TuttoSanità

Periodico di informazione sanitaria

Anno XXVII - N° 191 Ottobre 2018 - Distribuzione gratuita

Patologie da raffreddamento autunnale

A pag. 2

Dieta Mediterranea e Salute

A pag. 6

Le insidie del morbo di Parkinson

A pag. 8

- Novembre -

Mese della prevenzione del TUMORE alla PROSTATA

Ad Alberobello, presso il Centro Medico TuttoSanità è attivo l'Ambulatorio di Urologia a cura dei dott. Giovanni Pagliarulo e Giovanni Lorusso

TuttoSanità
Centro Medico Polispecialistico
Alberobello

Ambulatorio Nutrizionale Multidisciplinare

ATTIVITÀ AMBULATORIO NUTRIZIONALE MULTIDISCIPLINARE

Team Specialisti

Gastroenterologo - Nutrizionista - Psicologo

- Visita gastroenterologica
- Somministrazione Questionario Benessere Psicofisico
- Colloquio psicologico
- Sostegno psicologico
- Psicoeducazione al nuovo piano alimentare
- Anamnesi nutrizionale
- Valutazione dello stato di nutrizione
- Valutazione antropometrica e bioimpedenziometrica
- Determinazione del piano alimentare personalizzato low-FODMAPs (fase 1, 2 e 3)
- Visite di controllo

Per prenotazioni ed ulteriori informazioni, telefonare a: **080.4323449** www.centromedico.tuttosanita.it *e-mail:* centromedico@tuttosanita.it - Alberobello (BA) - Via G. Ungaretti, 28

Subentra l'autunno: come difendersi dalla patologie da raffreddamento

A cura della redazione

Il subentrare dell'autunno introduce la stagione fredda e, di riflesso, le patologie da raffreddamento. Quelle tipiche interessano prevalentemente le alte vie respiratorie e sono soprattutto di natura virale ed in misura minore batteriche. In più si aggiunge la sindrome influenzale con cui occorre fare i conti.

Ci si protegge soprattutto con la campagna di vaccinazione antinfluenzale e con l'uso di opportuni integratori (vitamine, probiotici ecc.) ed uno stile di vita sano (alimentazione ed attività sportiva).

Le categorie più esposte per le quali è indispensabile la prevenzione sono soprattutto le persone più fragili (portatori di malattie croniche con compromissione delle difese immunitarie, es. diabetici) e le persone che vivono/lavorano in comunità, ovvero in ambienti nei quali è elevata la diffusione di virus.

La vaccinazione è l'arma più efficace per sconfiggere le malattie contagiose e tutti dovrebbero vaccinarsi. Il vaccino è un preparato proveniente da microrganismi o loro parti adeguatamente trattati per renderli innocui. Inoculati nel soggetto da trattare stimolano le difese immunitarie producendo specifici anticorpi. Il vaccino viene preparato in base alle previsioni e comprende un certo numero di virus coltivati ed attenuati. Quindi ogni anno il vaccino è diverso e migliorato tecnologicamente con l'esperienza acquisita negli anni.

Integratori, probiotici, prebiotici, vitamine possono essere di supporto. Questi prodotti, infatti, assunti con regolarità apportano all'organismo sostanze e microrganismi che migliorano la qualità della vita. Nella loro scelta è bene rivolgersi al medico e non farsi fuorviare dalla pubblicità per scegliere quello più adatto alle proprie esigenze. Nello specifico i probiotici, in quanto fermenti lattici, riequilibrano l'ecosistema intestinale, i prebiotici sono alimenti che inducono la crescita dei "batteri buoni" nell'intestino e gli integratori sono miscele che contengono anche vitamine e sali minerali per supportare specifiche esigenze.

Le persone che fanno parte delle categorie a rischio devono necessariamente sottoporsi alla vaccinazione antinfluenzale e valutare altri strumenti con il proprio medico in base alle specifiche esigenze. Invece chi sta "bene in salute" può adottare uno stile di vita idoneo (alimentazione varia e sana attività sportiva).

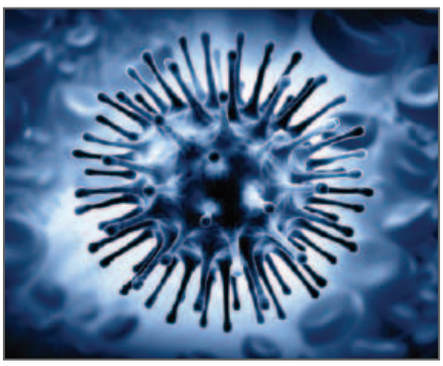
Nell'ambito dell'alimentazione vi sono alimenti particolarmente indicati per la prevenzione delle patologie da raffreddamento. Ad esempio gli agrumi, l'aglio, la cipolla, lo zenzero e la lattuga sono estremamente utili, mentre vanno limitati carne, latte, latticini, dolciumi e snack salati e fritture.

Un aspetto di non poco conto a cui non sempre viene dato sufficiente rilievo riguarda la cottura dei cibi. In linea di massima migliora i caratteri organolettici, le qualità igieniche ed aumenta la digeribilità ma è altrettanto vero che riduce il contenuto di acqua, il valore nutritivo e spesso determina la formazione di sostanze irritanti provenienti dalla idrolisi dei grassi. È comunque importante che l'alimento, anche nelle parti interne raggiunga almeno 70° e che venga immediatamente consumato o conservato.

Particolare attenzione per i diabetici

Particolare attenzione va riservata ai pazienti diabetici. La dieta non deve contenere un eccesso di carboidrati, alimenti ad elevato indice glicemico e comunque deve avere un giusto apporto calorico. Vanno preferiti piccoli pasti invece di pranzi e cene abbondanti. Infine è opportuno assumere fibre, in buona quantità, contemporaneamente ai glucidi (es. ortaggi e pane o pasta). Infine resta la necessità di evitare l'alcool in ogni sua forma.

La prevenzione nei diabetici assume particolare rilievo, considerato peraltro che a causa di questa patologia in Italia muore una persona ogni 20 minuti, l'aspettativa di vita nel diabetico è ridotta di 5-10 anni. Quindi le persone che hanno più di 45 anni, soprattutto se in sovrappeso devono essere sottoposte a screening per il diabete di tipo 2. Studi scientifici hanno dimostrato che è possibile prevenire il diabete negli intolleranti ai carboidrati attraverso la riduzione del peso corporeo e con un adeguato



esercizio fisico e con una idonea terapia se necessaria.

