

Salute & Benessere



Silvoterapia quali benefici

Mariolina De Angelis*



A chi di noi non è mai capitato di osservare un bambino che corre felice in un prato verde o che accarezza i petali di un fiore, o che si arrampica su di un albero per cercare un po' di riparo tra le fronde? Noi adulti, spesso fagocitati da una routine sempre più incalzante e scandita dal tempo che ci rincorre, dimentichiamo il potere terapeutico derivante da una passeggiata a piedi nudi sull'erba o dalla forza di un abbraccio che scalda il cuore. Soprattutto oggi che, a causa della

pandemia, siamo costretti al più freddo distanziamento sociale. Spesso però è importante lasciarsi prendere dalla semplicità dei bambini e affidarsi alla natura. Praticare la silvoterapia. Dal latino Silla significa Bosco, quindi la silvoterapia è un'antica pratica terapeutica che affonda le sue radici nella cultura di diversi popoli, in particolare gli indiani di America, gli aborigeni australiani e i tibetani. Già gli antichi romani però credevano nella forza dell'energia con la quale l'uomo si relaziona con l'ambiente boschivo. Infatti esistono già studi scientifici del 1920 in cui praticamente si attesta come il Tree hugging, che significa abbracciare un albero, può essere una pratica

per ritrovare se stessi. Infatti attraverso questa pratica è possibile raggiungere uno stato di benessere psicofisico attraverso il contatto del proprio corpo con il bosco. Basti pensare che gli indiani d'America, ancora oggi, quando nasce un bambino dopo pochi mesi lo pongono ai piedi di un albero per un'intera giornata. Com'è possibile tutto questo? Sembra che questa disciplina bio naturale sia utile a migliorare le condizioni di stress e ad essere utile a placare problematiche respiratorie come l'asma e le bronchiti. Inoltre il contatto con il verde potrebbe combattere l'emicrania e l'insonnia. Tutto questo sarebbe dovuto all'aumento dell'ossigenazione del cervello.

Anche i disturbi di deficit dell'attenzione e dell'iperattività ne trarrebbero giovamento. Tutto ciò in base alla teoria del "tutto vibra". Ogni albero con le proprie vibrazioni influenzerebbe positivamente i nostri comportamenti. Quindi materia ed energia sono in relazione fra loro. Inoltre le vibrazioni prodotte da ogni albero avranno un diverso potere curativo. Ad esempio la betulla è capace di disintossicare l'organismo e l'acero allevia i dolori. La silvoterapia è stata provata in Italia nel 2008 in un centro di prevenzione e di cura per disturbi depressivi. Anche le neomamme affette da ansie e depressione post parto, sono state condotte in un parco pubblico con il supporto

di tecnici. Hanno abbracciato gli alberi cercando di recuperare il loro problema. Esse si sono avvicinate lentamente all'albero, lo hanno osservato e ne hanno percepito l'odore appoggiando la fronte e le mani al tronco. Sono rimaste in questa posizione per diverso tempo appoggiando la schiena al tronco. Ne hanno tratto beneficio ritrovando la pace in loro stesse. È importante sottolineare che questa disciplina può essere fatta ovunque. È importante lasciarsi andare cercando il contatto con il legno, abbandonandosi e connettendosi alla natura anziché allo smartphone. Certamente il nostro corpo e la nostra mente ci ringrazieranno.

*Farmacista

**MEDICINA.** *Le sale per interventi su pazienti sospetti sono filtrate*

La Chirurgia in tempo di Covid

E' stato necessario redistribuire le risorse in sala operatoria per le esigenze della terapia intensiva

Claudio Di Nardo*



La pandemia Covid-19 ha impegnato il SSN nella protezione e nella cura dei pazienti, dei chirurghi, del personale sanitario e non sanitario delle strutture ospedaliere e territoriali del nostro paese. Di fronte al dilagare improvviso della pandemia il Mondo Sanitario si è trovato di fronte alla necessità di porre in atto in emergenza e con sforzi fino ad ora inimmaginabili misure volte a raggiungere tali fini, quasi sempre in condizioni di carenze strutturali, tecnologiche e di personale, che purtroppo sono venute drammaticamente alla luce, come conseguenza soprattutto del malgoverno in tema di Sanità Pubblica, realizzatosi nei reiterati tagli dei finanziamenti avvenuti negli ultimi 20 anni.

A tale proposito alcune Società Scientifiche, come la SAGES (Society of Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons), l'EAES (European Association for Endoscopic Surgery), la SICE (Società Italiana di Chirurgia Endoscopica) ed altre, hanno sentito la necessità di divulgare alcune raccomandazioni, scaturite dai primi studi disponibili nonché dall'opinione degli esperti dell'intera comunità chirurgica internazionale, al fine di garantire la massima protezione dei pazienti, dei chirurghi, e del personale sanitario impegnato nella gestione degli interventi chirurgici in regime d'emergenza e d'elezione durante la pandemia da SARS-COV-2 (COVID-19). Mai dovremo dimenticare il costo in vite umane che è stato fin qui pagato ed ancora viene pagato dall'umanità a causa del Coronavirus.

Non si può inoltre non ricordare con commosso rispetto il sacrificio in termini di sofferenze fisiche e psichiche e di vite umane del personale sanitario del nostro Paese! Tali raccomandazioni si riferiscono a tematiche come la Riorganizzazione dei servizi di cura, le Problematiche di ordine tecnico, le Misure da porre in atto per il paziente chirurgico, che comprendono, queste ultime, Misure per procedure speciali, come quelle Laparoscopiche ed Endoscopiche.

Riguardo alla Riorganizzazione dei servizi di cura, tutti gli interventi chirurgici in regime di elezione e le procedure endoscopiche non urgenti sono stati, in più fasi alterne, rinviati e riprogrammati al termine dei Lockdown. Tali decisioni sono state calibrate basandosi sia sull'impatto a livello locale dell'emergenza COVID-19, che nel contesto dell'organizzazione medica e logistica di cui dispone ogni unità operativa chirurgica. In base al numero di pazienti COVID-19 che hanno richiesto e/o richiederanno



un trattamento chirurgico, le Unità Chirurgiche si sono trovate e/o si troveranno di fronte alla necessità di dover operare in urgenza pazienti con patologie chirurgiche non procrastinabili, anche oncologiche, utilizzando DPI adeguati, inclusi vestiario appropriato e schermi facciali.

Tutti i restanti interventi chirurgici sono stati e saranno rinviati finché non sarà superato il picco pandemico allo scopo sia di minimizzare il rischio infettivo nei confronti dei pazienti e del personale sanitario, sia di razionalizzare l'utilizzo di risorse materiali come letti, ventilatori e dispositivi di protezione personale (DPI).



zione personale (DPI).

Non si può non registrare come effetto della pandemia il drastico calo delle richieste di prestazioni specialistiche, determinato dalla rinuncia dei pazienti, soprattutto oncologici, a sottoporsi a procedure diagnostiche per il timore del contagio. Tutte le attività didattiche sono state cancellate o riorganizzate in DAD (Didattica a Distanza). Si è dovuto ricorrere a rigorosi protocolli di lavaggio delle mani, utilizzo di antisettici e di DPI (vestiario speciale, mascherine filtranti, visiere facciali). Tutte le visite ambulatoriali non urgenti sono state annullate e riprogramma-

te al termine dell'emergenza. L'accesso agli ambulatori viene garantito per casi speciali, onde evitare che i pazienti in cerca di cure chirurgiche si rivolgano ai dipartimenti di emergenza, intasandoli pericolosamente. Per effettuare tali prestazioni è presente in ambulatorio solo il personale di supporto strettamente necessario, rigorosamente provvisto di DPI.

