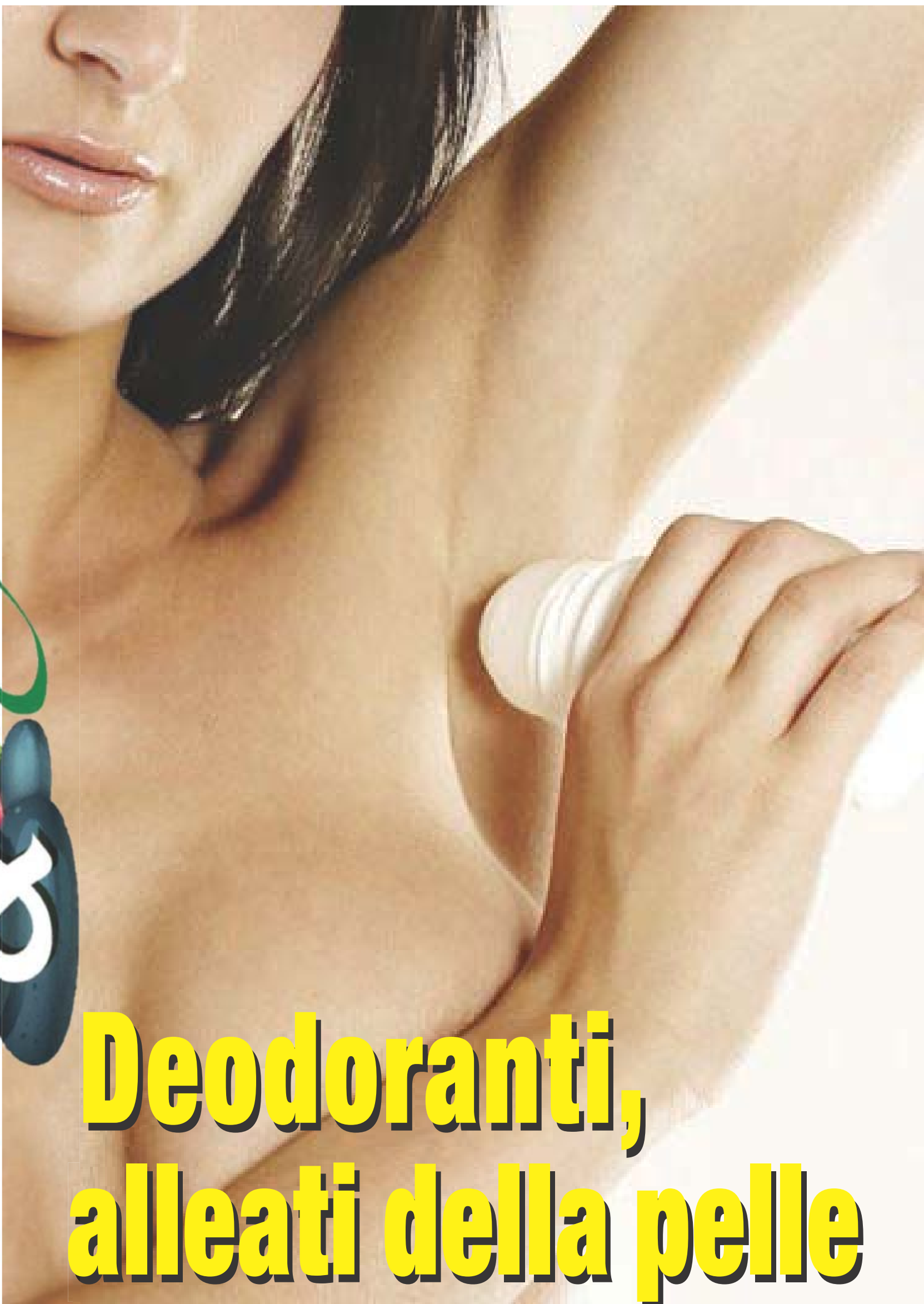


Salute & Benessere



Deodoranti, alleati della pelle

Mariolina De Angelis*



Uno dei prodotti per il benessere e la cura della persona, a cui difficilmente riusciremo a rinunciare, è sicuramente il deodorante. Dagli antitraspiranti, agli assorbenti ai coprenti, le tipologie dei deodoranti sono numerose. Ma come funzionano e come scegliere quello più adatto a noi? Procediamo per ordine: gli antitraspiranti sono dei deodoranti che contengono sali di alluminio,

zincio e sostanze che in presenza di acqua e di soluzione acquose, come lo è il sudore, reagiscono dando origini a prodotti che riducono il secreto delle ghiandole sudoripare. Essi non bloccano l'attività delle ghiandole completamente, moderano la produzione del sudore. In passato sono stati accusati di tossicità e di favorire il tumore al seno. Gli studi hanno poi dimostrato che non esiste correlazione tra utilizzo di deodorante antitraspirante e tumore al seno.

Per quanto riguarda invece i deodoranti batteriostatici, essi contengono ingredienti capaci di impedi-

re un'eccessiva proliferazione batterica. Sono quindi adatti nelle sudorazioni abbondanti. In essi c'è presenza di clorexidina e di tripro sun, ciò per evitare lo squilibrio della flora batterica naturale. I deodoranti batteriostatici contengono poi una sostanza coprente l'odore o profumo. Per quanto riguarda invece quelli assorbenti, essi interferiscono con la sudorazione captando le molecole che producono l'odore sgradevole e impedendo l'azione maleodorante, inoltre assorbono gli eccessi di umidità e derivati.

I deodoranti invece ad azione antienzimatica bat-

terica bloccano sia il cattivo odore che l'attività di quegli enzimi utilizzati da batteri capaci di degradare le componenti del sudore. Per quanto riguarda invece i deodoranti profumanti essi contengono, oltre agli oli essenziali, anche un'azione batteriostatica. I deodoranti profumanti hanno qualche punto debole, la loro azione infatti è limitata nel tempo e a contatto con il sudore molto spesso formano dei miscugli sgradevoli dell'odore naturale. Ma non è sufficiente usare solo del sapone per combattere i cattivi odori.

Dopo poche ore il sudore sarà nuovamente all'attac-

co. Il consiglio quindi è di effettuare subito dopo il lavaggio l'applicazione del deodorante scelto, avendo cura di spruzzarlo anche sul torace e sui vestiti. Nel caso di cute sensibile sceglieremo sicuramente un deodorante privo di alcol evitando possibili allergie. Inoltre possiamo utilizzare anche prodotti che bloccano l'attività delle ghiandole per 7 giorni, esistono sia in crema, sia il roll-on che in stick. Essi mantengono il delicato equilibrio della microflora cutanea. La scelta deve essere effettuata con cura per ottenere gli effetti desiderati.

*Farmacista



► **PREVENZIONE.** Il trattamento dell'ernia inguinale è sempre chirurgico, mediante riparazione del difetto

Ernia inguinale, come curarla

Claudio Di Nardo*



L'ernia inguinale è secondaria ad un difetto della parete addominale, più precisamente nella sede del canale inguinale, struttura anatomica descritta più avanti. Attraverso tale difetto, una vera e propria lacuna fra i muscoli che costituiscono le pareti del canale inguinale, tecnicamente definita "porta erniaria", avviene la fuoriuscita di strutture anatomiche della cavità addominale, di norma il peritoneo, cioè la membrana sierosa che riveste la parete ed i visceri dell'addome, che fuoriuscendo dalla porta erniaria prende la forma di un vero e proprio "sacco", che contiene il più delle volte un viscere addominale, rappresentato spesso da un intestino.

Patologia molto comune, soprattutto nella popolazione maschile, l'ernia inguinale trae origine in alcuni casi da un difetto congenito per anomala chiusura del canale inguinale (ernia congenita), ma il più delle volte da una debolezza costituzionale delle strutture anatomiche muscolofasciali del canale inguinale in associazione a fattori acquisiti, come sovrappeso od obesità, attività fisica intensa, tosse cronica, gravidanza, eccessivo ponzamento durante la defecazione a causa di stipsi, in generale a tutto ciò che contribuisce a creare un aumento sensibile e costante della pressione endoaddominale.

Più nel dettaglio, il viscere addominale più frequentemente interessato nell'ernia inguinale è l'intestino, cui segue una porzione di omento, struttura anatomica adiposa della cavità peritoneale, o di tessuto adiposo preperitoneale, più raramente la vescica. L'ernia inguinale è di gran lunga più frequente nel sesso maschile, da 7 a 10 volte, interessando più del 25% dei maschi, per lo più individui adulti di mezza età, ma anche bambini ed anziani.

