recenti studi sulla popolazione rivelano che la maggior parte delle persone applica circa il 25-40% della quantità necessaria. L'efficacia della protezione, oltre che dal quantitativo sopra citato, dipende anche dalla regolare copertura dell'ambito cutaneo e dalla degradazione del prodotto dovuta allo sfregamento, al sudore e all'acqua.

STRATEGIE EDUCATIVE

a – Applicare la dose corretta di 2mg/cm².

Si possono usare due metodi:

- 1) la **regola dell'indice**: si applica ½ cm circa di spessore sul polpastrello del dito indice. Tale quantitativo assicura una protezione efficace su una superficie corrispondente al palmo di una mano;
- 2) la **regola dei cucchiaini**: si applica circa un cucchiaino (5 ml) per ciascuna area testa/collo/orecchie, tronco, dorso, ciascun braccio + mano, ciascuna gamba/piede, per un totale di 30-35 ml (circa un bicchierino).

b – Coprire tutte le aree esposte spesso dimenticate, come orecchie, collo, nuca, dorso delle mani, linea dei capelli.

c – Applicare ogni 2 ore e dopo il bagno, dopo una

sudorazione intensa e dopo l'asciugatura con un asciugamano, sebbene alcuni studi su modelli fotobiologici suggeriscano che una riapplicazione dopo 30 minuti dall'inizio dell'esposizione può ridurre notevolmente il danno da UV.

d – la prima applicazione deve avvenire 15/30 minuti prima di uscire.

Da quanto sopra descritto si deduce che la maggior parte della popolazione non si comporta correttamente nell'applicare la crema solare. È bene, quindi, che gli specialisti del settore suggeriscano sempre le strategie educative elencate, di fondamentale importanza per la prevenzione dei tumori cutanei che negli ultimi decenni risultano in progressivo aumento.

BIBLIOGRAFIA

1. Abdel Azim et al. Sunscreens part 1 : Mechanism and efficacy – meccanismi d'azione, endpoint clinici (eritema, fotocarcinogenesi, fotoaging) e considerazioni d'uso.
2. JAAD, 2024.-
3. Abdel Azim et al. Sunscreens part 2 : Regulation and safety _ FDA assorbimento sistemico, vitamina D, benzebe contamination impatto ambientale. JAAD, 2024
4. Breakell et al. Ultraviolet filters : Dissecting Current Facts and Myths sintesi critica su miti/controversie (endocrino, vitamina D ambiente, cancerogenicità). J Clin Med, 2024
5. Pantelice et al . Ultraviolet filters in the United States and European Union
6. confronto US vs EU su numero filtri e dataset di sicurezza umana disponibili. JAAD, 2022
7. Guan. Sunscreens and Photoaging : A Review of Current Literature evidenze su fotoaging e panoramica filtri/limiti. Am J Clin Dermatol, 2021
8. Matta et al. Effect os sunscreen Application on Plasma Concentration of Sunscreen Active Ingredients -RCT in volontari sani PK di 6 filtri (avobenzene, oxybenzone, octocrylene, homosalate, octisalate, octinoxate). JAMA, 2020
9. Bacqueville et al. Triasorb (phenylene bis -di-phenyltriazine) UVB + UVA e blu light – dati di sviluppo/ formulazione e profilo dicurezza/efficacia (contesto EU): JEADV, 2022.

L'Identità oltre l'Apparenza: la Chirurgia Plastica tra l'Ossessione dell'Estetica e la Necessità della Ricostruzione

Domenico Rizzitelli

Specialista in Chirurgia Plastica

USI Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22

USI Prati - Via V. Orsini, 18



SOMMARIO

Nell'epoca moderna, fortemente condizionata dai modelli virtuali dei social network, la chirurgia plastica si trova a operare in un delicato equilibrio tra l'aspetto psicologico-estetico e la necessità terapeutica. Il presente lavoro analizza il duplice mandato della disciplina, mettendo a confronto il miglioramento estetico e la chirurgia ricostruttiva. Sul fronte estetico, si evidenzia come la ricerca di una perfezione irraggiungibile stia determinando un'omologazione dei canoni di bellezza e un aumento di problematiche psicologiche impulsivo-compulsive, soprattutto tra i giovani. Sul fronte ricostruttivo, in particolare nel ristabilimento morfologico post-demolizione oncologica, la chirurgia plastica rappresenta invece un diritto fondamentale al ritorno alla normalità, curando sia la lesione fisica sia il trauma identitario causato dalla malattia. In conclusione, nonostante le differenti motivazioni di partenza, l'una legata al disagio psicologico dell'immagine e l'altra, a un danno fisico oggettivo, condividono entrambe lo stesso obiettivo terapeutico: la tutela dell'identità e del benessere psicofisico della persona.

Parole chiave: Chirurgia Plastica, Chirurgia Ricostruttiva, Estetica, Identità.

INTRODUZIONE

Nella moderna società del benessere, l'immagine corporea ha assunto un ruolo centrale nel determinare l'equilibrio psicologico e sociale dell'individuo; alimentato dall'influenza dei social media, il deside-

rio di conformarsi a determinati standard estetici è diventato un fenomeno sempre più diffuso. In questo contesto, la chirurgia si inserisce come uno strumento per modulare il rapporto tra corpo e mente; tuttavia, la ricerca del miglioramento non deve trasformarsi in un'ossessione clinica. La chirurgia plastica ha anche una funzione ricostruttiva, interviene su problemi fisici oggettivi e concreti, come i traumi derivati da incidenti o le asportazioni di tessuti dovute a tumori. Per il paziente la perdita di una parte del proprio corpo può rappresentare un evento traumatico che compromette la percezione di sé; la ricostruzione morfologica assume quindi un ruolo fondamentale nel recupero dell'integrità fisica e psicologica. Lo scopo di questo lavoro è analizzare il duplice mandato della disciplina, tracciando il confine tra intervento puramente estetico e ricostruttivo.

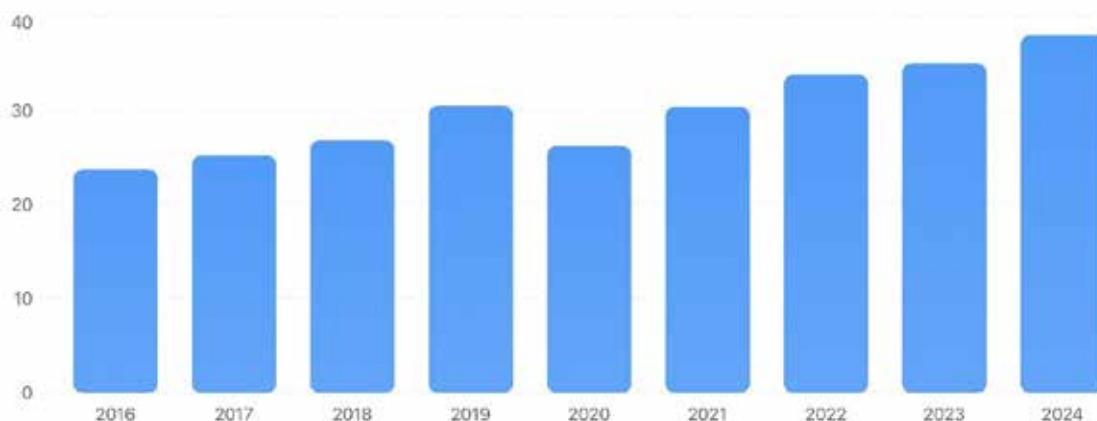
IL MIGLIORAMENTO ESTETICO CON LA CHIRURGIA

Il corpo, ad oggi, non è più inteso solo nella sua dimensione biologica, ma è diventato il principale veicolo di comunicazione e affermazione sociale. Sotto la costante spinta della perfezione che si vede online, l'immagine individuale è sottoposta a un esame pubblico continuo, alimentando il desiderio di correggere i segni del tempo o i difetti morfologici per uniformarsi a precisi standard estetici.