In alcuni casi di estrema urgenza pandemica è stata necessaria la redistribuzione delle risorse presenti in sala operatoria per le esigenze della terapia intensiva. Il team multidisciplinare è l'unico responsabile del processo decisiona-

le. Inoltre il trattamento mini-invasivo ha apportato benefici in termini di ridotta durata dell'ospedalizzazione e di riduzione delle complicanze. Si è considerato anche che potrebbe esserci un rischio maggiore di esposizione al virus per gli endoscopisti durante le procedure a carico del tratto digestivo superiore e delle vie aeree, per cui quando queste procedure non sono procrastinabili, l'uso rigoroso dei DPI dovrebbe essere preso in seria considerazione per l'intero team, i cui componenti devono indossare DPI adeguati, inclusi vestiario appropriato e schermi facciali, secondo le linee guida governative.

te presa in considerazione la possibilità di eseguire il tampone nasofaringeo. Le sale operatorie dedicate all'esecuzione di interventi chirurgici su pazienti sospetti o confermati per positività a COVID-19 sono opportunamente filtrate e sono, laddove è possibile, diverse da quelle utilizzate per altri interventi chirurgici in regime d'emergenza. Solo il personale ritenuto essenziale partecipa alla gestione dell'intervento chirurgico e tutti i membri dello staff di sala operatoria utilizzano i DPI secondo le attuali raccomandazioni dell'OMS, cioè vestiario adeguato e protezioni per il viso, indipendentemente dallo stato COVID noto o sospetto.

Ogni paziente sottoposto ad intervento chirurgico in emergenza, che non abbia avuto la possibilità di essere stato testato per COVID-19, viene considerato come potenzialmente infetto, con la conseguente messa in pratica di tutte le precauzioni del caso.

Del tutto recentemente la Vaccinazione anti-Covid-19 del personale sanitario, messa in atto tempestivamente non appena si sono resi disponibili i Vaccini, vero miracolo della Ricerca mondiale, ha apportato una svolta decisiva nell'erogazione dell'assistenza sanitaria in generale ed in particolare nell'attività delle Unità di Chirurgia, azzerando i contagi nel personale sanitario, e rendendo sicuro e sereno il lavoro dei Chirurghi e del Personale di Chirurgia.

Inoltre la vaccinazione progressiva della popolazione, a cominciare dagli anziani e dalle persone fragili, darà ulteriore impulso a tutte le attività del Servizio Sanitario Nazionale, principalmente alle Prestazioni Chirurgiche, fino a raggiungere l'obiettivo finale della sconfitta della pandemia.

"Cominciate col fare il necessario, poi ciò che è possibile e all'improvviso vi sorprenderete a fare l'impossibile". San Francesco d'Assisi.

***Chirurgo Generale e Vascolare, Libero Professionista in Casa di Cura Accreditata SSN**

Monitorata l'applicazione delle misure di protezione



► **SOCIETÀ'.** Capire la struttura del coronavirus per contenere la strategia d'attacco è stato il lavoro di un'equipe

Partire dai numeri, la geometria del Coronavirus

Gianpaolo Palumbo*



«**S**baglia chi presenta esseri umani e virus semplicemente come due schieramenti contrapposti. Esistono virus che danno una grossa mano

agli esseri umani - non importa se questi umani siano buoni o cattivi! - ed esistono esseri umani che danno una grossa mano ai virus - quasi sempre ai virus cattivi!». Così Roberto Battiston, Professore di Fisica Sperimentale all'Università di Trento, descrive l'attrazione irresistibile che da secoli esiste tra le scienze e le epidemie, tra gli scienziati e i virus.

Di fronte all'evidente correlazione tra l'invisibilità dell'ormai noto virus con la corona e il suo potere di diffusione, per nostra fortuna, vengono in aiuto la matematica e la geometria. In particolare, la matematica, quale linguaggio del pensiero razionale e astratto, serve per descrivere qual è la vera natura delle cose che ci circondano, e in questo caso anche dei microrganismi detti "virus". Ad esempio, le leggi matematiche applicate ai dati forniti dalla Protezione Civile sul Covid-19 si sono rivelate uno strumento essenziale per comprendere le regole, relativamente semplici, con cui lo stesso Covid-19 si diffonde, regole che a loro volta sono diventate sicuramente un'arma per sconfiggerlo.

Come noto a tutti, la struttura matematica e geometrica dei virus è stata pensata, per la prima volta, da due famosissimi scienziati: parliamo di James Watson e Francis Crick e della struttura a doppia elica della molecola del DNA che trasmette l'informazione genetica da un organismo ad un altro. Il grande "segreto della vita" da essi scoperto derivava proprio da un procedimento matematico: un'elica che si muoveva in due direzioni, una circolare e l'altra perpendicolare. Dopo tre anni, nel 1956, gli stessi, sulla base delle loro conoscenze, scrissero un lavoro sulla "struttura geometrica dei virus" allo scopo di descrivere questi invisibili organismi; dotati di una sola elica di RNA (qualcosa simile al DNA) che ne impedisce la riproduzione autonoma, i virus sono costretti a diventare parassiti di qualcos'altro. Questa loro caratteristica è responsabile di quello che succede nelle epidemie.

Emerge in maniera incontrovertibile che anche in momenti come questi, la matematica e la geometria risultano scienze essenziali che, a partire dallo studio della struttura e della natura stessa del virus, consentono di individuare misure per gestire il contenimento della loro diffusione; applicate per interpretare i numeri della

pandemia permettono di elaborare previsioni statiche su quello che succederà.

Capire la struttura del coronavirus per contenere la strategia d'attacco è stato il lavoro di equipe tra la matematica, la medicina, la biologia che ha visto nascere i vaccini; ma la matematica è servita anche nella lotta sul campo contro il virus: chi non ricorda il coefficiente di contagio (R zero), anche questo è matematica pura, è, infatti, la misura della derivata del contagio; poi le curve, la crescita espo-

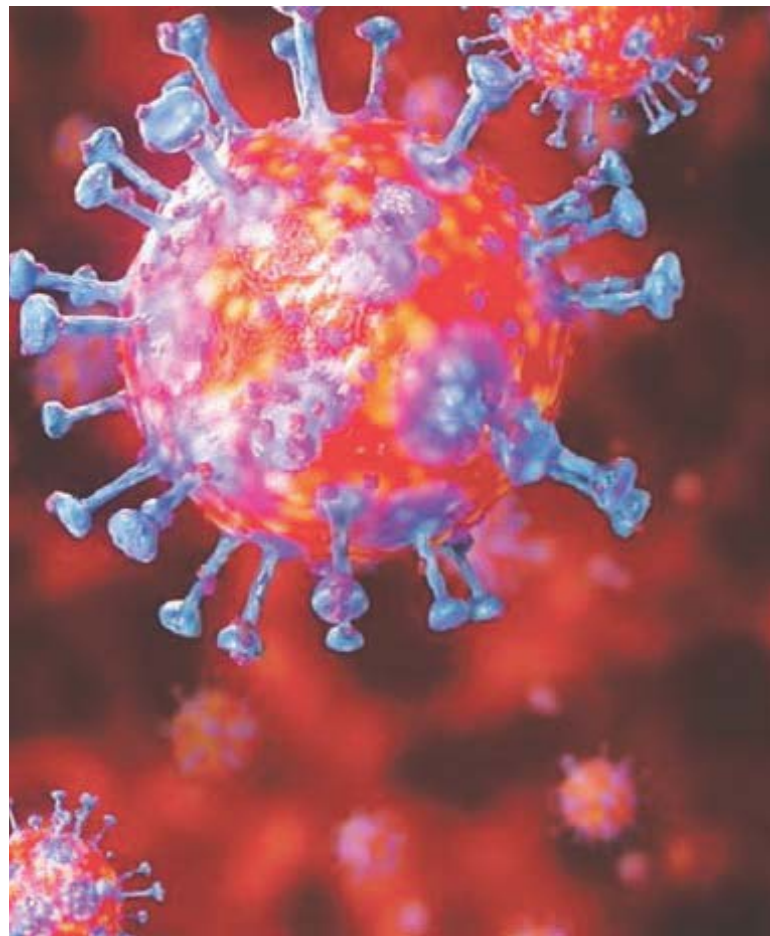
in una situazione molto pericolosa e sconvolgente per le famiglie coinvolte. Allo stesso modo quando si mettevano in essere i primi calcoli alla fine del 2019 sul coronavirus si disse che il tutto doveva essere legato al consumo di carne di pipistrello venduta nei mercati umidi cinesi non sanificati e riguardava il paese asiatico, ed, invece, è divenuto un disastro mondiale. Sicuramente quest'ultima considerazione sarà anche vera, ma il problema che ha messo in ginocchio l'umanità è legato al fatto che il coronavirus, una volta "lasciati" i pipistrelli, si trasmette da uomo ad uomo in maniera quanto mai subdola, senza che quest'ultimo dimostri di esserne affetto o ne abbia la benché minima sensazione.