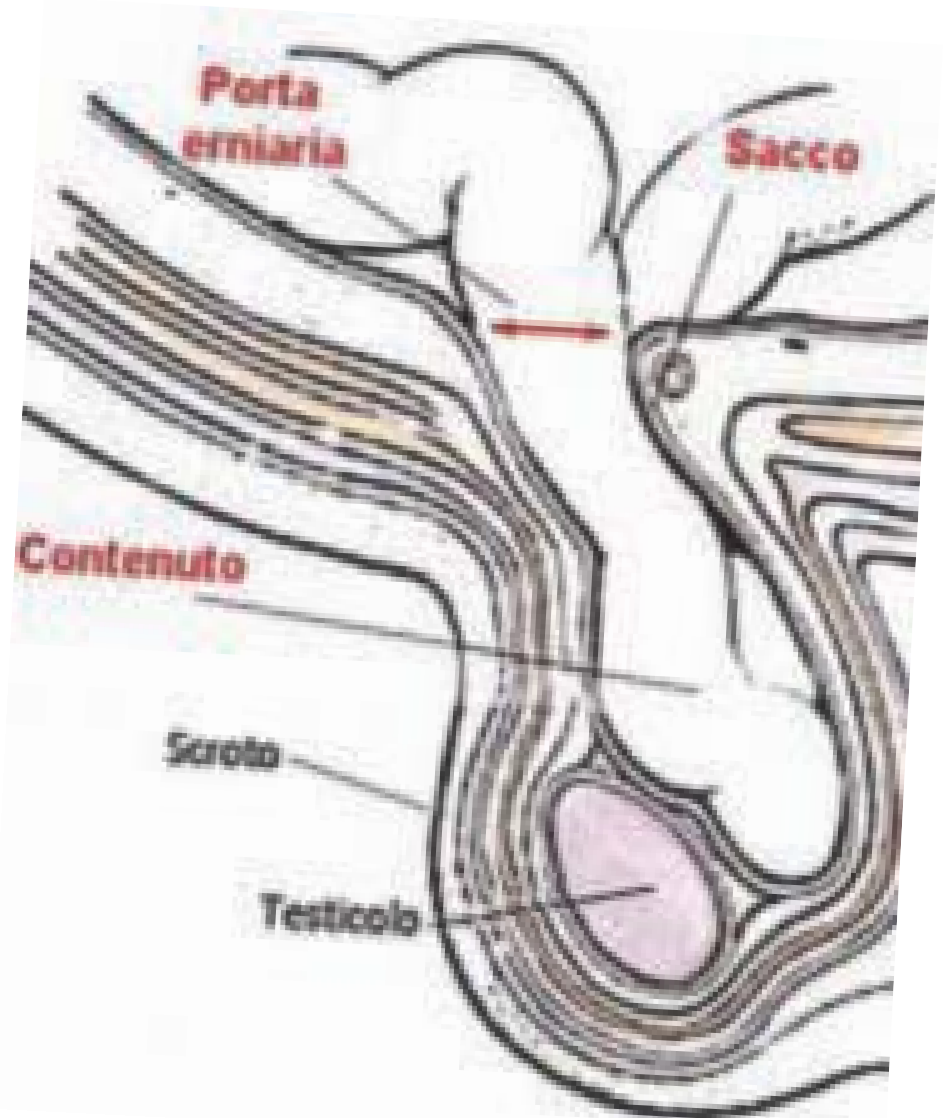
Il canale inguinale è un condotto anatomico pari, le cui pareti sono costituite dalle strutture muscolotendinee della parete addominale anteriore. Esso è delimitato inferiormente da una struttura fibrosa detta legamento inguinale, che separa la regione inguinale dalla sottostante regione crurale, anche questa sede di un tipo di ernia, detta appunto ernia crurale, diversa da quella inguinale e di cui magari ci occuperemo in un prossimo inserto. Il canale inguinale decorre da un forame interno alla cavità addominale (anello inguinale interno) fino ad un forame esterno sottocutaneo della regione inguinale (anello inguinale esterno), fornendo il transito, nell'uomo, del funicolo spermatico fino al testicolo, e del legamento rotondo dell'utero nella donna. Il funicolo

spermatico a sua volta è una struttura cordoniforme, costituita da una sottile parete detta fascia cremasterica, al cui interno decorre il deferente, dotto che dà il passaggio degli spermatozoi, insieme a vasi sanguigni e nervi diretti ai genitali esterni. Nella donna il canale inguinale invece permette il transito del legamento rotondo dell'utero e dei nervi destinati al pube e alle grandi labbra.

In realtà il canale inguinale presenta tre aree anatomiche di debolezza. Una di queste è costituita dallo stesso anello interno, che sotto l'impulso della pressione addominale si slarga e dà origine a quella che in termini anatomici è chiamata "fossetta inguinale laterale", attraverso la quale si crea l'ernia inguinale obliquo-esterna, la più frequente, che dalla cavità addominale scende nel canale inguinale ed alcune volte oltrepassa l'anello inguinale esterno e giunge nello scroto, dando origine all'ernia "inguino-scrotale". Le altre due aree di debolezza interessano la parete posteriore del canale inguinale, dando origine rispettivamente alla "fossetta inguinale media", separata dalla laterale dai Vasi Epigastrici e attraverso la quale si forma l'ernia "inguinale diretta", e alla "fosset-

tamente asintomatica o caratterizzata da senso di peso locale o da vero e proprio dolore. Complicanza severa di questa patologia è lo strozzamento, episodio particolarmente doloroso, caratterizzato dalla impossibilità di riduzione in addome del contenuto erniario, spesso intestinale, con conseguente rischio di occlusione o di peritonite, in seguito a necrosi del tratto intestinale incarcerato. Tale evenienza comporta un intervento in urgenza, di complessità maggiore e con tassi di morbilità e mortalità decisamente più alti. La diagnosi di ernia inguinale è clinica nella stragrande maggioranza dei casi. Solo in rari casi particolari, allo scopo di dirimere dubbi diagnostici, si rende necessario il ricorso all'indagine ecografica.

Il trattamento dell'ernia inguinale è sempre chirurgico, mediante riparazione del difetto con una tecnica che prevede una plastica inguinale ed il posiziona-

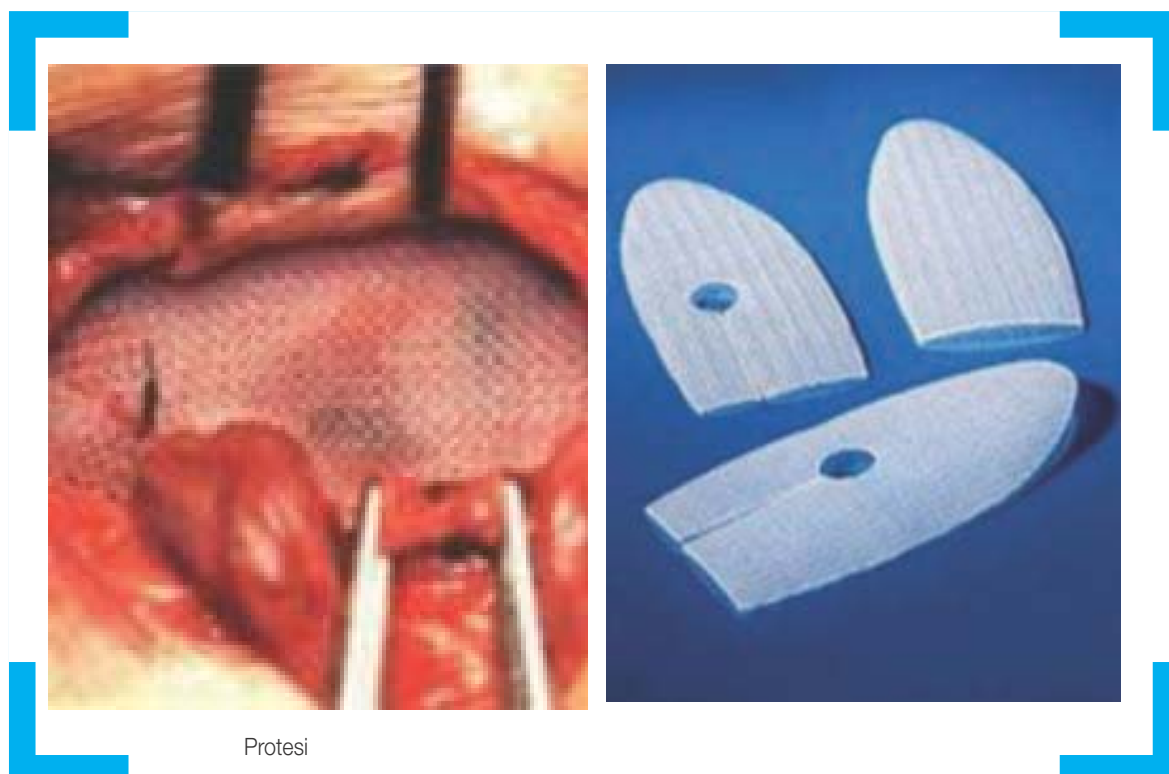


una videocamera, introdotta in addome attraverso una piccola incisione, esegue la riparazione dell'ernia dall'interno dell'addome, utilizzando strumenti operativi dedicati, anch'essi introdotti nella cavità addominale attraverso altrettante piccole incisioni. Dopo i primi entusiasmi suscitati dalla tecnica laparoscopica, il suo impiego è stato molto ridimensionato a vantaggio della tecnica open, in quanto risultata, a causa dell'interessamento della cavità peritoneale e del ricorso all'anestesia generale, più invasiva e complessa rispetto