La digestione trasforma i carboidrati (pane pasta, patate e zucchero) in glucosio che è necessario alle nostre cellule per funzionare. Per entrare nelle cellule ed essere utilizzato, il glucosio presente nel sangue ha bisogno dell'insulina che il pancreas produce secondo il bisogno. Nel diabete di tipo 2 il pancreas produce meno insulina o lo fa in ritardo o l'insulina prodotta è meno efficace.

Le conseguenze di lunghi periodi di iperglicemia sono molto serie e possono portare anche a morte. Ci sono complicanze dette "microvascolari" come la retinopatia, la neuropatia e la nefropatia ed altre dette "macrovascolari" come ischemie, infarti e ictus.

La vaccinazione annuale è indicata in tutti i diabetici, in particolare devono essere vaccinati i soggetti di età superiore ai 65 anni che presentino patologie associate cardiache, renali o polmonari. Non è necessario ripetere la vaccinazione nel corso della stagione. In particolare è indicata la vaccinazione antipneumococcica da ripetere in chi ha più di 65 anni, se il vaccino è stato eseguito da oltre 5 anni e se si è in presenza di pazienti con sindrome nefrosica, insufficienza renale cronica o trapiantati d'organo. ■

Come difendersi dalla scoliosi

La Prevenzione deve iniziare da piccoli

A cura della redazione

Il termine "scoliosi" indica una deviazione laterale e una deformazione permanente della colonna vertebrale, non modificabile volontariamente, che si accompagna ad alterazioni anatomiche delle vertebre e delle altre strutture di sostegno del tronco.

La colonna vertebrale può essere paragonata ad una pila snodabile e flessibile di segmenti articolati (le vertebre). Normalmente la colonna rimane diritta poiché i segmenti sovrapposti hanno una forma perfettamente regolare e simmetrica, le capsule articolari ed i legamenti li mantengono in posizione esatta, i muscoli rappresentano una forza di sostegno ben equilibrata. In presenza di una scoliosi, la colonna, osservata anteriormente e posteriormente, anziché essere diritta, è incurvata e ruotata su se stessa.

La scoliosi, in termini tecnici, è un "dismorfismo", e va distinta dal semplice atteggiamento scoliotico, che rientra nel gruppo dei "paramorfismi". In presenza di un dismorfismo la colonna vertebrale è, da un punto di vista anatomico, deformata, in presenza di un paramorfismo la colonna vertebrale è del tutto normale.

L'atteggiamento scoliotico comporta sempre una deviazione laterale della colonna, con conseguente perdita della verticalità della stessa, ma non si accompagna mai a deformazione dei corpi volontari ed è correggibile volontariamente o con semplici interventi esterni.

La deviazione è visibile solo in alcune posizioni, in piedi generalmente. In posizione distesa, le vertebre si riallineano e la deviazione scompare completamente o quasi completamente. L'atteggiamento scoliotico è generalmente determinato da condizioni statiche, ad esempio in presenza di ipometria di un arto (arto più corto del controlaterale), oppure da lussazione dell'anca, oppure ancora da dolore vertebrale o muscolare, o, piuttosto frequentemente, da alterazioni posturali o ipovalidità della muscolatura del tronco. La terapia si basa sull'eliminazione della causa che ha prodotto la condizione (ad esempio compensando l'accorciamento dell'arto inferiore, eliminando il dolore vertebrale o rinforzando la muscolatura del tronco).

La scoliosi strutturata, invece, è una deformazione permanente, fissa, non suscettibile di miglioramento senza intervento esterno, che si accompagna sempre ad alterazioni anatomiche della colonna vertebrale. Una scoliosi strutturata coinvolge, oltre alla spina dorsale, le articolazioni, i legamenti e la muscolatura paravertebrale.

A seconda della localizzazione della curva scoliotica principale la scoliosi può essere definita cervico-dorsale, dorsale, dorso-lombare, lombare.

Quelle dorsali sono più difficilmente correggibili di quelle lombari. A seconda che la convessità della curva principale sia rivolta verso destra o verso sinistra la scoliosi viene definita rispettivamente destro-convessa e sinistro-convessa. Le curve dorsali sono più spesso destro-convesse, le curve cervico-dorsali e le lombari sono più spesso sinistro-convesse.

A causa della forma delle vertebre e del modo con cui si articolano tra loro, una deviazione scoliotica si accompagna quasi sempre ad una rotazione vertebrale in toto attorno all'asse longitudinale del rachide e ad una componente di torsione differente in ogni singola vertebra. Lo squilibrio laterale provocato dalla scoliosi obbliga le singole vertebre ad inclinarsi lateralmente, e spostare così l'asse di gravità verso il lato della concavità. Per riportare la gravità al centro, interviene a questo punto una rotazione dal lato opposto.

La rotazione dei corpi vertebrali dorsali è causa di gravi deformazioni a carico della gabbia toracica: il torace risulta compresso trasversalmente con conseguente diminuzione della capacità respiratoria. Nelle forme più gravi i polmoni sono compressi, la trachea e i bronchi sono deviati: si ha così una sindrome restrittiva.

Le deformazioni della colonna oltre a causare danni alla strutture alle quali le vertebre si articolano (muscoli, legamenti, vasi, nervi periferici) rendono sempre più difficile e incompleta la correzione della scoliosi. Tali alterazioni vertebrali sono tanto più gravi quanto più precocemente si è instaurata la scoliosi, in quanto la deformità influisce

negativamente sul normale accrescimento delle vertebre.

La diagnosi

Un'anamnesi ben condotta può fornire dati importanti per l'inquadramento del paziente. L'esame obiettivo del rachide va condotto in posizione eretta, valutando la presenza di uno dei seguenti segni: spalle a diversa altezza; bacino sbilanciato e una o entrambe le scapole prominenti; anca sollevata; inclinazione della postura da un lato; asimmetria dei triangoli della taglia. Per esempio posizionando un filo a piombo a livello della settima vertebra cervicale è possibile valutare il grado di compensazione tra tronco e pelvi. Normalmente il filo a piombo dovrebbe cadere nella piega interglutea. Molto importante è la ricerca del gibbo: facendo flettere in avanti con il tronco il paziente risulta facile valutare l'incurvamento dei processi spinosi e soprattutto l'entità del gibbo costale.