Questo fenomeno ha portato a una crescita verticale e costante delle richieste di trattamenti negli ultimi anni, come evidenziato dai seguenti dati statistici:

Crescita delle procedure estetiche nel mondo (2016-2024)

Numero totale di procedure estetiche chirurgiche e non chirurgiche, espresso in milioni. Fonte: ISAPS Global Survey.



Come evidenziato dal grafico, il numero di procedure estetiche effettuate a livello mondiale è passato da 23,6 milioni nel 2016 a 37,9 milioni nel 2024, con un incremento complessivo di circa 14,3 milioni di procedure (+60,6%).

Questo fenomeno coinvolge oggi una quota maggioritaria della popolazione e, in particolar modo, i più giovani. Spinti dai modelli digitali, i ragazzi tendono a inseguire un'idea di perfezione virtuale e fondamentalmente irraggiungibile, spesso distorta da filtri e alterazioni digitali. Questo meccanismo sta progressivamente omologando i canoni di bellezza, rendendo i tratti somatici tutti uguali e determinando una pericolosa depersonalizzazione del gusto soggettivo, a discapito dell'unicità di ogni individuo.

Il mancato raggiungimento di questi standard ideali e fittizi sta generando un incremento di problematiche psicologiche di natura impulsivo-compulsiva, dove l'insoddisfazione per il proprio aspetto si trasforma in un disagio profondo e sempre

più propenso alla ricerca della perfezione. In questo complesso scenario, gli interventi di chirurgia estetica non possono essere liquidati come meri atti di vanità superficiale spesso presi anche dall'impulsività del momento nel raggiungere la perfezione immediata, senza pensare a tutto quello che comporta fare un intervento chirurgico. Prendendo come esempio la blefaroplastica, l'obiettivo clinico non si limita all'effetto immediato di "levare dieci anni" allo sguardo del paziente, ma si estende al ripristino di una coerenza visiva profondamente associata alla propria identità psicologica.

Se una persona non si riconosce più nel proprio sguardo invecchiato o stanco, l'intervento serve a riportare armonia tra come si sente dentro (giovane, attiva) e come appare fuori. Lo stesso identico meccanismo si applica con la rinoplastica; il naso si trova esattamente al centro del viso e dà proporzione a tutto il volto. Se una persona vive male il proprio naso, quell'estetica "difettosa" le blocca l'autostima, perciò modificarne il profilo non significa solo cambiarne un pezzo di cartilagine, ma significa ricostruire la sicurezza interiore di quella persona, permettendole finalmente di accettarsi.

Il volto, d'altra parte, rappresenta l'identità della persona, quando si svolgono questi interventi non si sta solo facendo un'operazione di bellezza, ma si sta modificando i punti chiave del viso per curare un disagio psicologico e ricostruire l'armonia interiore. Correggere un difetto percepito come invalidante significa, per il chirurgo plastico, operare sul benessere psicofisico della persona, aiutandola a riconnettersi con la propria immagine.

Tuttavia, il limite d'azione è sottile: l'intervento medico è legittimo finché supporta l'autostima e l'equilibrio del paziente, ma ha il dovere etico di fermarsi davanti a derive dismorfobiche, rifiutando di assecondare l'ossessione clinica indotta dai nuovi media.

LA RICOSTRUZIONE

Se la chirurgia estetica interviene su tessuti ancora sani muovendosi nell'ambito del desiderio di miglioramento, la chirurgia ricostruttiva risponde a un imperativo terapeutico e a un diritto fondamentale del paziente: il ritorno alla normalità.

Il valore più profondo della chirurgia ricostruttiva si vede nel trattamento dei pazienti con tumori, specialmente quando colpiscono zone delicatissime. Per eliminare il tumore e salvare la vita della persona, la chirurgia curativa deve purtroppo asportare ampie porzioni di tessuto, lasciando segni profondi. In que-

sto scenario, il compito principale del chirurgo plastico è ricostruire la forma del corpo e, quando possibile, restituire la funzionalità alle parti operate. La perdita di una parte del proprio corpo, infatti, non è solo un danno fisico, ma un trauma psicologico devastante che ferisce l'immagine e mette a dura prova l'identità stessa di chi è sopravvissuto alla malattia. Grazie a tecniche chirurgiche avanzate la ricostruzione non è più un optional estetico ma una fase fondamentale e integrante dell'intero percorso di cura del tumore.

LA NETTA DIFFERENZA TRA ESTETICA E RICOSTRUZIONE

Analizzando i due macro-temi, emerge una differenza profonda tra la chirurgia estetica e quella ricostruttiva. La chirurgia estetica nasce spesso da un bisogno di pura apparenza o da un disagio interiore, il corpo di partenza è sano e integro, ma il paziente sperimenta un problema psicologico legato alla percezione di un difetto o all'ansia di non corrispondere ai modelli sociali. Si tratta di una sofferenza mentale reale, che non va affatto sottovalutata, ma che interviene su un desiderio di miglioramento e non su una patologia medica. Al contrario, la chirurgia ricostruttiva affronta un problema fisico concreto e oggettivo, causato da una malattia, da un tumore o da un grave incidente. In questo caso, l'intervento non serve a modificare l'aspetto per vanità, ma rappresenta un vero e proprio ritorno alla normalità. La ricostruzione svolge quindi una duplice funzione psico-fisica: guarisce il corpo riparando la lesione visibile e, allo stesso tempo, cura la mente, restituendo al paziente la dignità della propria immagine e la forza di guardarsi di nuovo allo specchio dopo il trauma.

CONCLUSIONI

In conclusione, analizzare questi due aspetti della chirurgia plastica ci mostra come la differenza tra estetica e ricostruzione vada ben oltre la semplice tecnica operatoria, ma dipenda dal bisogno reale della persona.

Da un lato, la chirurgia estetica oggi deve fare i conti con una società dominata da ideali irraggiungibili, trasformando il desiderio di migliorarsi in una vera e propria ossessione. In questo campo, il chirurgo ha il dovere di essere prima di tutto un medico attento, capace di capire quando c'è un disagio psicologico vero e quando invece si tratta solo di una moda che rischia di cancellare l'unicità della persona.