mente il rinforzo della parete posteriore indebolita del canale inguinale, la fascia trasversalis, contestualmente alla correzione dello slargamento dell'anello inguinale interno mediante una sutura plastica continua in materiale sintetico. Successivamente si provvede al posizionamento, sulla superficie della parete posteriore del canale inguinale così rinforzata ed al disotto della fascia muscolare che costituisce la parete anteriore del canale inguinale, di una Protesi in materiale sintetico (polipropilene) a forma di rete, predisposta per il passaggio del funicolo, che viene fissata ai tessuti con alcuni punti di sutura. Questo tipo di riparazione protesica del difetto erniario inguinale viene definita "Tecnica tension free", in quanto l'uso della rete, evitando la sutura diretta del difetto erniario, elimina l'insorgere di tensione con conseguente lesione tissutale, causa primaria dell'alto tasso di recidiva che si registrava nella chirurgia erniaria antecedente all'avvento delle protesi. La chiusura della breccia chirurgica termina l'intervento chirurgico di ernia inguinale, che è in assoluto la procedura chirurgica più eseguita in tutto il mondo, rientra nella routine quotidiana delle Unità di Chirurgia, in mani esperte è affidabile, sicura e seguita da buoni risultati.

Dopo l'operazione di ernia inguinale, il paziente può riprendere una vita lavorativa che non prevede carichi pesanti già a distanza di 8-10 giorni dall'intervento; occorre segnalare, tuttavia, che, prima di ricominciare ad utilizzare carichi pesanti, che aumentano considerevolmente la pressione intraddominale, è bene attendere circa 6-10 settimane in relazione al tipo di intervento subito. A ogni modo, come accade dopo ogni operazione chirurgica, anche dopo la riparazione chirurgica dell'ernia inguinale, la ripresa di una abituale attività lavorativa e fisica deve essere concordata con il chirurgo.

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



Protesi

ta inguinale mediale", separata dalla precedente da un legamento fibroso (Gimbernat) e attraverso la quale si forma l'ernia inguinale "obliquo-interna", il cui contenuto a volte è costituito dalla vescica. Pertanto le suddette strutture anatomiche, il Gimbernat e gli Epigastrici, delimitano le aree di debolezza descritte sopra.

La manifestazione clinica dell'ernia inguinale è data da una tumefazione inguinale, più o meno riducibile in addome, con manovra manuale o con l'assunzione della postura supina, comple-

mento di una Protesi in materiale sintetico. L'operazione chirurgica di ernia inguinale si svolge di norma in regime di Day Surgery (Chirurgia di un giorno), per cui il paziente può fare rientro a casa nello stesso giorno dell'intervento. In sintesi la terapia chirurgica dell'ernia inguinale prevede una "tecnica open", cioè a cielo aperto, che prevede un'incisione di alcuni centimetri in sede inguinale, in anestesia locale o spinale, ed una "tecnica laparoscopica", che consiste in una procedura, in anestesia generale, che grazie ad

all'altra tecnica, che oggi rappresenta la procedura di scelta nel trattamento chirurgico dell'ernia inguinale. Questa in estrema sintesi prevede l'apertura del canale inguinale, l'isolamento degli elementi del funicolo dal sacco erniario, la riduzione di questo insieme al suo contenuto in addome o in alcuni casi la sua resezione una volta ridotto in addome il solo contenuto. Espletati questi tempi preliminari, inizia la fase vera e propria della riparazione e della ricostruzione del canale inguinale. Tale fase prevede preliminar-

► COSA C'È DA SAPERE.

Pillola giorno dopo, pregiudizi da sfatare

Pur conoscendone l'utilità molte donne ne sanno ancora poco

Maridea*

La contraccezione post coitale e contraccezione di emergenza è l'utilizzo di metodi contraccettivi in seguito ad un rapporto sessuale non protetto al fine di evitare l'instaurarsi di una gravidanza. L'argomento è stato ampiamente discusso, la determina numero 998 emanata dall'Aifa nel 2020 ha portato ad un accordo ossia poter dispensare i farmaci per la contraccezione di emergenza anche alle minorenni senza l'obbligo della prescrizione medica.

Appare perciò evidente, come la contraccezione di emergenza svolga un ruolo determinante nel garantire alla donna una seconda possibilità, per evitare gravidanze indesiderate e di conseguenza l'eventuale ricorso all'aborto volontario.

I principali metodi di contraccezione di emergenza sono o l'inserimento di un dispositivo intrauterino a base di rame tra 5 giorni dal rapporto non protetto, oppure l'utilizzo di farmaci per via orale.

Il Norlevo è un farmaco a base di levonorgestrel, agonista progestinico, comunemente viene chiamata pillola del giorno dopo. È un contraccettivo di emergenza da utilizzare entro 72 ore dal rapporto sessuale non protetto. Nonostante non sia ancora molto chiaro il meccanismo d'azione, questo far-

maco provoca l'inibizione dell'ovulazione e quindi la riduzione delle variazioni istologiche dell'endometrio. È molto efficace, prima si inizia il trattamento e più alta sarà la percentuale della difficoltà di annidamento dell'embrione.

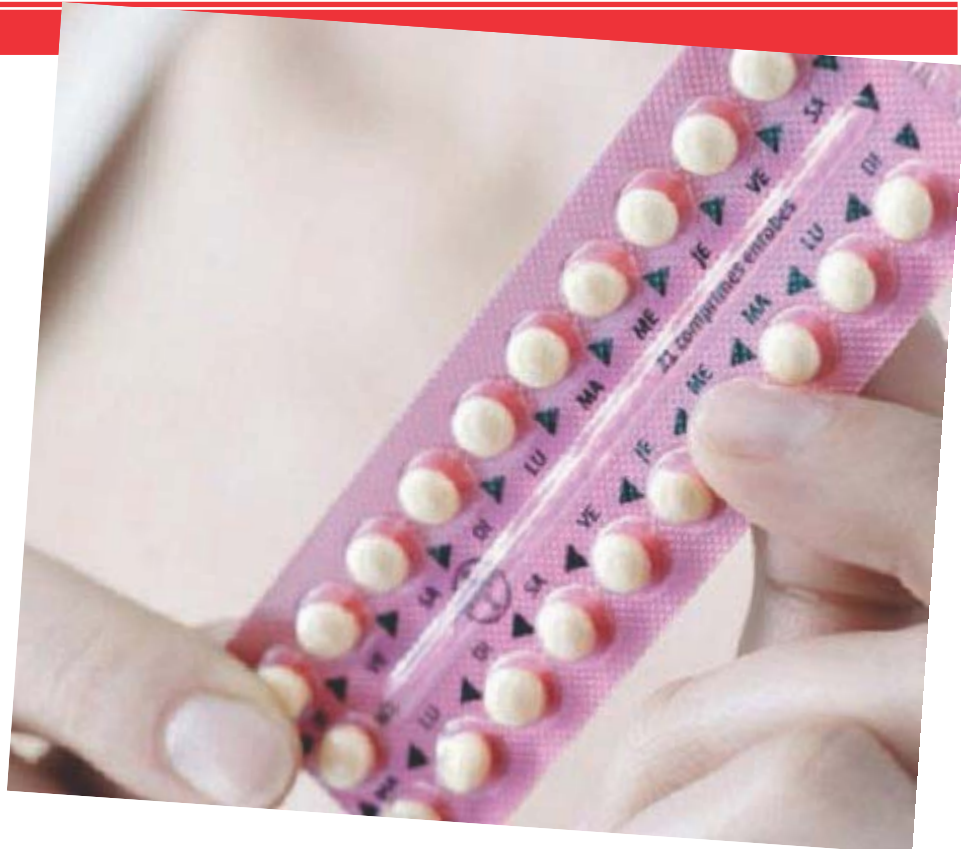
Il farmaco va assunto il prima possibile, entro le 12 ore dal rapporto sessuale non protetto. Gli effetti collaterali riscontrabili dopo la somministrazione del farmaco sono: cefalea, nausea, dolori addominali.

Per quanto riguarda invece l'ellaone la composizione è diversa. È un derivato del progesterone. Esso agisce modificando l'attività dell'ormone progesterone, necessario perché si riformi l'ovulazione, di conseguenza riduce il ritardo ed è adatta qualsiasi donna in età fertile. Va assunto quanto prima e comunque non oltre le 120 ore dal rapporto sessuale non protetto.