Indicazioni Terapeutiche

Curva fino a 15-20°:
nessuna terapia, attività motoria generica per potenziare i muscoli paravertebrali.
Curva oltre i 20° fino a 30-35°:
busto ortopedico.
Curva oltre i 35-40°:
trattamento chirurgico.
Trattamento incruento:
per angoli compresi tra i 25 ed i 40 gradi. Ha lo scopo di fermare o rallentare l'evoluzione della curva. Esistono diverse soluzioni terapeutiche incruente adattabili alla gravità della situazione; dalla chinesiterapia alle elettrostimolazioni selettive della muscolatura paravertebrale.

Per le situazioni più gravi si utilizzano corsetti di vario tipo che hanno però lo svantaggio di limitare i movimenti e di essere molto scomodi per il paziente.

Trattamento chirurgico:
ha lo scopo di bloccare la deformità impedendone l'evoluzione evitando così complicazioni respiratorie o neurologiche. Tuttavia in seguito al trattamento chirurgico si ha la perdita del movimento e per questo tale pratica viene utilizzata solo nei casi più gravi (deviazioni maggiori di 35-40°).

In generale il trattamento chirurgico si attua ad accrescimento vertebrale ultimato (15-17 anni) per evitare che l'artrodesi interferisca con l'accrescimento osseo. L'uso di un corsetto gessato può rappresentare una valida terapia nei casi in cui l'accrescimento osseo debba ancora terminare. Il corsetto gessato viene altresì utilizzato in seguito al trattamento chirurgico per immobilizzare temporaneamente il rachide.

Attività Fisica

Lo scopo è di prevenire e correggere quelli che sono gli atteggiamenti e le patologie dell'apparato osteo-articolare e locomotore. Un'errata postura crea nei soggetti squilibrio di tono e di adattamento tra i gruppi muscolari, con conseguente errato allineamento dei segmenti articolari modificando così i rapporti biomeccanici tra di loro.

L'attività fisica è particolarmente indicata nei casi di scoliosi lieve o moderata. Quando si parla di scoliosi è sbagliato considerare il nuoto come mezzo primario di prevenzione e cura. Alla luce delle conoscenze attuali gli sport di carico hanno infatti effetti benefici di gran lunga superiori al nuoto, in quanto non prevedano mobilizzazioni eccessive della colonna vertebrale.

Per combattere la scoliosi occorre pertanto scegliere sport di carico che non prevedano mobilizzazioni eccessive della colonna vertebrale. ■

COTRAP
Consorzio Trasporti Aziende Pugliesi
Via Bruno Buozzi, 36 Bari
www.cotrap.it
080.5790211

Dieta Mediterranea e Salute

La fibra Alimentare

Dott.ssa Maria SCIANNI - Nutrizionista - Libero Professionista

La dieta mediterranea comprende alimenti che se assunti nelle giuste dosi possono apportare all'organismo dei contributi vantaggiosi in termini salutistici. Sono numerosi infatti gli studi epidemiologici che dimostrano un'associazione diretta tra l'adesione alla dieta mediterranea e il minor rischio di sviluppare patologie croniche e degenerative.

In questo panorama un ruolo importante lo riveste la fibra alimentare, che rappresenta tutt'oggi un argomento di grande interesse per la comunità scientifica. La fibra è quella parte del cibo che resiste alla digestione e all'assimilazione, dunque non nutre; eppure è essenziale per la regolazione di diverse funzioni fisiologiche dell'organismo.

L'assunzione della fibra alimentare offre numerosi effetti benefici per la salute umana, riducendo il rischio di sviluppare: ipertensione, malattie coronariche, ictus, disturbi gastrointestinali, obesità e diabete.

Le fibre vengono classificate sulla base di differenti caratteristiche, ma più comunemente in base alla solubilità.

Le fibre solubili (come pectine e gomme) sono contenute soprattutto nella parte esterna di frutta (ad esempio nella buccia di mele e agrumi) e verdura e nei legumi. Si sciolgono nell'acqua e formano una sostanza gelatinosa, che mantiene un livello ideale di pH intestinale, favorendo il miglioramento della flora batterica. Le fibre solubili sono responsabili del controllo nella risposta glicemica post-brandiale e dei livelli di colesterolo nel sangue.

Le fibre insolubili (come cellulosa, emicellulosa e lignina) sono contenute ad esempio nei cereali integrali e nelle verdure a foglia verde, che similmente assorbono molta acqua aumentando il volume della massa fecale, accelerano il transito intestinale e facilitano l'evacuazione. Un transito intestinale veloce evita che nelle feci si formino metaboliti tossici, nocivi per la salute, costituendo una prevenzione contro i tumori del colon-retto.

In generale si consiglia un consumo di fibra pari a 30 grammi al giorno. Per riuscire a soddisfare il fabbisogno ideale è bene consumare cereali integrali (e derivati) e le raccomandate 5 porzioni giornaliere tra frutta e verdura.

Alcuni benefici della fibra per la salute umana

Controllo glicemia.

La fibra alimentare, specialmente quella solubile, può contribuire alla regolazione della concentrazione ematica del glucosio migliorando la glicemia post-prandiale. Ripetendo questo effetto benefico con regolarità è possibile prevenire lo sviluppo di ulteriori complicanze metaboliche nei pazienti diabetici e ridurre il rischio di sviluppare il diabete negli individui sani. Per capire questo meccanismo bisogna analizzare quello che succede nel corpo umano dopo un pasto.