Dall'altro lato, invece, la chirurgia ricostruttiva si conferma un aiuto fondamentale dopo un tumore o un incidente, riparare il corpo e ridargli la sua forma originaria è essenziale per permettere al paziente di tornare alla normalità e superare il trauma della malattia. Tuttavia, anche se i punti di partenza sono completamente diversi, alla fine queste due dimensioni della chirurgia plastica hanno lo stesso identico obiettivo terapeutico: che l'intervento risponda a un'esigenza estetica o dalla necessità di ricostruire un tessuto danneggiato, l'operazione non si ferma mai alla superficie della pelle ma c'è sempre una componente psicologica. La chirurgia plastica è a tutti gli effetti una medicina del corpo e della mente: il suo scopo finale non è mai la ricerca di una perfezione impossibile, ma la difesa dell'identità e del benessere totale della persona.

47° Congresso Nazionale SIME* 2026: valutazione oggettiva delle microonde selettive in Medicina Estetica

*Società Italiana di Medicina Estetica

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)
E-mail: medestetica@usi.it



Questo studio è stato presentato in occasione del 47° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Estetica (SIME), svoltosi a Roma dal 15 al 17 maggio 2026 presso il Roma Convention Center "La Nuvola". Fondata nel 1975 dal Prof. Carlo Alberto Bartoletti con la missione di elevare la Medicina Estetica a disciplina medica rigorosa, scientifica ed etica, la SIME rappresenta da oltre cinquant'anni il principale punto di riferimento per i professionisti del settore. Sotto la presidenza del Dott. Emanuele Bartoletti, il congresso dal titolo "Aesthetic Medicine Decoded: Artificial Intelligence, Ethical and Sustainable Beauty" ha costituito un momento di alto valore scientifico, dedicato a decodificare il futuro della bellezza attraverso innovazione, etica e sostenibilità. In questo prestigioso contesto ho presentato i risultati dello studio sulla valutazione ecografica ed elastometrica dei pazienti trattati con dispositivo a microonde per adiposità localizzata, cellulite e rilassamento cutaneo.

Il trattamento non invasivo delle adiposità localizzate, della cellulite e della lassità cutanea rimane una delle sfide più rilevanti in medicina estetica. Sebbene i dispositivi a microonde selettive dimostrino un'azione mirata sul tessuto adiposo, la valutazione dei risultati clinici è spesso affidata a parametri soggettivi,

limitando l'oggettività e la riproducibilità dei dati. Questo studio integra ecografia ad alta risoluzione ed elastometria cutanea per fornire una quantificazione precisa, oggettiva e riproducibile delle modificazioni strutturali e funzionali indotte dal trattamento.

L'Obiettivo: Valutare quantitativamente, mediante ecografia e elastometria, l'efficacia di un dispositivo a microonde sul tessuto adiposo/cellulitico e sull'elasticità cutanea in pazienti affetti da adiposità localizzata, cellulite e rilassamento cutaneo.

Materiali e Metodi Sono stati arruolati 10 pazienti con diagnosi clinica di adiposità localizzata, cellulite e lassità cutanea. Ogni paziente ha ricevuto 3 cicli di trattamento con dispositivo a microonde selettive. Le valutazioni pre- e post-trattamento sono state eseguite con:

- **Ecografia** ad alta frequenza (sonde lineari 14-20 MHz) per misurare lo spessore e analizzare l'architettura del tessuto adiposo e dermico a livello periumbelicale e del grande trocantere.
- **Elastometria cutanea** (sistema professionale a suzione con pressione negativa controllata) per valutare le proprietà biomeccaniche e l'elasticità della cute.

Tutti i parametri sono stati registrati in condizioni standardizzate per garantire riproducibilità.

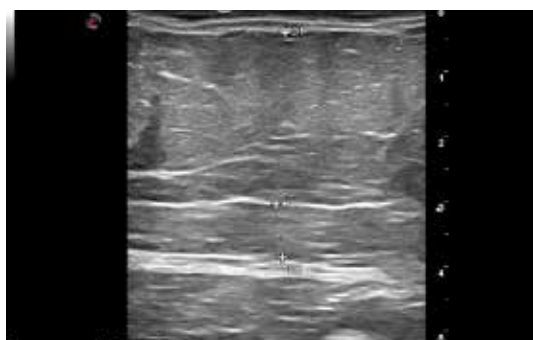


Foto 1 - Prima del trattamento



Foto 1 - Dopo il trattamento



Foto 2 - Prima del trattamento



Foto 2 - Dopo il trattamento

RISULTATI

L'analisi ecografica ha dimostrato una **riduzione media complessiva dello spessore del tessuto adiposo/cellulitico del 31,2%**, accompagnata da un netto miglioramento dell'omogeneità strutturale (riduzione dei setti fibrosi superficiali, minore disomogeneità cellulitica, maggiore regolarità dei lobuli adiposi e migliore organizzazione del pannicolo sottocutaneo). I dati individuali sono riportati nella **Tabella 1**

L'**elastometria** ha evidenziato un **miglioramento medio dell'elasticità cutanea del 22,5%** nelle aree trattate, con incrementi consistenti in distensibilità, uniformità tensiva, recupero elastico dermico e compliance cutanea complessiva (**Tabella 2**)

Discussione e Implicazioni Cliniche I risultati evidenziano una straordinaria omogeneità: tutti i pazienti hanno ottenuto riduzioni comprese tra il 30,9% e il 31,7% dello spessore adiposo e incrementi tra il 22,3% e il 22,7% dell'elasticità cutanea. Questo livello di consistenza rafforza il valore predittivo del dispositivo a microonde e conferma l'affidabilità delle metodiche di imaging utilizzate.

L'integrazione di ecografia ed elastometria consente oggi una valutazione scientifica rigorosa, permettendo di:

- identificare i pazienti ideali per trattamenti non invasivi;
- distinguere casi che richiedono un approccio chirurgico;
- documentare oggettivamente i risultati nel follow-up.

Tali strumenti trasformano la medicina estetica in una disciplina sempre più personalizzata, predittiva e basata su evidenze misurabili.

CONCLUSIONI

L'associazione di ecografia ad alta frequenza ed elastometria rappresenta un approccio innovativo, efficace e oggettivo per monitorare i trattamenti con dispositivi a microonde. Questo studio fornisce dati concreti e riproducibili che elevano la qualità del follow-up, aumentano la consapevolezza e la soddisfazione del paziente e pongono le basi per protocolli terapeutici sempre più scientifici e personalizzati in medicina estetica.

U.S.I. è costantemente impegnata ad offrire ai propri pazienti le migliori terapie e tecnologie; e questo è un contributo concreto verso una medicina estetica sempre più oggettiva, misurabile e personalizzata.



SIME
2026

47th CONGRESS
Me
Società Italiana di
Medicina Estetica

MAY
15th
16th
17th

Roma Convention Center La Nuvola

VIENI A TROVARCI!

