



MARZO 2023
VOL. 25 N.° 1

IL CADUCEO



RIVISTA PERIODICA DI AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO E CULTURA MEDICA



Le nostre strutture sanitarie al servizio della tua salute

SISTEMA GESTIONE
QUALITÀ CERTIFICATO
CSQ
UNI EN ISO 9001:2008



Unione Sanitaria Internazionale

Tel. 06.32868.1 r.a.

ROMA

USI-PRATI*

Via V. Orsini, 18
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-18.00
prelievi: 7.00-12.00
domenica: 7.00-13.00 - prelievi 7.00-11.00

AXA-PALOCCO

Via Eschilo, 191
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

BORGHESIANA*

Via Casilina, 1838
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: lunedì-venerdì 7.00-12.00 - sabato 7.00-11.00
domenica: 8.00-12.00 - prelievi 8.00-10.30

COLLATINO

Viale della Serenissima, 22
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

EUR-LAURENTINA

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

EUR-SERAFICO

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

EUR-MARCONI

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

PIAZZA BOLOGNA

Via G. Squarzialupo, 36
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

PIAZZA BOLOGNA

Via G. Squarzialupo, 17/b
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00

PIAZZA VITTORIO*

Via Machiavelli, 22
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00 - sabato 7.00-11.00
domenica: 8.00-13.00 - prelievi 8.00-11.00

PIETRALATA

Via dei Durantini, 362
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

POLICLINICO

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

SERPENTARA

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

PIAZZA MAZZINI

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

FURIO CAMILLO

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

CINECITTÀ

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

TRIESTE

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

COLLE PRENESTINO

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

NUMIDIO QUADRATO

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

LIDO DI OSTIA Villa del Lido

Viale del Lido, 3
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

USI Doc - LIDO DI OSTIA

Viale del Lido, 5/a
Orari: 8.30-13.00/15.30-20.00
sabato chiuso

USI Doc - PRATI*

Via V. Orsini, 18
Orari: 8.00-20.00 - sabato 8.00-13.00
domenica: 8.00-13.00
Via V. Orsini, 27/a
Orari: 8.00-20.00 - sabato 8.00-13.00

USI Doc - TUSCOLANA

Via Tuscolana, 212/f
Orari: 8.00-19.00 - sabato 8.00-13.00



CASA DI CURA ONCOLOGICA MONOSPECIALISTICA

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

LUCCA

CHECK UP

Arancio Via Romana Traversa II^a, 35
Orari: 7.30-19.30 - sabato 7.30-13.30
prelievi: 7.30-12.00
Tel. 0583.495482

SAN VITO

Sant'Anna Via Luigi Einaudi, 150
Orari: 7.30-19.30 - sabato 7.30-12.30
Tel. 0583.1384045

Centri prelievi

Arancio Via Romana Traversa II^a, 35
Lunata Via Pesciatina, 236
Altopascio Via Camillo Benso di Cavour, 25
Porcari Via Romana Est, 76
Lammari Via delle Ville, 128

* APERTURA DOMENICALE

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

il caduceo

VOL. 25 N.° 1 2023



Il Caduceo

Rivista di aggiornamento
scientifico e cultura medica

REGISTRAZIONE

AL TRIBUNALE DI ROMA

AUT. n° 196/99 DEL 27/04/1999

DIRETTORE RESPONSABILE

F. Barbati

DIRETTORE SCIENTIFICO

Co-EDITOR

F. Borzillo

COORDINAMENTO EDITORIALE

C. Borzillo

SEGRETARIA DI REDAZIONE

A. Cecchi

EDITORE

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

Via Eschilo, 191 - Roma

STAMPA

Digitalia Lab Srl

Via Giacomo Peroni, 130

00131 Roma



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

FINITO DI STAMPARE

A MARZO 2023

TIRATURA: 10.000 COPIE

Foto di Copertina

Scottscaggs

4544968

(Fonte: Pixabay)

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.

06.32868.331

Fax 06.77250482

fulvio.borzillo@usi.it

www.usi.it



Unione Sanitaria Internazionale

SOMMARIO

3. Le sfide per la sanità pubblica
e privata laziale e l'attuazione del PNRR
Luigi Tivelli
4. Reflusso vescico-ureterale
nel neonato: diagnosi ecografica
Fabrizio Scoscina
6. Depressione sorridente:
quali sono le cause e come affrontarla
Gloria Gensini
8. La radio al servizio della medicina:
rapporto medico-paziente
ed efficacia nelle cure
Alessandro Lembo, Elena Polidori
10. Malformazioni capillari-angiomi:
nuovi trattamenti estetici
Stefan Dima
11. Intolleranza al grano di tipo non celiaco:
cause e approccio dietetico
Battista Roberto Polillo
18. Invecchiamento della popolazione:
aspetti positivi e negativi per la qualità della vita
Aladar Ianes
22. *Mens sana in corpore sano*
Stile di vita equilibrato e cultura della mente
Antidoto contro la decadenza
Vito Manduca
24. Maria Cristina, una di noi
Michele Trecca



Gentile lettore,

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

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

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

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

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

Grazie

USI SpA

ISTRUZIONI AGLI AUTORI

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

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

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

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

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

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

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

5. **DISCUSSIONE.** Deve interpretare e commentare i risultati, facendo riferimento alla letteratura esistente, specificando e spiegando eventuali discordanze con la stessa. Nei lavori di tipo clinico, sarà utile parago-

nare i risultati ottenuti con quanto dimostrabile con altre metodiche e pre-sentare l'eventuale impatto dei risultati nella pratica quotidiana.

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

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

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

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

Figure, immagini o foto

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

Tabelle

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

Didascalie

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

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

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

Le sfide per la sanità pubblica e privata laziale e l'attuazione del PNRR

Luigi Tivelli

Giurista, già consigliere parlamentare e capo di gabinetto



Come è noto, per una sorta di strano federalismo all'italiana varato con la riforma del Titolo V della Costituzione del 2000, praticamente in Italia non c'è una sola sanità ma ci sono 20 diversi sistemi sanitari quante sono le regioni. È quindi il caso di concentrarsi in questa sede soprattutto sul caso della regione Lazio che interessa più da vicino. Tutti conosciamo il risultato delle scorse elezioni regionali che, per quanto riguarda il Lazio, hanno dato una forte investitura popolare ad un presidente del centrodestra, che si avvale di un significativo curriculum di esperienze in campo sanitario. Si tratta di una premessa indubbiamente interessante e di rilievo, tenuto conto, tra l'altro, che da non molti anni la sanità laziale è uscita dal commissariamento.

Certo, tutto sommato quanto alla gestione del covid, la sanità laziale ha dato una prova abbastanza significativa, ma non è che l'andamento tendenzialmente positivo della gestione del covid possa essere il tappeto sotto il quale si nascondono quel po di sassi e quella tanta polvere che pesano sulla sanità della Regione. Tra gli altri, c'è il problema della forte situazione debitoria di alcuni grandi ospedali e il problema della sanità territoriale. Ma si pone in Lazio, come nelle altre regioni, la questione della troppa scarsa meritocrazia vigente nel sistema sanitario. Il meccanismo di nomina in atto per i direttori generali delle ASL e, purtroppo, per molti aspetti, i meccanismi di nomina dei primari che ne sono condizionati non sembrano proprio impostati ai fini della valorizzazione del merito.

Si potrebbe dire in qualche modo che, pure, e non poco, per il sistema sanitario, mentre dovremmo essere giunti allo stadio della "società della conoscenza" prevalga invece la "società delle conoscenze". C'è da sperare che cambi qualcosa in questo senso, visto che la Presidente del Consiglio Giorgia Meloni ha rilanciato sin dalle sue esposizioni programmatiche il tema e il valore del merito e che il nuovo presidente della Regione appartiene allo stesso partito della Presidente del Consiglio.

Ma la sanità laziale è in attesa dello sviluppo degli investimenti previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. I due flussi principali, per vari miliardi di investimento a livello nazionale vanno in direzione della digitalizzazione del sistema sanitario e dello sviluppo della sanità territoriale. Quanto alla prima, sembra che si parta da grandi ritardi ed è da sperare che l'opportunità degli investimenti per la digitalizzazione e il metodo in cui saranno attuati nella nostra regione saranno tali da favorire finalmente non solo una rete più interconnessa in seno al sistema sanitario regionale ma anche una diversa possibilità di dialogo dei cittadini pazienti con i soggetti sanitari competenti. Non è però da ritenere che occorra attendere il buon esito della digitalizzazione, per il quale forse ci vorrà almeno qualche anno, per affrontare e cercare di ri-

solvere finalmente la cosiddetta "questione delle file". Una questione che si era accumulata ancor più grazie alla fase della pandemia e della gestione del covid ma che perdura e che purtroppo è da temere che durerà ancora anche nei prossimi anni. Una di quelle più cruciali, tra le varie questioni della sanità, che sarebbe più facile e appropriato affrontare sulla base di un diverso modello di rapporti tra soggetti pubblici e privati operanti nella sanità.

Forse ancora più rilevante è la questione della attuazione finalmente di un sistema sanitario integrato e diffuso nel territorio, per la quale non meno importante sembra essere la ricerca di un rapporto più virtuoso, con nuove forme di efficienza ed efficacia tra soggetti pubblici e soggetti privati. L'occasione dell'attuazione delle linee di investimento previste per questo obiettivo dal PNRR sembra essere appunto la più idonea a progettare e costruire man mano un sistema virtuoso di raccordo e accordi tra soggetti pubblici e privati. Nella sanità privata laziale, come è noto, infatti, oltre a un certo numero di cliniche operano non pochi soggetti, in vari casi molto qualificati, che provvedono soprattutto a prestazioni specialistiche o para specialistiche anche di tipo ambulatoriale o ad altre prestazioni connesse, che in molti casi si svolgono già oggi pure con forme di convenzione, in una certa dimensione di efficienza ed efficacia rispetto alle istanze dei cittadini-pazienti.

Ebbene, è da ritenere che se si debba man mano progettare, porre le basi e progressivamente costruire un sistema di sanità territoriale efficiente ed efficace sia per l'appunto fondamentale coinvolgere nel progetto e nella sua attuazione, come previsto dal PNRR, in qualche modo insieme i soggetti pubblici e quelli privati.

In presenza di un Presidente di Regione indubbiamente competente nella materia della sanità e della salute, che sembra che almeno in una prima fase assuma a sé anche la delega alla sanità, e nella fase di avvio di una legislatura regionale che ha visto una solida e chiara forma di investitura popolare per l'esecutivo della regione, siamo davanti per la Regione Lazio ad una opportunità importante. Una occasione che indubbiamente può essere colta, tenendo conto fra l'altro che già fra diversi soggetti operanti nella sanità territoriale ci sono anche soggetti giuridicamente privati che però svolgono di fatto anche funzioni oggettivamente pubbliche. Gli osservatori e i cittadini sanno purtroppo che non tutto ciò che è pubblico rappresenta certo il meglio, così come sanno che una parte significativa di ciò che è privato prova ad assolvere al meglio funzioni pubbliche nell'interesse della collettività. Si spera e si conta che questi aspetti fondamentali siano presenti ai decisori pubblici, anche (ma non solo) ai fini della effettiva messa a terra dei progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Reflusso vescico-ureterale nel neonato: diagnosi ecografica



Dott. Fabrizio Scoscina

Specialista in Radiodiagnostica e Pediatria
già Responsabile della UOS ecografia specialistica pediatrica e della UOSD
Servizio aziendale di ecografia nella ASL di Teramo
U.S.I. Prati - Via V. Orsini, 18

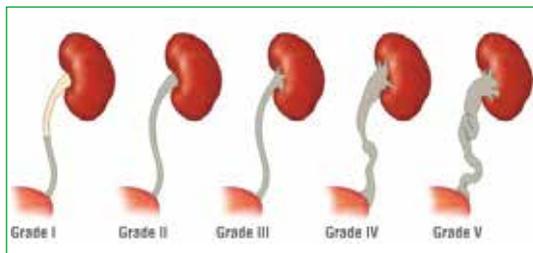
INTRODUZIONE

Il reflusso vescico-ureterale (RVU) è definito come il passaggio retrogrado permanente o intermittente di urina dalla vescica urinaria al tratto urinario superiore, in uno o entrambi gli ureteri, la pelvi renale, o entrambi a causa di un'incontinenza del dispositivo valvolare formato dalla giunzione vescico-ureterale.

Il RVU è presente in molti bambini con infezioni dell'apparato urinario (IVU) e può essere associato a lesioni cicatriziali dei reni qualora l'urina refluita dalla vescica raggiungesse il parenchima renale. Pur essendo solitamente congenito, il RVU può insorgere anche in epoca post-natale e nei pazienti adulti. In età pediatrica, il RVU rappresenta l'uropatia più frequente, con un'incidenza che varia dall'1-2% nella popolazione pediatrica generale al 30-40% nei bambini con infezioni ricorrenti delle vie urinarie (UTI), ed è la prima causa di danno renale nell'infanzia. L'età ed il sesso influenzano notevolmente la genesi del reflusso sia per l'immatùrità del meccanismo sfinteriale, sia perché nel maschio si verificano le condizioni per più elevate pressioni minzionali.

DEFINIZIONE

Il RVU è il transito in direzione retrograda delle urine dalla vescica agli ureteri. Pur non esistendo un meccanismo valvolare ureterale, l'urina che defluisce in vescica non torna indietro perché il tratto terminale degli ureteri è intravescicale e viene, pertanto, compresso dalla pressione idrostatica dell'urina quando la vescica è piena e ben distesa. In alcuni bambini il reflusso è più frequente per l'eccessiva brevità del segmento intravescicale dell'uretere. Il reflusso può essere primitivo o secondario quando provocato da un'altra patologia a carico dell'apparato urinario; le più frequenti sono le valvole dell'uretra, il megauretere e alterazioni funzionali della vescica, tipo vescica neurologica.



Sulla base dell'esame cistografico il RVU viene classificato in cinque gradi (1). Il 1° grado è reflusso in uretere sottile e incompleto in quanto non raggiunge la pelvi e i calici. Il 2° grado è reflusso completo con uretere e pelvi non dilatati. Il 3° grado è reflusso

completo con modica dilatazione ureterale e pelvica. Il 4° grado è reflusso completo con cospicua dilatazione. Il 5° grado è reflusso completo con massiccia dilatazione, tortuosità dell'uretere e importante idronefrosi.

EPIDEMIOLOGIA

Il RVU è presente nell'1% circa dei neonati sani mentre la percentuale sale tra il 10 e il 28% nel caso di bambini con malformazioni renali congenite tipo idronefrosi, displasia renale, agenesia renale, ectopia renale e in circa un terzo dei lattanti alla prima infezione febbrile delle vie urinarie.

Esiste una predisposizione genetica al RVU; infatti la sua incidenza è elevata nei figli di pazienti e nei fratelli di bambini affetti da RVU. Il meccanismo ereditario sembra essere, quindi, di tipo dominante con espressione variabile o multifattoriale.