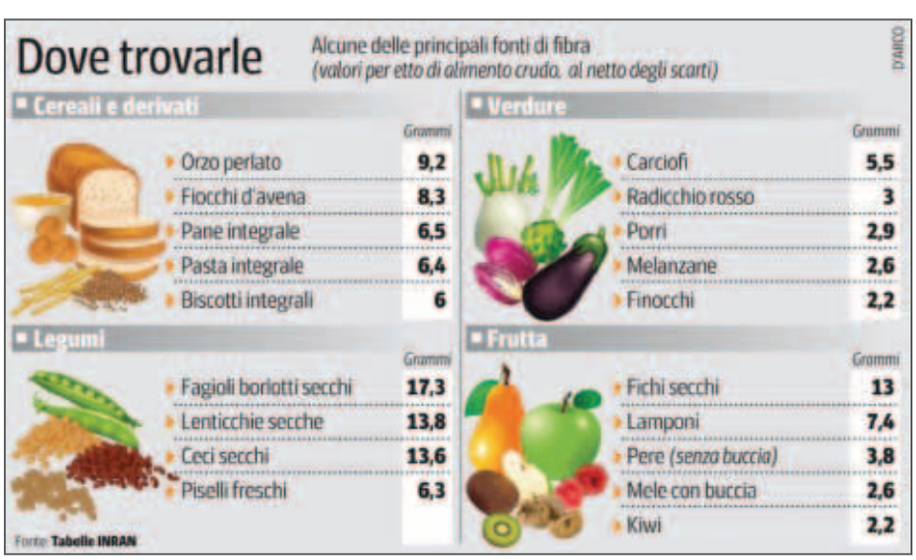
Durante lo stato post-prandiale si ha un fisiologico aumento della glicemia, dell'insulina e dei trigliceridi. Naturalmente quando l'alimentazione è eccessivamente ricca di zuccheri semplici, prodotti raffinati e grassi, questi aumenti sono decisamente maggiori. A lungo andare lo stato metabolico post-prandiale sbagliato è correlato con un aumento del rischio di malattie croniche come il diabete, l'obesità e patologie cardiovascolari. Per evitare l'instaurarsi di una condizione post-prandiale sfavorevole è sufficiente combinare le fibre con i carboidrati contenuti nel pasto, rallentando la comparsa del picco glicemico.

Protezione cardiovascolare.

Un altro dei risultati più convincenti dei benefici derivanti dalle fibre alimentari è attribuibile ai beta-glucani (una qualità di fibre solubili, presenti ad esempio nell'orzo e nell'avena) che hanno una correlazione inversa con le quantità di colesterolo totale e di colesterolo "cattivo" nel sangue. Queste fibre solubili promuovono l'eliminazione con le feci degli acidi biliari prodotti dal fegato. In questo modo i beta-glucani riducono il colesterolo in circolo: il fegato lo deve "sequestrare" come base per la sintesi di nuovi acidi biliari.

Un buon apporto di fibre determina anche una riduzione apprezzabile della pressione sanguigna e riduce marker di infiammazione sistemica come la proteina C reattiva.

Una dieta di questo tipo, con elevato apporto di verdure, legumi e cereali, porta anche ad un aumento del consumo di minerali essenziali come magnesio e



potassio, anche questi coinvolti nel benessere dell'apparato circolatorio.

Prevenzione nei confronti del cancro al colon.

Per la prevenzione del cancro al colon fino ad oggi sono stati pubblicati numerosi studi scientifici e tutti hanno confermato come una dieta mediterranea, ricca in frutta e verdura, legumi e cereali integrali sia efficace per offrire una protezione nei confronti di tale patologia. Merito dell'apporto di fibre che, riducendo il tempo di transito del bolo alimentare nell›intestino, diminuiscono l'esposizione della parete del colon a sostanze potenzialmente cancerogene.

Promozione del benessere intestinale.

La presenza di fibre rende la massa fecale più morbida e voluminosa, ne aumenta la velocità di transito nell'intestino e facilita l'eliminazione delle feci. Un buon consumo di fibra può aiutare a mantenere la regolarità dell'intestino e a trattare situazioni di stitichezza: è importante sottolineare che, a questo scopo, un elevato consumo di fibre deve sempre essere accompagnato da un adeguato consumo di liquidi, almeno due litri al giorno.. Tra i vari alimenti la crusca di frumento è considerato il migliore per svolgere questa funzione. Alcune fibre solubili, inoltre, hanno un'importante azione prebiotica: nutrono cioè i ceppi batterici "buoni" all'interno del microbiota intestinale. Diversi studi, infatti, rivelano che l'assunzione di inulina (presente in alimenti come cicoria, aglio, cipolle, asparagi, ecc) comporta uno spiccato aumento nel tratto intestinale della presenza di Bifidobatteri e Lattobacilli (fermenti lattici importantissimi per una corretta digestione e per la salute del colon) e una contemporanea e massiccia diminuzione del numero dei batteri ritenuti nocivi. I prebiotici riducono infatti le infezioni gastrointestinali e stanno dimostrando una certa efficacia nelle malattie infiammatorie dell'intestino.

La forza preventiva della dieta mediterranea è confermata, ormai, da migliaia di pubblicazioni scientifiche (nel solo anno passato se ne contano più di 500). La fibra è presente in numerosi alimenti del panorama mediterraneo ed è giusto ricordare come frutta, verdura, cereali integrali e legumi, preservano il nostro benessere non solo grazie a questo prezioso componente, ma anche alla presenza di altre sostanze fondamentali come i polifenoli, gli antiossidanti, le vitamine che lavorano sinergicamente nella prevenzione di numerose patologie. ■

Le insidie del morbo di Parkinson

Una malattia lenta e progressiva

A cura della redazione

Il Parkinson è una malattia neurodegenerativa, ad evoluzione lenta ma progressiva, che coinvolge, principalmente, alcune funzioni quali il controllo dei movimenti e dell'equilibrio. La malattia si manifesta quando la produzione di dopamina nel cervello cala in maniera consistente, La dopamina è un neurotrasmettitore che trasporta i segnali tra il cervello, i muscoli e i nervi in tutto il corpo. Non appena le cellule che producono dopamina muoiono si presentano nel fisico una serie di disfunzioni che portano al Parkinson.

C'è da premettere che la tempestività nella diagnosi, allorquando si manifestano i primi sintomi, consente di iniziare una cura farmacologica in grado di rallentare notevolmente l'evolversi della patologia.

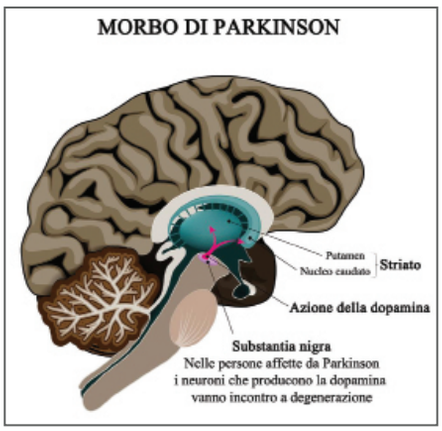
Ma quali sono i principali segnali, spesso sottovalutati, che possono aiutare a identificare e intraprendere un trattamento precoce per il Parkinson?

Perdita del senso dell'olfatto

Questo è uno dei più strani, meno conosciuto, e, spesso, primo avviso del morbo di Parkinson, ma quasi sempre viene riconosciuto troppo tardi. Talvolta si accoppia la perdita del gusto, perché i due sensi si sovrappongono. Alcuni ricercatori ritengono questo cambiamento così importante, che stanno lavorando per sviluppare un test di screening per la funzione olfattiva.