"Sembrava all'inizio una semplice infezione virale, come la prima Sars della scimmiette delle palme di tanti anni fa oppure la Mers in Medio Oriente dei dromedari, ed invece siamo ancora in pieno sviluppo ed il nostro futuro sulla terra dipende, almeno in questo periodo, solo dai vaccini.

La scienza ha da poco tempo "costruito" il primo modello fisico/dinamico della proteina "Spike", il cosiddetto "artiglio molecolare" che il coronavirus utilizza per entrare nelle cellule e che i ricercatori

nenziale dei contagi...

Adrian Lyne nel 1987 portò sugli schermi di tutto il mondo il suo capolavoro: "Attrazione fatale", un thriller psicologico per mettere in guardia gli uomini dalla infedeltà. Un'innocua scappatella consumata per poco tempo in un week end diventa una brutale persecuzione che si trasforma piano piano



ri, in maniera opposta, verificano la possibilità di scoprire i punti deboli del virus. Tali punti di attacco saranno fondamentali per i futuri vaccini, ma soprattutto per i futuri farmaci antivirali.

Questi nuovi modelli "dinamici" potrebbero costituire anche la base per combattere il covid-19 da nuove varianti infettive, sempre più numerose, del coronavirus. La ricerca germanica a riguardo mira anche agli anticorpi "terapeutici".

Oramai la vulnerabilità biologica del coronavirus sta venendo a galla grazie all'informatica applicata. La questione si gioca all'interno dei laboratori e le armi con cui combattere sono un mix di matematica, geometria, chimica, fisica con il supporto dei super-robot.

Serve tutta la tecnologia per sopravvivere, evitando però il "tecnicismo" tanto criticato da Nietzsche; in quanto frutto di una visione appiattita e anti-umana del-

la realtà, esso porta con sé una razionalità che nega e soffoca la realtà più profonda e autentica dell'uomo. Dunque, alla semplice forma di "dominio dell'uomo sulle cose" è bene contrapporre la "sapienza": la potenza umana risiede, infatti, nella scienza del Superuomo per il quale "conoscere equivale a creare, il creare a legiferare, il suo volere la verità a volere la potenza".

Anche per il pensiero ecologico occorre superare l'idea biblica, baconiana e faustiana, di un dominio assoluto dell'uomo sulla natura per affermarne uno nuovo, di "amicizia"; siamo pienamente d'accordo con il pensiero del chimico russo Ilya Prigogine, uno dei grandi protagonisti della cultura filosofica e scientifica del XX secolo, secondo cui occorre realizzare una sorta di "nuova alleanza fra uomo e natura" da stabilirsi prima che sia troppo tardi.

*Medico Federazione medici sportivi italiani

La Risonanza Magnetica Mammaria: la soluzione a tutto?

Graziella Di Grezia*



La Risonanza Magnetica mammaria è spesso considerata anche in ambito medico come la soluzione a tutti i quesiti senologici irrisolti. Nonostante l'ampia diffusione della metodica e lo sviluppo di sequenze sempre più rapide che ottimiz-

mizzano l'esame e ne velocizzano l'esecuzione, la metodica non è il deus ex machina della senologia. Anche in Risonanza Magnetica, infatti, alcune lesioni sospette possono essere non visualizzate o non caratterizzate. La Risonanza Magnetica mammaria è allo stato la metodica più sensibile nella identificazione del carcinoma della mammella; in casi isolati e sporadici, tuttavia, alcune lesioni sospette agli esami di primo livello possono non essere caratterizzate, a causa del mancato enhancement post-contrastografico. Alcune lesioni possono essere erroneamente caratterizzate come benigne; rimane essenziale infatti, non soltanto il comportamento contrastografico, ma anche la valutazione nei tre piani dello spazio, la morfologia e i margini della formazione identificata.

Lo studio morfologico non può mai essere sostituito dalla sola valutazione post-contrastografica, in quanto alcuni tipi di neoplasie quali il carcinoma duttale in situ, il carcinoma lobulare in situ e alcuni istotipi di neoplasie ben differenziate possono dimostrare scarsa impregnazione di mezzo di contrasto in relazione alle differenze di neoangiogenesi e di vascolarizzazione della lesione



[Radiographics, Mar 2021]. Tutto questo rappresenta un valido spunto per ricordare che la Risonanza Magnetica Mammaria è e rimane un esame di completamento di esami di primo livello quali ecografia e mammografia e che la sola Risonanza

Magnetica può non essere esaustiva nel generare un giudizio diagnostico conclusivo.

La Risonanza Magnetica ha il compito di rispondere a determinati quesiti specifici nati da una valutazione di primo livello, step successivi e legati tra loro, in un percorso diagnostico in cui ogni metodica fornisce il suo contributo e il giudizio finale è una costruzione multimodale nelle mani di un radiologo senologo, una professionalità super-specialistica necessaria, ma altrettanto rara.

Radiologo, MD, PhD

**SOCIETÀ'** L'ostacolo più grande è la durata dell'immunità garantita dalla vaccinazione

La sfida dei passaporti vaccinali

Le certificazioni potrebbero ridurre gran parte delle restrizioni vigenti

Biagio Campana*



Mentre la pandemia da Covid-19 si appresta ad entrare in una nuova fase, probabilmente endemica, i ferventi desideri di tornare alla normalità assieme all'immissione in commercio di vaccini ormai ritenuti altamente efficaci hanno intensificato la discussione sui cosiddetti "passaporti vaccinali", certificazioni che ridurrebbero gran parte delle restrizioni vigenti. L'amministrazione Biden, il governo britannico e l'Unione Europea ne stanno seriamente valutando l'applicabilità mentre paesi come Australia, Danimarca e Svezia si stanno già impegnando nell'attuazione. Israele, che è leader mondiale nella vaccinazione pro capite, e