L'ellaone provoca un ritardo dell'ovulazione ed è adatta anche alle adolescenti e anch'esso può provocare nausea, dolori addominali, mestruazioni dolorose, mal di testa e sbalzi di umore.

La somministrazione di questi farmaci non può essere considerata come un metodo anticoncezionale. È una terapia di emergenza e soprattutto è importante sottolineare che non protegge dalle malattie sessualmente trasmissibili.

*Farmacista



ALIMENTAZIONE

Pesce azzurro in tavola

Notevole ricchezza proteica, alta digeribilità

Maria Luisa D'Amore*



In una Dieta Mediterranea che si rispetti, il pesce azzurro è uno di quegli alimenti che non dovrebbe mai mancare sulle nostre tavole in quanto, non solo ci consentirebbe di seguire più scrupolosamente le razioni e i consigli riportati nella piramide alimentare, ma ci permetterebbe di riscoprire le tradizioni alimentari che sono tipiche del Mar Mediterraneo.

Con il termine pesce azzurro, in realtà, si identifica una grande varietà di specie accomunate dal caratteristico colore blu scuro o verdastro sul dorso mentre da una colorazione argentea e molto brillante sulla parte ventrale del corpo.

Tale accostamento di colori, è tanto bello quanto utile: esso infatti, consente ai pesci un buon mimetismo in acqua confondendo lo sguardo dei predatori sia dall'alto, poiché il colore blu del dorso si confonde con quello degli abissi, sia dal basso, in quanto il colore brillante dell'addome si confonde con la luce del sole.

Per quanto riguarda le dimensioni, le specie si possono distinguere in:

- Specie di piccole dimensioni, in cui rientrano alici e sardine
- Specie di medie dimensioni, comprendenti sgombero e nasello
- Specie di grosse dimensioni come il pesce spada e il tonno rosso.

Come già accennato in precedenza, le specie di pesce azzurro non si trovano solo in aree circoscritte ma, al contrario, si distribuiscono in aree molto vaste e si spostano continuamente; tra esse, le specie di più piccole dimensioni sono facilmente reperibili anche a largo delle nostre coste.

La facile reperibilità di questo tipo di pesce ha come diretta conseguenza un prezzo sul mercato decisamente abbordabile: non a caso infatti molte specie sono annoverate come "pesce povero"!

Questo aspetto non è da sottovalutare in quanto, spesso il mangiar bene non è un lusso che può permettersi chiunque: il pesce azzurro, rappresenta una valida alternativa per chi vuole mangiare



sani senza spendere in modo eccessivo.

Ma veniamo agli aspetti nutrizionali: quali sono sue le proprietà?

Spostando l'attenzione sulle caratteristiche nutrizionali, il pesce azzurro si apprezza innanzitutto per la quota proteica in esso contenuta, più alta del 24% rispetto agli altri prodotti ittici, e il basso quantitativo di lipidi: i pesci azzurri normalmente si classificano come semigrassi (3-10% di lipidi) o grassi (con lipidi superiori al 10% come in sgombero e aringhe).

Il grande punto di forza del pesce azzurro è però rappresentato dagli Omega 3, acidi grassi polinsaturi dall'elevato potere antinfiammatorio: secondo gli studi infatti questi grassi buoni svolgono un'azione benefica su cuore, retina, intestino, fegato ed articolazioni, contribuendo inoltre anche allo sviluppo neuronale e cognitivo e favorendo i livelli di colesterolo HDL.

Il pesce azzurro, inoltre, è molto ricco di vitamine (A, D e le vitami-

ne del gruppo B) e di Sali minerali (selenio, fosforo, iodio e calcio).

Nonostante la diversità delle specie, in generale tutto il pesce azzurro ha un apporto calorico molto contenuto, che varia da 70 a 200 kcal per 100 grammi di prodotto.

In ultimo, un'altra grande peculiarità del pesce azzurro è data dalla sua alta digeribilità, caratteristica che lo rende adatto alla dieta degli anziani e dei più piccoli.

Per concludere, è importante anche cercare di rassicurare tutti in merito alla presenza di mercurio nel pesce azzurro: diversi studi hanno dimostrato che nei pesci azzurri, compresi quelli di grosse dimensioni come tonno e pesce spada, i valori di questo metallo non sono tali da mettere a repentaglio la salute dei consumatori.

Ad ogni modo, soprattutto in condizioni particolari come in gravidanza, se ne raccomanda il consumo sotto consiglio e monitoraggio del proprio medico curante.

*Biologa-Nutrizionista

**► PREVENZIONE.** Oltre ad essere veloce ed indolore non presenta rischi da contaminazione

Nuovi vaccini, compresse e spray

E' possibile inoculare il medicinale per via subcutanea o intramuscolare senza ricorrere all'ago

Gianpaolo Palumbo*



Dall'inizio della pandemia non si parla più male della sanità del meridione d'Italia. Tutto sembra che la bontà assoluta in questo campo parlasse la lingua lombardo-veneto. Dopo le problematiche che colpirono le persone anziane nei primi due mesi iniziarono ad essere stimati gli istituti sanitari del Sud o del "profondo Sud".

In questo periodo la ricerca nell'Italia Meridionale ha addirittura allungato il passo: le siringhe senza aghi per le vaccinazioni sono prodotte a Catania e per tutta l'Europa ed i vaccini a compresse sono in sperimentazione all'Università "Federico II" di Napoli. Anche il nostro ospedale provinciale (Az. San Giuseppe Moscati) sta dando il meglio di sé per la sperimentazione del Vaccino Reithera, a sottolineare come un presidio sanitario di un capoluogo di una zona interna della Campania sia stato scelto a collaborare con le università di mezza Europa per la messa a punto di un presidio vitale per il nostro benessere futuro.

Ritorniamo al discorso delle siringhe, le quali con diversa fattura erano conosciute già un secolo prima di Cristo grazie ad Erone di Alessandria, geniale inventore della macchina a vapore che serviva per aprire e chiudere le porte pesantissime dei luoghi di culto. Alcuni secoli dopo un medico arabo mise a punto piccoli pistoni d'argento o d'avorio, che furono molto utilizzati come clisteri. Nel 1.600 Blaise Pascal, interessandosi di pressioni, mise a punto uno strumento di precisione, antesignano della moderna siringa, migliorata nel funzionamento nel 1.500 da un medico italiano. Bisogna aspettare però la metà dell'ottocento per poter aggiungere il famigerato ago alla siringa che aveva già diversi prototipi.

Dopo il vetro, che moltiplicava le infezioni, venne fuori l'utilizzo della plastica e la produzione di siringhe sterili già pronte per l'uso.

Oggi siamo ad un bel balzo in avanti con la scoperta di poter inoculare il medicinale per via subcutanea o intramuscolare senza ricorrere all'ago.

Agli inizi del mese di agosto a Messina, primo luogo in Europa, è iniziata la campagna vaccinale anti-covid utilizzando un metodo innovativo che sostituisce in tutto e per tutto l'ago. Da alcuni mesi già lo si faceva negli Stati Uniti d'America, in Australia ed in India.

La nuova "puntura" consiste in un getto ad alta velocità che garantisce l'assorbimento del vaccino per via intramuscolare e prodotta per tutta Europa in Si-

culia, a Catania, dall'Azienda Italiana Gamastech.

Tutti i farmaci iniettabili possono essere somministrati con questo sistema, eccezion fatta per le terapie endovenose. In molti studi odontoiatrici già si utilizzano e noi pensiamo ad allargare tale presidio alle vaccinazioni obbligatorie dei neonati. Sarebbe il toccasana.

Oltre alla praticità ed alla sicurezza c'è un altro vantaggio non trascurabile: con queste iniezioni si vince la paura del dolore provocato dall'ago, è sicuro perché si evitano le punture accidentali, si protegge anche chi inietta il farmaco.

Ricapitolando: è una siringa, ma non ha l'ago, è sterile ed è monouso. Allora come si fa ad iniettare il farmaco nel braccio di un individuo?

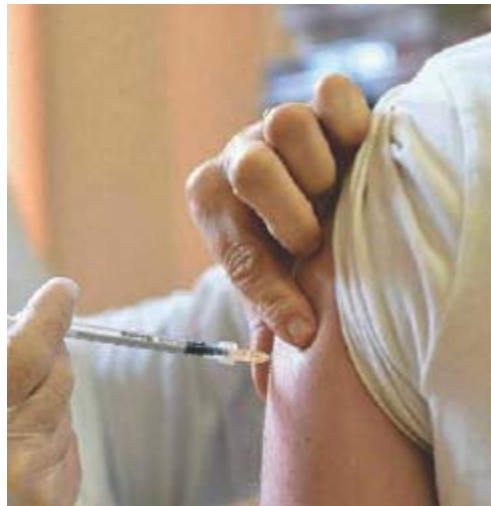
Dal punto di vista tecnico la nuova siringa pratica un microforo di 0,15 millimetri capace di far passare un farmaco in 100 millisecondi.