Disturbi del sonno

Normalmente, durante la fase REM del sonno, i muscoli presentano un'atonia (cioè sono completamente rilassati). Invece, chi soffre di REM Behavior Disorder (RBD), può muoversi anche mentre sogna. Le manifestazioni motorie sono vocalizzazioni, gesti compiuti con le braccia (come combattere, fare a pugni, scalciare). Sembra che il paziente interagisca con il suo sogno. Questo disturbo può essere fastidioso per la persona che dorme accanto al paziente, che rischia di essere, involontariamente, colpita, ma anche per



il paziente che rischia di urtare oggetti intorno al letto e farsi male. Questo disturbo del sonno può manifestarsi molti anni prima della comparsa dei sintomi motori della malattia di Parkinson. Altri due problemi di sonno che sono comunemente associati con il morbo di Parkinson sono la sindrome delle gambe senza riposo (un formicolio alle gambe e la sensazione di doverle muovere) e l'apnea del sonno (l'improvviso arresto momentaneo della respirazione durante il sonno). Non tutti i pazienti con questi problemi hanno il Parkinson, naturalmente, ma un numero significativo di malati di Parkinson - fino al 40 per cento in caso di apnea nel sonno - hanno questi sintomi. Così possono essere considerati degli importanti avvertimenti.

Costipazione e altri problemi intestinali e della vescica

Uno dei più comuni segni precoci di Parkinson - e più trascurato, poiché ci sono molte altre possibili cause - è la stitichezza e il gas intestinale. Questo perché il Parkinson può influenzare il sistema nervoso autonomo, che regola l'attività dei muscoli lisci come quelli che lavorano nelle viscere e della vescica, che, diventando meno sensibili ed efficienti, rallentano l'intero processo digestivo. Un modo per riconoscere la differenza tra stipsi ordinaria e la stitichezza causata dal morbo di Parkinson è che quest'ultima è spesso accompagnata da una sensazione di pienezza, anche dopo aver mangiato molto poco, e può durare per un lungo periodo di tempo.

Quando anche il tratto urinario è influenzato, alcune persone hanno difficoltà a urinare, mentre altri iniziano ad avere episodi di incontinenza. I farmaci usati per curare il Parkinson sono efficaci per questi sintomi.

La mancanza di espressione facciale

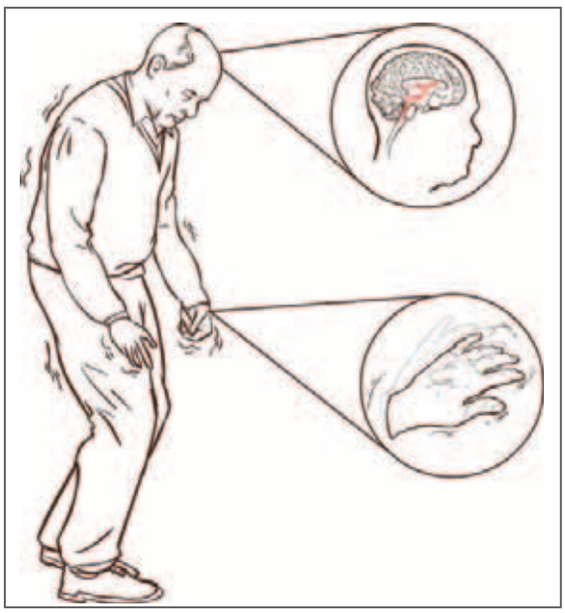
La perdita di dopamina può interessare i muscoli facciali, rendendoli rigidi e lenti, causando la conseguente caratteristica mancanza di espressione. Il termine "maschera di Parkinson" è usato per descrivere la forma estrema di questa condizione, ma si manifesta solo in stadi avanzati della malattia. Come tutti i sintomi precoci, i cambiamenti sono lievi: è più facile riconoscerli da una lentezza nel sorridere, nell'aggrottare le sopracciglia, o nel guardare in lontananza. Un altro segno meno frequente è l'ammiccare.

Dolore al collo persistente

Questo segno è particolarmente comune nelle donne, che in una indagine sul modo in cui hanno scoperto di essere malate, l'hanno riportato come il terzo più frequente segnale di avvertimento (dopo il tremore e la rigidità). Il dolore al collo causato dal Parkinson è diverso da quello comune, principalmente per il fatto che persiste, a differenza di uno stiramento o di crampi, che dovrebbe andare via dopo un giorno o due. In alcune persone, questo sintomo si presenta non tanto come dolore, quanto come un intorpidimento o un formicolio. Oppure potrebbe manifestarsi come un malessere o un disagio che arriva fino alla spalla e al braccio e porta a frequenti tentativi di allungare il collo.

Scrittura lenta e stretta

Noto come bradicinesia, è il rallentamento e la perdita di movimenti spontanei e di routine. Il rallentamento della



scrittura è uno dei modi più comuni in cui la bradicinesia si presenta. La scrittura comincia a diventare più lenta e faticosa, e sembra spesso più piccola e più stretta di prima. Lavarsi e vestirsi sono altre aree in cui appare la bradicinesia. Spesso infilarsi i vestiti, abbottonarsi o essere in grado di chiudere le cerniere richiede molto tempo.

Cambiamenti del tono della voce e della parola

La voce di una persona malata di Parkinson comincia a cambiare, diventando spesso molto più flebile e monotona. Questo è spesso uno dei segni precoci che dovrebbero allarmare la famiglia e gli amici, molto prima che il paziente venga a sapere di essere malato. Anche pronunciare male le parole è una caratteristica della malattia, perché, irrigidendosi i muscoli facciali, diventa più difficile enunciare chiaramente. Questo problema è così caratteristico della malattia che i ricercatori stanno lavorando su una tecnica di analisi della voce che potrebbe eventualmente essere utilizzata per uno screening precoce e come strumento diagnostico.

Braccia che non oscillano liberamente

"Ridotto movimento del braccio": così i medici descrivono questo sintomo. Ad esempio per raggiungere un vaso sullo scaffale più alto il braccio non si estenderà più di tanto. In alcune persone questo si nota quando camminano, un braccio oscillerà meno rispetto all'altro. Un modo per distinguere questo sintomo dall'artrite o da lesioni è che le articolazioni non sono coinvolte e non c'è dolore.