che rappresenta una sorta di laboratorio mondiale a cielo aperto per tutto ciò che attiene la vaccinazione, sta già emettendo "green pass" ai residenti vaccinati consentendo loro l'ingresso a siti altrimenti limitati come hotel, palestre, ristoranti, teatri e locali di musica. L'utilizzo dei cosiddetti "passaporti vaccinali", tuttavia, non riscuote un consenso unanime ed ha attirato una ferma opposizione da una parte anche consistente dell'opinione pubblica che considera pericolosa e "azzardata" oltre che poco etica una scelta simile. I temi di discussione risultano essere diversi. Innanzitutto, mentre l'offerta dei vaccini rimane limitata, privilegiare le persone che hanno la fortuna di aver ottenuto la possibilità di vaccinarsi è moralmente discutibile. In secondo luogo, anche dopo che i vincoli di offerta si saranno allentati, i tassi di vaccinazione tra le minoranze razziali e le popola-

zioni a basso reddito, almeno in alcuni paesi come gli stessi stati Uniti, potrebbero rimanere sproporzionatamente bassi. In terzo luogo, l'entità della protezione conferita dalla vaccinazione, in particolare contro le nuove varianti, non è ancora ben compresa, né lo è il potenziale di trasmissione virale da parte delle persone che sono state vaccinate. Senza contare un ulteriore aspetto e cioè che privilegiare i vaccinati penalizzerà le persone con obiezioni religiose o filosofiche alla vaccinazione. Tenendo conto che per alcune categorie lavorative come quelle del comparto sanitario sono state valgate delle normative ad hoc che di fatto prevedono l'obbligatorietà vaccinale e lo stesso probabilmente riguarderà altre attività essenziali che presentano un rischio di contagio molto elevato, il concetto di "passaporto vaccinale" si applica in modo più ovvio ai viaggi. Le autorità nazio-

nali attualmente impongono requisiti di quarantena alle persone che attraversano i confini nazionali o internazionali. La maggior parte di tali politiche non prevede eccezioni per i viaggiatori vaccinati. Tuttavia, alcuni Stati stanno valutando la possibilità di farlo. Il Centers for Disease Control and Prevention americano, ad esempio, riconosce la vaccinazione come motivo per evitare la quarantena a persone esposte all'infezione da Covid-19. Per quanto riguarda i viaggi, la stessa agenzia raccomanda di revocare le restrizioni ai viaggiatori che già hanno avuto la malattia. Una volta risolta la questione dei viaggi, la questione si sposterà inevitabilmente su incontri sociali e ricreativi. Qui, la situazione si complica in quanto dovrebbero entrare in gioco attori privati se non proprio in maniera del tutto autonoma almeno in parte fornendo delle garanzie ai governi

centrali. Sarebbe ragionevole concedere alle associazioni sportive, culturali, ai club, ai ristoranti e ai bar un certo margine di manovra per stabilire regole che determinino l'accesso sulla base dello stato di vaccinazione dei clienti e ciò potrebbe anche servire ad incentivare la vaccinazione stessa. Ma a mio modo di vedere, in questo momento l'ostacolo più grande rimane la durata dell'immunità conferita dalla vaccinazione e l'impatto che su di essa potrebbero avere varianti emergenti. Determinare per quanto tempo funzionano i vaccini e quanto bene proteggono dalle nuove varianti sarà fondamentale. Le circostanze attuali richiedono politiche immediate che offrano un ragionevole margine di manovra per bilanciare la protezione della salute pubblica con un ritorno alla vita pre pandemica.

Specialista in Malattie dell'Apparato respiratorio*

**PREVENZIONE.** I fattori principali sono le cause genetiche o i fattori ambientali p

Le malformazioni uterine

Insorgono durante la gestazione

Mario Polichetti*



Durante lo sviluppo del feto l'utero si forma a partire da due piccole formazioni tubulari, chiamate dotti di Müller, che alla fine dell'organogenesi, si uniscono a formare un unico organo più grande: l'utero.

Tuttavia, questi tubi a volte non si uniscono al centro del bacino o lo fanno in modo irregolare, ed è in questo caso che si parla di malformazioni uterine. Le più frequenti sono:

Utero unicorne: quando si forma soltanto un lato dei dotti di Müller.

Utero doppio: i dotti si sviluppano ma non si fondono; di conseguenza la paziente può presentare anche due vagine se la malformazione è completa.

Utero bicornice: la parte superiore dell'utero risulta biforcata ed il corpo è unico.

Utero setto: è la malformazione uterina più comune, in cui l'utero risulta parzialmente o totalmente diviso da una parete muscolare posta in posizione mediana quale sito della non completa fusione delle due unità tubulari mulleriane.

Ipoplasia mülleriana: nota anche con il nome di sindrome da agenesia, è l'assenza dell'utero a causa della mancata formazione dei dotti di Müller.

Le malformazioni uterine possono influenzare notevolmente la fertilità di una donna e sono la causa degli aborti ricorrenti. Le con-



sequenze sulla fertilità dipenderanno dal tipo di malformazione di ciascuna donna.

In alcuni casi queste malformazioni non presentano sintomi, per cui alcune donne ricevono la diagnosi nel corso dei controlli ginecologici di routine, mentre altre diventano madri senza sapere di avere una malformazione uterina. In altri casi i sintomi più frequenti delle malformazioni uterine sono:

Dolore prima o durante le mestruazioni

Perdite di sangue irregolari al di fuori delle mestruazioni

Dolore durante i rapporti sessuali

Aborti ricorrenti

Parti prematuri

Anomalie o malformazioni nei neonati dovute al ridotto volume della cavità uterina che porta ad atteggiamenti fetali forzati (esempio il piede torto congenito)

Attualmente ci sono diverse tecniche di osservazione dell'utero che consentono di rilevarne le anomalie, come l'ecografia, l'isteroscopia, l'isterosonografia, la risonanza magnetica o anche la laparoscopia.

Le malformazioni uterine insorgono durante la gestazione e i fattori principali sono le cause genetiche o i fattori ambientali prenatali, in particolare l'esposizione della madre alle radiazioni, l'infezione intrauterina

durante la gravidanza o il contatto con sostanze tossiche.

Una malformazione uterina che non causa sintomi di solito non richiede trattamento; tuttavia, è possibile effettuare un intervento chirurgico sulle malformazioni al fine di ridurre eventuali occlusioni nell'utero, rimuovere un canale vaginale o congiungere due cavità uterine in una sola, per esempio, e l'operazione viene effettuata tramite chirurgia endoscopica o chirurgia addominale a cielo aperto. Molte donne affette da malformazioni uterine ricorrono invece a tecniche di riproduzione assistita allo scopo di migliorare la propria fertilità ed essere in grado di avere figli. La tecnica più comune in questi casi è la fecondazione in vitro (FIV).

C'è da dire che, ormai, le tecniche chirurgiche correttive a cielo aperto sono considerate desuete e, laddove è veramente utile per la paziente, si preferisce ricorrere a tecniche miniinvasive, isteroscopiche e laparoscopiche o combinate.

Bisogna ancora ricordare che non è necessaria la chirurgia correttiva a tutti i costi ed in molti casi è addirittura preferibile non fare nulla.

Lo specialista incaricato di rilevare e trattare le malformazioni uterine è il Ginecologo, che di solito rileva queste anomalie nei controlli periodici che devono essere effettuati a partire dalle prime mestruazioni.

Molte volte, tali malformazioni vengono rilevate nel corso dei controlli di gravidanza a rischio, complicate da minaccia d'aborto o minaccia di parto prematuro e, chiaramente, in questi casi, non essendo possibile alcuna correzione chirurgica, si cerca di gestire in maniera ottimale le complicanze secondarie legate alla gravidanza e rinviare l'intervento al di fuori dello stato di gravidanza.