Oltre ad essere veloce ed indolore non presenta rischi da contaminazione, se non proprio minimi perché non si viene in contatto con il sangue del paziente.

Dopo la notizia delle siringhe senza ago è balzata agli onori della cronaca l'Università "Federico II" di Napoli, allorché una società ad esse collegata (Nextbiomics), ha presentato domanda di brevetto per un vaccino per via orale contro il coronavirus. A parte che non c'è bisogno più di praticare iniezioni, è un vaccino che non utilizza il vettore virale come l'adenovirus, ma sfrutta la capacità di un probiotico (Escherichia Coli Nissle 1917) per modulare la risposta immune. Tale probiotico è già in commercio e largamente utilizzato da tante case farmaceutiche nel mondo per riequilibrare la flora batterica intestinale. Il vaccino, cosiddetto "napoletano", perché sviluppato dai ricercatori dell'Università partenopea, è simile a quelli già utilizzati perché stimola la risposta immune contro la proteina Spike. Tale proteina è quella odiata dagli scienziati perché il coronavirus la utilizza per infettare le cellule.

Al di là di queste innovazioni che abbiamo riportato ci sono impegni scientifici per trasformare i vaccini iniettabili in compresse da assumere per via orale. In India, in Israele, negli Stati Uniti si lavora per questo tipo di...trasformazione. Addirittura sia la Moderna che la Pfizer ci "studiano" da oltre un anno, ma bisogna attendere per ottenere un vaccino da assumere presso la propria abitazione e che va conservato a temperatura ambiente e che annulla anche le ormai famose siringhe senza aghi.

La AstraZeneca lavora su un vaccino spray, altre industrie cercano la soluzione dei cerotti per l'assorbimento per via transdermica e la Immunitybio con-



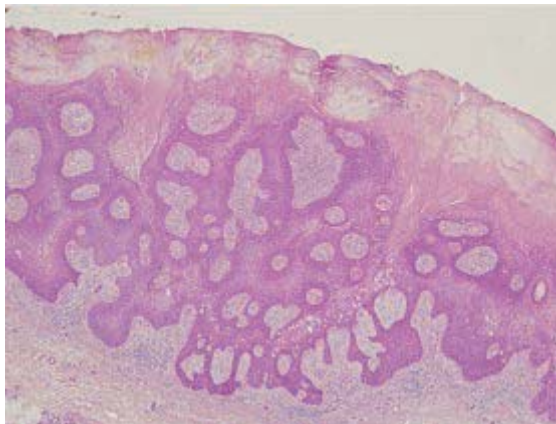
duce studi sulla versione orale da somministrare come terza o quarta dose. Insomma c'è un fermento scientifico eccezionale per rendere la vaccinazione sempre più diffusa e sostenibile anche logisticamente. L'ultimo "grido" in assoluto riguardano i nuovi vaccini per bloccare le porte di ingresso del virus nell'organi-

simo a livello delle mucose. Quelli attuali stimolano l'immunità nel sangue e quindi nell'intero organismo e si spiega come gli immunizzati si possono reinfectare. Ciò accade in quanto il sistema immunitario si riattiva quando il virus infetta le mucose e ci vuole del tempo per raggiungere la porta d'ingresso dando modo al

virus stesso di moltiplicarsi. Questa ipotesi si rivelò giusta per alcuni virus influenzali del recente passato e quindi il futuro più...prossimo sarà quello di bloccare nelle principali vie di ingresso il Sars-CoV-2, ossia nelle mucose.

*Medico Federazione medici sportivi italiani

TUMORI DELLA PELLE



Porocarcinoma eccrino

Maria Assunta Baldassarre



Il porocarcinoma eccrino è un tumore cutaneo che origina dalle ghiandole sudoripare. Clinicamente si presenta, nella forma superficiale, come una placca cheratosica lievemente rilevata, simile ad una cheratosi seborroica e, nella forma avanzata, come un nodulo ulcerato.

L'eziologia è sconosciuta. Questa neoplasia è più frequente nelle donne (60-70% dei casi) rispetto agli uomini.

Il porocarcinoma eccrino si localizza principalmente sulla testa, sulle gambe e sui piedi. E' un tumore pericoloso perché tende a recidivare dopo l'asportazione chirurgica, favorendo la comparsa di metastasi cutanee dovute alla diffusione linfatica locoregionale.

La diagnosi differenziale si pone con il poroma eccrino, lesione benigna. La prognosi è correlata al grado di infiltrazione del tumore. La terapia di elezione è chirurgica.

*Dermatologa

BELLEZZA

Rossetto, simbolo di femminilità

Il rossetto da sempre rappresenta per una donna lo strumento di eleganza di seduzione e di femminilità. Già negli anni 30 lo stilista Coco Chanel inventò il suo rossetto rosso e diede vita ad una celebre frase: *se siete tristi, se avete un problema sentimentale, indossate il rossetto e attaccate.*

Nel corso degli anni il rossetto ha subito un'evoluzione. Oltre alla moltitudine di polveri utilizzate per ottenere dei colori diversi sono anche diverse le tipologie del rossetto. I pigmenti rappresentano la componente colorata che donano vivacità alle labbra. Si dividono i pigmenti organici ed inorganici. Ad esempio gli ossidi di ferro, di biossido di titanio e l'estratto di cocciniglia. Importante è anche la presenza di conservanti capace di prevenire la proliferazione batterica. Così come gli aromi che rendono il rossetto più gradevole coprendo odori che non lo sono. Non dimentichiamo poi la presenza di antiossidanti che evitano irrancidimento degli oli. Il rossetto tradizionale è quello di stick, facile da applicare e può essere di vario tipo: cremoso, satinato meno brillante, ma molto più resistente e Mat o opaco, cioè asciutto capace di smorzare anche un colore acceso. C'è poi il rossetto lucido, rossetto morbido, coprente e molto pigmentato. Per creare un make-up labbra irresistibile è importante un passaggio. Una volta a settimana fare un trattamento esfoliante alle labbra con uno scrub magari con zucchero di canna, miele e olio di oliva. Prima di utilizzare il rossetto, disegniamo il contorno labbra con una matita sempre dello stesso colore del rossetto. Alla fine applicare il rossetto ricordandoci di tamponare l'eccesso con un semplice kleenex.

LA GUERRIERA

► SOCIETÀ'. La sfida è mantenere aperti gli istituti scolastici

Scuole, prevenire il contagio in aula

Potenziare i trasporti e dotare tutte le scuole di misure adeguate, come i sistemi di ventilazione

Biagio Campana*



Specialista in Malattie dell'Apparato respiratorio

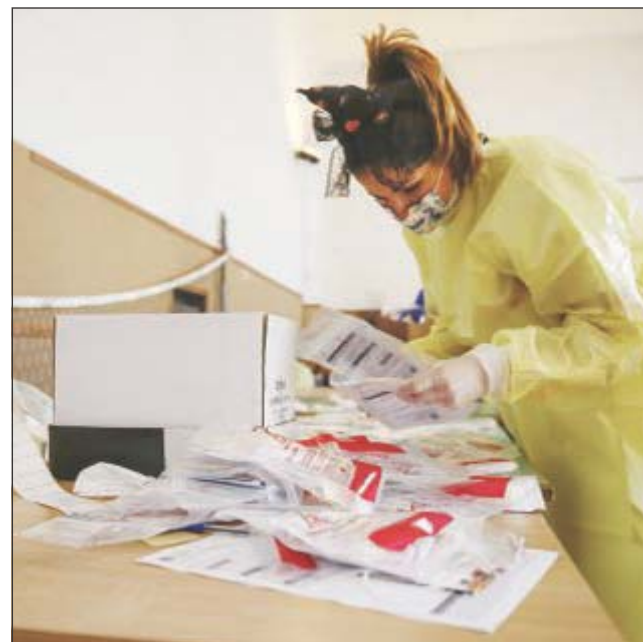
I bambini di molti paesi a breve lasceranno i loro videogiochi e costumi da bagno e riprenderanno libri e divise per l'imminente rientro in classe dopo le vacanze estive. La chiusura delle scuole è stata una delle politiche più comuni adottate non solo in Italia ma un po' dovunque per arginare la diffusione del covid-19 e anche una delle più controverse. Secondo l'UNESCO, l'agenzia culturale delle Nazioni Unite, dall'inizio dell'epidemia le scuole di tutto il mondo sono state chiuse in media per due terzi di un anno accademico, con molti bambini che non hanno mai visto un'aula eh hanno sperimentato solamente programmi di didattica a distanza. Otto paesi, tra cui Cambogia, Sri Lanka e Venezuela, devono ancora riaprire le loro scuole. Tenere chiuse le scuole può danneggiare i bambini, ma riaprire rischia di creare focolai poco gestibili soprattutto laddove ci sono grosse difficoltà a organizzare spazi e trasporti in sicurezza. In che misura il ritorno a scuola potrebbe alimentare la diffusione del virus? La questione è molto controversa. I bambini sicuramente possono sia infettarsi che trasmettere il virus anche se i loro sintomi sono solitamente lievi e poco preoccupanti tranne in casi eccezionali in cui possono sviluppare sindromi sistemiche post infezione. Una revisione da parte dei Centri americani per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC) effettuata in tutto il mondo ha concluso che né l'aumento dei casi tra i bambini in età scolare né tantomeno le riaperture delle scuole sembrano aumentare la trasmissione virale nella popolazione generale. In Italia, che è stata gravemente colpita all'inizio della pandemia, uno studio condotto dall'Istituto superiore di sanità durante la seconda ondata ha concluso dicendo che gli studenti avrebbero un rischio inferiore di infettarsi rispetto alla popolazione generale e le scuole non hanno aiutato a guidare i tassi di infezione. Ovviamente nuove varianti da una parte e tassi di vaccinazione più elevati tra gli adulti potrebbero completamente cambiare gli scenari sia in positivo che in negativo. Ed abbiamo chiaro l'esempio del Regno Unito, dove tra il 20 maggio e il 7 giugno, le scuole erano aperte, il programma vaccinale ben avviato e con la contagiosissima variante delta o indiana ormai dominante. Durante questo pe-