Eccessiva sudorazione

Quando il Parkinson colpisce il sistema nervoso autonomo, lede la capacità di autoregolamentarsi del corpo, causando dei cambiamenti della pelle e delle ghiandole sudoripare. Alcune persone si trovano a sudare in modo incontrollabile quando non c'è alcuna ragione apparente, come il calore o l'ansia. Questa condizione può anche presentarsi sotto forma di pelle eccessivamente grassa o di cuoio capelluto con conseguente forfora grassa. Molti malati hanno anche un problema di salivazione in eccesso, ma questo è effettivamente causato da difficoltà di deglutizione, piuttosto che da una produzione di più saliva.

Cambiamenti di umore e di personalità

Gli esperti non sono certi perché, ma ci sono una serie di cambiamenti di personalità correlati con il Parkinson, come il manifestarsi dell'ansia nelle situazioni nuove, il ritiro sociale, e la depressione. Il primo segno di declino è la perdita della capacità di multitasking. Le persone che erano in grado di fare perfettamente tre o quattro attività nello stesso tempo, scoprono di dover fare una cosa alla volta o non riescono a fare tutto per bene.

La diagnosi

Non è solo una diagnosi clinica: il neurologo (esperto in disordini del movimento) formula un'ipotesi diagnostica attraverso la storia clinica (raccolta dal paziente e dai familiari) e la valutazione di sintomi e segni neurologici.

Gli esami strumentali, quali la Risonanza magnetica nucleare ad alto campo, la SPECT DATscan, la PET cerebrale e la scintigrafia del miocardio servono da supporto, talvolta indispensabile, alla diagnosi clinica. La diagnosi comporta l'esclusione di altre patologie che possono essere, in particolare nelle fasi iniziali di malattia, molto simili alla malattia di Parkinson.■

Ambulatorio di Neurologia

Centro Medico TuttoSanità di Alberobello

Dott. Giovanni Manobianca
Stroke Unit
F.Miulli Acquavivas delle Fonti

TuttoSanità
Anno 27° n. 191 Ottobre 2018
Reg. Trib. Bari n. 1062 del 23-9-1991

Direttore Responsabile: Cosmo D. Grassi

Editore: **TuttoSanità** srls
Direzione, redazione e pubblicità:
Via Ungaretti, 28 - Alberobello
Tel. 080.4323449 - Fax 080.4327182

Stampa: **Grafiche Vito Radio Editore** srl
Via M. Mummolo z.i., Putignano (Ba)

Sito web: **www.tuttosanita.it**
e-mail: **centromedico@tuttosanita.it**
info@tholoseditrice.it
direzione@tuttosanita.it

Finito di stampare il 6 Luglio 2018

La Direzione non si assume la responsabilità delle inserzioni pubblicitarie. Dati e notizie riportati su TuttoSanità possono essere ripresi citando la fonte.

Alle prese con un nemico insidioso stagionale: l'influenza

Quando si pensa a vaccini pre invernali il riferimento è inevitabilmente alla patologia più diffusa: l'influenza che colpisce ogni anno il 5-10% degli adulti e il 20-30% dei bambini, causando nel mondo 3-5 milioni di manifestazioni severe e 250.000 – 500.000 morti. In Italia interessa, ogni anno, circa l'8% della popolazione generale ed il 22% della fascia di età 0-14 anni. Nel nostro paese ammontano a circa 8.000 i decessi annuali correlabili all'influenza ed alle sue complicanze e l'84% riguarda i soggetti ≥ 65 anni.

L'influenza si presenta quasi sempre con febbre elevata. Insieme a sintomi sistemici come dolori muscolari e articolari e infine con sintomi respiratori come tosse, congestione/secrezione nasale e mal di gola. Ovviamente una stagione invernale particolarmente rigida può comportare una incidenza maggiore della patologia.

L'influenza viene trasmessa per vie aeree, quando si respira nello stesso ambiente in cui vi è una persona già influenzata o quando lo stesso starnutisce o tossisce ma anche quando parla o respira. Altro caso tipico di contagio quando si portano le mani alla bocca e naso dopo aver toccato una superfice contaminata. La trasmissione della malattia avviene più facilmente nei luoghi chiusi e affollati, come ad esempio farmacie, ambulatori medici, ospedali, scuole o mezzi pubblici.

Esistono tre tipi di virus dell'influenza, A, B e C. Essi vanno incontro a mutazioni antigeniche (che riguardano le proteine di superficie) che, in base all'entità, vengono definite *drift* (più frequenti, quasi annuali, comportano variazioni minori, ma sufficienti a generare l'epidemia stagionale) o *shift* (meno frequenti, ma più marcate ed in grado di portare alla comparsa di un nuovo ceppo virale che, in determinate circostanze, può provocare un'infezione diffusa su scala mondiale che prende il nome di "pandemia").

Per la stagione 2018/2019 la composizione dei vaccini influenzali è nota. Sono previste due nuovi varianti: AH3N2/Singapore e B/Colorado.

L'influenza si presenta ogni anno con caratteristiche epidemiologiche differenti in funzione del tipo di virus circolante. La stessa composizione del vaccino riflette il virus che nei mesi precedenti circola nell'emisfero opposto. Il monitoraggio dell'epidemia influenzale inizia, in Italia, dalla 42a settimana dell'anno e termina alla 16a dell'anno successivo: l'epidemia presenta un picco tipicamente collocato tra la 4a e la 7a settimana ed un tasso di incidenza variabile in base a vari fattori tra cui, oltre alle caratteristiche del virus circolante, la popolazione suscettibile e, quindi, la copertura vaccinale.

La campagna di vaccinazione si colloca tra ottobre e dicembre di ogni anno con aggiustamenti in base all'andamento dell'epidemia. La copertura vaccinale è andata diminuendo negli ultimi anni, anche tra i soggetti con più di 65 anni, mancando sia il 95% (obiettivo ottimale suggerito negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio), che quello minimo perseguibile del 75% nella popolazione generale.