Direttore Unità Operativa Gravidanza a Rischio - Azienda Universitaria di Salerno

► **SOCIETÀ'** Studi hanno segnalato la presenza di sostanza dan

Fumo e sigarette elettroniche

Permette di inalare vapore contenente quantità variabili di nicotina

Maria Luisa D'Amore*



Il fumo fa male: tutti lo sanno, tutti continuano a ripeterlo.

Nel corso degli anni innumerevoli studi si sono

succeduti per gettare luce su una delle dipendenze più forti della nostra epoca che, ad oggi nel nostro Paese, "vanta" 11,5 milioni di seguaci.

Il fumo rappresenta un fattore di rischio importante per lo sviluppo di malattie cardiovascolari, oncologiche e respiratorie; ma non solo: stando a quanto riportato in uno studio condotto dall'Istituto Ixè per conto della SIOT (Società Italiana di Traumatologia e Ortopedia) smettere di fumare sembrerebbe apportare beneficio anche alla componente scheletrica e muscolare del nostro corpo.

Ma negli ultimi anni, la lotta a questo "nemico senza tempo" sembrerebbe essersi arricchita di quello che, in un primo momento, si mostrava essere un alleato più che valido: la sigaretta elettronica.

Con il nome "sigaretta elettronica" o "e-cig", si intende un dispositivo che permette di inalare vapore aromatizzato contenente quantità variabili di nicotina; e consentendo, così, a tale sostanza di raggiungere l'apparato respiratorio senza la combustione del tabacco e i danni ad essa correlati.

Il principio della sigaretta elettronica è stato messo a punto per la prima volta in Cina ed ha avuto la sua prima diffusione in Occidente attorno al 2006; secondo il rapporto annuale dell'Istituto Superiore di Sanità, oggi circa due milioni di italiani fanno un uso occasionale o regolare di sigarette elettroniche.

Una domanda però sorge spontanea: fanno davvero bene?

Diversi studi hanno segnalato nel vapore prodotto dalle sigarette elettroniche la presenza di sostanze potenzialmente dannose: in primis il glicole propileno, generalmente considerato sicuro, in realtà può dare origine ad irritazioni delle vie aeree, tosse e in casi molto rari riniti ed asma.

Lo stesso, inoltre, se riscaldato può produrre acetaldeide e formaldeide, che ad alte concentrazioni divengono sostanze potenzialmente cancerogene.

Anche sulla completa sicurezza delle sostanze aromatiche, che gli amanti dello "svapo" si divertono tanto a cambiare e sperimentare, gli esperti sottolineano una scarsa chiarezza: il diaceti-

le, un aroma molto utilizzato anche nel burro, è sicuro quando viene ingerito ma è in grado di portare problemi respiratori dopo essere stato inalato per periodi di tempo molto lunghi.

Ma se l'utilizzo della sigaretta elettronica, è argomento ancora ampiamente dibattuto dalla comunità scientifica, recenti studi sembrerebbero ostacolare la credenza secondo cui le e-cig mostrino la capacità di allontanare la dipendenza dalle classiche sigarette.

L'Università di La Jolla, in California, ha condotto un'analisi sulle abitudini riguardanti il fumo di oltre 15000 ragazzi, di età compresa tra 12 e 24 anni, e analizzando poi gli stessi comportamenti a quattro anni di distanza. I risultati emersi sono tutt'altro che rassicuranti: a distanza di tempo infatti, i dati mostrano che la probabilità di diventare un fumatore abituale è tre volte maggiore fra i giovani che avevano fatto uso di sigarette elettroniche nella prima parte dello studio, rispetto a chi invece non le usava.

Quindi, continuano i ricercatori "provare sigarette elettroniche e altri dispositivi da fumo prima dei 18 anni è fortemente associato all'uso quotidiano di sigarette più avanti nella vita".

E nel nostro Paese? La situazione non sembra essere molto lontana dal panorama mondiale.

I dati riportati da studi statistici su scala nazionale lasciano trasparire, infatti, come anche in Italia il numero di minori che si affaccia a queste "sigarette alternative" è ormai in costante crescita da tempo, nonostante la vendita di questi prodotti sia vietata agli under-18.

Secondo gli studiosi il problema alla base di questo progressivo avvicinamento degli adolescenti alla e-cig è, tra le altre cause, in parte attribuibile a strategie di marketing sempre più in uso tra le grandi multinazionali: se, infatti, la pubblicità è severamente vietata per il fumo tradizionale (e numerosi sono gli spot del Ministero della Salute atti a fare chiarezza sulle gravi conseguenze che esso comporta), le sigarette elettroniche vengono molto spesso sponsorizzate avvalendosi di testimonial molto amati tra i giovani.

Insomma, è il caso di dire "oltre il danno, la beffa": sotto i continui influssi della grande rete di internet fumare la e-cig diventa una moda del momento, segno distintivo di una comunità di giovani "svapatori" tanto presi dal cloud chasing, da non accorgersi che la dipendenza è la stessa... ha solo cambiato odore.

***Biologa-Nutrizionista**



SANA ALIMENTAZIONE

Rimettersi in forma dopo le feste

Laura Melzini*



Dopo gli eccessi di Pasqua, con l'estate in arrivo, il pensiero di tanti in questi giorni è di rimettersi in forma. Le feste sono un'occasione per vivere dei momenti di gioia e condivisione con i propri cari seppur con tavolate meno lunghe e numerose.

A causa dell'eccessiva sedentarietà di questo periodo e delle abitudini alimentari modificate a causa del lockdown, ci tocca tristemente fare i conti con la bilancia, che segnerà l'inevitabile aumento di peso. Ora, più che mai, è necessario recuperare la forma fisica

innanzitutto, attraverso un sano allenamento; l'attività fisica è indispensabile per riattivare il metabolismo ed aumentare il dispendio energetico. Ovviamente, si può iniziare da attività fisica all'aperto; l'esercizio fisico è un naturale stimolo al buon umore che in questo periodo è, spesso, carente e rafforza il sistema immunitario.

Dimagrire è una questione di bilancio energetico: solo se le calorie bruciate con le attività quotidiane superano quelle introdotte con il cibo si può perdere peso. E' sempre consigliabile

aumentare la spesa energetica, piuttosto che ridurre drasticamente l'introito calorico. L'ideale sarebbe dedicare un'ora al giorno al movimento, ma possono bastare anche 40-50 minuti al giorno per 3 giorni alla settimana. Attenzione anche a ciò che si mangia prima e dopo l'allenamento!

Prima di iniziare una qualsiasi attività fisica, a pranzo, è importante consumare un pasto che contenga anche una porzione di carboidrati, importante per assicurarsi le energie necessarie per affrontare lo sforzo fisico. Se si pratica attività fisica la sera, assicurarsi uno spuntino a base di frutta, 1-2 ore prima dell'attività.

Dopo aver terminato l'allenamento, è meglio far riposare il nostro organismo per almeno un'ora, concentrandoci subito soprattutto sul reidratarsi. A cena l'ideale è reintegrare le proteine attraverso carne, pesce o legumi accompagnate con verdura, importante per colmare il fabbisogno di sali minerali e vitamine. La maggior parte delle persone intende il "mettersi a dieta" come un periodo di completa restrizione, come punizione, quindi ci si priva di tutti gli sfizi, e spesso totalmente dei carboidrati.

Terminato il periodo di "dieta", invece, prontamente si torna alle vecchie abitudini alimentari, dimenticando che proprio quelle ci hanno portato ad essere in sovrappeso. L'inevitabile conseguenza sarà tornare al peso precedente.