riodo di osservazione, la percentuale di bambini tra i cinque e i 12 anni risultata positiva al virus è stata cinque volte superiore a quella degli over 65. La spiegazione riconosce sicuramente la coesistenza di più fattori. Sicuramente l'incremento dei test diagnostici per gli stu-

denti ha fatto sì che venissero intercettati più casi, senza dimenticare l'alleggerimento di tutte le misure restrittive avviate nel paese in quel periodo. Ma la spiegazione di questo apparente paradosso probabilmente è ancora un'altra ed è legata all'incremento significati-

vo del numero di adulti protetti. Infatti sia il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) che l'agenzia dell'UE per la sanità pubblica, prevedono che una percentuale più elevata di casi si riscontrerà sia tra i bambini che tra gli adolescenti man ma-



no che un maggior numero di adulti completerà il ciclo vaccinale. La tendenza generale, trasversale a diversi paesi soprattutto europei, è quella di considerare la chiusura delle scuole solamente come l'ultima opzione e solamente laddove la situazione dovrebbe diventare drammatica in termini di incidenza di nuovi casi. Questo perché il prezzo psicologico che stanno pagando i più piccoli non è più sostenibile e soprattutto perché ad oggi n'esumo studio ha dimostrato che siano le scuole a creare focolai nelle comunità e non viceversa. Purtroppo man mano che più adulti verranno vaccinati, le scuole diventeranno, gioco forza, uno dei pochi posti in cui il virus può ancora diffondersi facilmente. Potenziare i trasporti e dotare tutte le scuole di misure adeguate, come i moderni sistemi di ventilazione meccanica continua e diffondere l'uso di mascherine non solo chirurgiche (una questione particolarmente controversa in molti stati americani), aiuterebbe sicuramente a prevenire la trasmissione. Ogni mezzo è lecito, la nuova sfida che ci attende è proprio questa: Mantenere aperte le scuole! Mi correggo...non una sfida ma un obbligo morale.

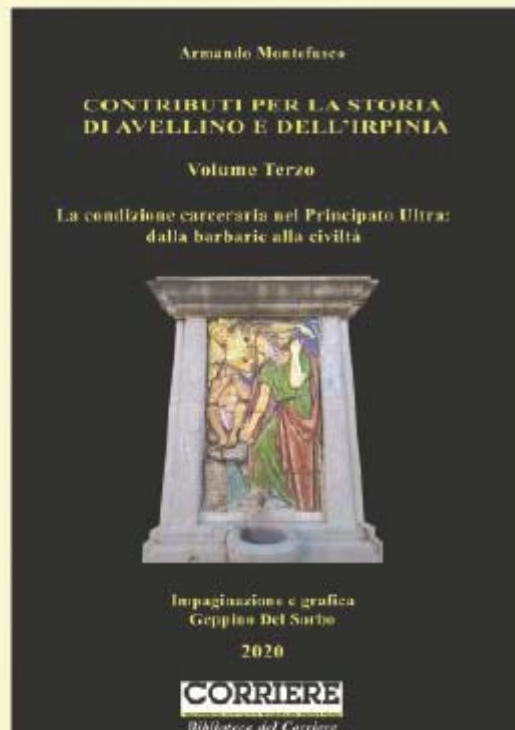
*Specialista in Malattie dell'Apparato respiratorio

DA OGGI IN EDICOLA

al prezzo di soli 8 euro

il **Quotidiano** del Sud

CONTRIBUTO PER LA STORIA DI AVELLINO E DELL'IRPINIA



di Armando Montefusco

LA CONDIZIONE CARCERARIA NEL PRINCIPATO ULTRA: DALLA BARBARIE ALLA CIVILTÀ.

Detto volume è una disamina della storia del sistema penitenziario nel Principato Ultra, che agli inizi dell'Ottocento si presentava - non solo nelle nostre regioni - in tutta la sua disumanità e barbarie. Un tema quasi del tutto ignorato dalla storiografia locale per cui vi lascio immaginare il lungo lavoro pionieristico. Ho trattato tutte le Preture del Principato Ultra con le relative carceri, fra cui quello famoso, durante il Risorgimento, di Montefusco. Una particolare attenzione è stata riservata alla nascita del Carcere Borbonico di Avellino, che rappresenta una pietra miliare nella storia dell'evoluzione del sistema penitenziario nel corso dell'Ottocento fino alle ultime "conquiste", come è stato ben evidenziato nella prefazione curata dal giudice dottor Matteo Zarrella, che ha avuto esperienze dirette nell'ambito degli istituti penitenziari. Detto Carcere Borbonico fu costruito, agli inizi dell'Ottocento, secondo i canoni del pensiero illuministico di Jeremy Bentham e seguendo le più "moderne" innovazioni architettoniche del "sistema panottico", che consentiva di avere una visione d'insieme con un sol colpo d'occhio.



► SALUTE. Dalla cura dei pazienti alla prevenzione anche dei soggetti sani: la vera rivoluzione che ci aspetta nel futuro

Le nuove frontiere della Medicina predittiva

L'intervento di Franco Salvatore anticipa i temi della conferenza internazionale sugli studi genetici "100 years of genome research" che si svolgerà il 13 Settembre alla Stazione Zoologica di Napoli.

Franco Salvatore*

Il nostro organismo è un'entità metabolica molto complessa e anche molto delicata nel funzionamento dei suoi organi. Tuttavia è in grado di mantenere questo equilibrio per molti anni, anche se in diversi casi con molti acciacchi che non sempre riescono ad essere curati bene. La vita media dell'uomo (anzi l'aspettativa di vita) e della donna (ancor meglio) è raddoppiata in questi ultimi 150 anni e questo è certamente merito della Scienza biologico-medica. Tuttavia, nel corso della vita, più o meno lunga che sia, si verificano inevitabilmente alterazioni morbose, o vere e proprie malattie, e molto spesso anche più di una nello stesso organismo umano, tanto che si parla di multi-morbilità (o anche di fragilità dell'individuo, anche se il significato è per qualche verso un po' diverso). È ovvio, altresì, che non è il tempo cronologico che determina lo stato di salute ma l'insieme di malattie e la loro severità, specie per quelle cronico-degenerative che pervengono a quasi tutti gli organi del nostro organismo. Nonostante queste osservazioni abbastanza banali, la Medicina ancora continua a considerare l'età cronologica come un fattore di malattia (noi medici continuiamo a chiedere per prima cosa ad un paziente quanti anni ha). E tutta la medicina di sanità pubblica continua ad individuare le classi di età come sinonimo di fragilità dell'organismo invece di rivolgere più attenzione ad uno "Score di Salute" di ciascun individuo basato sui parametri diagnostici che dovrebbero tutti essere studiati e classificati per rappresentare con valori più esatti e sicuri lo stato di salute del singolo individuo. La speranza per il futuro è che anche la Facoltà di Medicina e la Ricerca scientifica porgano maggiore attenzione ad individuare anche attraverso l'intelligenza artificiale, l'insieme di valutazioni necessarie per questo importante scopo. In effetti, oggi non si è riusciti a poter individuare uno "score di salute", cioè un indice che individui lo stato globale di un individuo di malattia individuando, altresì, quelle di maggiore severità e quelle di minore severità, ma anche

impedenti e menomanti la vita dell'individuo. La salute di ogni individuo, per arrivare al punto, è definita da alterazioni che sono presenti già alla nascita nel nostro genoma e che si chiama Medicina Predittiva, in quanto le alterazioni molecolari presenti nello stesso, riescono a definire malattie genetiche rare, in genere sono quelle monogeniche (o quasi), oppure soltanto predisposizioni alle malattie, specie per quelle cronico-degenerative. Questo processo di conoscenza per ciascun individuo, soltanto da un lato con l'analisi del genoma di ciascun individuo

mulo di tossicità di prodotti che lentamente si accumulano nelle cellule, e con progressioni non sempre tali da essere individuate e curate precocemente. La Medicina predittiva, in altre parole, individua un rischio (maggiore o minore) di sviluppare una malattia, e questo deve essere ben chiarito a ciascun individuo, perché non è concetto facile ad intendersi per tutti, anche perché il paziente vuole sempre sapere se l'evento è bianco (assenza di malattia) o nero (presenza di malattia), mentre la conoscenza del rischio consente di monitorare il primo avvio della

malattia o quanto più precocemente si possa rilevare la stessa per avere più possibilità di curarle (si veda, ad esempio, l'importanza di un intervento precoce per i tumori).