Il RVU può essere associato a infezioni ricorrenti delle vie urinarie. Nei lattanti con una prima infezione delle vie urinarie, il RVU è presente nel 39% dei casi. Nel primo anno di vita, il RVU regredisce spontaneamente in più del 30% dei casi; il tempo della regressione è proporzionale al grado di reflusso; può, inoltre, essere associato a complicanze, talvolta irreversibili, che possono manifestarsi anche in età adulta come le infezioni urinarie, le cicatrici renali, l'ipertensione arteriosa, l'insufficienza renale cronica.

RUOLO DELL'ECOGRAFIA

Oltre alle indagini radiologiche che utilizzano radiazioni ionizzanti come la cistouretrografia minzionale e la scintigrafia, largamente utilizzata è l'ecografia renale che consente di valutare le dimensioni dei reni, il grado di idronefrosi e la presenza di eventuali cicatrici, espressione di danno anatomico del rene in reflusso vescico-ureterale persistente. L'esame ecografico consente di valutare, inoltre, la corretta posizione dei reni, valutare il normale e simmetrico spessore parenchimale e le giuste dimensioni per l'età del bambino. Viene in genere associato lo studio ecografico della vescica per valutare il volume di riempimento, l'efficacia dello svuotamento, la simmetria degli sbocchi ureterali e escludere eventuali malformazioni ureterali quali l'ureterocele.

L'esame ecografico è consigliato soprattutto nelle seguenti condizioni:

- Reperto ecografico prenatale di idronefrosi. L'ecografia post-natale eseguita tra il 3° e il 7° giorno ha lo scopo di confermare il dato emerso in gravidanza. Generalmente l'idronefrosi è di lieve entità e si risolve spontaneamente entro i primi due anni di vita senza lasciare reliquati

REFLUSSO VESCICO-URETERALE NEL NEONATO: DIAGNOSI ECOGRAFICA

- Reperto ecografico prenatale di monorene o di ectopia renale, cioè la presenza dell'organo al di fuori della sua naturale sede, o di alterazioni strutturali focali o diffuse dei reni
- Eventuali segnalazioni di malformazioni renali familiari o dismorfismi tipo rene a ferro di cavallo

Dopo il 1° esame eseguito nella prima settimana di vita è normalmente richiesto un controllo ecografico associato all'ecografia delle anche entro il 3° mese di vita del bambino. La tecnica ecografica prevede il posizionamento supino del bambino con il fianco da esaminare ruotato. E' richiesto il riempimento vescicale nel caso di bambini grandetti per esaminare la vescica ed escludere alterazioni associate.

Il rene neonatale alla valutazione ecografica si differenzia dal rene del bambino e dell'adulto per le seguenti peculiarità:

- Maggiore ecogenicità della componente corticale del parenchima
- Spiccata ipoecogenicità della componente midollare del parenchima
- Ridotto spessore degli echi pelici.



Rene pediatrico



Rene adulto

CONCLUSIONI

Il RVU è una condizione patologica frequente in età pediatrica che, nella maggior parte dei casi, regredisce nel corso degli anni. Il RVU è associato ad infezioni urinarie ricorrenti e a danno renale. Tra le indagini di studio l'ecografia è la più sicura in quanto non utilizza radiazioni ionizzanti, è ripetibile ed è indolore per

il bambino. Può essere eseguita a qualsiasi età, nella prima settimana di vita in caso di alterazioni ecografiche prenatali o, più frequentemente, nel primo trimestre di vita associata allo screening ecografico della displasia delle anche. In alcuni casi la dilatazione del bacinetto che si riscontra in epoca prenatale e che necessita di conferma alla nascita può rivestire carattere transitorio ma, a volte, può essere indicativa di un problema malformativo delle vie urinarie come la stenosi della giunzione pieloureterale o della giunzione tra uretere e vescica.

Infine preme ricordare che, tenuto conto delle caratteristiche morfo-biometriche e strutturali esclusive del rene neonatale, l'ecografia dell'apparato urinario del neonato e del lattante venga eseguita da personale medico, possibilmente da un radiologo pediatra, con elevata competenza specifica e casistica.

BIBLIOGRAFIA

1. Silva JMP, Santos Diniz JS, Marino VSP, et al. Clinical course of 735 children and adolescents with primary vesicoureteral reflux. *Pediatr Nephrol* 2006;21:981-8.
2. Polito C, Marte A, Zamparelli M, Papale MR, Rocco CE, La Manna A. Catch-up growth in children with vesico-ureteric reflux. *Pediatr Nephrol* 1997;11:164-8.
3. Goldraich NP, Goldraich IH. Follow-up of conservatively treated children with high and low grade vesicoureteral reflux: a prospective study. *J Urol* 1992;148:1688-92.
4. Practice parameter: the diagnosis, treatment, and evaluation of the initial urinary tract infection in febrile infants and young children. American Academy of Pediatrics. Committee on Quality Improvement. Subcommittee on Urinary Tract Infection. *Pediatrics* 1999;103: 843-52.
5. Marra G, Oppezzo C, Ardissino G, et al. Severe vesicoureteral reflux and chronic renal failure: a condition peculiar to male gender? Data from the ItalKid Project. *J Pediatr* 2004;144:677-81



Depressione sorridente: quali sono le cause e come affrontarla



Dott.ssa Gloria Gensini

Psicologa Clinica

Psicodiagnosta dell'età adulta e dell'età evolutiva

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



freepik.com/foto-gratuito/espressiva-femmina-senior-in-posa-indoor -Immagine di shurkin_son

La depressione è un disturbo che non tutti manifestano allo stesso modo. Ci sono casi in cui le persone possono sorridere e apparire felici ma soffrire ancora di depressione. Coloro che soffrono di depressione sorridente spesso mascherano i propri sintomi agli altri, rendendo più difficile ottenere aiuto per affrontare questo disturbo. Ma cosa comporta la **depressione sorridente**?

Che cos'è la depressione sorridente?

Sebbene la **depressione sorridente** non sia una diagnosi clinica, la realtà è che possiamo osservare casi in cui molte persone nascondono i sintomi della depressione. Cioè, la depressione *sorridente* si verifica quando le persone che soffrono di depressione mascherano tutti i loro sintomi. In questo modo si nascondono dietro un sorriso o un atteggiamento energico e felice per convincere gli altri che sono felici.

Come conseguenza di questo comportamento i sintomi della depressione finiscono per passare inosservati poiché la maggior parte delle persone immagina che una persona che soffre di questo disturbo sia qualcuno che sembra triste o tende a piangere molto. Anche se è vero che la tristezza e il pianto inspiegabile sono due delle caratteristiche della depressione, non sempre le persone sembrano tristi quando sono depresse.

Quali sono i sintomi della depressione sorridente?

Una persona che soffre di depressione sorridente apparirà felice o contenta agli occhi degli altri. Tuttavia nella sua privacy sperimenterà molti dei sintomi legati al disturbo depressivo.

Dobbiamo tener presente che la depressione colpisce tutte le persone in modo diverso poiché presenta sintomi diversi, sebbene il più comune sia la tristezza profonda e prolungata. Ulteriori sintomi che possiamo rilevare in un disturbo depressivo sono, infatti, i seguenti:

- cambiamenti nell'appetito, nel peso e nel sonno;
- stanchezza o affaticamento;
- sentimenti di inutilità e bassa autostima;
- perdita di interesse o piacere nel fare cose che in precedenza erano apprezzate.

Una **persona con depressione sorridente** può sperimentare alcuni o tutti i sintomi sopra elencati ma in presenza di altre persone cercherà di camuffare ciascuno di questi sintomi.

In sintesi la persona con questo tipo di depressione:

- ritiene che mostrare segni di depressione sarebbe un segno di debolezza;
- pensa che se esprimesse i propri sentimenti sarebbe un peso per gli altri;
- non vuole accettare che la depressione la stia colpendo;
- crede che gli altri stiano peggio di lei e che quindi lei stessa non abbia il diritto di lamentarsi;
- sente che il mondo sarebbe migliore senza di lei.

Questi sono alcuni dei sintomi e dei pensieri che potrebbero verificarsi in una **depressione sorridente**.

Se pensi che questo ti stia influenzando, è importante che tu vada da uno psicologo professionista il prima possibile.

Perché cerchi di nascondere il dolore dietro un sorriso?

Non è raro che alcune persone tengano nascosta la loro depressione. In molti casi, ciò è dovuto al fatto che temono il giudizio degli altri o addirittura non vogliono essere visti come "deboli" di fronte ai loro cari. Tenendo conto di ciò, alcuni dei motivi per cui le **persone nascondono la loro tristezza dietro un sorriso** o un atteggiamento allegro sono i seguenti:

1. **Paura di essere un peso per gli altri:** in molti casi, la depressione e il senso di colpa vanno di pari passo. Di conseguenza, chi ne soffre può credere che commentando la propria situazione agli altri li stia disturbando o addirittura sopraffacendoli.
2. **Vergogna:** alcune persone credono che la depressione sia un difetto del carattere o un segno di debolezza. In effetti, possono persino tentare di "uscirne" senza l'aiuto di altri perché non vogliono che i loro cari abbiano la percezione di essere "minori" degli altri.
3. **Negazione:** la depressione sorridente deriva dalla costante negazione di una persona di accettare di essere veramente depressa. In questo modo, potrebbero pensare che mentre sono positivi o sorridono, questo è un segno che non stanno vivendo la depressione. Molte persone non possono ammettere che c'è qualcosa che non va in loro.
4. **Paura della reazione:** a volte le persone possono preoccuparsi di come la depressione possa influenzare la loro vita professionale o le relazioni con gli altri. Cioè, hanno paura che avendo un atteggiamento tipico della depressione questo finisca per influenzare le loro relazioni o i loro obiettivi personali. Quindi, invece di rischiare di essere giudicati o puniti per essere depressi, si nascondono dietro un sorriso.
5. **Paura di apparire deboli:** le persone con depressione sorridente spesso temono che gli altri si approfittino di loro se rivelano di soffrire di depressione. Pertanto, non solo sono preoccupati che gli altri li vedano come deboli e vulnerabili, ma sono anche preoccupati che altri usino la depressione come arma contro di loro.

6. **Colpa:** a causa del senso di colpa che tende ad accompagnare la depressione, in molti casi le persone sentono che non dovrebbero esserlo. Cioè, pensano di avere una buona vita e non dovrebbero sentirsi male. A causa di questo pensiero, finiscono per nascondere questi sentimenti dietro un sorriso.
7. **Visione irrealistica della felicità:** i social network spesso ritraggono la felicità in modo molto irrealistico. In effetti, può sembrare che la felicità e il successo esistano solo sui social media. Di conseguenza, arrivano a credere di essere gli unici ad occuparsi di problemi di salute mentale.
8. **Perfezionismo:** coloro che tendono a cercare sempre la perfezione possono finire per fingere di stare bene semplicemente per apparire perfetti di fronte agli altri. Cioè, se ammettessero di soffrire di depressione, significherebbe che le loro vite non sono così perfette.

Come aiutare una persona che soffre di depressione sorridente?

Se pensi che qualcuno intorno a te possa **soffrire di depressione sorridente**, è importante che tu cerchi di offrire il tuo supporto e aiuto. Inoltre, è sempre consigliabile suggerire una visita con uno psicologo professionista. Le **persone con una depressione sorridente** tenderanno a mascherare la loro tristezza con un sorriso e una facciata esteriore per cercare di nascondere sia la confusione che la sofferenza interna. Pertanto, è importante fargli capire che non giudicherete questi sentimenti o la loro situazione attuale, poiché l'essenziale è cercare di affrontare questi sintomi e lavorare per superare la depressione.

BIBLIOGRAFIA

1. Legg, T (2018). Smiling Depression: What You Need to Know. Healthline. <https://www.healthline.com/health/smiling-depression>
2. Morin, A (2022). What Is Smiling Depression? Very Well Mind. <https://www.verywellmind.com/what-is-smiling-depression-4775918>
3. Juby, B (2021). What Is Smiling Depression? Psych Central. <https://psychcentral.com/depression/smiling-depression>



La radio al servizio della medicina: rapporto medico-paziente ed efficacia nelle cure



Dott. Alessandro Lembo

Responsabile Oncologia Medica

Casa di Cura Marco Polo - Viale M. Polo, 41

Dr.ssa Elena Polidori

Giornalista del Quotidiano Nazionale

Direttore *OltreLago Web Radio*

“ Il tempo trascorso tra medico e paziente costituisce tempo di cura”. Una frase, scritta su un muro di un anonimo studio di uno dei 2400 medici di base, attivi nella Capitale, (per un totale di 2,4 milioni di pazienti assistiti dei quali 600mila anziani) che durante la pandemia hanno spesso costituito la ‘prima linea’ di intervento e di contrasto al Covid 19, talvolta a spese della loro stessa vita, è stata la prima fonte di ispirazione di una delle trasmissioni di punta della radio web OltreLago.it, *‘Il medico di famiglia’*, condotta dal Dott. Alessandro Lembo, oncologo e direttore dell’Oncologia Medica della Casa di Cura Marco Polo (Gruppo U.S.I.), dalla dottoressa Laura Ferranti, medico di Base della Asl RM 4.3 e dalla giornalista del Quotidiano Nazionale Elena Polidori, direttore di OltreLago.it. La trasmissione va in onda ogni martedì alle 18 sulle ‘frequenze’ web della radio ed è ascoltabile in podcast.

‘Il medico di famiglia’ è dunque una trasmissione che nasce dal desiderio di due medici e di una paziente molto particolare di venire incontro alla parte più fragile della catena medica, ovvero a tutte quelle persone che improvvisamente, come spesso accade nella vita, si trovano ad affrontare dalla semplice influenza stagionale alla malattia importante ma che, nella stragrande maggioranza dei casi, si sentono ‘spiazzate’ davanti al ‘male’ nelle sue varie declinazioni. Anche perché - e qui sta il senso del programma - non riescono a capire come mai i medici prescrivono particolari medicinali o esami (nel migliore dei casi) oppure parlano tra di loro in ‘medichese’, linguaggio medico per iniziati, non consentendo ai pazienti di conoscere davvero le effettive condizioni in cui versano.



Insomma, *‘Il medico di famiglia’* nasce con l’intenzione di avvicinare il più possibile i medici ai pazienti, migliorandone non solo il rapporto diretto ma anche il senso di fiducia che, inevitabilmente, è necessario che si instauri tra le parti per consentire la migliore cura possibile. Una ‘cura’ che - appunto - comincia dalla prima linea, dal medico di base, a cui è demandata la responsabilità più importante, quella di individuare, al primo impatto, una possibile patologia importante da sintomi assolutamente vaghi e vari; un lavoro complesso, faticoso e spesso defatigante visto che medici di base sono sovraccaricati di pazienti e talvolta non ce la fanno a smaltire un lavoro prezioso e troppe volte sottovalutato. In pandemia, per paradosso, il ruolo di questi ‘fanti da trincea’ è stato rivalutato, ma l’organizzazione della sanità italiana, nelle sue molteplici contraddizioni, non rende giustizia a sufficienza a questi medici il cui operato è invece prezioso e ineludibile per la salute pubblica.