Questo è il principale motivo per il quale le diete drastiche e coercitive non funzionano! "Mettersi a dieta" è un'operazione fallimentare e inutile nella stragrande maggioranza dei casi, soprattutto se la pratica è accompagnata da lunghi digiuni. Diversi studi dimostrano infatti che, nell'arco dei sei mesi successivi, il peso perduto in seguito ad un regime alimentare scorretto e squilibrato sarà inesorabilmente ripreso. La chiave del successo è innanzitutto modificare le proprie abitudini alimentari, facendosi aiutare da

professionisti che aiutano a far capire cosa significa mangiare sano, in porzioni giuste secondo le proprie esigenze e senza mortificanti privazioni. Il secondo passo è mantenere il peso raggiunto e fare propri i giusti atteggiamenti per poi riuscire a mangiare in maniera sana e naturale anche da soli. Il fine di un percorso nutrizionale è acquisire un equilibrio nel rapporto con il cibo, imparando a gestire i cosiddetti 'sgarri'.

A questo proposito ecco qualche consiglio utile: - Preferite un'alimentazione varia, ricca di frutta e verdura fresche che aiutano ad eliminare la ritenzione

idrica dovuta all'eccesso di alimenti salati consumati in eccesso in questi giorni, legumi e cereali anche integrali, importanti per sconfiggere il senso di fame. La fame è una sensazione molto spiacevole che spesso causa l'abbandono delle 'diete'. Pesci, frutta secca, alimenti ricchi di acidi grassi 'buoni' che aiutano a diminuire i livelli di trigliceridi e colesterolo nel sangue.

_ Evitate bevande zuccherate e alcolici. Si tratta di fonti di calorie aggiuntive che aumentano l'apporto calorico della giornata. Quindi concederle solo nel weekend!

_ Evitate di acquistare junk food. Se la vostra dispensa è piena di cibi salutari sarà più semplice evitare pericolose tentazioni.

_ Non siate troppo esigenti con voi stessi. Fissare obiettivi troppo ambiziosi può essere demoralizzante nel momento in cui non vengono raggiunti. Meglio procedere gradualmente, non scoraggiarsi e mantenere il risultato acquisito per sempre anche se si discosta da quello inizialmente auspicato. Per fare questo è utile monitorare il proprio peso tre quattro volte al mese in modo da controllare le piccole oscillazioni!

***Specialista in scienza dell'alimentazione**



► **NEUROPSICHIATRIA INFANTILE.** Dalle diagnosi di disabilità cognitiva alle sfide dell'educazione

Scuola, futuro e inclusione

Dalla necessità di costruire un dialogo con i genitori all'impegno a cui sono chiamate le istituzioni

Alfonso Leo*



Nel marzo scorso Michele Zappella, un famoso neuropsichiatra infantile, che ha contribuito negli anni '70 all'abolizione delle classi differenziali, ha pubblicato un libro dal titolo *Bambini con l'etichetta, dislessici, autistici e iperattivi: cattive diagnosi ed esclusione*.

Negli ultimi anni le diagnosi di disabilità cognitiva o di disturbi neurologici specifici dell'apprendimento, i cosiddetti DSA, sono cresciute in maniera abnorme. L'ISTAT afferma che le certificazioni di dislessia sono passate in cinque anni da 94.000 a 188.000, con un tasso di crescita del 100%; quelle di disgrafia sono aumentate addirittura del 192%; i casi di autismo in vent'anni sono passati dallo 0,3 all'1,05%, il quintuplo.

Le "etichette" che definiscono un bambino o un adolescente sono il risultato di una cultura che affonda le sue radici in alcuni aspetti dell'odierna società capitalistica per la quale le diagnosi di disabilità diventano un'occasione di guadagno, così riprendendo la definizione di Elvio Facchinelli: «chi riceve diagnosi di questo tipo diventa il bambino dalle uova d'oro». L'etichetta di diverso viene applicata nella scuola e si impone soprattutto a coloro che esibiscono difficoltà a misurarsi con le abilità oggi più richieste dal mondo del lavoro: saper leggere e scrivere, saper entrare adeguatamente in relazione con gli altri. Queste diagnosi sono spesso seguite da interventi terapeutici dai costi elevati, con l'impegno in attività che coinvolgono per molto tempo i bambini e la loro famiglia. Inoltre, si impegnano terapeuti per ore con effetti economici notevoli.

Queste diagnosi e definizioni tendono a distinguere bambini e giovani sulla base di alcune caratteristiche ritenute inadeguate al contesto, riducendo la loro esistenza e le loro potenzialità a un'etichetta, spesso usata senza alcun principio di riservatezza, così da divenire nota tutti, soprattutto a scuola. Si trascurano le possibilità e i punti di forza ed è soltanto la loro debolezza che emerge. Non si dà importanza al fatto che chiunque, di fatto, manifesta dei punti deboli bilanciati da altrettanti punti di forza. Bisognerebbe puntare sui punti di forza e cercare di attenuare le difficoltà. Il bullismo diventa, allora, una possibile conseguenza a causa di quei compagni che tendono ad escludere i diversi concorrendo alla loro emarginazione. Tutto ciò conduce ad un grave danno all'immagine che hanno i bambini e i ragazzi di loro stessi.

La diagnosi diventa la via obbligatoria per fare richiesta formale di un sostegno per un certo numero di ore, contribuendo così a creare ulteriori false ricette. Si attestano diagnosi di autismo formulate con frettolosa leggerezza, quindi a genitori arresi all'idea della fondamentale necessità di affidare il bambino a un insegnante di sostegno, nella speranza che gli si dedichi una particolare attenzione. La scuola dal canto suo potrà contare sull'insegnante di sostegno in più, risorsa che, tra l'altro, potrà essere di sostegno a tutta la classe. Tutto ciò contribuisce all'epidemia attuale di diagnosi ben definite come "etichette" da Zappella, come ad esempio quella di autismo.

Papa Francesco fin dall'inizio del suo pontificato ha parlato di «cultura dello scarto», riferendosi a persone anziane, malati terminali, disabili gravi e espulsi da un ingranaggio che deve essere efficiente a tutti i costi, estendendo poi la definizione a quei bambini



e giovani privati della possibilità di costruire il proprio futuro. Si è passati dalle classi differenziali degli anni '50 e '60, in cui venivano collocati anche i figli degli emigrati dal meridione (che non conoscevano l'italiano, confinati in aule in cui si facevano programmi differenti, garantendo così un ingresso nel mondo del lavoro in condizioni sicuramente svantaggiate), alla cultura attuale dell'inclusione nei confronti dei ragazzi che vengono da altri paesi. Giovani provenienti da paesi stranieri vengono spesso inseriti in classi corrispondenti alla loro età senza badare alla loro conoscenza della lingua. Attualmente si sta provvedendo a correggere tali storture, ma siamo ancora lontani dal raggiungere programmi personalizzati. Vi sono poi esempi particolari. Ad esempio, sono state chiuse le scuole per sordi che permettevano a questi giovani di acquisire un linguaggio "diverso" rispetto a quello parlato. In nome dell'integrazione li si è inseriti in classi normali, con insegnanti di sostegno spesso non esperti in questo campo, creando loro ulteriori difficoltà di inserimento. Gli spazi possono essere comuni o transitoriamente separati, ci possono essere fasi in cui l'insegnamento viene fatto in un ambiente distinto, per preparare un'integrazione successiva. L'importante è che l'integrazione non venga considerata in modo rigido e pre-

testuoso, altrimenti si rischia di uscire dalla realtà, di danneggiare i bambini e di creare per loro un'ulteriore forma di esclusione.