Riduzione media complessiva dello spessore del tessuto adiposo/cellulitico: 31.2%

Paziente	Spessore tessuto adiposo/cellulitico PRE (mm)	Spessore tessuto adiposo/cellulitico POST (mm)	Riduzione (%)	Osservazioni ecografiche
Paziente 01	21.8	14.9	31.7%	Riduzione dei setti fibrosi superficiali e maggiore uniformità ecografica
Paziente 02	19.4	13.4	30.9%	Tessuto sottocutaneo più omogeneo con minore disomogeneità cellulitica
Paziente 03	24.1	16.6	31.1%	Riduzione dell'edema interstiziale e miglioramento della trama adiposa
Paziente 04	18.7	12.8	31.6%	Maggiore regolarità dei lobuli adiposi
Paziente 05	22.5	15.5	31.1%	Aspetto ecografico più compatto e uniforme
Paziente 06	20.3	13.9	31.5%	Diminuzione delle aree ipoeogene disomogenee
Paziente 07	23.0	15.8	31.3%	Migliore organizzazione del pannicolo adiposo
Paziente 08	17.9	12.3	31.3%	Riduzione della componente cellulitica superficiale
Paziente 09	25.4	17.4	31.5%	Minore irregolarità strutturale del sottocute
Paziente 10	21.1	14.5	31.3%	Incremento dell'omogeneità del tessuto adiposo

SIME
2026

Tabella 1

Miglioramento medio complessivo dell'elasticità cutanea nelle aree trattate: 22.5%

Paziente	Elasticità cutanea PRE trattamento	Elasticità cutanea POST trattamento	Incremento (%)	Osservazioni clinico-strumentali
Paziente 01	54.2	66.5	22.7%	Migliore risposta elastica del derma superficiale
Paziente 02	61.8	75.6	22.3%	Incremento dell'uniformità tensiva cutanea
Paziente 03	57.4	70.3	22.5%	Aumento della compliance cutanea nelle aree trattate
Paziente 04	65.1	79.7	22.4%	Maggiore elasticità dermica alla valutazione elastometrica
Paziente 05	52.6	64.5	22.6%	Riduzione della rigidità tissutale superficiale
Paziente 06	69.3	84.9	22.5%	Migliore distensibilità cutanea post-trattamento
Paziente 07	58.7	71.9	22.5%	Incremento omogeneo dell'elasticità locale
Paziente 08	63.5	77.7	22.4%	Migliore recupero elastico della cute
Paziente 09	55.9	68.6	22.7%	Aspetto elastometrico più uniforme
Paziente 10	72.1	88.2	22.3%	Aumento significativo dell'elasticità dermica

SIME
2026

Tabella 2

Strutture sanitarie: luoghi di cura o campi di battaglia?



Vito Manduca*

scrittore, saggista, editore

DA ORE IN ATTESA AL PRONTO SOCCORSO, MORDE ALLA SPALLA UN MEDICO DEL VANNINI

Si spazientisce per i tempi di attesa al pronto soccorso e aggredisce un medico a morsi.

È successo il 21 gennaio 2026 alle 9 al pronto soccorso dell'Ospedale Vannini in via dell'Acqua Bullicante a Torpignattara.

Un uomo italiano di 27 anni ha aggredito un medico del pronto soccorso, gli ha assestato un morso sulla spalla, l'ha spinto in terra causandogli delle lesioni alla colonna vertebrale giudicate guaribili in 45 giorni. I colleghi hanno chiamato il numero unico di emergenza. L'aggressore è stato fermato dai carabinieri del nucleo radiomobile, che lo hanno portato agli arresti domiciliari in attesa dell'udienza di convalida dell'arresto.

[\(https://roma.repubblica.it/cronaca/2026/01/21/news/\)](https://roma.repubblica.it/cronaca/2026/01/21/news/)



Questo primo quarto di secolo sembra essere caratterizzato da una tendenza generalizzata alla violenza, mai giustificata e ancora meno quando si sprigiona dalle menti degli individui in forma gratuita e senza una ragione apparente. Il fenomeno attraversa tutta la società, e tutte le società, ed è fenomeno verticale e trasversale.

Un virus globale più infingardo di quello del Covid che ha fatto tremare il pianeta come un movimento tellurico ad ampia scala. In comune col virus da Covid-19, il "virus della violenza" ha la caratteristica dell'invisibilità, almeno fin quando il contagio non si manifesta coi sintomi inequivocabili che, in questo caso, si appalesano con le aggressioni verso il prossimo.

Verticale – dagli uomini più potenti del mondo che antepongono i muscoli, ovvero i missili, i droni e le ogive nucleari alla nobile arte della diplomazia per regolare i conflitti, agli ultimi pur essi capaci di uccidere per una dose di droga, per pochi spiccioli con cui sfamarsi, per una sigaretta, per un cellulare o per soddisfare il bisogno sessuale, passando per le classi agiate che stanno nel mezzo dove la violenza la si esercita anche per scacciare la noia. D'altronde "i

poveri non sono buoni, anche se Dio sta dalla loro parte", come sostiene padre Alex Zanotelli, che di "ultimi" se ne intende da missionario comboniano vissuto dal 1984 al 2002 a Korogocho, una delle infinite baraccopoli di Nairobi, nel libro omonimo, Korogocho, Feltrinelli (2003): "Dio non sceglie i poveri perché sono migliori dei ricchi; i poveri, sotto molti aspetti, sono peggiori. San Vincenzo de' Paoli, che ha lavorato in Francia all'inizio dell'industrializzazione e di poveri se ne intendeva, ha scritto che i poveri sono i più spietati padroni che esistano. Ed è vero. I poveri sono peccatori quanto i ricchi, ma Dio vuol loro bene perché sono poveri [...] Non dimenticherò mai quanto diceva quanto diceva l'arcivescovo anglicano Desmond Mpilo Tutu (da *Nigritia* tanto sostenuto durante la sua lotta contro il sistema dell'apartheid). Dio non stava dalla parte dei neri in Sudafrica perché erano migliori dei bianchi, ma perché erano oppressi, schiacciati. Basta vivere a Korogocho per capire che i poveri non sono santi."

Ora noi che siamo convintamente laici, non sappiamo esattamente quali siano i criteri adottati da Dio per scegliere la parte dell'umanità da privilegiare; di certo sappiamo che i poveri, così come quelli più fortunati, quindi ricchi, posti in cattività rispondono all'ancestrale spinta alla sopravvivenza, individuando troppo spesso nella violenza brutale lo strumento idoneo alla soddisfazione dei bisogni, di qualsiasi natura essi siano e a prescindere dal colore della pelle.

Trasversale – si registra in modo crescente e ripetuto in ogni ambito della società organizzata: nelle famiglie, che ancora ci sforziamo a ritenere luoghi sicuri, per la strada, nelle scuole, negli uffici pubblici, nei luoghi di vacanza... Se poi consideriamo anche gli attentati terroristici, l'azione violenta non risparmia neppure le chiese e i luoghi di culto. Perfino i cimiteri, di tanto in tanto, subiscono atti vandalici.