C’è poi un altro aspetto, quello del rapporto, sempre complesso, tra il paziente e lo specialista. E qui si entra in un ambito delicato, perchè quando si viene indirizzati verso il cosiddetto ‘secondo livello’ della cura, vuol dire che già si è entrati in un percorso patologico e l’aspetto emotivo della situazione rende le persone ancora più fragili, non solo per la mancanza di informazioni sul proprio stato - non sono medici, non hanno il polso della propria situazione reale - ma anche per il timore di non essere adeguatamente seguiti per arrivare ad una possibile (e auspicabile) guarigione. È il momento più complesso nella vita di una persona e per questo la trasmissione si è messa spesso ‘nei panni’ di chi scopre, di punto in bianco, di avere un cancro oppure di avere il cuore ‘un po’ troppo ballerino’ o, ancora, di avere il diabete oppure un glaucoma senza sentire alcunché; in questa fase emerge una lunga serie di bisogni che a volte faticano a trovare risposte. Uno di questi è la necessità di avere informazioni, chiarimenti, approfondimenti sulla propria malattia, per avere maggiore consapevolezza e partecipare attivamente al processo di cura. Spesso si dice che una buona informazione sia la migliore medicina, ma l’informazione medica “fai da te” figlia dello sviluppo della rete e dei social, nasconde moltissime insidie. In questi anni abbiamo assistito a un processo rapidissimo di alfabetizzazione digitale al quale non è corrisposto un percorso altrettanto qualitativo di alfabetizzazione sanitaria, quella che gli anglosassoni chiamano Health Literacy, e cioè la

La radio al servizio della medicina: rapporto medico-paziente ed efficacia nelle cure

capacità di ottenere, elaborare e comprendere informazioni sanitarie per effettuare scelte consapevoli. Gli utenti che cercano informazioni mediche, spesso non sanno comprendere quali siti e documenti siano attendibili e quali poco seri e senza gli adeguati strumenti faticano a valutare l'attendibilità delle fonti. È per questo motivo che abbiamo pensato a questa trasmissione informativa, con medici e pazienti insieme, valorizzando le differenze che una volta tanto uniscono e non separano, per cercare di raggiungere quella "centralità del paziente" che spesso descriviamo ai congressi, ma che sappiamo bene quanto sia difficile da raggiungere.

Ecco; come aiutare chi subisce questa doccia gelata a farsi forza e affrontare le cure? Semplice: informando. Conoscere è trovare dentro se stessi le armi per combattere. E, allora, ecco che di nuovo entra in scena 'il medico di famiglia' di OltreLago.it. Con un linguaggio semplice, basilico, talvolta elementare, Alessandro Lembo, Laura Ferranti ed Elena Polidori, dai loro diversi punti di vista, hanno intervistato alcuni tra i più importanti 'luminari' delle diverse discipline mediche per mettere a disposizione di tutti, nel modo più esaustivo possibile, quelle informazioni di base che servono ai pazienti per capire il loro male e come farvi fronte.

Ai microfoni di OltreLago si sono quindi alternati nel tempo varie figure sanitarie di alto spessore professionale ed umano che hanno contribuito alla creazione di un percorso la cui unica finalità è quella di rendere consapevoli i pazienti della loro condizione migliorando il rapporto con il proprio medico e rendendoli edotti del proprio stato, delle cure disponibili e pronti a dare fiducia al sanitario specializzato nelle cui mani ripongono la cosa più preziosa che hanno, la loro vita.



OLTRELAGO, passione e professionalità

Web Radio OltreLago (www.oltreago.it) nasce il 22 dicembre del 2020 su sollecitazione del Comune di Trevignano Romano che voleva creare uno strumento di comunicazione inter lacuale (bacino del Lago di Bracciano) tra i cittadini delle tre principali comunità che si affacciano sul lago (Anguillara Sabazia, Trevignano Romano e Bracciano). Il Comune ha così coinvolto alcuni professionisti presenti sul territorio convincendoli a lavorare gratuitamente per la creazione di questa realtà in un momento di pandemia.

OltreLago è in seguito cresciuta diventando un polo di informazione e intrattenimento musicale e culturale autonomo, radicato, conosciuto e apprezzato anche fuori dal proprio territorio di nascita. Oggi è una radio privata (Odv) che collabora con le istituzioni locali senza ricevere alcun tipo di sostegno dalle stesse.

OltreLago trasmette musica di grande qualità h24 e programmi realizzati da professionisti della musica, della cultura e della comunicazione; tra breve **OltreLago** diventerà anche testata giornalistica potendo annoverare nella sua numerosa redazione (24 persone, dai 66 ai 22 anni) ben 4 giornalisti professionisti.



OltreLago ha il suo 'core' di ascolto nella realtà lacustre in cui è nata, ma la sua dimensione web e la notorietà delle persone che ci lavorano, le ha consentito di andare davvero 'oltre' il lago; ad oggi il 70% dell'ascolto arriva - secondo i dati forniti dei servizi radio - dal territorio lacustre, quindi quello del nord del Lazio, da Roma e il rimanente 30% dall'estero (ci ascoltano, con una certa costanza, dal Lussemburgo, Francia, Germania, Portogallo, Iraq, Brasile, India). Nella media giornaliera, OltreLago raggiunge circa 1800 persone, ma ci sono trasmissioni che da sole totalizzano un ascolto che sfiora spesso i 2000 contatti (nel web sono gli indirizzi IP che si collegano durante la messa in onda e che sono visibili sul server). Nell'ultimo semestre, sono stati scaricati ben 41 mila podcast dei programmi presenti nell'archivio web del palinsesto dell'emittente, facilmente consultabile sul sito.

OltreLago è Radio Ufficiale del Teatro Charles De Foucauld di Bracciano, della Misericordia di Bracciano, dei concerti del cartellone del Trevignano Proms del Comune di Trevignano Romano, diretto dal Maestro Stefano Cucci, collaboratore della radio, del Cinema Palma di Trevignano Romano e dell'Associazione Animalista Franca Valeri, nonché portavoce del canile fondato e intitolato alla grande artista scomparsa. Si occupa delle raccolte fondi per varie realtà lacuali con campagne ad hoc, come quella recente per l'acquisto di un automezzo per trasporto disabili inesistente nel territorio del Lago.

OltreLago ha una propria app, scaricabile dai cellulari sia Android che IOS attraverso il QR code presente sul sito web dell'emittente, è presente nella 'skill' di Alexa ('Alexa riproduci OltreLago radio') e può essere ascoltata anche in macchina via bluetooth; le sue playlist originali sono presenti sul profilo Spotify di OltreLago22.

Malformazioni capillari - angiomi: nuovi trattamenti estetici



Dott. Stefan Dima

Responsabile Reparto di Medicina Estetica

Master Universitario di 2° livello

in "Medicina Estetica e Terapia Estetica"

(Università di Camerino - Università degli Studi di Torino)

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

CHE COSA SONO

Le malformazioni vascolari sono errori di morfogenesi e si presume che compaiano durante la vita intrauterina. La maggior parte di essi è presente alla nascita ma qualche volta compaiono negli anni successivi. Una volta comparsi crescono proporzionalmente all'individuo ma vari fattori possono determinare il loro allargamento.

Le **malformazioni vascolari** possono essere:

- 1 - **capillari**: macchia di vino-porto, angioma stellato, lago venoso, angioma rubino, angiocheratoma.
- 2 - **venose**: malformazioni venose, malformazioni familiari, malformazioni glomovenose, sindrome di Bean - Blue Rubber bleb Venus sindrome.
- 3 - **linfatiche**: linfangioma, linfedema primario.
- 4 - **arteriose**: malformazioni arterovenose, capillari arterovenose, fistole arterovenose.
- 5 - **sindromiche**: a basso flusso, a rapido flusso.

COME SI RICONOSCONO

A - **ANGIOMA STELLATO** (Nevo Ragno, Spider Nevo, Spider arterioso, Spider telengectasie, Spider vascolare).

È una formazione molto comune e si presenta come una rete telengectasica rossa localizzata di capillari dilatati che si irradiano da una arteriola centrale. Arriva a 1,5 cm. di diametro e si può localizzare su volto, avambraccio, mani e corpo. L'Angioma Stellato può essere presente nei soggetti sani o che presentano iperestrogenismo come donne in gravidanza o pazienti sottoposti a terapia estrogenica o utilizzatori di contraccettivi orali o anche pazienti affetti da epatopatie come epatite virale, subacuta, cronica e cirrosi alcolica.

Tali formazioni possono regredire spontaneamente nell'infanzia o in gravidanza.

B - **ANGIOMA RUBINO** (Angiomi senili, macchie di Campbell de Morgan).

Gli Angiomi Rubino sono lesioni cupoliformi vascolari molto comuni, asintomatiche, di color rosso brillante, violacee, di diametro intorno ai 3 mm. e si trovano principalmente diffusi sul corpo ma anche sul viso.

L'esame istologico evidenzia numerosi capillari moderatamente dilatati rivestiti di cellule endoteliali appiattite.

COME SI CURANO

PREVENZIONE

- riduzione del consumo di alcol e caffè
- riduzione del consumo di cibi piccanti o troppo caldi
- eliminazione degli sbalzi di temperatura
- eliminazione dell'esposizione al sole

- eliminazione delle sigarette
- accurata protezione del viso nei mesi invernali (soprattutto sulla neve)
- limitazione degli sforzi fisici.

TRATTAMENTI COSMETICI

Si raccomanda di:

- utilizzare la protezione solare SPF di intensità pari o superiore a 30
- evitare prodotti irritanti per la pelle
- utilizzare prodotti oil-free.

TRATTAMENTI ESTETICI

- Diatermocoagulazione
- Plexr
- Laser vascolari: Dye Laser, KTP Laser, Laser diodico, K Laser, Laser Nd Yag
- Laser frazionato ablativo.

Anche per la soluzione di tali problematiche U.S.I - Unione Sanitaria Internazionale - si dimostra come sempre all'avanguardia con i trattamenti più efficaci ed innovativi per il benessere dei suoi pazienti.



Intolleranza al grano di tipo non celiaco: cause e approccio dietetico

Dott. Battista Roberto Polillo

Specialista in allergologia e immunologia clinica
Master in dietologia e nutrizione clinica
Casa di Cura Marco Polo - Viale M. Polo, 41

Caratteristiche generali del grano, tassonomia e valore nutritivo

Grano o frumento è il nome generico delle varie specie di piante del genere *Triticum* della famiglia delle graminacee (poacee). Alle poacee appartengono anche mais, orzo, riso e segale, detti cereali (in onore di Cerere, dea latina delle coltivazioni). Il termine grano è usato anche per indicare piante e frutti di altri generi di graminacee "pseudo cereali" (Figura 1).

Nella nostra esposizione faremo riferimento esclusivamente al *Triticum* (grano duro, grano tenero, farro grande, farro piccolo, khorasan).

Sono grani di tipo cereale il riso, il frumento, l'orzo, la segale, l'avena, il mais, il sorgo, il miglio, la canna da zucchero e il tef.

Sono di tipo non cereale (in arancione) il grano saraceno, il rabarbaro, la quinoa, lo spinacio e l'amaranto

Utilizzo del grano nell'alimentazione

Il grano svolge un ruolo fondamentale nell'alimentazione umana come dimostra il fatto che la produzione annua è di oltre 749 milioni di tonnellate (anno di riferimento 2016)¹. Tradizionalmente si fa risalire il suo primo impiego come fonte alimentare al neolitico, ultimo periodo dell'età della pietra in cui si sviluppa l'allevamento degli animali e l'agricoltura. Recentemente, tuttavia, il ritrovamento a Subayqa (Giordania) di un forno per la cottura di un equivalente del pane,

risalente all'età Natufiana (14.000 a.C.), ne ha anticipato di alcune migliaia di anni la preparazione e il consumo² (figura 2).



Figura 2: forno per la cottura di alimenti di età Natufiana

Composizione chimica in valori % dei diversi cereali e il loro ruolo nell'alimentazione

I cereali sono alimenti energetici a basso costo, con poche differenze al loro interno (ad esclusione

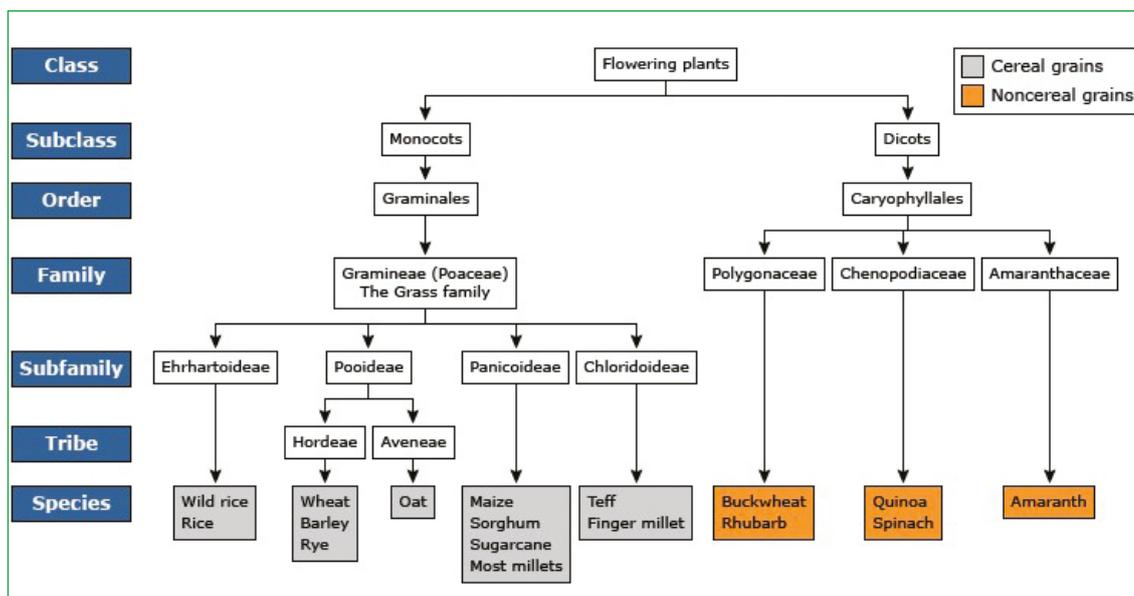


Figura 1 tassonomia dei grani

¹ Food and Agriculture of the United Nations: World Food and Agriculture statistical Pocketbook 2018

² Amaia Arranz-Otaegui Archaeobotanical evidence reveals the origins of bread 14,400 years ago in northeastern Jordan PNAS | July 31, 2018 | vol. 115 | no. 31 | 7925-7930

Tabella 1: Composizione chimica in valori % dei diversi cereali

Cariosside	Umidità	Carboidrati	Proteine	Lipidi	Fibra	cal/100gcal
Frumento	11	69	13	2	3	350
Mais	11	72	10	4	4	360
Avena	13	58	12	5	10	325
Orzo	14	63	12	2	2	330

Tabella 2: modelli culturali alternativi tipici dell'Impero romano di oriente (Ager) e Impero romano d'occidente (Saltus) con linea di demarcazione tra Emilia e Romagna

Due modelli culturali diversi che separano in due anche l'Italia in tutto il periodo medioevale			
Cultura dell'"Ager" dei popoli mediterranei	Grano	Vino	Olio
Cultura del "Saltus" dei popoli del nord	Maiale	Grasso	Burro



dell'avena molto più ricca di fibre), che forniscono tra il 20-50% delle calorie totali giornaliere. Essi tuttavia sono da integrare con altri cibi proteici data la mancanza in essi di uno o più aminoacidi essenziali (lisina, treonina, triptofano) e di Vit C) (Tabella 1).