E poi è venuta la pandemia ad aggravare la situazione. Capita spesso, in ospedale, di vedere bambini di 6 o 7 anni a cui viene proposta, a scuola, una diagnosi di disgrafia. Tali diagnosi sono ulteriormente aumentate di recente: basta immaginare le difficoltà esperite da un bambino di 7 anni che ha frequentato la scuola elementare quasi esclusivamente con didattica a distanza, la famigerata DAD. Se non ha una famiglia che possa adeguatamente seguirlo, vuoi perché ha altri figli, vuoi perché lavora, sia in presenza ma anche in smart-working, il suo destino è segnato. Allora ben venga l'etichetta di dislessico, disgrafico ecc. Una diagnosi di questo genere deresponsabilizza la scuola: non è colpa dell'insegnante se il bambino non riesce a raggiungere gli obiettivi prefissati. Deresponsabilizza, paradossalmente, i genitori in quanto il bambino "patologico" non è più dovuto ad un comportamento genitoriale ma è colpa della sfortuna. Quando ci si rende conto che c'è stata una diagnosi sbagliata o imprecisa, molto spesso l'intervento da fare è sui genitori: convincerli che il proprio figlio ce la possa fare senza insegnante di sostegno è spesso difficile. Come afferma il pedagogo Daniele Novara:

«Dietro l'esplosione delle neurodiagnosi ci sono i disturbi comportamentali di bambini con genitori fragilissimi, troppo presi dal piano emotivo e poco su quello educativo». Non si comprende che quel marchio o "etichetta" accompagnerà il bambino per tutto il percorso scolastico e prefigura la sua collocazione lavorativa.

Tra le conseguenze della pandemia, secondo alcuni scienziati, vi sarà una riduzione del reddito dei giovani di almeno 1/3 quando raggiungeranno l'età lavorativa, come conseguenza degli anni di scuola in DAD. Nell'ambito del "Recovery plan" post-pandemia va dedicata attenzione particolare ai giovani in maniera diretta, certamente, ma evitando di puntarli a dito e evitando di patologizzare ancora la loro condizione applicando ulteriori etichette. L'intervento, invece, andrebbe diretto verso una presa globale in carico della famiglia. Gli interventi dovrebbero mirare non solo alla riabilitazione dei minori ma a creare un miglior rapporto tra genitori e figli. L'educazione dei figli non può essere delegata solo alla scuola, né si può essere amici dei propri figli. In famiglia, come nella società, vi è un patto implicito tra protezione e regole. Lo stato è autorevole se garantisce una protezione adeguata ai propri cittadini, se ha regole certe e affidabili. Pensiamo ad esempio alla vicenda dei vaccini e alle varie prese di posizione riguardo al vaccino AstraZeneca. Alla fine, la credibilità dello Stato è crollata con conseguente disdetta da parte di diverse persone rispetto alla vaccinazione proposta. Un genitore fragile, indeciso, insicuro non può dettare regole che egli stesso o ella stessa non rispetterà. La conseguenza sarà una perdita di credibilità e quindi tutto sarà permesso, ritrovandoci dunque potenzialmente con una generazione abbandonata ai suoi incubi alle sue paure. Molto spesso i genitori si sentono caricati di un peso maggiore di quello che essi ritengono di poter sopportare.

Anche la scuola dovrebbe fare la sua parte, quando sarà possibile farlo in presenza. Verrà richiesto uno sforzo ulteriore per comprendere che le problematiche che emergeranno dovranno essere risolte con l'intervento di insegnanti meglio preparati a questa condizione, che non sarà un'emergenza ma la straordinaria prassi ordinaria da risanare. Un'emergenza dura relativamente poco; la fase post-COVID richiederà un impegno da parte delle istituzioni per un periodo lungo, con una integrazione virtuosa tra territorio, ospedale e terzo settore. Anche da parte dei professionisti è, però, necessario un impegno maggiore a non patologizzare sbrigativamente i comportamenti difformi dei giovani che ci verranno affidati. I test sono rassicuranti per gli operatori di sanità, deresponsabilizzano dalla valutazione: se il test lo dice allora sarà vero, si applicheranno dunque le linee guida. Ma il medico deve rispondere a qualcosa di diverso e, parafrasando Jacques Lacan, egli ha solo lo spazio del rapporto attraverso il quale egli è il medico, cioè la domanda del malato. Un bambino con problemi di "dislessia", molto spesso, ha bisogno solo di una maggiore attenzione. Un adolescente che manifesta problemi di aggressività o di comportamenti antisociali ha solo bisogno di un dialogo con un genitore "affidabile". Sicuramente c'è bisogno di un impegno maggiore. In un'intervista recente la ministra per la Famiglia, Elena Bonetti, ha affermato: «Come ci è servito un piano vaccinale, ci serve un piano educativo straordinario, un piano di salvezza educativa». Speriamo.

*Psicoanalista



► **MEDICINA.** Si tratta di una patologia molto frequente che colpisce una metà del viso

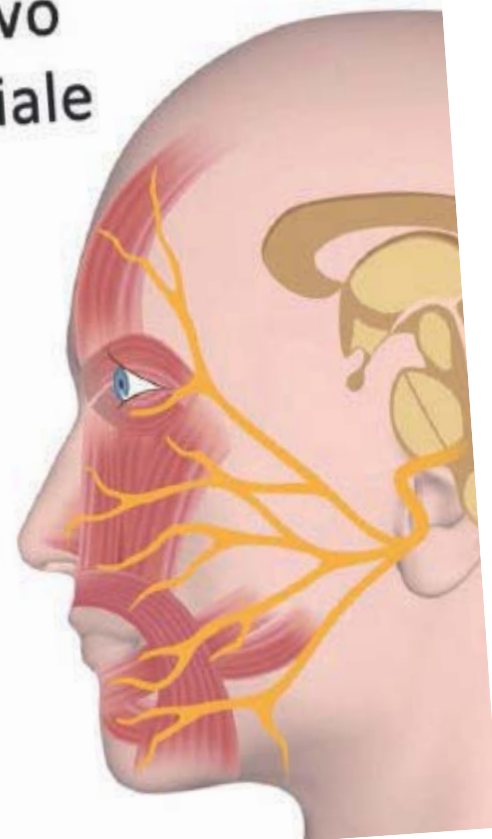
La paralisi del nervo facciale

Può essere compresso per cause soprattutto di tipo infiammatorio come una otite o un colpo di aria