L'altro grande fattore, che definisce il verificarsi di malattie, a parte la genetica, su cui è difficile agire se non con tecnologie ancora molto difficili e agli albori del successo (come la terapia genica, l'editing del gene per il suo riparo, etc.) è quello definito dai singoli fattori ambientali e ancor più dal loro insieme che siamo costretti a subire (anche dai nostri stessi stili di vita di cui siamo autonomamente respon-

già alla nascita o poco dopo, ha valore medico/clinico, solo se ogni alterazione/variante può essere studiata su vasta popolazione, e ne sia stata valutata, in modo abbastanza stringente, l'associazione/corrispondenza tra il genotipo e l'effetto fenotipico ammalato o meno, tenuto, altresì, conto che molto spesso queste alterazioni genetiche si sviluppano nel corso della vita anche tardivamente, per accu-

In alto: con Rita Levi Montalcini; In basso: Franco Salvatore con il Premio Nobel Aaron Ciechanover. Premiati insieme con il Pericles International Prize

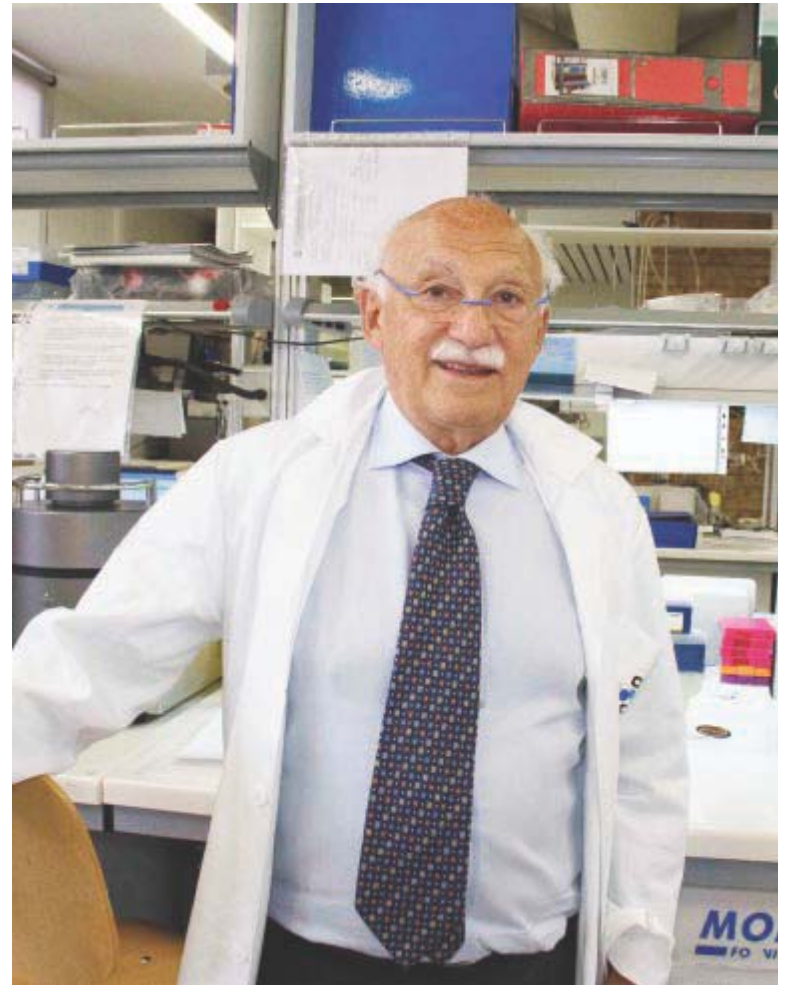


Una vita per la ricerca a caccia dei segreti della longevità

Franco Salvatore, napoletano, di origini accadiesi, fondatore del Ceinge, uno dei più importanti centri di ricerca italiani nel settore della genetica e delle biotecnologie per la salute è attualmen-

te professore emerito di Biochimica umana e direttore scientifico Centro Interuniversitario di Studio della longevità, delle malattie genetiche e multifattoriali e dei loro modelli animali e cellulari (costituito dall'Università Federico II di Napoli, dall'Università degli Studi di Roma Tor Vergata e dall'Università degli Studi di Chieti-Pescara "Gabriele d'Annunzio").

Franco Salvatore negli anni 60' è stato il primo ricercatore italiano ad importare in Italia gli studi sull'adenosilmetionina, donatore principale del gruppo metilico attivo e sostanza che poi verrà adoperata, anche con successo, in vari ambiti della farmacologia umana. Per la fibrosi cistica Franco Salvatore ha creato un gruppo di ricerca tra i più attivi in Italia, dove partendo da uno studio su fratelli eseguito nel suo laboratorio negli anni '90 si è pervenuto, attraverso una ricerca multicentrica



sabili, e che nel loro insieme vengono definiti "exposoma". Questo "exposoma" è di somma importanza e viene determinato da molti fattori singoli e/o accoppiati, ad esempio da una dieta errata, abuso di droghe, dal fumo, da misure abbondanti di alcool, da respirazione in presenza di aria inquinata o da ambienti malsani in genere, come luoghi di lavoro, traffico di auto e/o presenza di altri motori a combustione etc. etc. Come si può, allora, tentare di ovviare a tutto questo insieme di fattori di malattia? Bisogna modificare l'ottica della Medicina, affiancando a quella curativa (sempre necessaria), quella ultra-preventiva, attraverso la valutazione di ogni singolo individuo al massimo a 20-25 anni (alla fine della maturazione auxologica e sessuale) attraverso i quattro più importanti gruppi di indagini diagnostiche ad oggi possibili e cioè: test di laboratorio riguardanti tutte le funzioni degli organi del nostro organismo; imaging di tutto il nostro organismo (ad es. ecografia di tutti gli organi apprezzabili - tecnica anche poco

costosa tra le indagini di "imaging"; test cognitivi e neurologici degli apparati neurosensoriali (vista, udito etc.); test semiologici e strumentali (come ad esempio quelli cardio-respiratori etc. accompagnati da visita medica completa). In questo modo ciascun individuo verrebbe fotografato nella complessità del suo personale stato di salute, in un periodo in cui è sano (questa è anche una definizione un po' utopistica; molti studiosi negano che ogni individuo possa veramente dirsi sano!), e poi più facilmente nel corso del suo monitoraggio periodico (definito dal medico), che potrà svelare la comparsa di malattia o alterazione e di cui potrà essere evitato meglio l'incedere. Monitorare (e quindi curare) da quando si è sani piuttosto che da quando si è già malati da tempo potrà essere la vera rivoluzione della medicina del futuro.

***Direttore scientifico del Centro Interuniversitario di Studio della longevità, delle malattie genetiche e multifattoriali e dei loro modelli animali e cellulari - Università degli Studi di Napoli Federico II**

svolta a livello mondiale per lunghi anni, ad individuare un gene modificatore la cui presenza in una particolare sequenza è associata ad una grave complicanza epatica. Tale predisposizione genetica può essere individuata dalla nascita del paziente e quindi mitigata nel tempo a seguito di una semplice analisi genetica. Le sue ricerche nel campo dei geni-malattia si sono successivamente estese alle malattie genetiche acquisite, soprattutto alle leucemie, e hanno condotto all'identificazione di nuove mutazioni e quindi alla diagnosi molecolare di malattie genetiche ereditarie ed acquisite.

Autore di oltre 400 pubblicazioni, di cui circa 250 lavori originali, quasi tutti apparsi su riviste internazionali "peer-reviewed", Franco Salvatore è attualmente uno dei più importanti studiosi al mondo di medicina predittiva a livello genomico. Socio Ordinario dell'Accademia Nazionale delle Scienze (detta dei XL), Franco Salvatore già nel 1985 aveva ricevuto la Medaglia d'Oro del Ministero dell'Istruzione e dell'Università e della Ricerca. Il prestigioso "Pericles International Prize", ricevuto insieme al Premio Nobel, Aaron Ciechanover, è solo uno di una lunga serie di riconoscimenti ricevuti da Franco Salvatore.