Potevano rimanere indenni gli ospedali e strutture sanitarie in genere? Certo non sarà un fenomeno insorto negli ultimi anni, azioni violente anche in ambito sanitario non saranno mancate nel corso dei decenni; tuttavia, almeno dopo il periodo dell'emergenza pandemica da Covid-19 – che ci aveva resi persuasi di quanto preziosa fosse l'azione dei medici e dei sanitari in generale – ci eravamo illusi che vi sarebbe stata una diversa considerazione di quei luoghi e degli operatori addetti. Non si sa da chi e per primo, sta di fatto che a un certo punto il sentire comune ha coniato per le donne e per gli uomini della "Sanità" l'appellativo di eroi. E gli eroi, almeno fin qui, non meritano certo aggressioni ma rispetto e gratitudine per le azioni eroiche. Rispetto e gra-

Strutture sanitarie: luoghi di cura o campi di battaglia?

titudine da tutti e, speravamo, maggiore "cura" da parte della politica con la destinazione delle risorse necessarie a far marciare la macchina, evitando perenni disservizi che, possiamo giurarci, sono una delle principali cause del risentimento dei cittadini, sia se pazienti o parenti, che, esasperati, individuano il colpevole del disservizio nel primo interlocutore che si trovano di fronte.

Fatto sta che nell'anno appena trascorso il trend delle aggressioni ai sanitari registra un'impennata.

"Sanitari minacciati con pistole alla testa, pronto soccorsi trasformati in campi di battaglia, medici e infermieri costretti a dimettersi o fuggire all'estero per paura. La sanità italiana è in ginocchio e le istituzioni continuano a rispondere con provvedimenti palliativi. Il fenomeno delle violenze contro i professionisti sanitari ha raggiunto livelli impensabili. I dati esclusivi di Amsi evidenziano come nei primi 3 mesi del 2025 si registra addirittura un incremento del 37% delle aggressioni per una media mensile di 2161 episodi di violenza e un totale di 6483 aggressioni fisiche e verbali (comprese di sommerso) tra il 1° gennaio e il 31 marzo 2025. Ricordiamo anche, per dovere di cronaca, che in tutto il 2024 si erano registrate 25.940 aggressioni, con un incremento del 33% rispetto all'anno precedente. Non si tratta più di episodi isolati: è un fenomeno fuori controllo. [...] A lanciare l'allarme sono l'Associazione Medici di Origine Straniera in Italia (Amsi), l'Unione Medica Euro-mediterranea (Umem) e il Movimento Internazionale Uniti per Unire, attraverso la voce di Foad Aodi, medico, giornalista internazionale, esperto in salute globale e membro del Registro Esperti Fnomceo e già 4 volte consigliere dell'OMCeO di Roma dal 2002, accanto ai rispettivi Consigli Direttivi."

<https://panoramadellasanita.it/site/aggressioni-in-sanita-nei-primi-3-mesi-del-2025-registrato-un-ulteriore-aumento-del-37-rispetto-al-2024/>



Non ho ricette (per rimanere in tema di cura) magiche da proporre, ma posso lavorarci su in futuro. Tuttavia metto a fattor comune la mia esperienza diretta da testimone oculare, tratta dal docufilm *Labirinto*. Naufragio nella Sanità, EDDA Edizioni 2017, scritto sotto forma di cronaca in diretta nel mondo sanitario, in questo caso presso l'ospedale San Giovanni Addolorata di Roma.

10 GIUGNO 2016

ORE 13.00 – REPARTO CARDIOCHIRURGIA

... La stanza è perennemente gelida. Dopo giorni di cambiamenti repentini di un testardo condizionatore, dopo il ripetuto intervento dei tecnici per disposizione del primario [Dottor Cesare Greco (NdR)] su mia iniziativa, dopo le manipolazioni continue degli infermieri, inservienti, pazienti e perfino medici non si è riusciti a trovare un punto di equilibrio, il climax giusto che possa durare almeno un giorno tanto da soddisfare almeno uno su quattro dei degenti.

In generale non mi fanno paura né il caldo né il freddo; tuttavia sapere che Roma, là fuori, è attanagliata da una temperatura prossima ai quaranta gradi e che, dentro, si è insufficientemente equipaggiati e impossibilitati a muoversi per sfuggire alla "magia" del freddo da condizionatore, acuisce in me la sensazione di essere in trappola. Quindi abbandono la stanza per passeggiare avanti e indietro lungo il corridoio, un po' più vivibile e igienizzato, dal pavimento e dalle pareti di linoleum celeste-ospedale.

Non appena fuori dalla porta sono investito da urla sovrumane provenienti dalla stanza quattro, antistante alla medicheria. Non posso fare a meno di pensare a spasmi di dolore insopportabile di qualche paziente. Normale amministrazione, penso, anche se in verità urla così nei giorni trascorsi in degenza non mi è mai capitato di sentirne. Sono diretto, nel passeggiare, proprio verso quella parte e, avvicinandomi alla fonte, realizzo che le urla appartengono a persone diverse, almeno due. A frasi indecifrabili, lamentose, ma offensive nei toni, seguono impropri minacciosi, sicuramente fuori contesto, che non ti aspetteresti di udire.

«Mi hai rotto il c...! (mi scuso coi lettori ma è testuale) hai capito? È da stanotte che rompi i coglioni! Ora basta! O ti spacco la testa e dall'ospedale giuro che esci steso!»

Mi pizzico la pelle per davvero, penso che da un momento all'altro mi sveglierò dall'ennesimo incubo. Di nuovo la domanda: "Che ci faccio, io, qui?"

So di non sognare, ma ne voglio essere assolutamente certo: non vorrei si trattasse di un tiro mancino del *Minotauro* per impedirmi di raggiungere il centro del *labirinto* dove probabilmente, subdolo, si annida.

Proseguo verso la provenienza delle voci, di fronte alla medicheria, dove si forma un capannello di pazienti inquieti e curiosi indecisi tra l'entrare nella stanza delle urla o tirar via. Nel dubbio rimangono lì tremanti e non solo per la paura. Man mano che mi avvicino, si comprende meglio la dinamica: agli impropri indicibili si aggiunge una più sommersa litania, ma altrettanto minacciosa nelle intenzioni benché, all'apparire, tanto supplicante nei toni quanto indecifrabile nei contenuti.

Credo di udire un «non rivolgerti a me col TU!», un «mannaggia» e un «ammazza».