La grande utilità del grano come fonte alimentare primaria è stata ulteriormente confermata da alcuni studi longitudinali di popolazione. Tra questi, quello relativo alla coorte ARIC in cui sono state registrate, negli ultimi 25 anni, 6.283 episodi di morte. L'analisi statistica di tali eventi ha dimostrato in modo robusto che il rischio di morte era minimo per i soggetti che ricavano il 50-55% dell'energia quotidiana dai carboidrati e proporzionalmente più alto tra coloro con valori superiori o inferiori³ (Figura 3); un'ulteriore dimostrazione dell'importanza della dieta mediterranea basata sul modello culturale dell'"ager" che privilegia l'uso del grano e dell'olio in contrapposizione a quello del "saltus", tipico dei popoli del Nord, che predilige invece carne di maiale, grassi animali e ortaggi (tabella 2).

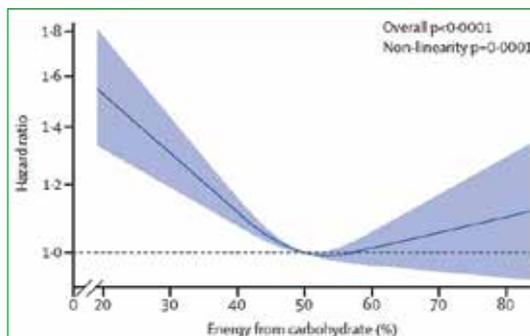


Figura 3 il tasso di mortalità è minore nei soggetti che ricavano circa il 50% dell'energia alimentare dai carboidrati (centro della curva a U)

³ Amaia Arranz-Otaegui *Archaeobotanical evidence reveals the origins of bread 14,400 years ago in northeastern Jordan* PNAS | July 31, 2018 | vol. 115 | no. 31 | 7925-7930° Amaia Arranz-Otaegui *Archaeobotanical evidence reveals the origins of bread 14,400 years ago in northeastern Jordan* PNAS | July 31, 2018 | vol. 115 | no. 31 | 7925-7930

Il problema clinico della intolleranza al grano

Nonostante il grande valore nutrizionale del frumento, con sempre maggiore frequenza è dato osservare pazienti che lamentano una condizione di "intolleranza" (definita nosologicamente come "Intolleranza al grano di tipo non celiaco" o "NCWS" nell'acronimo inglese); intendendo con tale termine un quadro sintomatologico indotto dal consumo dell'alimento e caratterizzato dalla comparsa di sintomi di tipo intestinale, sovrapponibili a quelli causati da altri alimenti come latte, legumi etc e di tipo extra-intestinale, più frequenti nel caso del frumento (tabella 3).

Tabella 3: i sintomi dell'intolleranza al grano

Sintomi intestinali	gonfiore e dolore addominale, diarrea, stipsi e alvo alterante, dolore epigastrico, aftosi recidivante
Sintomi extra-intestinali	malessere, cefalea, stanchezza, ansia, tensione muscolare e dolore articolare, confusione mentale

Quadro clinico che va tuttavia tenuto ben distinto dalle altre "patologie maggiori" scatenate dal grano come morbo celiaco e allergia; patologie caratterizzate da sintomi d'organo importanti (malassorbimento, asma, vomito e diarrea, orticaria) o da manifestazioni sistemiche come nell'anafilassi (Tabella 4) per le quali esistono ben definiti test diagnostici. L'intolleranza indotta da grano non dispone invece di test diagnostici specifici ed è spesso associata o confusa con il colon irritabile (IBS) creando problemi di diagnosi differenziale.

Questa, inoltre, può manifestarsi sotto forma di sintomi gastrointestinali acuti (GIS) nel corso di allenamenti intensivi o durante le gare di atleti professionisti, creando ulteriori difficoltà diagnostiche essendo i sintomi assenti in condizioni di riposo.

Intolleranza al grano di tipo non celiaco: cause e approccio dietetico

Tabella 4: Lo spettro delle patologie da grano

Meccanismo Patogenetico	Lo spettro delle patologie da grano di tipo maggiore (1 e 2) e di tipo minore (3)		
1) Autoimmune	Morbo celiaco	Morbo celiaco, dermatite erpetiforme, atassia sa glutine	
2) Allergico	Allergia	Tipo IgE	Tipo non IgE
		Apparato respiratorio (asma di Baker) Apparato gastrointestinale (vomito, diarrea) Apparato cutaneo (orticaria, angioedema) Sistemico (anaflassi, WDEIA)	FPIES (Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome) o Sindrome dell'Enterocolite Allergica Esofagite eosinofila
3)Attivazione immunità Naturale	Morbo celiaco, dermatite erpetiforme, atassia sa glutine		

Una patologia multifattoriale

L'intolleranza al grano può dipendere dalla presenza del glutine, sua principale frazione proteica, (vedi oltre) ma può rientrare anche nel capitolo più vasto della intolleranza ai FODMAPs, zuccheri scarsamente assorbibili di cui il frumento è ricco, insieme a numerosi altri alimenti (cicoria, broccoli, legumi, frutta, etc). Altre possibili cause da tenere in considerazione sono il nichel, presente nel grano e in numerosi altri alimenti, su cui però non esistono evidenze scientifiche circa un suo ruolo causale e le moderne modalità di lavorazione del prodotto di cui parleremo successivamente. Si tratta dunque di una patologia multifattoriale in cui entrano in gioco una serie di elementi talvolta associati (tabella 5) e in cui esiste una forte componente socio-culturale, cresciuta sensibilmente di importanza negli ultimi due decenni in cui l'alimentazione è diventata centrale nel dibattito pubblico sui principali media e sulla carta stampata.

Tabella 5: i fattori implicati nell'intolleranza al grano

1.	Fattori psico-socio-culturali
2.	Fattori legati alle diverse tipologie di grano (antichi vs moderni)
3.	Fattori legati alle modalità di lievitazione
4.	Fattori legati a componenti chimiche intrinseche del grano
5.	Fattori legati alla disbiosi (deficit di <i>firmicutes</i> produttori di butirrato e/o <i>bifidobatteri</i>)

Il ruolo dei diversi fattori nella intolleranza al grano

1. I fattori psico-socio-culturali

Il cibo, aldilà del suo valore nutrizionale, è stato costantemente saturato da un altrettanto importante valore simbolico. L'antropologo Claude Levi Strauss, che ha dedicato al cibo studi fondamentali, ritiene che gli alimenti si presentino in ogni società sotto tre diverse condizioni universali: il crudo, il cotto e il putrido⁴. In questo triangolo culinario il cotto rappresenta la trasformazione culturale del crudo e il putrido quella naturale. Il processo della cottura degli alimenti segna il passaggio dell'uomo dallo stato di natura a quello della socializzazione specie con l'invenzione della tecnica del "bollito" che, a differenza di quella dell'"arrosto," ottenuto ponendo gli alimenti a diretto contatto con il fuoco, ne scita di un mezzo intermedio (il tegame etc), frutto della mediazione culturale.

Il cibo è nei fatti un meta-linguaggio che denota e connota socialmente il suo consumatore perché, nelle parole dello storico dell'alimentazione Massimo Montanari, "I comportamenti alimentari sono frutto non solo di valutazioni economiche, nutrizionali, salutari razionalmente perseguite, ma anche di scelte legate all'immaginario e ai simboli di cui siamo portatori e in qualche modo *prigionieri*".

Sono questi fattori culturali che spingono milioni di americani a ridurre o abolire completamente dalla dieta il glutine e quindi tutti i grani che lo contengono (figura 4) senza tenere in debito conto anche i potenziali effetti negativi di una tale dieta a lungo termine (tabella 6).

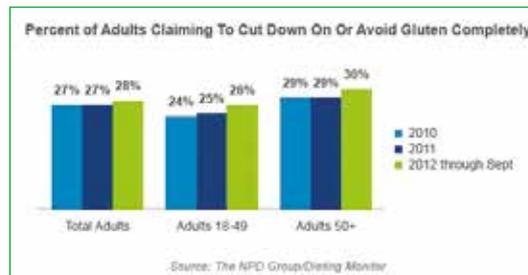


Figura 4: percentuale di americani che dichiarano di avere abolito completamente il glutine

Tabella 6: Potenziali effetti positivi e negativi di una dieta gluten free a lungo termine

Potenziali effetti negativi	Potenziali effetti positivi
<ul style="list-style-type: none"> • Minore disponibilità di prodotti • Restrizione eccessiva di alimenti nel timore di possibili contaminazioni • Minore introito di nutrienti (Fe, Zn, K, vit. B, Ca, Folati), fibre, prebiotici, metionina e lisina • Maggior contenuto di grassi e zuccheri altamente assorbibili • Modificazione negativa del microbiota • Isolamento sociale <p>Maggiori costi (>200%) rispetto ai prodotti contenenti glutine</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Scelta più consapevole dei cibi e attenzione al bilancio nutrizionale • Maggior consumo di frutta, verdura e cereali integrali • Diminuzione dei sintomi da GIS (atleti) <p>Diminuzione della permeabilità e della flogosi intestinale</p>

⁴ Claude Levi Strauss, *Breve trattato di etnologia culinaria* 1971

Il cibo è nei fatti un meta-linguaggio che denota e connota socialmente il suo consumatore perché, nelle parole dello storico dell'alimentazione Massimo Montanari, "I comportamenti alimentari sono frutto non solo di valutazioni economiche, nutrizionali, salutari razionalmente perseguite, ma anche di scelte legate all'immaginario e ai simboli di cui siamo portatori e in qualche modo *prigionieri*".

Una scelta non dettata da motivi di razionalità, ma dalla preferenza individuale o meglio collettiva verso alcuni elementi costitutivi dell'alimentazione; elementi che sempre Claude Levi Strauss in analogia ai "fonemi" della lingua aveva definito "gustemi" e che sono organizzati secondo talune strutture di correlazione ed opposizione (uso di materie prime nazionali od esotiche; rapporti tra base del pasto e contorni, grado di sapidità) che definiscono la cifra di un determinato stile culinario demarcandone le differenze con gli altri⁵. Abbiamo già parlato dei due modelli oppositivi dell'"Ager e del "Saltus" ma dobbiamo anche ricordare l'importanza che alcuni gustemi hanno svolto nel passato per diventare successivamente obsoleti. Tra questi il ruolo che il "putrido (fermentato) ha avuto nell'alimentazione degli antichi romani, dove la salsa fondamentale per il condimento delle pietanze era il "garum", ottenuto dalla macerazione del pesce con spezie varie e sale. Un condimento, questo, oggi improponibile ai nostri palati, talmente importante da essere uno dei componenti della paga del soldato (corrispondente agli attuali benefit contrattuali).

2. Fattori legati alle diverse tipologie di grano

Un'ulteriore teoria con cui giustificare la scarsa tollerabilità del grano è quella che chiama in causa la differenza esistente tra i grani moderni, attualmente in uso, e quelli antichi oggi scarsamente utilizzati (tabella 7).

Tabella 6: Potenziali effetti positivi e negativi di una dieta gluten free a lungo termine

Grano Antico	Grano Moderno
Triticum monococcum (farro piccolo/ einkorn) diploide, Glutine 10%	
Triticum dicoccon (farro medio/emmer) tetraploide Ibridazione di einkorn con graminacea	Triticum durum Triticum turgidum con emmer (grano duro) tetraploide
Triticum spelta (farro grande) esaploide glutine 15-20%	Triticum estivum (grano tenero) esaploide, glutine 15-20%
Kamut *(genotipo del grano Khorasan, una forma di <i>T.Turgidum</i>)	

*Il kamut contiene più amilosio (34 vs 28%) più proteine (16 vs 13%) più antiossidanti come polifenoli, flavonoidi e carotenoidi e più minerali. Il grano tenero è frutto della ibridazione di farro coltivato con graminacea spontanea *triticum tauschii* (9000 anni orsono)

In realtà la letteratura scientifica non fornisce alcuna evidenza che i grani antichi siano più tollerabili dei moderni; al contrario il contenuto di fibre e di prebiotici (componenti essenziali di una corretta alimentazione) è superiore nel Durum (grano moderno) rispetto agli antichi come anche più bassa è la percentuale di uno dei principali allergeni, la frazione omega gliadina.⁶ Lo stesso discorso vale per il Kamut, attualmente molto in voga, di cui bisogna ricordare il maggiore contenuto di proteine e quindi di glutine.

3. Fattori legati alle modalità di lievitazione

Negli ultimi anni l'attenzione dei pazienti e dei media si è molto concentrata sul lievito, identificando in esso la causa della intolleranza al grano e di qui la scelta di abolire il pane tradizionale, privilegiando il pane azimo, escludendo i prodotti di pasticceria. Anche in questo caso si mescolano elementi di verità con prese di posizioni prive di riscontri scientifici, in quanto a incidere fortemente è il tipo di lievitazione utilizzata. Esistono infatti tre diverse modalità profondamente diverse l'una dall'altra e che fanno la differenza sulla tollerabilità del prodotto finito:

- 1) Lievitazione naturale con pasta acida (*Lactobacilli/S.cervisiae*; rapporto 100/1);
- 2) Lievitazione alcoolica con lievito di birra (*S.cervisiae*);
- 3) Lievitazione chimica (Ac.Tartarico con Bicarbonato di ammonio/Na+).

Tra tali procedimenti gli ultimi due sono attualmente i più utilizzati dall'industria del settore per la marcata riduzione dei tempi di lievitazione. Quest'ultimo è un sicuro vantaggio economico a cui però corrisponde un'equivalente riduzione della qualità del prodotto ottenuto e della sua digeribilità. Oggi infatti sappiamo che alla base della cattiva tolleranza del lievito c'è l'abbandono della lievitazione naturale di tipo bimodale (*Lactobacilli* e *Miceti*) con cui si ottengono invece importanti risultati bio-nutrizionali: una maggiore biodisponibilità di vitamine, steroli e minerali; una migliore solubilizzazione delle fibre e una più intensa degradazione del glutine.⁷ Ulteriori studi hanno confermato come nei prodotti a lievitazione naturale di farine integrali corrisponda un aumento significativo di composti bioattivi come A.A. a catena ramificata, peptidi ad attività antiossidante e antipertensiva, ac. grassi polinsaturi nonché metaboliti degli acidi fenolici di origine batterica. Nutrienti con importanti effetti sulla salute come suggeriscono le conclusioni dello studio che si riporta testualmente "nel processo di lievitazione naturale si formano molecole metabolicamente attive in grado di contribuire alla promozione della salute e della prevenzione di malattie croniche come il DM tipo 2 e le malattie cardiovascolari⁸".