La riabilitazione prepara i al recupero funzionale



Nervo Facciale



Mario ed Alessandro Ciarimboli*

La paralisi del nervo facciale, il VII nervo cranico, o paralisi di Bell è una patologia molto frequente che colpisce una metà del viso determinando deficit del muscolo frontale, dei muscoli mimici del viso e del muscolo orbicolare. Tutto ciò causa una asimmetria della rima orale sicché un lato della bocca, quello colpito dalla paralisi, si piega flaccida verso il basso, mentre l'altro lato viene tirato verso il lato indenne, la fronte perde le sue fisiologiche rughe, la palpebra inferiore è cascante con impossibilità di chiudere completamente l'occhio (lagofalmo) ed ammicciare. La prima reazione a fronte di queste manifestazioni è il panico generato dal timore di essere stati colpiti da un ictus cerebrale. In realtà si tratta di una sofferenza periferica del nervo facciale che come tale generalmente regredisce completamente nel giro di uno o due mesi o con esiti irrisori e non gravi. Per comprendere le cause della paralisi facciale cercheremo innanzitutto di chiarire la funzione del nervo facciale che sovrintende alla attività dei muscoli del volto. Dalla sua attività infatti dipende la mobilità del labbro e la possibilità di aprire o chiudere la bocca ed aprire o chiudere la palpebra. Altra funzione importante è quella di controllare i movimenti della guancia consentendo ad esempio un sorriso "smagliante" o la possibilità di soffiare o fischiare. Il nervo facciale inoltre regola le funzioni della salivazione e della lacrimazione. Anatomicamente è alloggiato dietro l'orecchio da dove si distribuisce ai muscoli del volto. Proprio dietro l'orecchio passa in una "stretta" (il canale di Falloppio) dove conseguentemente ha meno spazio. È lì che il nervo facciale può essere compresso per cause soprattutto di tipo infiammatorio come una otite o un colpo di aria (motivo per cui si parla anche di "paralisi a frigore" o paralisi da freddo) o una malattia herpetica (herpes zooster o "fuoco di S. Antonio"). Quindi generalmente la paralisi facciale non ha una causa precisa e ben accertabile per cui si usa la terminologia generica di "paralisi a frigore" che colpisce mediamente lo 0,04% della popolazione cioè 40 persone su 100000 abitanti. Con minore frequenza si verifica do-

po un intervento chirurgico sulla base cranica come avviene in particolare nella ablazione del neurinoma del nervo acustico a seguito del quale può residuare una importante paralisi del facciale. Meno frequentemente la causa è traumatica (traumi contusivi della regione otomastoidea) o congenita. In ogni caso uno dei sintomi che accompagnano la paralisi più fastidiosi e preoccupanti è la cheratite, cioè una lesione dell'occhio, della cornea in particolare, con edema ed ulcerazioni della stessa causate dal lagofalmo. Infatti la difficoltà di chiudere l'occhio e la rarità dell'ammiccamento predispongono ai traumatismi della cornea (lo strofinio sulla superficie del cuscino di notte o la polvere e i corpi estranei che di giorno possono traumatizzare le parti dell'occhio non protette dalla palpebra ecc.). In tal caso ad una iniziale sensazione di bruciore o di corpo estraneo fa seguito la complicità della cheratite che può arrivare, se non curata, alla ulcerazione e perforazione della cornea. La diagnosi di Paralisi del facciale è clinica e si compendia nella visita medica con la valutazione della entità della paralisi. A questa possono associarsi una valutazione radiologica (eventuale TAC encefalica in caso di dubbio diagnostico o sospetto di patologia encefalica) ed una eventuale visita oculistica in caso di danno oculare. Come va trattata la paralisi del facciale? È indispensabile un intervento precoce, pressoché immediato con terapia antiinfiammatoria possibilmente steroidea (cortisonici) a dosaggio generoso ed un precoce intervento riabilitativo. In riabilitazione vengono stimulate le attività motorie dei muscoli innervati dal facciale. In particolare è necessario affidarsi alle mani di Fisioterapisti esperti che utilizzino tecniche di tipo "globale" come la metodica di Kabat. La riabilitazione non ha l'obiettivo di favorire la guarigione del nervo (a questo pensa il cortisone che riduce l'infiammazione che comprime il nervo stesso) ma accelera il recupero e prepara i muscoli al recupero funzionale che si verificherà "naturalmente" ad infiammazione regredita. Un capitolo a parte merita l'elettrostimolazione della quale in passato si è fatto grande uso ma la cui utilità è attualmente sconosciuta essendo peraltro dimostrato che spesso de-

termina la comparsa di contrazioni muscolari involontarie e tic che persistono nel tempo. Ovviamente la qualità del risultato è inversamente proporzionale alla entità della paralisi e direttamente proporzionale alle modalità di intervento. In altri termini prima si somministra cortisone e prima si fa riabilitazione migliori sono i risultati. Se si ritarda, i

risultati possono essere molto negativi e lasciare importanti deficit dei muscoli del viso e del muscolo orbicolare dell'occhio. Per quanto riguarda il danno oculare va sicuramente adottata una adeguata prevenzione coprendo e proteggendo l'occhio con bendaggio e con il "bubble" cioè con la applicazione di pomate lubrificanti. In caso di lagof-

talmo persistente si può ricorrere in ultima analisi alla correzione chirurgica della anomalia di chiusura palpebrale. In conclusione il corretto comportamento terapeutico prevede precocità di terapia antiinfiammatoria e fisiochinesiterapia con esercizi di rieducazione motoria.

*Fisiatri

IL RICONOSCIMENTO

Anna, una ricercatrice irpina vincitrice del Bando "Città della speranza"

C'è anche l'irpina Anna Urciuolo tra le ricercatrici vincitrici di un bando di 3,3 mln di euro finanziato dall'Istituto di Ricerca Pediatrica "Città della Speranza" di Padova. La ricercatrice del Dipartimento di Medicina Molecolare dell'Università di Padova è destinataria di una somma di oltre 300mila euro che consentiranno di consolidare il programma di

muscolare umano e imparare come curare malattie quali la CMS e altre simili".

Un obiettivo importante per l'avellinese che dopo aver frequentato il liceo tecnologico Imbriani di Avellino si è laureata in biotecnologie sanitarie (all'epoca interfacoltà di medicina, veterinaria e farmacia), fino a conseguire la specialistica di biotecnologie mediche della Facoltà di Medicina dell'università di Padova. Poi il dottorato alla scuola di bioscienze con indirizzo genetica e biologia molecolare dello sviluppo. Dopo il dottorato di ricerca svolge la propria attività all'estero per rientrare di nuovo in Italia. A Londra lavora presso il laboratorio del Prof. Paolo De Coppi: "Questa esperienza è stata profondamente costruttiva, mi ha aperto a un forte cambiamento di prospettiva sia personale che scientifico - ci dice - Poi ho deciso di rientrare in Italia con mia figlia, ho iniziato un postdoc con il Prof. Elvassore, del dip. di ingegneria Industriale. È in



Anna Urciuolo

Questo punto di contatto si chiama giunzione neuromuscolare. Le sindromi miasteniche congenite (CMS) sono malattie genetiche pediatriche con mutazioni a carico di proteine della giunzione neuromuscolare, che causano un'irreversibile debolezza muscolare entro i primi due anni di vita.

L'obiettivo del progetto è mettere appunto dei modelli tridimensionali di muscolo ingegnerizzato, in cui le cellule muscolari e quelle nervose vengono coltivate insieme in laboratorio per mimare quello che accade nella giunzione neuromuscolare umana. L'uso di tecniche tridimensionali ha il vantaggio di riuscire a ricostruire nella maniera più fedele possibile ciò che succede nel corpo.

Inoltre, utilizzando cellule staminali pluripotenti indotte, è possibile generare cellule muscolari e neuroni sia da persone sane che da pazienti con CMS.

Si ritiene che questa sia la partenza necessaria per potere capire meglio come funziona il sistema

questo periodo in cui ho iniziato la mia collaborazione in IRP Fondazione Città della Speranza, dove grazie al dipartimento SDB sono entrata in punta di piedi nel 2019 con il mio progetto STARS dell'Università di Padova e successivamente ci sono rimasta come collaboratrice nel gruppo LIFE-LAB di CORIS. Nel mentre la mia posizione in IRP si è consolidata con la vittoria come collaboratrice in un progetto finanziato da Cariparo (PI Martina Piccoli) e poi successivamente con la vittoria del mio progetto IRP come consolidator e la collaborazione nel progetto IRP di Michela Pozzobon. Recentemente grazie ad un progetto finanziato da IRP Fondazione Città della Speranza ho vinto un concorso presso il dipartimento di Medicina Molecolare come ricercatrice".