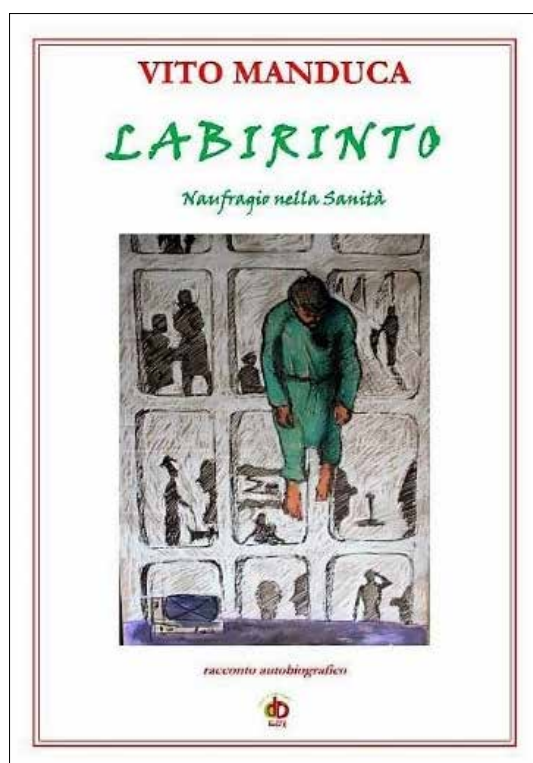
Al che segue un botto secco, probabilmente di un pugno su un ripiano, che per un attimo sembra far tremare le pareti e sobbalzare all'unisono i pazienti in capannello. Raggiungo la postazione. Mentre devo rispondere al cellulare che squilla, trovo un pertugio

tra la folla radunata e insinuo lo sguardo all'interno della camerata.

Dai letti collocati l'uno di fronte all'altro vicino alla finestra, i due pazienti, occupanti e duellanti, si fronteggiano agitando braccia intubate, trafitte con aghi, incrostate e tumefatte.

Quello di destra, disteso e con le sole braccia e il viso al di fuori delle lenzuola, agita entrambe le mani puntando il dito, minacciando e imprecando frasi incomprensibili.

Un vecchio più di là che di qua.



Quello di sinistra è certamente più giovane e vitale, si fa per dire. È seduto con le gambe incrociate e gli occhi, solitamente dilatati, hanno le pupille quasi fuori dalle orbite. L'ho già visto altre volte percorrere il corridoio col fisioterapista per la riabilitazione.

Gonfiando le vene del collo e quasi lanciando fuori le pupille, ripete per l'ennesima volta il suo mantra: «Mi hai rotto il c...., la devi smettere! Sennò t'ammazzo, quant'è vero Iddio».

Scaglia via con una mano una sedia metallica e con l'altra continua a battere ripetutamente ora il pugno ora il palmo della mano sul tavolo in formica di pertinenza del letto.

Lo fa con una tale foga che, se fosse sostenuta da altrettanta energia, ora svanita, il ripiano sicuramente si spezzerebbe. Non si spezza certo, ma il non spezzarsi è per gli astanti ancora peggio, visto il maggior fragore che produce.

Un'energia residua, comunque inspiegabile, quella che esce dal misero corpo maciullato dall'interno, dove un cuore difettoso ne ha fiaccato la potenza.

Se usasse la medesima energia per la riabilitazione, cosa che osservando la dinamica col terapeuta non appare, probabilmente sarebbe già fuori.

Non mi fermo oltre. Proseguo i passi fino alla finestra alla fine del corridoio e mi soffermo dietro ai vetri per proiettarmi con la mente all'esterno: vi rimango qualche minuto isolandomi dal resto. Ma quando ripasso, constato che il duello si accende ancor più, forse alimentato dal maggior numero di spettatori che via via si ammassano in corridoio.

Minuti interminabili senza il minimo intervento di qualsivoglia preposto all'assistenza, medico o paramedico o, manco a pensarci, personale addetto alla sicurezza. Sembra, in quei minuti, una terra di nessuno; zona franca dove tutto può succedere per un tempo indefinito.

Mi viene spontaneo spostare il focus dal duello alla sala infermieri e, forse per caso, noto finalmente che in due si decidono a intervenire. Si tratta della simpatica ragazzona di colore, quell'Antonella che ha rasato le mie parti intime solleticando improbabili reazioni, e un'altra che diresti dal sorriso professionale privo di ogni sentimento o buona relazione verso il prossimo. Escono di malavoglia e, già stressate, si dirigono verso l'arena.

Immagino, da vecchio docente, che nei corsi professionali abbiano anche ricevuto suggerimenti su come intervenire in casi critici simili, momenti di straordinaria follia e d'inedite risse fra pazienti, forse perfino moribondi. Magari saranno state anche brave ai test. Ma qui, sul campo, con la follia vera, appaiono smarrite, perse.

Non riescono a fare di meglio che fraporsi fra i due inferociti contendenti, urlando e minacciando (non si comprende cosa) a loro volta per intimare la fine delle ostilità, senza lasciare intendere di essere interessate all'oggetto del contendere.

Tentativo vano al primo approccio. Anzi, il loro intervento sembra produrre l'effetto contrario. Infatti ciascuno dei due facinorosi, ritenendo di aver ragione, interpreta l'intervento delle "autorità" in suo favore e accresce la potenza di fuoco verbale. Perfino il lamentoso moribondo ora alza la voce.



Strutture sanitarie: luoghi di cura o campi di battaglia?

Cosa ci faccio, io, qui? Sogno o son desto? Mi pizzico ancora e avverto dolore al pizzico. Son desto e son qui! Intanto all'ingresso fa la sua apparizione l'addetto al catering per il pasto del mezzogiorno.

Una mai perduta fame, ora ospedaliera, mi riporta alla realtà.

Dunque non mi potrò svegliare altrove.

Non mi curo più della stanza quattro, raggiungo la numero uno, la mia, e con i coinquilini, il russatore, il "sanlorenzino" e l'ultimo arrivato più giovane, operato alle coronarie, commentiamo con gli sguardi e senza parole l'accaduto. Consumo l'ennesimo pasto senza gusto ma per le calorie e le altre proprietà organolettiche studiate, si spera, al sol fine di nutrire e mantenere in vita il corpo.

La mente ha bisogno di ben altro e non vi sono catering o nutrizionisti in grado di scrivere la dieta adatta. Vi è perfino un menu, in questo resort.

Oggi lo chef ha pensato per voi: *insalata bianca di riso, bocconcini di tacchino (tre), fagiolini all'olio (venti o trenta a seconda delle dimensioni del fagiolino) e, (infine, e soltanto) due prugne...*

«Per mandarvi a cagare, ma con moderazione.» Lo dice senza giri di parole il Claudio, redivivo, collaboratore dei NAS.

Absolutamente avrei preferito si fosse trattato di un incubo. Che ci faccio, io, qui?

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

Ha pubblicato con Liocorno Editore *Vite Rubate* (2000); con Ediesse *Rottami eccellenti* (2004); con A&B Editrice *Il doppio gioco* (2007), *Figli di Santa Pupa* (2008), *La terza porta* (2009), *Morire di Sport* (2009) e *Onora il padre e la madre* (2010). Con Edda Edizioni *Kazimir* (2010-2011), *Cohiba* (2011), *L'era del cavallo* (2012) targa Premio Internazionale Montefiore 2017, *Il fante e la collina delle vette gemelle 1942* (2014) Premio UNUCI – Cerruglio 2015, *Labirinto. Naufragio nella Sanità* (2017), *NOVECENZO... Roma nel pallone. Il calcio romano di una volta* (2020), *CoronaVersus* (2020), *La peste gialla oltre la Grande Muraglia* (2021), *70 SeTTanta energia c'è, rinnoviamola oltre il limite* (2022), *Isola Sacra. I delitti. Un predone in ginocchio* – Volume I della serie (2023), *Isola Sacra. I delitti. Operazione Carotaggi* – Volume II della serie (2024).