⁶ Dinu et al *Ancient wheat species and human health: Journal of Nutritional Biochemistry* 52 (2018)

⁷ K. Poutanen et al. / *Food Microbiology* 26 (2009) 693–699.

⁸ Ville M. Koistinen et al *Scientific Reports* (2018) 8:5684

⁵ Claude Levi Strauss, *Antropologia strutturale* Net edizioni 2002 pagina 103

Intolleranza al grano di tipo non celiaco: cause e approccio dietetico

Tabella 8: componenti del grano in grado di indurre fenomeni di intolleranza

Componenti del Grano	Caratteristiche
Glutine	80-85% delle proteine totali. Elementi costitutivi sono: Glutenine (40-50%) e Gliadina (30-40%) Sono responsabili della celiachia e possono contribuire all'intolleranza al grano di tipo non celiaco Morbo celiaco, dermatite erpetiforme, atassia sa glutine
FODMAPs	Acronimo che indica "fermentable oligosaccharides, disaccharides, mo-nosaccharides, and polyo" Sono zuccheri e poli-alcoli poco assorbibili e presenti in molti alimenti che a livello intestinale inducono richiamo di acqua e fermentazione da parte del microbioma con formazione di grandi quantità di gas. I FODMAPs sono costituiti da diversi composti: 1) <i>Disaccaridi</i> (fruttosio e lattosio) pesche, mele, pere, albicocche, mango, sciroppi di frutta, frutta secca, latte, mozzarella, ricotta 2) <i>Fruttani</i> : carciofi, broccoli, cicoria, aglio, cipolla, grano, anguria, mela 3) <i>Galattani</i> : fagioli, ceci, piselli, lenticchie, soia 4) <i>Polioli</i> : mele, albicocche, pere, pesca, avocado, funghi, miele, dolcificanti come sorbitolo, mannitolo, xilitolo, eritrolo, maltitolo I FODMAPs contenuti nel grano sono fruttani, galattani e glucani
ATI	Inibitori di Amilasi e tripsina. Svolgono una funzione protettiva inibendo enzimi presenti nel grano e in alcuni parassiti ma sono anche trigger di attivazione della immunità naturale attraverso la stimolazione dei TLR4 degli enterociti
WGA	Agglutinine del germe del grano. Svolgono una funzione protettiva, ma Inducono anche il rilascio di citochine flogogene (TNF-, IL-1, IL-12 e IFN-y) con danno dell'integrità della barriera intestinale
Nichel	Il nichel è un componente della crosta terrestre (1%) ed è presente in numerosi ortaggi, frutta secca e graminacee tra cui il grano. La sua concentrazione non è tuttavia fissa essendo fortemente condizionata dal diverso tipo di cultivar. Non esistono allo stato attuale studi epidemiologici rigorosi che dimostrino un suo ruolo patogenetico nella intolleranza alimentare

4. Fattori legati a componenti chimiche intrinseche del grano

Sono sicuramente questi i fattori di più forte rilievo clinico su cui si sono concentrati i più importanti studi scientifici. Le componenti che possono giocare un ruolo patogenetico nell'intolleranza al grano sono diverse e sono riportate in tabella 8 in cui sono illustrate in modo sintetico caratteristiche e proprietà.

Tra questi componenti quelli che possono giocare un ruolo causale nella stragrande maggioranza dei pazienti sono di sicuro il glutine e i FODMAPs entrambi presenti nel grano; fatto che rende molto difficile stabilire con esattezza quale dei due sia effettivamente responsabile dei sintomi. Vari tentativi sono stati fatti utilizzando diete selettivamente prive dell'uno e dell'altro, ma nessuno ha portato a conclusioni definitive creando problemi ancora insoluti ai fini di un corretto trattamento dietetico.

Su tale importante argomento quindi la letteratura scientifica non offre ancora una soluzione univoca essendo le conclusioni degli studi ancora contraddittori e facendo pendere la bilancia ora a favore dei FODMAPs ora a favore del Glutine.

FODMAPS o Glutine?

A favore dei FODMAPs ci sono due importanti studi condotti in doppio cieco, somministrando a pazienti con intolleranza al grano, in due fasi successive, un prodotto alimentare con identiche proprietà organolettiche, costituito alternativamente da fruttani e glutine. L'analisi della sintomatologia riferita ha dimostrato come i sintomi compaiano solo dopo la somministrazione dei primi e non del secondo. L'elemento patogenetico più importante per gli autori sarebbero dunque gli zuccheri non assorbibili^{9/10}.

A favore del glutine altri studi condotti somministrando glutine e placebo hanno dimostrato invece come sia il glutine e non il placebo a indurre sintomi specifici; e questo in modo particolare in soggetti che, pur non essendo affetti da celiachia, hanno tuttavia la predisposizione genetica ad ammalarsi per la presenza di particolari alleli nel complesso DQ2/DQ8. In tali soggetti è possibile dimostrare inoltre uno stato di flogosi con la presenza di linfociti a livello dei villi intestinali e del colon. Per gli autori dunque il glutine, oltre a indurre la classica celiachia, è anche in grado di determinare un quadro di infiammazione intestinale da cui deriva il corredo sintomatologico¹¹.

5. Fattori legati alla disbiosi (deficit di firmicutes produttori di butirrato e/o bifido batteri)

Un ultimo argomento da affrontare è il ruolo che può giocare una eventuale disbiosi intestinale. Una condizione oggetto di studi scientifici ma anche di una crescente attenzione nei media.

Senza entrare troppo nel dettaglio di un argomento non ancora compiutamente definito, si può tuttavia affermare con certezza che un deficit di bifidobatteri si traduca in una minore produzione di butirrato che ha come conseguenze una maggiore permeabilità della

⁹ Skodie et al *Fructan, Rather Than Gluten, Induces Symptoms in Patients With Self-Reported Non-Celiac Gluten Sensitivity Gastroenterology 2018*

¹⁰ Jessica R Biesiekierski et al *No effects of gluten in patients with self-reported non-celiac gluten sensitivity after dietary reduction of fermentable, poorly absorbed, short-chain carbohydrates Gastroenterology 2013*

¹¹ Justin Hollon et al *Effect of gliadin on permeability of intestinal biopsy explants from celiac disease patients and patients with non-celiac gluten sensitivity: Nutrients 2015*

Tabella 9: algoritmo diagnostico per l'identificazione degli alimenti responsabili

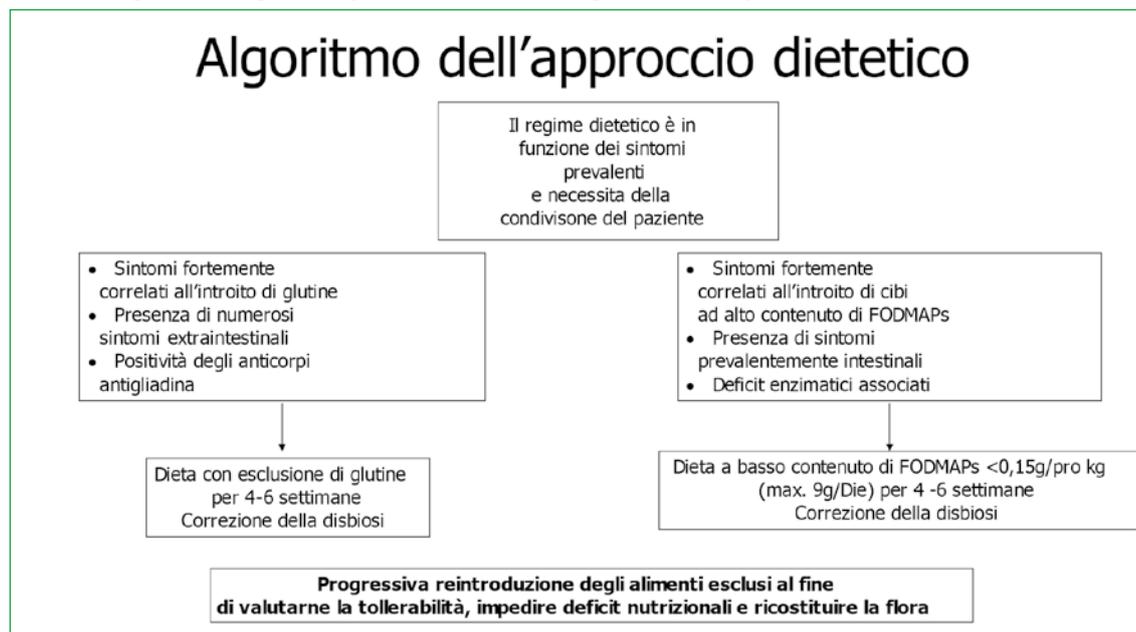


Tabella 10: diete (1500 Kilocalorie) per A) esclusione del glutine; B) esclusione di FODMAPs

Dieta 1600 Kalorie	A) Esclusione di glutine	B) Esclusione di FODMAPs
Colazione	Latte 200 ml Fette biscottate 25 gr Saccarosio 5 gr	Latte 200 ml de-lattosato Fiocchi di riso 30 gr Fiocchi di mais 35 gr
Pranzo Cena	Primo: Riso 90 gr / mais 90 gr / legumi secchi 80 gr Secondo: Bovino 100 gr/ pollo 110 gr/ suino 80 gr merluzzo 220 gr/gamberi 220 gr tonno in olio 60 gr / prosciutto 90 gr provolone 40 gr / uovo 120 gr / mozzarella 50 gr Contorno: Verdure di tutti i tipi 200 gr Frutta: Banana 100 gr / pere 200 gr ananas 150 gr / mele 150 gr, pesche 250 gr altra frutta	Primo: Riso 90 gr / mais 90 gr / orzo 90 gr pasta di semola 80 gr Secondo: Bovino 100 gr / pollo 110 gr / coniglio 110 gr merluzzo 160 gr / gamberi 220 gr tonno in olio 60 gr Contorno: Spinaci 100 gr / carote 100 gr cavolini Brux 100 gr / zucchine 200 g Frutta: Banana 100g; Kiwi 150g; mirtilli 250, fragole e arance 250
Condimenti	Olio 30 ml / cipolle / aglio / peperoncino etc	Olio 30 ml / peperoncino etc

mucosa e una ridotta detossificazione dei batteri; fenomeni questi che si traducono in una maggiore penetrazione di ATIs e di glutine nella parte intestinale con conseguente attivazione della risposta immunitaria e della liberazione di citochine infiammatorie¹².

Le strategie dietetiche possibili

Un efficace trattamento dietetico presuppone una corretta formulazione diagnostica e un'esatta identificazione delle componenti alimentari responsabili della sintomatologia. Come primo punto dunque vanno escluse le due patologie maggiori indotte dal

frumento: morbo celiaco e allergia. Per tali condizioni cliniche esistono affidabili test diagnostici clinico-strumentali che consentono una diagnosi certa. Per quanto riguarda invece l'intolleranza, non essendo allo stato attuale disponibili test altrettanto affidabili, è indispensabile procedere con un ragionamento clinico basato su diversi step (Tabella 9) e adottando una razionalità di tipo incrementale.

Il primo step è valutare se i sintomi di cui si lamenta il paziente sono di tipo misto (intestinale ed extra intestinale) o se sono limitati all'apparato intestinale. Nel primo caso, specie se sono presenti anticorpi di tipo IgG contro la gliadina, è più probabile che l'elemento responsabile sia il glutine. Nel secondo caso, specie in presenza di sintomi prevalentemente intestinali e deficit enzimatici come la lattasi è più probabile che la responsabilità sia da addebitare ai FODMAPs.

¹² Leccioli et al A New Proposal for the Pathogenic Mechanism of Non-Coeliac/Non-Allergic Gluten/Wheat Sensitivity: Piecing Together the Puzzle of Recent Scientific Evidence, *Nutrients* 2017

Intolleranza al grano di tipo non celiaco: cause e approccio dietetico

Tabella 11: reintroduzione graduale degli alimenti contenenti i diversi zuccheri non assorbibili. Saranno definitivamente esclusi quelli in grado di indurre nuovamente la comparsa di sintomi e re-inseriti nella dieta ordinaria quelli ben tollerati e indispensabili per un regolare transito intestinale

1 Settimana:	Lattosio	½ tazza* di latte (250ml) o ¾ di tazza di yogurt (senza dolci-ficanti o altri FODMAPs)
2 Settimana:	Fruttosio	½ mango o 1-2 cucchiaino di miele
3 Settimana:	Polioli-sorbitolo	3-10 more o ¼ avocado
4 Settimana:	Polioli-mannitolo	100-150 g cavolfiore o 200 g di patate dolci
5 Settimana:	Fruttani-frumento	2 fette di pane integrale o 100 grammi di pasta; broccoli o cicoria in caso di CD
6 Settimana:	Fruttani-cipolla	1 cucchiaino di cipolle tritate
7 Settimana:	Fruttani-aglio	1 spicchio d'aglio
8 Settimana:	Galatto-oligosaccaridi	½ tazza di fagioli rossi/neri o piselli congelati o 15-25 man-dorle

Il secondo step è prescrivere un trattamento dietetico della durata di 4-6 settimane privo, nel primo caso di glutine, nel secondo di zuccheri non assorbibili (Tabella 10) e valutare la scomparsa o la persistenza dei sintomi. Il terzo step, nel caso in cui ci sia stata una risoluzione di sintomi dopo esclusione dei FODMAPs, consiste nella reintroduzione graduale dei cibi per valutarne la tollerabilità delle diverse tipologie (legumi, verdure a foglia larga, etc.) ai fini non deprivare l'organismo di alimenti ricchi di fibre, indispensabili per regolare il traffico intestinale (Tabella 11).

Come misura complementare valida comunque, sia nella prima che nella seconda dieta, è la somministrazione di prebiotici per la correzione di eventuale disbiosi.

Considerazioni conclusive

Il cibo, con le sue diverse caratteristiche (sapore, odore, costo, provenienza e disponibilità sul mercato), è sovra-saturato di significati spesso indotti dall'industria culturale.

Tali significati "si proiettano sulle persone o sui gruppi

sociali che ne fanno uso, denotando raffinatezza o volgarità, scarsa vitalità o esuberanza, anti-conformismo, ricchezza, esotismo, creatività o piatta ripetitività".

Il grano è inserito in questo circuito culturale-simbolico. Compito del medico è assumere il punto di vista del paziente che riferisce una condizione di intolleranza a tale alimento.

Il medico, con effettiva esperienza di tali patologie, deve valutare prima la storia clinica e sulla base dell'anamnesi e dell'esame obiettivo, prescrivere solo dei test che siano effettivamente validati dalla comunità scientifica, escludendo tutti gli altri dispensati dal mercato, ma purtroppo totalmente inutili.