Nella stagione influenzale 2013-2014 vi fu una notevole attenzione mediatica e dell'opinione pubblica ad alcuni eventi gravi o fatali, verificatisi in correlazione temporale con la somministrazione di un vaccino anti-influenzale. L'analisi epidemiologica ha, tuttavia, portato a constatare come il numero dei morti segnalati, in gran parte riguardanti soggetti > 80 anni e che presentavano alcune patologie croniche, rientrasse nel dato atteso annualmente dall'Istat. Inoltre, a seguito dei dovuti approfondimenti e valutazioni, sia l'AIFA sia l'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) hanno smentito l'associazione tra le morti registrate ed il vaccino. L'allarme mediatico ha tuttavia generato diffidenza nella popolazione nei confronti della vaccinazione in generale, con conseguente riduzione del 20-30% della copertura vaccinale anti-influenzale, che non è stata esente da conseguenze. Infatti, i dati Istat riguardanti il 2015 hanno riportato un incremento di mortalità nel primo trimestre dell' anno (+13%), in coincidenza del picco influenzale. L'eccesso di mortalità ha riguardato soprattutto soggetti >85 anni, deceduti, spesso, a seguito di ricovero ospedaliero, per problematiche cardiorespiratorie compatibili con le complicanze dell'influenza.

Le malattie infettive, specie quelle prevenibili da vaccino, rappresentano, oggi, una minaccia per la salute della popolazione che solo parzialmente può essere considerata sotto controllo. Infatti, nonostante i successi della medicina in generale (antibiotici, assistenza sanitaria e sviluppo tecnologico), della sanità pubblica e delle vaccinazioni in particolare, è essenziale non "abbassare la guardia". Se è vero che molte infezioni sembrano ormai solo un lontano ricordo, anche grazie alle elevate coperture vaccinali raggiunte nel tempo nel nostro Paese, è altrettanto vero che quando queste arrivano agli onori della cronaca, sono spesso da ricondurre ad una scarsa attenzione alle misure di prevenzione vaccinale. Per questo desta preoccupazione il generale andamento in decremento delle coperture vaccinali che, in assenza di un cambio di rotta, lascia presagire un peggioramento della situazione epidemiologica.

La situazione in Puglia

La sorveglianza epidemiologica in Puglia della stagione influenzale 2017/2018 ha rilevato una epidemia di "intensità molto alta". L'incidenza delle sindromi simil-influenzali è stata più elevata nei mesi di dicembre e gennaio. I dati dell'attività di sorveglianza virologica hanno evidenziato la contemporanea circolazione di ceppi influenzali di tipo A e di tipo B, sebbene i virus di tipo B siano risultati nettamente prevalenti (71%), rispetto ai virus di tipo A (28,3%). In questa stagione sono stati notificati un numero di casi gravi di influenza che ha richiesto il ricovero in reparti di terapia intensiva superiore alle stagioni passate; l'82 % dei pazienti ricoverati non era stato vaccinato.

Nonostante il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale preveda per i soggetti ≥ 65 anni e per le categorie a rischio il 75% di copertura vaccinale antinfluenzale come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale, nella stagione 2017 /2018 è stata raggiunta in Puglia una copertura vaccinale del 59,4%.

Sebbene continui ad essere allarmante il trend di riduzione delle coperture vaccinale nei soggetti ≥ 65 anni osservato dopo la stagione 2007/2008, nelle ultime tre stagioni è stato osservato un modesto aumento rispetto alla stagione 2014/2015 che ha registrato il valore più basso degli ultimi 10 anni.

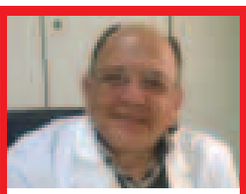
TuttoSanità

Centro Medico Polispecialistico - Alberobello

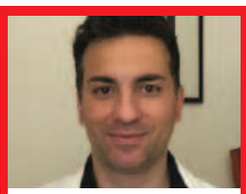
Via G. Ungaretti, 28 - Alberobello (BA) - Tel. 080.4323449 - Fax 080.4327182
Sito web: http://centromedico.tuttosanita.it *e-mail:* centromedico@tuttosanita.it

Lo Staff

Fisiatria
Ascanio P. LADOGANA
Centro di Riabilitazione "P. Frangi"- Acquaviva delle F.



Ortopedia pediatrica
Vito ROTONDO
Già Dirigente Medico "Giovanni XXIII" di Bari



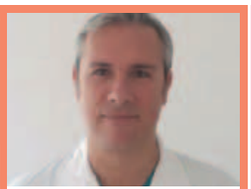
Osteopatia
Daniele LE GROTTAGLIE
Libero professionista

Ortopedia e traumatologia
Gioachino LO BIANCO
Resp. Ortopedia e Traumatologia Villa Lucia Hospital Conversano

Elettromiografia
Lucia MASTROMAURO
Libero professionista

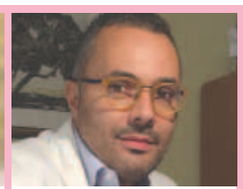
Podologia
Gianvito MATARRESE
Libero professionista

Urologia e Andrologia
Giovanni PAGLIARULO
Urologia - "F. Miulli" Acquaviva delle F.



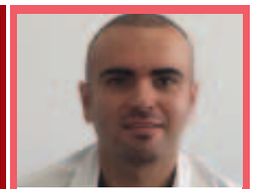
Urologia e Andrologia
Giovanni LORUSSO
Dirigente Medico Urologia SS. Annunziata, Taranto

Ostetricia e Ginecologia
Anna Franca LAERA
Ostetricia e Ginecologia Ospedale "Di Venere"

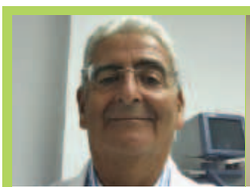


Ginecologia
Vito CARONE
Ostetricia e Ginecologia "F. Miulli" Acquaviva delle F.

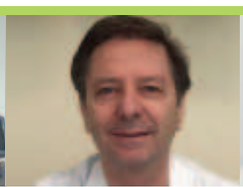
Reumatologia
Simona LOPRIORE
Libero professionista



Otorinolaringoiatria
Michele PALERMO
Libero professionista



Malattie degenerative e Alzheimer
Vito FERRARA
"F. Miulli" Acquaviva delle F.

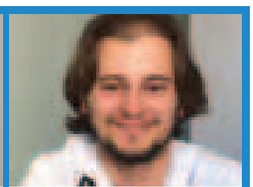


Neurologia
Giovanni MANOBIANCA
Stroke Unit - "F. Miulli" Acquaviva delle F.