<https://www.facebook.com/edda.edizioni>



Immagine su Magnific

Una vacanza a costo zero. Quest'estate, leggiamo.
Tre proposte di diverso genere: un romanzo, un volume di racconti e un libro di poesie. A voi la scelta.

Un'estate da sfogliare di Michele Trecca

Kumquat è il mandarino cinese ed è anche il titolo del nuovo romanzo di Enzo Verrengia: un faccia a faccia con la Storia, dal dopoguerra ai giorni nostri, un sapiente intreccio di vicende con personaggi a caccia di un segreto esplosivo. *Kumquat* è un thriller, con miccia che corre dall'Italia delle utopie rivoluzionarie degli anni sessanta fino all'import-export contemporaneo del malaffare globale. Protagonisti del romanzo i fratelli Laviati.

Don Giosuè è patriarca della famiglia e feroce signorotto del feudo locale, che nel romanzo è schermato con il nome di Tijuana, la città messicana ad alta densità criminale. Nella realtà la città d'ambientazione è quella natale dell'autore nell'Alto Tavoliere, quella dei giochi d'infanzia con l'amico Andrea Pazienza, in seguito compagno di scorribande al Dams di Bologna. Il riferimento ad Andrea Pazienza non è affatto casuale ma del tutto intenzionale e ci consente di arricchire il pacchetto della nostra proposta estiva suggerendovi caldamente di visitare la mostra *Non sempre si muore*, dedicata ad Andrea Pazienza in occasione del settantesimo anniversario della sua nascita, in corso al MAXXI fino a settembre inoltrato.

Don Giosuè è il boss della Tijuana di casa nostra, è accaduto da Lea, cugina del ramo povero con mansioni di badante (anche a letto) e servizio informazioni. A completare il quadro familiare, Emanuele e Davide, fratelli minori, e Augusto De Loia, fratello per usucapione. Tutti e tre, prima goliardi all'università, poi militanti extraparlamentari fino ai preliminari brigatisti nel Settanta. Una volta adulti, i due fratelli si riconvertono in colletti bianchi alla mecca degli affari di Zurigo, l'altro in funzionario dell'ONU.

Dall'altra parte della barricata, o forse dalla stessa, non si sa, Giorgio Castaldo ed Elvio Montoro. Compagni di banco alle elementari, Giorgio difende Elvio a suon di botte dai bullettini della classe. Poi il primo, lo ritroviamo docente precario di sostegno, ma troppo colto e misterioso per non covare segreti ambiziosi; l'altro accademico, ma di incerta collocazione tanto universitaria quanto geografica. Un giorno Elvio chiama Giorgio alle sette del mattino e lo ingaggia per conto dei Laviati. Sembra un'operazione di ordinaria infiltrazione ma i suoi sviluppi porteranno lontano, fino agli estremi confini del villaggio globale in un misterioso «paese ermetico».

In *Caducità* Sandro Veronesi (due volte premio Strega, come finora solo Paolo Volponi) ha messo insieme i racconti di una vita, trentadue. Le prime pagine del libro sono un prezioso regalo ai lettori: anziché alcune righe di una citazione in esergo, un intero testo, quello più breve di Freud, ovvero alcune pagine dal titolo *Caducità*, mutuato da Veronesi per il proprio libro. Non a caso.

Freud racconta il confronto avuto nel corso di una passeggiata con un giovane poeta già affermato, Rilke. Vedendo tanta bellezza intorno a sé, questi si rammarica perché «Tutto ciò che egli avrebbe altrimenti amato e ammirato gli sembrava svilito dalla caducità cui era destinato». Freud ribatte che «Il valore della caducità è un valore di rarità nel tempo. La limitazione della possibilità di godimento aumenta il suo pregio».

Veronesi sta con l'uno e sta con l'altro. La grande vitalità e struggente bellezza dei suoi racconti è nella convivenza acrobatica in ognuno di essi tra consapevolezza dell'assoluta vanità (o quanto meno fuggevolezza) del tutto e pieno abbandono alle infinite suggestioni del reale.

Nel primo racconto di *Caducità* (*Polmoni*) il buio totale della morte più dolorosa (quella della propria madre) è rischiarato da tenebra e stupefatta epifania di bellezza. Il racconto comincia così: «Una volta Satana mi ha tentato ... con solennità e fatuità insieme, mi ha tentato - con innocenza, addirittura, o meglio con una malvagità terminale travestita da innocenza». Se il Male è subdolo e ti invita ad attardarti al bar (che vuoi che siano cinque minuti per un cappuccino, c'è tempo per l'ultimo saluto a tua madre), la Grazia (che ti attrae a sé e ti fa essere al posto giusto nel momento giusto) è un lampo («Sei bellissima»), una semplice esclamazione, ma ricolma di pacata e inscalfibile fede nell'umana vittoria sulle rovine del Tempo.

Più marcati sono i riferimenti personali, maggiore è la loro densità simbolica. Con tocco magico di universalità, in *Caducità* la mediazione della scrittura trasforma ogni mondo in tutt'altro fino al punto che, quest'ultimo, qualsiasi lettore può riconoscerlo come proprio.

Che c'entriamo noi con l'acrobata di gran successo del racconto Piattini che un giorno si incanta nel vedere un giocoliere con i piattini e a dispetto di tutti lascia la propria specialità per mendicare con gran soddisfazione pochi spiccioli con questo numero? Non c'entriamo nulla, ovviamente, però... Al posto dei piattini mettiamoci i tanti minuti impegni quotidiani che un giorno di punto in bianco hanno soppiantato il sogno giovanile di fare qualcosa di grande e che da allora affannosamente incastriamo fra loro per tenerli tutti in piedi, e tanto ci basta per essere soddisfatti ancor più che se avessimo realizzato quel grande sogno lì.

Caducità è un circo variopinto con trentadue numeri di alta scuola, ovvero: piattini sempre in volo, che nei loro volteggi spaziano dalle memorie di infanzia e adolescenza, ai drammi della quotidianità, alla protervia tecnologica del nostro inquieto presente. Quella di Patrizia Valduga è una delle voci più intense della nostra poesia. L'invettiva civile dei primi versi di *Lacrimae rerum* tocca le corde profonde del dolore comune per le guerre e i massacri in corso: «È uno sterminio che non trova fine, / tra terra e cielo senza più confine, / tra terra e corpi e corpi tra rovine, / tra cielo e corpi fusi senza fine, / e il sole ha ancora ori e il mare flutti / per il tripudio qui dei farabutti... / Sì, il fracido Occidente è la fucina / di questa infamia di furia assassina. / Avesse per le mani qualche drone, / saprei su chi spedirlo, e di ragione». Poi nel libro c'è tanto altro, e il livello è sempre alto, anzi: eccelso.