Dopodiché, nel caso in cui siano state escluse celiachia e allergia al grano, si procederà con le diete di esclusione di cui abbiamo parlato.

Un procedimento che impegna tempo, che limita fortemente l'uso di tutti gli alimenti non ricompresi nella dieta ma che è l'unico mezzo per pervenire ad una diagnosi di certezza su cui poi impostare un programma dietetico di lungo corso.



Invecchiamento della popolazione: aspetti positivi e negativi per la qualità della vita

Dott. Aladar Ianes

Vicepresidente Fondazione Longevitas - ETS



Nel 2020, più di 147 milioni di persone in tutto il mondo avevano un'età compresa tra 80 e 99 anni, pari all'**1,9%** della popolazione mondiale. Le ragioni dell'invecchiamento di massa della popolazione sono note: progresso nella medicina e nella diffusione di strutture sanitarie che hanno allungato l'aspettativa di vita e calo dei tassi di natalità.

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

Entro il 2050, la **popolazione** mondiale di anziani sarà più che raddoppiata, raggiungendo i 2,1 miliardi, che significa che ci saranno più del doppio delle persone sopra i 60 anni rispetto ai bambini sotto i 5 anni.

Come segnalato dall'Istituto Superiore di Sanità Italiano Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, il progressivo invecchiamento della popolazione è ormai noto a tutti. Ciò che colpisce maggiormente nel panorama del 21° secolo è il fatto di assistere a una ridistribuzione demografica senza precedenti, in cui entro il 2050 la proporzione di anziani tenderà a raddoppiare, passando dall'11% al 22% della popolazione totale. Nei prossimi 5 anni, per la prima volta nella storia dell'umanità, il numero di individui di età uguale o superiore a 65 anni supererà quello dei bambini al di sotto dei 5 anni. L'incremento della popolazione anziana sarà più evidente nei Paesi in via di sviluppo, ma soprattutto nei Paesi industrializzati il segmento di popolazione che aumenterà maggiormente sarà quello degli ultraottantenni, il cui numero assoluto, entro il 2050, risulterà praticamente quadruplicato (1, 2).

Parallelamente all'aumentata aspettativa di vita, si è ve-

rificata una transizione epidemiologica nella patologia emergente: da una situazione in cui erano prevalenti le malattie infettive e carenziali, si è passati a una preponderanza di quelle cronico degenerative. Nei Paesi più ricchi, il maggior carico di malattia (GBD, global burden of disease), misurato in anni di vita aggiustati per disabilità (DALY, disability-adjusted life years), è attribuibile alle patologie cardio e cerebrovascolari e ai disturbi neuropsichiatrici, tra cui la depressione, la malattia di Alzheimer e le altre forme di demenza (3). Tanto nei Paesi in via di sviluppo che in quelli a più alto reddito, si prevede che il numero di soggetti con disabilità, derivante principalmente dalle malattie non trasmissibili, aumenterà proporzionalmente alla crescita della popolazione, con una più alta percentuale proprio nelle classi di età più avanzata.

Con l'aumento dell'aspettativa di vita e il rapporto sempre più sfavorevole tra popolazione attiva e non attiva, tenderà ad aumentare anche l'onere socioeconomico correlato alla cura, all'assistenza e alle spese previdenziali destinate agli anziani, causando il cosiddetto longevity shock, recentemente sottolineato dal Fondo Monetario Internazionale (4). È inoltre evidente che la doppia transizione, epidemiologica e demografica, incrementerà inevitabilmente l'incidenza di numerose patologie neurodegenerative che si caratterizzano per il deficit cognitivo age associated, prima tra tutte la malattia di Alzheimer, come ha evidenziato il Progetto IPREA (Italian PRoject on the Epidemiology of Alzheimer's disease) (5). L'attuale evoluzione richiede, quindi, una ridefinizione delle misure e delle risorse destinate alle fasce di popolazione anziana, in cui più alto è il rischio di malattia e di perdita di autosufficienza.

Negli ultimi 50 anni l'invecchiamento della popolazione italiana è stato uno dei più rapidi tra i Paesi maggiormente sviluppati e si stima che nel 2050 la quota di ultra65enni ammonterà al 35,9% della popolazione totale, con un'attesa di vita media pari a 82,5 anni (79,5 per gli uomini e 85,6 per le donne) (6).

Se da un lato l'aumento della longevità rappresenta indubbiamente una grande conquista, in quanto testimonia il crescente miglioramento delle condizioni di vita e i progressi della medicina, dall'altro potrebbe trasformarsi in una minaccia per l'immediato futuro, nel caso in cui non fosse controbilanciato da una rinnovata capacità di programmazione di opportuni, sistematici e urgenti interventi di politica sanitaria che investano la ricerca, l'assistenza e il benessere degli anziani, tenendo in considerazione l'evoluzione del concetto stesso di invecchiamento.

L'invecchiamento rappresenta un processo multifattoriale caratterizzato da una progressiva perdita delle capacità funzionali e da una crescente comorbidità, proporzionali all'avanzamento dell'età e che investono l'intero arco della vita.

Invecchiamento della popolazione: aspetti positivi e negativi per la qualità della vita

Lo stato di salute dell'anziano non è più identificato unicamente con la ridotta presenza di malattia, ma con il mantenimento del benessere psicofisico e relazionale, pur in presenza di polipatologie. Per questo motivo, uno degli indicatori più frequentemente utilizzati per misurare il benessere e lo stato di salute della popolazione è l'aspettativa di vita libera da disabilità (DFLE, disability free life expectancy), un indicatore composito che combina informazioni su mortalità e disabilità, estendendo il concetto di aspettativa di vita al di là del semplice numero di anni vissuti, quantificando quanti di questi siano realmente vissuti senza limitazioni nelle attività quotidiane (ADL, activities of daily living e IADL, instrumental activities of daily living).

L'originalità del nuovo orientamento risiede nell'aver individuato come obiettivi fondamentali il mantenimento dell'autosufficienza e della qualità della vita dell'anziano. Oltre al trattamento specialistico e riabilitativo della malattia, compito che comunque rimane essenziale, l'obiettivo che ci si deve prefiggere è quello di attuare interventi di prevenzione in grado di minimizzare i principali fattori di rischio e promuovere adeguati stili di vita in ogni età, favorendo parallelamente l'accesso ai servizi e l'integrazione del soggetto nel proprio contesto sociale. Tale orientamento è stato recepito dall'Unione Europea, che ha proclamato il 2012 "Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazioni", e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che ha dedicato la Giornata Mondiale della Salute 2012 a "Invecchiamento e salute: la buona salute aggiunge vita agli anni" (2).

Prospettive a livello sociosanitario e assistenziale

Per affrontare la sfida dell'invecchiamento della popolazione, è necessario che la risposta tecnico-organizzativa del sistema sanitario, sociosanitario ed assistenziale si adeguino tempestivamente ai mutamenti in corso e alle nuove esigenze, evitando l'ospedalizzazione e prediligendo interventi sul territorio, mirati alla prevenzione, alla riabilitazione, alle facilitazioni ambientali, al sostegno economico, sociale e motivazionale dell'anziano e della sua famiglia, nel contesto di vita.

Una delle possibili risposte a questa esigenza è rappresentata dalla rete integrata dei servizi sociosanitari che vede l'interazione di diverse figure professionali (medico, assistente sociale, infermiere professionale, fisioterapista, ecc.), al fine di inquadrare l'anziano nella sua unitarietà, individuando precocemente l'anziano "fragile" (a rischio di perdere l'autosufficienza), di delineare un programma di intervento personalizzato e verificarne periodicamente l'efficacia, adattandolo all'evolversi della situazione.

Attraverso la valutazione multidimensionale è possibile analizzare il grado di salute fisica e psichica, il livello di disabilità e di compromissione delle funzionalità, la situazione familiare, socio-ambientale ed economica, e il rischio di perdita dell'autosufficienza. Per delineare un programma di intervento, che sia non solo adatto al soggetto ma anche realizzabile, l'attività di valutazione deve conoscere in dettaglio quali sono le strutture (reparto geriatrico, residenza sanitaria assistenziale, day hospital, casa di riposo, ecc.) e i servizi (assistenza domiciliare integrata, ospedalizzazione domiciliare, centri diurni, servizi sociali, volontariato, ecc.) disponibili sul territorio.

La figura che gestisce le indicazioni maturate attraverso la valutazione multidimensionale e che organizza e collega gli interventi relativi alla sfera sanitaria, sociale, individuale e familiare è il cosiddetto *case manager*. Tale ruolo può essere ricoperto dal soggetto stesso, se in discrete condizioni psico-fisiche, o in alternativa da un suo familiare, da un assistente sociale, da un volontario, o dal medico curante.

In conclusione, la rete integrata dei servizi dovrebbe essere lo strumento per coordinare gli interventi destinati agli anziani, al fine di migliorarne l'impatto benefico e indirizzare, secondo criteri etici, logici ed economici, l'allocatione delle scarse risorse disponibili per prolungare il mantenimento di una vita attiva, sia dal punto di vista fisico che intellettuale e sociale. Purtroppo, stando ai risultati del progetto "ULISSE - Osservatorio per la qualità dell'assistenza dell'anziano fragile" questo obiettivo in Italia è ancora lontano (7): i servizi sanitari per l'anziano, sia domiciliari, che per acuti o di lungodegenza, sono genericamente insufficienti e soffrono di una consistente eterogeneità e frammentazione; gli individui che vi accedono hanno un'età media superiore agli 80 anni, un'alta prevalenza di multimorbilità e un elevato consumo di farmaci. Sono, inoltre, caratterizzati da alti livelli di disabilità e ben il 70% degli istituzionalizzati soffre di deterioramento cognitivo, di cui il 40% di grado severo. Anche nell'arco dell'anno 2022- 2023 il Patto per la Non Autosufficienza si è adoperato ad elencare gli obiettivi del Piano Nazione di ripresa e resilienza (PNRR) a favore delle persone non autosufficienti contenuti nel ddl 506 approvato dalla Camera dei Deputati nel marzo 2023. Andranno certamente approvati nel corso dei prossimi mesi del corrente anno i cosiddetti decreti attuativi.

Tutto ciò per adottare urgentemente una misura straordinaria per adeguare il sistema di welfare italiano ai nuovi bisogni sociali e, soprattutto, per mettere le famiglie in condizione di affrontare con maggiore serenità il carico assistenziale e gli inevitabili costi che comporta una persona anziana o anziana non autosufficienti.

L'articolo 3 del DDL 506 prevede ulteriori principi e criteri direttivi a cui il Governo deve attenersi nell'adottare, entro il 31 gennaio 2024, con interventi finalizzati all'invecchiamento attivo e la prevenzione dell'autonomia delle persone anziane. Tali provvedimenti saranno sostenuti da apposite campagne informative, promuovendo programmi e percorsi integrati volti a contrastare l'isolamento. E' prevista, altresì, la promozione di azioni finalizzate a facilitare l'autonomia di vita degli anziani nei contesti urbani ed extraurbani, non solo con la rimozione di ostacoli che ne impediscono l'esercizio fisico, la fruizione degli spazi verdi e le occasioni di socializzazio-



ne e di incontro, inoltre con la previsione di nuove forme di domiciliarità e di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (senior co-housing) e di coabitazione intergenerazionale, specie con i giovani in condizioni svantaggiate (co-housing intergenerazionale), nonché di interventi finalizzati alla loro alfabetizzazione informatica. È inoltre prevista la promozione di programmi e percorsi volti a favorire il turismo del benessere e il turismo lento, nonché l'individuazione, la promozione e l'attuazione di percorsi per il mantenimento delle capacità fisiche, intellettive, lavorative e sociali, mediante l'attività sportiva, al fine di preservare l'indipendenza funzionale in età avanzata e mantenere una buona qualità di vita.

Come meglio esplicherò di seguito nella progettualità di nuove offerte di vita abitativa, come quella di Over Senior Residence elaborate nell'arco degli ultimi due anni si è voluto promuovere una vita di relazioni che giovi a sconfiggere la solitudine che è molto spesso il male più silenzioso che distrugge un anziano; su questo aspetto mi piace riprendere ciò che Monsignor Paglia, nella sua figura di Presidente della Commissione per la riforma dell'assistenza agli anziani conclusasi con l'approvazione del nuovo DDL anziani, ha voluto definire "Carta dei diritti degli anziani" nel nuovo contesto della società contemporanea. In questa Carta uno dei pilastri è il Diritto ad una vita di relazione e noi crediamo che il condominio solidale possa ricoprire un ruolo importante su questo aspetto nella consapevolezza che l'anziano nella sua fragilità dipende ancor più dalle relazioni e dall'affetto, da una rete di contatti quotidiani che lo circonda e lo sostiene in contrapposizione ad ogni forma di emarginazione ed esclusione.

La solitudine genera uno stato di sofferenza e pertanto dolore psicologico che genera stress ed a sua volta uno stato di ansia che conduce alla depressione. Il disturbo depressivo riscontrati negli over 65 è in costante aumento e spesso a tale patologia soggiace la comparsa di disturbi psico-fisici cronici, la perdita delle autonomie, la diminuzione dell'autostima, la progressiva riduzione delle attività e degli interessi e la perdita di relazioni significative.

Gli studi di neuroimaging hanno osservato che quando avvertiamo il dolore della solitudine si attiva un'area emotiva, denominata regione del cingolo anteriore dorsale, che è la medesima che registra le risposte emotive al dolore fisico. La persona che soffre di solitudine per svariati motivi (isolamento fisico, trasferimento in un nuovo luogo di vita, la perdita di un familiare, etc.) può condurre a cicli di sensazioni, pensieri e condotte negative che si auto-rinforzano e purtroppo conducono proprio verso l'emarginazione che si sta cercando in tutti i modi di evitare. Proprio per il fatto che la solitudine rappresenta un'emozione umana universale la prevenzione di questo stato mentale potenzialmente dannoso può variare notevolmente. Certamente chi soffre di solitudine avverte uno stato d'animo di sentirsi solo con la sensazione di un vuoto interiore, talora con la percezione di un decadimento dell'autostima e spesso con la percezione di sentirsi indesiderato anche se circondato da altre persone. Non da ultimo la solitudine, come precedentemente sottolineato, può essere un sintomo di un disturbo psicologico come la depressione (8).

La solitudine ha effetti negativi diretti ed indiretti, sulla salute fisica e mentale come, ad esempio, portare all'u-



so di droghe, abuso di farmaci, all'alcolismo, ludopatia, abuso di internet, depressione ed aumento dello stress, peggioramento dei processi decisionali, diminuzione della memoria e dell'apprendimento, malattie cardiovascolari, ictus, aggravamento del decadimento cognitivo e delle demenze ed in alcune situazioni essere alla base della demenza.

Esperti del settore sostengono che non sia la quantità di interazione sociale che combatte la solitudine, ma la qualità: ecco che deriva la necessità di curare i rapporti sociali migliorandone la qualità, compiendo uno sforzo nel superamento di cause alla base della solitudine, conduce a sensazioni percettive di una migliore qualità di vita.