► **SOCIETÀ'** L'approccio legato alla biochimica si è mostrato carente

Psicoterapia, partire dalle cause

Chiunque affida la propria salute mentale a qualcuno dovrebbe informarsi bene prima di farlo

Alfonso Leo*



Capita talvolta che un paziente che viene da me dica: "io non dico che vado dallo psicologo, sa com'è". La meraviglia è grande quando rispondo "infatti, lei non va da uno psicologo!".

Si fa molta confusione nell'ambito del mondo psi. Distinguere tra le varie declinazioni di questo suffisso, non sembra facile e invece, se si vuole, lo è.

Bisogna partire da quello che la legge regola in questo ambito, che è la Legge 18 febbraio 1989, n. 56, la cosiddetta legge Ossicini, dal nome del senatore Adriano Ossicini, medico e specialista in malattie nervose e mentali, all'epoca non esisteva, ancora, separazione tra la neurologia e la psichiatria, come accade oggi.

Tale legge istituiva l'ordine degli psicologi, riconoscendo, la professione di psicologo, come professione a cui bisogna accedere, così come accade per i medici, dopo un esame di stato. E', insomma, lo stato che conferisce il titolo per esercitare tali professioni.

Viene data, inoltre, la definizione di chi sia uno psicologo: "La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito." Un po' di tutto, insomma, ma, in teoria, riabilitare ma non curare. A tale professione si può accedere dopo una laurea magistrale, cioè dopo 5 anni di studio presso la facoltà di psicologia e dopo l'iscrizione all'albo degli psicologi, che è regionale, al contrario dell'albo dei medici che è provinciale. Per chiarirci le idee, mia figlia psicologa è iscritta all'ordine degli psicologi della regione Campania e io, medico, sono iscritto all'ordine dei medici della provincia di Avellino. Tali elenchi sono consultabili in rete, ovviamente.

In questa legge si parla, anche, dell'istituzione dell'albo degli psicoterapeuti, per i medici c'è un albo speciale in ambito provinciale e per gli psicologi c'è un albo speciale in ambito regionale; anche questi elenchi sono in rete.

Ma chi è uno psicoterapeuta? La legge all'art.3 recita: "L'esercizio dell'attività psicoterapeutica è subordinato ad una specifica formazione professionale, da acquisirsi, dopo il conseguimento della laurea in psicologia o in medicina e chirurgia, mediante corsi di specializzazione almeno quadriennali che prevedano adeguata formazione e ad-



destramento in psicoterapia, attivati ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162, presso scuole di specializzazione universitaria o presso istituti a tal fine riconosciuti con le procedure di cui all'articolo 3 del citato decreto del Presidente della Repubblica."

Per fare lo psicoterapeuta, dunque, occorre una formazione almeno di quattro anni che può essere di vario tipo, a seconda dell'orientamento delle varie scuole di psicoterapia, che comunque devono avere, il riconoscimento del ministero della pubblica istruzione. Ma perché uno psicologo deve diventare psicoterapeuta? L'iscrizione all'albo degli psicologi permette così come già detto "la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità" ma non permette la psicoterapia. Lo psicologo può fare attività di sostegno breve, ma non psicoterapia! A tale compito è preposto lo psicoterapeuta, che, come recita la legge, può essere medico o psicologo. Prima della legge Ossicini poteva diventare psicoterapeuta qualsiasi laureato, infatti Cesare Musatti, psicoanalista freudiano, nonché traduttore delle opere di Freud in italiano, era laureato in filosofia. La legge del 1989 aveva sanato tutte le posizioni di chi praticava la psicoterapia, dando un tempo di 5 anni per poter regolarizzare la posizione di coloro che non erano né

medici, né psicologi. Da ciò si deduce che chi non ha la laurea in medicina o psicologia non può esercitare la funzione di psicoterapeuta. Altra figura del mondo psi è lo psichiatra. Si tratta di un medico, specialista in psichiatria, abilitato alla psicoterapia, grazie alla sua specializzazione, ma anche alla prescrizione di farmaci, come ogni medico. Va tenuto presente che uno psicoterapeuta, non medico, ovviamente non può prescrivere farmaci, attività esclusivamente appannaggio dei laureati in medicina. La sto-



ria dei farmaci psicotropi ha avuto inizio stavo dicendo, in un tempo abbastanza recente, poi mi rendo conto che lo è per me nato negli anni Cinquanta del secolo scorso. Il primo farmaco fu la promazina, ancora in commercio, nei primi anni 50 dello scorso secolo. Ha la funzione di neurolettico, cioè di combattere le psicosi e fu un'innovazione fondamentale e sembrava andare incontro a quello che aveva scritto lo stesso

Freud: "probabilmente le carenze della nostra esposizione scomparirebbero se fossimo nella condizione di sostituire i termini psicologici con quelli della fisiologia e della chimica.(...) La biologia è veramente un campo dalle possibilità illimitate, dal quale ci dobbiamo attendere le più sorprendenti delucidazioni, non possiamo quindi, indovinare quali risposte essa potrà dare, tra qualche decennio, ai problemi che le abbiamo posto. Forse queste risposte saranno tali da far crollare tutto l'artificioso edificio delle nostre ipotesi". E se lo diceva anche Freud! Sembrava negli anni a seguire che la psicofarmacologia potesse mettere in soffitta l'artificioso edificio della psicoterapia e della psicoanalisi. E la frase sopraccitata compariva, ad esempio, come esergo nel mio libro di psicofarmacologia dell'università.

Nei decenni a seguire, invece, l'approccio legato alla biochimica si è mostrato carente. Non si può dire che i farmaci non servono, anzi, ma non si può incentrare l'approccio al paziente solo in termini di deficit o di disregolazione di neurotrasmettitori cerebrali. I risultati sono stati solo parziali, in quanto tali farmaci puntano alla risoluzione del sintomo prescindendo dalla causa. Un po' come accade per la febbre quando si usa solo della Tachipirina, che funziona quando la febbre dura tre giorni, come accade in una banale influenza, ma se è un'inf-



zione seria, se non si va alla causa, non si risolve il problema. Nella seconda metà del secolo scorso si era creduto che il problema fosse legato alla mancanza o all'eccesso di sostanze nell'organismo, la serotonina mancante nella depressione ad esempio. Le grandi case farmaceutiche hanno smesso di investire nel campo psicofarmacologico, investendo in altri settori, poiché proprio nel settore degli antidepressivi si vide che l'azione dell'effetto placebo era prevalente. L'esempio è la Pfizer che era la prima casa farmaceutica nel settore psi e che ora, come ognuno di noi sa, ha investito buona parte delle sue risorse nel settore dei vaccini, settore che fino a prima del COVID non veniva considerato strategico.

Ritornando alla psicoterapia essa si propone di risolvere andando proprio alle cause, almeno secondo alcuni approcci. Altri approcci, ritengono invece che perdere tempo alla ricerca delle cause non valga la pena, ma che bisogna puntare alla risoluzione dei sintomi. Siamo di nuovo alla logica della ricetta medica: la soluzione è curare il sintomo. Purtroppo, molto spesso si risolve il sintomo e ne compare un altro, un po' come una pentola che bolle, il vapore esce da qualche parte e non possiamo sigillare il coperchio: prima o poi il vapore troverà la maniera di uscire, o la pentola scoppierà. Altro metodo sarà quello di togliere il coperchio e far cuocere a fuoco più moderato o spegnere il fuoco che alimenta.

In ogni caso la psicoterapia punta alla guarigione dai sintomi con approcci diversi, e la psicoanalisi?

La psicoanalisi, dal punto di vista ministeriale, rientra nell'ambito delle scuole di psicoterapia. Infatti, il titolo rilasciato dalle scuole di specializzazione psicoanalitiche è di specialista in psicoterapia ad indirizzo psicoanalitico, ma la psicoanalisi non è una psicoterapia! Non punta alla risoluzione dei problemi ma a saperci fare con i problemi. Non può eliminare i problemi della vita di ognuno di noi, ma può fornirci un metodo per affrontarli. Ma di questo ne dovremmo parlare in maniera più ampia in un prossimo articolo, se l'argomento interessa.

In conclusione, di certo io non sono uno psicologo, anche se sono uno psicoterapeuta, psicoanalista, poiché anche un medico può esserlo. Lo psicoterapeuta può essere un medico o uno psicologo a patto che abbia ricevuto una formazione adeguata e riconosciuta dal Ministero. Chiunque affida la propria salute mentale a qualcuno, a cui racconta la parte più intima di sé, per risolvere i suoi problemi, dovrebbe informarsi bene prima di farlo. Con Internet è possibile farlo, gli elenchi degli psicoterapeuti sono in rete.

*Psicoanalista