Enzo Verrengia, *Kumquat*, Luigi Pellegrini Editore, pagg. 310, € 20
Sandro Veronesi, *Caducità*, La nave di Teseo, pagg. 400, € 22
Patrizia Valduga, *Lacrimae rerum*, Einaudi, pagg. 88, € 10

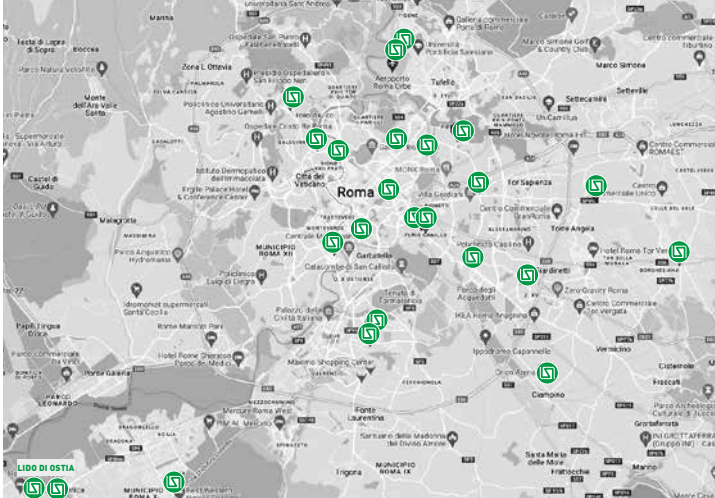




ATTIVO ANCHE
SU WhatsApp

06.32868.1
0583.495482

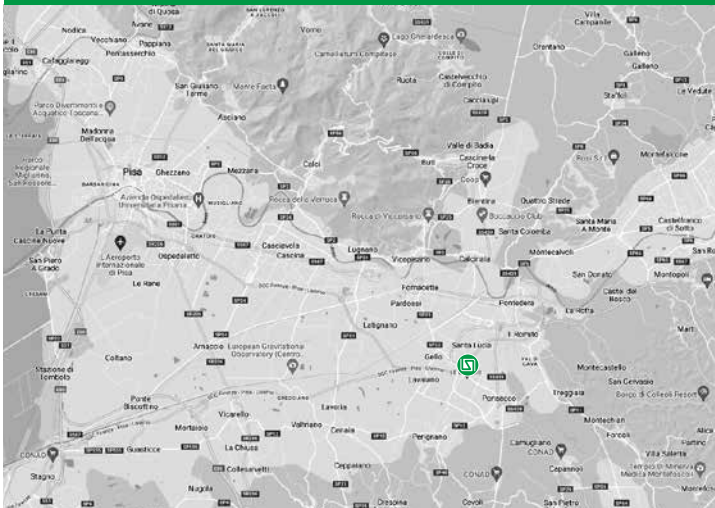
LAZIO ROMA



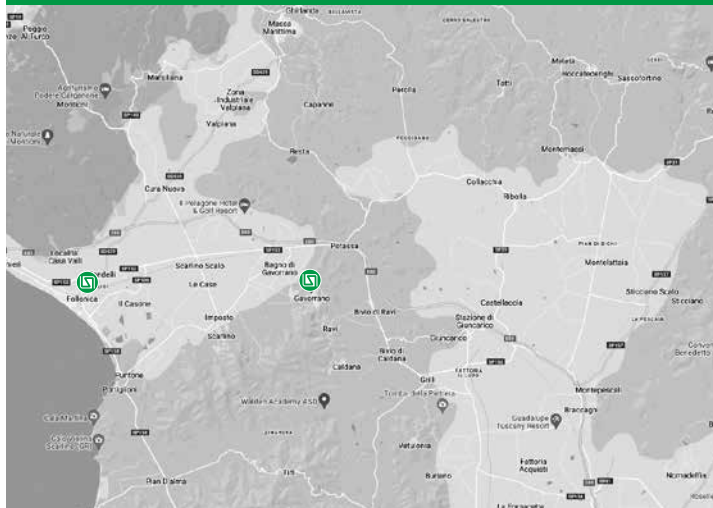
TOSCANA LUCCA



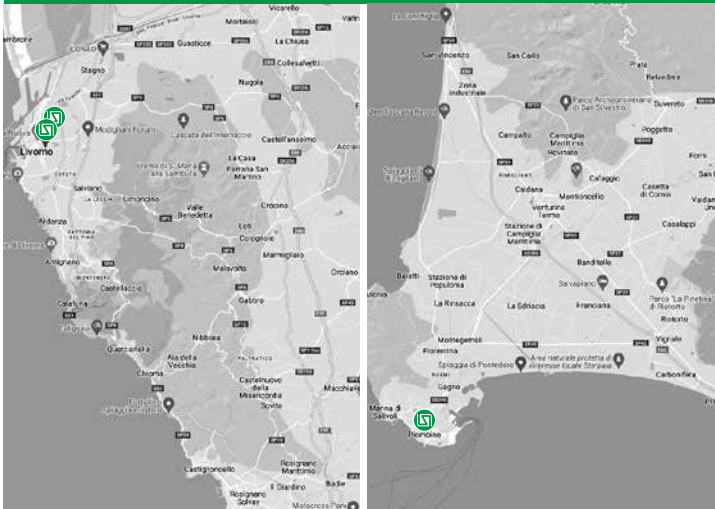
TOSCANA PISA



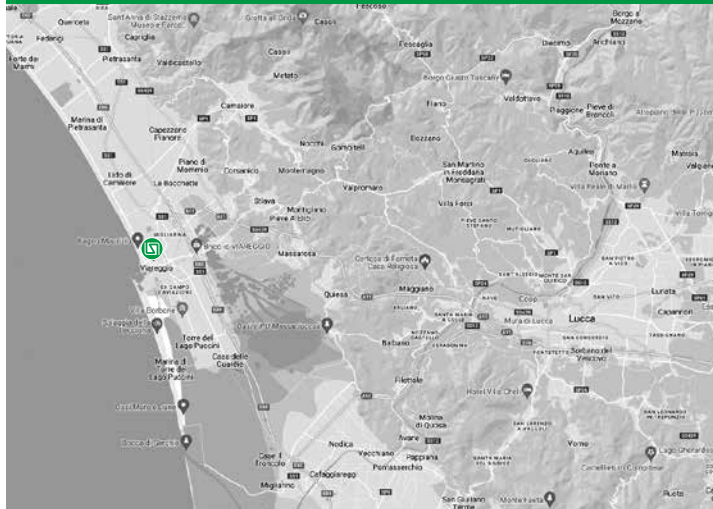
TOSCANA GROSSETO



TOSCANA LIVORNO



TOSCANA VIAREGGIO



TROVA IL CENTRO
PIÙ VICINO A TE





SANGUE

ALCUNE VITE STANNO PERDENDO COLORE
DONA IL SANGUE #donacolore

PER SAPERNE DI PIÙ:

 www.donatorisangue.it

 [donatorisangue_sangue_opbg](https://www.instagram.com/donatorisangue_sangue_opbg)

 06.6859 4784 - 334.3310893

**VIENI A DONARE IL SANGUE PRESSO
L'OSPEDALE BAMBINO GESÙ O L'OSPEDALE PIÙ VICINO A TE**