Possiamo certo rievocare quanto vissuto durante la pandemia da Sars-Cov-2 ed il lockdown: ansia, paura, insicurezza, incertezza del domani, isolamento nosocomiale o residenziale o in casa, hanno determinato un incremento di situazioni di solitudine con sconforto, peggioramento della qualità della vita, il sentirsi soli ed impotenti con una solitudine che generava un loop cognitivo di depressione difficile da superare nonostante gli sforzi dei caregiver, operatori, medici per impedire l'insorgenza a cascata di tali sintomi.

La situazione vissuta di privazione affettiva senza precedenti, fatta di mascherine e distanziamento sociale, dove anche le relazioni più elementari e scontate tra membri di una stessa famiglia sono venute meno. Ciò fa riflettere su quanto importanti siano i rapporti umani e su quanto incidano sul nostro tono timico, in particolare nei più anziani, nei quali i sintomi depressivi vengono spesso misconosciuti e confusi con quadri di deterioramento cognitivo (9).

In risposta al ddl 506 convertito in legge nel marzo 2023 Over Senior Residence ha sviluppato, sin dal periodo pre-pandemico Sars-Cov-2, una progettualità di assistenza all'anziano attivo e per l'anziano con moderata deflessione delle funzioni di autonomia la possibilità di inserimento in Comunità Assistite, Appartamenti Protetti, Comunità Alloggio, bene normate da alcune Regioni, al fine di dare ampi e globale risposta a tutte le necessità. Over rappresenta pertanto **il primo operatore in Italia a creare soluzioni e servizi abitativi per i Senior** dove i residenti possono mantenere le proprie abitudini, la propria socialità, la propria indipendenza, ma con una protezione costante, discreta, mai invasiva e supportata dalle moderne tecnologie alla portata di tutti.

È stata creata anche una **risposta all'esigenza degli Over 65 autosufficienti o parzialmente autosufficienti, di trovare un luogo in cui vivere e non invecchiare.**

Invecchiamento della popolazione: aspetti positivi e negativi per la qualità della vita

LE TIPOLOGIE ABITATIVE SONO DIVERSIFICATE:

Appartamenti Over

Oltre una semplice casa: gli Appartamenti sono **monolocali o bilocali (ad uso singolo o doppio)** dedicati a persone autosufficienti che ancora vogliono godersi la propria indipendenza e libertà, ma con la sicurezza di un'assistenza sanitaria disponibile per ogni eventualità. Ogni abitazione, comprensiva di **angolo cucina, zona living e bagno privato**, con la possibilità di personalizzare l'appartamento, è moderna e funzionale, grazie alla presenza di tecnologia semplice che garantisce sicurezza e comfort.

Gli Appartamenti offrono il giusto **mix tra desiderio di autonomia e voglia di socialità**, mettendo a disposizione spazi comuni come palestra e sala pranzo, ma lasciando la libertà di utilizzarli come e quando si vuole e di vivere le proprie abitudini uscendo e invitando amici.

Casa Over

La formula Casa Over permette di avere a disposizione una stanza, mettendo in comune con altri abitanti il salotto, la sala da pranzo e la cucina ed è pensato per tutti coloro che preferiscono avere una **maggiore protezione** e aumentare le occasioni di **socialità**, senza rinunciare alla propria libertà e autonomia, principi cardine della filosofia Over.

Per garantire la massima attenzione, assistenza e riservatezza, Casa Over può ospitare un numero massimo di persone, alloggiate in camere doppie o singole.

L'OFFERTA OVER È ORIENTATA VERSO: LA SOCIALITÀ

- Un mondo di relazioni, vecchie e nuove, da coltivare e consolidare grazie alle attività proposte dall'**Over Club** e alla propria iniziativa
- Locali d'intrattenimento per condividere passioni e momenti di relax
- Possibilità di mangiare in compagnia grazie al **Ristorante Over**

L'INDIPENDENZA

- Possibilità di trascorre le giornate secondo le proprie abitudini
- Possibilità di accogliere amici e familiari
- Possibilità di ospitare animali domestici

LA PROTEZIONE

- Sistema di allarme collegato al personale in ogni abitazione
- Personale a disposizione H24
- Sistema di domotica per monitoraggio stato di salute e controllo costante degli spazi interni ed esterni per la gestione di eventuali situazioni di pericolo
- Gestione semplificata dei dispositivi e abilitazione a chiamate audio/video

IL COMFORT

- Sistema di allarme collegato al personale in ogni abitazione
- Personale a disposizione H24
- Sistema di domotica per monitoraggio stato di salute e controllo costante degli spazi interni ed esterni per la

gestione di eventuali situazioni di pericolo

- Gestione semplificata dei dispositivi e abilitazione a chiamate audio/video

BIBLIOGRAFIA

1. Kinsella K, He W. *An aging world: 2008. US Census Bureau. International Population Reports (P95/09-1)*. US Gov Printing Office; 2009.
2. World Health Organization. World Health Day 2012 - Ageing and health - Toolkit for event organizers. WHO; 2012 ([http://whqlibdoc.who.int/...](http://whqlibdoc.who.int/)).
3. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL (Ed.). *Global burden of disease and risk factors*. Washington (DC): World Bank; 2006.
4. International Monetary Fund. Global financial stability report: the quest for lasting stability - 2012 ([www.imf.org/External/Pubs/FT/GFSR/...](http://www.imf.org/External/Pubs/FT/GFSR/)).
5. Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, et al. Prevalence of aging-associated cognitive decline in an Italian elderly population: results from cross-sectional phase of Italian Project on the Epidemiology of Alzheimer's disease (IPREA). *Aging Clin Exp Res* 2010;22(5-6):440-9.
6. United Nations. World population ageing 1950-2050 ([www.un.org/esa/population/...](http://www.un.org/esa/population/)).
7. Lattanzio F, Mussi C, Scafato E, et al. Health care for older people in Italy: the ULISSE Project (un link informatico sui servizi sanitari esistenti per l'anziano - A computerized network on health care services for older people). *J Nutr Health Aging* 2010;14(3):238-42.
8. Cacioppo J.T., Fowler, J.H., & Christakis, N.A. (2009). Alone in the crowd: The structure and spread of loneliness in a large social network. *Personality and Social Psychology*, 97 (6), 977-991. <https://doi.org/10.1037/a00160076>
9. Lee SL, Pearce E, Ajnakina O, et al. The association between loneliness and depressive symptoms among adults aged 50 years and older: a 12-year population-based cohort study. *Lancet Psychiatry* 2021;8:1. doi.org/10.1136/bmj.n2524



Mens sana in corpore sano

Stile di vita equilibrato e cultura della mente

Antidoto contro la decadenza

Vito Manduca*

Nel formulare questo pensiero ero tentato di parlare di "antidoto contro la vecchiaia". Poi, riflettendo, ho ritenuto che non si può fermare il vento con le mani (Seneca) per parafrasare una citazione tanto aulica quanto abusata in attualità: la vecchiaia è un processo inarrestabile contro cui, almeno ad oggi, non esiste una scienza in grado di modificare il progetto dell'architetto misterioso. La letteratura, un po' meno la storia, è piena di tentativi stravaganti di stregoni, ciarlatani, illusionisti, pseudo scienziati che hanno fatto del desiderio di "eterna giovinezza" un business lucroso per loro, suggestivo ma talvolta deleterio per gli illusi. In Italia, a fine secolo scorso, il Cavaliere (ora ex) più noto della Repubblica vagheggiava per gli italiani la possibilità di speranza di vita fino a 120 anni, ovviamente secondo il suo sentire, evitando di giungervi decrepiti. Tra le righe, il sogno degli italiani, contenuto nel suo programma politico, includeva anche la vaga promessa di creare le condizioni per mantenere la forma oltre il secolo. Fino a 120 anni, appunto. Vi è in attualità un programma televisivo privato legato a un business alimentare facente capo a un signore che intrattiene il suo pubblico e mercato su tematiche scientifiche e sanitarie, utilizzando argomentazioni nutrizionistiche/mediche, anche se lui medico non è bensì giornalista, che orientano l'alimentazione verso i prodotti della sua linea con l'aspettativa di 120 anni di vita sempre in forma. Il tutto in evidente contrapposizione



freepik.com/free-photo/putting-last-pebble-pile-stones - Image by javi_indy

con la scienza dietologica ufficiale al punto da far sorgere spontanea la domanda di come sia tollerabile tutto ciò, a meno che non vi sia del vero in quanto sostenuto. Di più sta facendo in attualità quel miliardario che si pone come cavia per la ricerca dell'eterna giovinezza. "Sveglia alle 5 del mattino, un'ora di palestra al giorno, dieta vegana, e una ventina di pillole da ingerire soprattutto integratori. Più uno staff di 30 persone tra medici, nutrizionisti e personal trainer che lo seguono per raggiungere il suo obiettivo: ringiovanire, ovvero passare dall'età anagrafica di quarantacinque anni a quella di diciottenne. Questa è la missione dell'americano miliardario Bryan Johnson con il suo Blueprint Project¹".

Che progressi nel campo della salute vi siano stati nell'ultimo secolo è cosa assolutamente indiscussa, visto che studi medico/scientifici, ante Covid, riferivano e certificavano non solo un allungamento della vita media ma un prolungamento dello status di "giovani" di circa un ventennio rispetto a un secolo fa. Sicché, secondo i ricercatori, un 65enne dei primi del secolo che stiamo vivendo può essere paragonato a un 45enne di solo mezzo secolo prima.

Non nascondo un pizzico di euforia, avendo all'epoca dello studio io stesso 65 anni. D'altronde non trovavo sostanziale differenza né nel corpo né, tanto meno, nello spirito rispetto a vent'anni prima. Capelli a parte di cui avevo deciso di disfarmi anzitempo piuttosto che assistere a quella inarrestabile agonia di perdita, pelo dopo pelo, che avrebbe rimandato un'immagine ostaggio della trascuratezza. L'aver a un certo punto modificato il look con la rasatura totale, stile Kojak, anzi mi diede il senso di ringiovanimento. Da quella data la "pelata" è divenuta la mia immagine e non saprei riconoscermi con la chioma argento e lunga...

Sì. Si poteva, secondo tali studi, "invecchiare" senza però sentirsi vecchi e apparire trasandati, decadenti. Con questo spirito, superai anche la vicissitudine che mi condusse sotto i ferri del cardiocirurgo, appena in tempo, grazie alla professionalità e determinazione del bravo cardiologo dell'USI, dottor Manuel Ojeda Frascina che in una vista di prevenzione dispose il ricovero d'urgenza. Superata brillantemente l'operazione, mi avviai con rinnovato entusiasmo a ciò che amo definire *seconda esistenza, galvanizzato anche dal suddetto studio scientifico. In fondo, a fine riabilitazione, disponevo di un cuore "ringiovanito" coadiuvato dallo spirito di sempre. Potevo assolutamente far parte del club dei vecchi/giovani.*

Con i miei lettori, coetanei, in tanti condividevamo le medesime sensazioni che ci facevano dire Vecchi sì, pensionati mai! dove per pensionati non vuol dire "perceptor di vitalizi", esclusi dai processi evolutivi della società e

¹ <https://tg24.sky.it/lifestyle/2023/01/30/bryan-johnson>

parcheggiati sui divani di casa, sulle panchine disadornate dei giardinetti o, e questo sarebbe positivo, nei cortili dei centri anziani in attesa di qualche ora di danza...

Se io, anche curandomi, avevo rigenerato le mie energie, da quell'evento ne avevo tratto una lezione magistrale: **vi sono tante energie positive in ciascuno di noi che possono affievolirsi e morire rapidamente oppure rinnovarsi e accrescere vigore, come tanti pannelli solari sempre alimentati dai benefici raggi.**

Poi giunse, nel 2020, la mannaia del Covid e sicuramente, portandosi via i nostri vecchi a decine di migliaia, abbassò la percentuale degli ultrasessantacinquenni e, possiamo giurarci, anche la vita media sperata. Tuttavia quelli che come me hanno resistito e vinto sul Covid-19, sia se evitato e sia se contagiati, magari senza saperlo, oggi possono "rinascere", rinnovare le proprie energie, far tesoro delle "lezioni di salute" promulgate da scienziati di tutto il mondo e proseguire il cammino. A tutti suggerisco un tagliando allo stile di vita che può così sintetizzarsi: **dieta "misurata", ovvero senza rinunce particolari, se non quelle necessarie imposte dai protocolli sanitari in presenza di patologie.** Misurata intendo assunzione di cibi e bevande nelle giuste dosi, quelle necessarie all'alimentazione e al gusto, senza privarsi dei piaceri del palato. Insomma, di tutto un po' si può. Sono le dosi marginali – allergie e patologie a parte – che costringono il metabolismo a un super lavoro, stressando il fegato, l'intestino, lo stomaco e il resto dell'apparato, cuore incluso. Le giuste dosi non hanno fatto mai male a nessuno. Associata alla dieta misurata una **sana e sistematica attività motoria.** Che non vuol dire necessariamente torturare muscoli e ossa in palestra o correndo a perdifiato sull'asfalto o per sentieri... Sane camminate, marce, possibilmente nei parchi per ossigenare i polmoni, nella misura consigliata dagli esperti, associate a esercizi utili per la tonicità delle braccia possono essere bastevoli.

Accompagnare la dieta e il moto con la cura dell'aspetto estetico aiuta lo spirito e corrobora il corpo. Lavorare solo sul corpo, tuttavia, non è sufficiente. Occorre allenare lo spirito e la mente condividendo con il resto del consorzio umano pensieri, intuizioni, speranze, paure... emozioni.

Non costa nulla e lo si può fare leggendo, leggendo, leggendo e scrivendo, scrivendo, scrivendo. L'intelligenza artificiale può certo dare una mano con i mezzi avanzati di tecnologia e con i social ma, son convinto, in assenza dell'intelligenza artificiale utilizziamo la nostra, quella naturale: quaderni, libri ingialliti di carta stampata e biro sono strumenti tuttora efficaci e sufficienti, rappresentano gli attrezzi primari della palestra per la mente.

Se non a me, che non ho la patente di scienziato (ma c'è ancora tempo... se vogliamo far tesoro di un messaggio che molti di noi ricordano e cioè "non è mai troppo tardi..."), si può dar credito al monito di una scienziata fuori discussione: Rita Levi Montalcini quando ebbe a sostenere che "Il cervello: **se lo coltivi funziona.** Se lo lasci andare e lo metti in pensione si indebolisce. La sua plasticità è formidabile. Per questo bisogna continuare a pensare." E cosa c'è di meglio come palestra se non la scrittura e la lettura?

Se si può, e se si vuole, altro elemento dell'antidoto

contro l'esclusione sociale è rappresentato dall'impegno utile nel sociale: politica, sindacato, volontariato nelle parrocchie, volontariato nelle ONG, semplice collaborazione familiare, non sempre scontata nonostante il tanto esaltato Welfare familiare. Ciascuno scelga il proprio campo rifuggendo dalla sindrome del divano a drogarsi di sola TV, o da quella da monitor a perdersi negli abissi della rete. Ovviamente se non si sa "navigare" in modo consapevole.

Il 27 aprile 2023 è il mio settantesimo compleanno: con "70 **SETTANTA** energia c'è... rinnoviamola oltre il limite" (EDDA Edizioni, 2022) ho voluto condividere questo messaggio, mettendo a fattor comune la mia personale esperienza che mi proietta verso nuovi orizzonti, senza limiti per la mente, nella giusta misura per il corpo. Concludendo, torna utile **Mens sana in corpore sano.**



* **Vito Manduca**, laureato in Scienze dell'Educazione presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", studioso di educazione permanente e formazione continua, vive e lavora a Roma. Già *middle manager* del settore assicurativo e dirigente sindacale SNFIA, in attualità ricopre l'incarico di Caporedattore della rivista Notiziesnfia e quello di institore e direttore generale della casa editrice EDDA Edizioni di Daniela D'Agosto, della quale è stato cofondatore nel 2010. 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 Cerruglio 2015, *Labirinto. Naufragio nella Sanità* (2017), *NOVECENTO... Roma nel pallone. Il calcio romano di una volta* (2020), *CoronaVersus* (2020), *La peste gialla oltre la Grande Muraglia* (2021).



Bella, ricca e potente ma così fragile e sola... Maria Cristina, protagonista femminile del nuovo romanzo di Niccolò Ammaniti, ha tutto ciò che ciascuno di noi desidera ma anche un carico di dolori che mai vorremmo. Con *La vita intima* Niccolò Ammaniti ci porta, mano nella mano insieme a Maria Cristina, nei palazzi del potere di una Roma più viva e magica che mai.

Maria Cristina, una di noi di Michele Trecca

Stefania Subramaniam, parrucchiera e santona di Casal Bertone, IV Municipio di Roma: «La paura finisce dove comincia la verità». Bella. Parafasiamo. Un grande romanzo comincia dove l'immaginazione finisce... col creare la realtà, quella «inarrivabile», tipo la materia oscura dell'universo che esiste e si sa, e dietro l'angolo sicuro sta, è scientifico, ma nessun esperimento riesce ancora a rilevarla, per cui quella ci avvolge attorno ed è pure determinante per certi equilibri cosmici ma noi non la conosciamo affatto.

Niccolò Ammaniti, *La vita intima*, prima pagina: «L'attico in cui vive Maria Cristina è uno di quei paradisi che la maggioranza della gente non sogna nemmeno tanto è inarrivabile». Per capirci: trecento metri quadri a due passi da piazza Navona, palazzo neoclassico, vista su Castel Sant'Angelo. Maria Cristina Palma è inoltre la donna più bella del mondo, primato certificato dai numeri di uno studio scientifico internazionale: «Le misure dell'ovale di Maria Cristina Palma corrispondono a quelle della divina proporzione, i rapporti tra linee verticali, orizzontali e oblique coincidono con la formula matematica della sezione aurea». E così di seguito: colore degli occhi, statura, pelle... per non dire dei piedi, specialità della casa, oggetto di culto fra i feticisti del ramo. Per finire, Maria Cristina è anche la moglie del presidente del Consiglio italiano, affermato professionista, grande avvocato... *prestato alla politica*, come suol dirsi. Insomma: bella, ricca e potente. Bingo. Un indizio è un indizio, due indizi sono una coincidenza, tre fanno una dichiarazione di intenti. *La vita intima* è un esperimento spavaldo e giocoso, con i parametri impostati ai massimi valori, tipo acceleratore atomico di Ginevra, per far emergere nella collisione narrativa particelle di verità della vita intima di un monte Olimpo da tutti noi concupito, invidiato ed orecchiato, braccato da social e rotocalchi ma di fatto oscuro ai nostri occhi nelle sue dinamiche profonde, quotidiane e sentimentali. Anche perché, diciamo così, per lo più i personaggi d'alta quota quando si raccontano in rete o li vedi in diretta tv sono poco credibili, spesso una penosa caricatura di se stessi. Manichini. Meritano di più. Nel bene e nel male. E anche noi, sudditi paganti, meritiamo che ci vengano raccontati meglio.

Niccolò Ammaniti con modi affabili di inappuntabile e confidenziale maestro di cerimonia, molta verve e altrettanta competenza, ci prende per mano e ci porta fuori dalla caverna platonica per mostrarci in alta definizione (4K) la vita dei nuovi dèi antropomorfi di questi strani tempi nostri. Del resto, si sa, Ammaniti è autore che ha capacità prodigiosa di convertire in tempo reale ogni sguardo in file narrativi Word fruibili a perdifiato, senza inciampi o bisogno di note a piè di pagina.

Ne *La vita intima* le squadre in campo sono due aggettivi: frivola e fragile. Fondamentale nella dinamica della partita un'intercettazione di Maria Cristina, involontaria, per carità. In una situazione rocambolesca, in bagno, non vista, ascolta la sua segretaria-assistente dire all'amica e

compagna, pag. 24: «Solo verdura e tè. Se le fai vedere un pezzo di pane va fuori di testa. Non credo che abbia mai assaggiato una pizza in vita sua... È sempre sola. Non vede nessuno. Il suo migliore amico è una specie di tuttofare improbabile che gira per casa. Alla fine, lo vuoi sapere, mi fa pena. Non è cattiva. Ma è brutto non rendersi conto. È così inadatta, scema... (Si prende un attimo per cercare un aggettivo più preciso) È frivola».

Brutta botta per Maria Cristina che, confessiamo, gode delle nostre simpatie già da pagina nove, laddove il maestro di cerimonie Ammaniti informa i suoi lettori: «L'incidente appena accaduto (ndr: una brutta botta per davvero, senza metafora, di quelle che ti fanno vedere le stelle, metafora) può essere un buon esempio per inquadrare meglio Maria Cristina Palma, la protagonista di questo romanzo. Se riceve del male, si preoccupa per chi glielo ha fatto. Sminuire le sofferenze che l'esistenza le ha elargito assicurando il prossimo è una delle sue specialità».

E di sofferenze, in realtà, oltre che di bellezza, la vita è stata prodiga con Maria Cristina: orfana di entrambi i genitori sin da ragazzina, l'adorato fratello maggiore Alessio morto poco più che ventenne, tragica fine del primo marito... per cui certuni, cattivi e invidiosi, l'appellano Maria Tristina. Invece Nicola Sarti la chiama *Secca*. E comincia la storia quando, in un incontro casuale in un'occasione ufficiale, con quella parola l'amico ritrovato riporta alla memoria di Maria Cristina il tempo perduto del suo primo bacio e della giovinezza ricca, spensierata e piuttosto scatenata prima all'Olgiate con i nonni e quel fratello di fatto che in seguito diventerà il tuttofare di cui sopra, poi ai Parioli con Alessio e i suoi amici, tra cui l'appena citato Nicola Sarti.

Purtroppo, però, quel rimembrare la giovinezza non è solo dolce e struggente ma porta con sé lo tsunami di un video poco commendevole che potrebbe sconquassare la sua vita di donna più bella del mondo, moglie del premier nonché madre di un'adorabile adolescente. Altro che futile, allora, la vita di Maria Cristina o Tristina che sia. Bensi fragile e, come quella di tutti noi comuni mortali, esposta all'imprevisto emotivo d'uno stormir di foglia, che sia un ricordo, un amore o un ricatto. Fragile, Maria Cristina, e sola, nonostante il codazzo di assistenti tra cui sua maestà il guru dei social. Del tutto sola, perché si è sempre soli quando tocca prendere le decisioni che contano, fra cui quella più importante: fidarsi o non fidarsi di se stessa, per esempio nella sfida televisiva all'O.K. Corral con la giornalista superstar tritattutto. Un'intervista che, secondo i sondaggi, può significare la sopravvivenza o meno del governo.

Incredibile magia de *La vita intima* è far passare il mondo di sopra attraverso la cruna dell'ago della palpitante umanità di una donna. La più bella del mondo. Maria Cristina, una di noi.

Niccolò Ammaniti,
La vita intima, Einaudi, pagg. 301, € 19



Le nostre strutture sanitarie al servizio della tua salute

SISTEMA GESTIONE
QUALITÀ CERTIFICATO
CSQ
UNI EN ISO 9001:2008



Unione Sanitaria Internazionale

Tel. 06.32868.1 r.a.

ROMA

USI-PRATI*

Via V. Orsini, 18
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-18.00
prelievi: 7.00-12.00
domenica: 7.00-13.00 - prelievi 7.00-11.00

AXA-PALOCCO

Via Eschilo, 191
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

BORGHESIANA*

Via Casilina, 1838
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: lunedì-venerdì 7.00-12.00 - sabato 7.00-11.00
domenica: 8.00-12.00 - prelievi 8.00-10.30

COLLATINO

Viale della Serenissima, 22
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

EUR-LAURENTINA

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

EUR-SERAFICO

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

EUR-MARCONI

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

PIAZZA BOLOGNA

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

PIAZZA BOLOGNA

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

PIAZZA VITTORIO*

Via Machiavelli, 22
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00 - sabato 7.00-11.00
domenica: 8.00-13.00 - prelievi 8.00-11.00

PIETRALATA

Via dei Durantini, 362
Orari: 7.00-19.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

POLICLINICO

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

SERPENTARA

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

PIAZZA MAZZINI

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

FURIO CAMILLO

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

CINECITTÀ

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

TRIESTE

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

COLLE PRENESTINO

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

NUMIDIO QUADRATO

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

LIDO DI OSTIA Villa del Lido

Viale del Lido, 3
Orari: 7.00-20.00 - sabato 7.00-13.00
prelievi: 7.00-11.00

USI Doc - LIDO DI OSTIA

Viale del Lido, 5/a
Orari: 8.30-13.00/15.30-20.00
sabato chiuso

USI Doc - PRATI*

Via V. Orsini, 18
Orari: 8.00-20.00 - sabato 8.00-13.00
domenica: 8.00-13.00
Via V. Orsini, 27/a
Orari: 8.00-20.00 - sabato 8.00-13.00

USI Doc - TUSCOLANA

Via Tuscolana, 212/f
Orari: 8.00-19.00 - sabato 8.00-13.00



CASA DI CURA ONCOLOGICA MONOSPECIALISTICA

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

LUCCA

CHECK UP

Arancio Via Romana Traversa II^, 35
Orari: 7.30-19.30 - sabato 7.30-13.30
prelievi: 7.30-12.00
Tel. 0583.495482

SAN VITO

Sant'Anna Via Luigi Einaudi, 150
Orari: 7.30-19.30 - sabato 7.30-12.30
Tel. 0583.1384045

Centri prelievi

Arancio Via Romana Traversa II^, 35
Lunata Via Pesciatina, 236
Altopascio Via Camillo Benso di Cavour, 25
Porcari Via Romana Est, 76
Lammari Via delle Ville, 128

* APERTURA DOMENICALE

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



Fondazione

PROMETEUS

FONDAZIONE ONLUS PER LO SVILUPPO DELLA RICERCA E DELLA FORMAZIONE IN CAMPO ONCOLOGICO



La Fondazione Prometeus ONLUS è stata costituita nel 2001 dall'iniziativa di un gruppo di medici operanti in varie strutture sanitarie romane al fine di promuovere lo sviluppo della ricerca e della formazione in campo oncologico.

La Fondazione, nata grazie al contributo liberale dei suoi fondatori, ha intrapreso un grande numero di iniziative scientifiche, la sponsorizzazione di borse di studio per medici e infermieri professionali, l'invio di personale sanitario in Italia e all'estero per stage di formazione.

Negli ultimi anni sono state portate avanti - da parte dei volontari della Fondazione - iniziative volte a favorire momenti di informazione e di condivisione a favore di pazienti oncologici, in particolare donne affette da carcinoma della mammella.

Inoltre sono stati realizzati progetti riguardanti la prevenzione oncologica con particolare attenzione ai giovani.



Le Attività Extra della Fondazione



▶ Le Belle Note il Coro

L'idea di creare un coro che entri a far parte delle attività della Fondazione parte dalla convinzione che un momento di aggregazione, votato a un'attività creativa, rappresenti una buona occasione per incontrarsi e divertirsi affrontando una nuova sfida. Costruire un coro vuol dire non solo che ognuno impari a cantare ma lo faccia all'interno di un gruppo, amalgamando la propria voce con quella degli altri, cercando tutti di raggiungere un traguardo comune.



▶ La Forza e il Sorriso

La forza e il sorriso, versione italiana del programma internazionale 'look Good...Feel Better', realizza laboratori di bellezza gratuiti per donne in trattamento oncologico. La collaborazione con la Fondazione Prometeus ONLUS per lo sviluppo della Ricerca e della Formazione in Campo Oncologico di Roma, prima struttura ad ospitare il progetto nella capitale, rappresenta una nuova importante tappa nell'espansione dell'Associazione.



▶ La Battaglia Parte dai Giovani

La Fondazione Prometeus ONLUS e il Liceo Classico Augusto, al fine di offrire agli studenti di Roma e provincia l'opportunità di sviluppare una mentalità aperta alla prevenzione, organizzano progetti di Educazione alla Salute rivolti a ragazzi dell'ultimo anno della Scuola Secondaria di II grado.



▶ Progetto Smile

La Fondazione Prometeus partecipa attivamente al progetto "Smile", il progetto smile è stato creato da A.T.R.I. onlus nel 2011. È un progetto di solidarietà attraverso il quale le donne possono donare i propri capelli ad un'altra donna, che li potrà indossare nella parrucca realizzata appositamente per lei. Chi dona i capelli ha la possibilità di lasciare un proprio "smile", ed è proprio lo smile a creare simbolicamente il legame di solidarietà: un pensiero dedicato espressamente alla persona che riceverà quel dono e che va ben oltre un augurio.



▶ La Banca della Parrucca

La perdita dei capelli rappresenta una situazione molto difficile da accettare per una donna già provata dalla malattia e che oltre alle terapie oncologiche deve affrontare gli importanti effetti collaterali. La banca della parrucca è stata creata dalla Fondazione Prometeus nel 2012 per consentire anche alle donne in difficoltà economica di poter disporre di una parrucca. La parrucca le viene affidata gratuitamente con l'unico impegno di restituirla alla fine del proprio percorso.



▶ Adotta un Ricercatore

Le neoplasie della mammella sono oggi quelle più frequenti nella popolazione femminile. Tuttavia, la prevenzione e la diagnosi precoce, insieme ad una terapia chirurgica e medica consentono una reale guarigione della malattia nella maggior parte dei casi. Questi risultati sono stati possibili grazie al grande contributo della ricerca, senza il quale questo progresso non sarebbe avvenuto.

Contatti

Indirizzo

Fondazione Prometeus ONLUS
Via Emilio Longoni, 75
00155 Roma

Telefono

06 2255609 - 334 8199770
333 5202042 - 348 8181347

Email

eventiprometeus@gmail.com
info@fondazioneprometeus.it

Social Media

Facebook.com/Fondazione-Prometeus
Twitter.com/prometeusonlus
Youtube.com/Fondazione Prometeus