Psicologia Clinica
Manuela LATESORIERE
Libero professionista

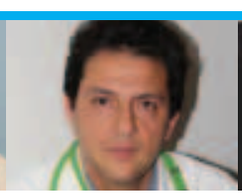
Psicologia dell'età adulta e dell'invecchiamento
Elisabetta GIROLAMO
Libero professionista

Diagnostica vascolare
Jimmy DI MARTINO
ASL Bari "S. Maria degli Angeli" di Putignano

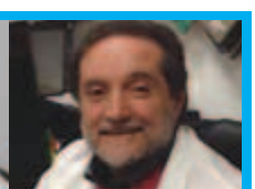


Cardiologia
Pier Luigi PETRUZZI
ASL Bari - "S. Maria degli Angeli" di Putignano

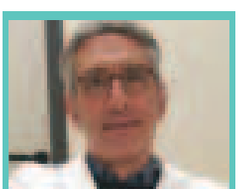
Medicina dello Sport
Angelo ANDRIOLA
Libero professionista
Certificatore Regione Puglia



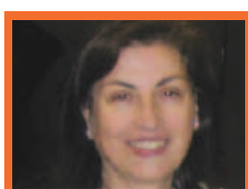
Medicina dello Sport
Emanuele CAPUTO
Libero professionista
Certificatore Regione Puglia



Medicina dello Sport
Antonio LEMMA
Libero professionista
Certificatore Regione Puglia*



Chirurgia e Proctologia
Francesco PEZZOLLA
Chirurgo



Allergologia e Immunologia
Angela PASTORE
Libero professionista

Dermatologia
Vincenza GUARNIERI
Libero Professionista "F. Miulli" Acquaviva delle F.

Endocrinologia e Diabetologia
Rossella LELLA
Libero professionista

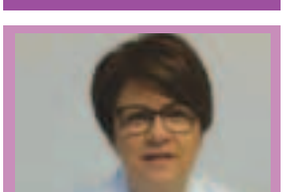
Endocrinologia e Diabetologia
Maria BELLACICCO
ASL Bari
Distretto di Putignano

Ambulatorio Nutrizionale Multidisciplinare

Gastroenterologia
Francesco RUSSO
Gastroenterologo

Nutrizione e Scienze Alimentari
Valeria TUTINO
Libero Professionista

Psicologia
Laura PROSPERO
Libero professionista



Oncologia
Giovanna CAMPANELLA
Oncologa

Oculistica
Claudio FILONI
Libero professionista
118 ASL Bari

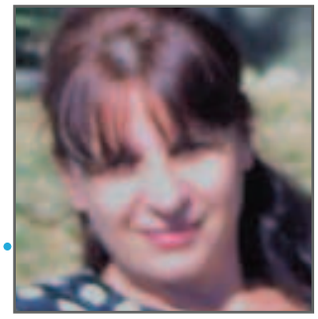
Nutrizione e Scienze Alimentari
Maria SCIANNI
Libero Professionista

Ecografia
Nicola GIAMPAOLO
Radiologo

Aut. Comunale n. 23801 del 05/01/2017

Aggiornato al 13 novembre 2017

Le conseguenze psicologiche del maltrattamento infantile



Dott.ssa Rosanna MANSUETO - Psicologa - Psicoterapeuta, Esperta in Psicodiagnostica

Nel mondo, l'attenzione e la sensibilità ai bambini vittime di violenza ed abusi ha cominciato a svilupparsi da circa cinquant'anni e cioè da quando Henry Kempe, nel 1961, presentò all'Annual Meeting of American Accademy of Pediatrics una relazione avente per tema "Battered Child Syndrome". Dal 1962 in poi, numerosi e diversi articoli, ricerche, studi scientifici hanno contribuito a far sollevare ed emergere il problema dell'abuso e dei maltrattamenti nell'infanzia sia nell'opinione pubblica che in ambito clinico, scientifico, culturale e giuridico.

Nel 1976 anche l'Europa iniziò ad interessarsi, infatti con il 1° Congresso internazionale tenutosi a Ginevra presso l'OMS fu fondata l'International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect e la relativa rivista.

Nel 1979 l'Italia costituisce l'Associazione Italiana per la Prevenzione dell'Abuso all'Infanzia (AIPAI) con sede a Bologna.

Altre date importanti da ricordare sono la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, approvata dall'assemblea generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 ed il Rapporto Mondiale su Violenza e Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2002.

In generale quindi si è avviato un processo di sempre crescente affermazione dei diritti dell'infanzia con la nascita di centri specialistici con equipe interprofessionali, con percorsi di cura specifici per la prevenzione ed il trattamento dell'abuso anche in considerazione dell'emergere di nuove forme di violenza quali la riduzione in schiavitù, la pedopornografia, l'emarginazione derivante dall'immigrazione clandestina, il bullismo ed il maltrattamento intrascolastico.

Si deve sottolineare che le diverse tipologie di violenza non devono essere considerate come forme separate ed autonome in quanto in tutte le forme di abuso è sempre presente il maltrattamento psicologico. Infatti, esso è la manifestazione più diffusa della violenza di un adulto verso un bambino e non sempre è facile da riconoscere.

Si può manifestare con ricatti, minacce, punizioni, indifferenza, squalifica, mancanza di rispetto, pretese, eccessive richieste non adeguate all'età e alla personalità del bambino.

Secondo la Miller, nel suo libro "Il bambino inascoltato", *"la tendenza a servirsi in modo ottimale del bambino per soddisfare tutti i propri bisogni è talmente diffusa e così palese nella storia di ogni tempo e paese che, anche in presenza di abusi sessuali, non parlerei tanto di perversione, quanto piuttosto di una delle molteplici forme di esercizio di potere dell'adulto sul bambino".*

Le conseguenze psicologiche sono diverse e molteplici e possono variare in base all'età del bambino, al tipo di maltrattamento, alla gravità, alla durata, al tipo di relazione con l'adulto e al tipo di aiuto e sostegno che riceve dalle figure di riferimento (Fish &Scott, 1999).

Diverse ricerche hanno confermato una relazione significativa tra maltrattamento infantile e disturbi a breve ma anche a lungo termine quali disturbi d'ansia, disturbi del sonno ed alimentari, somatizzazioni, disturbi post traumatici, disturbi nell'attaccamento, disturbi della personalità e disturbi dissociativi, alterazioni del linguaggio espressivo e in generale dello sviluppo delle funzioni intellettive.

Tale trauma interferisce quindi sullo sviluppo del bambino compromettendo vari aspetti della personalità come ad esempio la socialità, l'interazione con i pari e con gli adulti.

I bambini maltrattati infatti vivono profondi sentimenti di solitudine, vissuti di tristezza ed apatia, alterazione dei sentimenti di fiducia in se stessi e negli altri proprio in virtù delle alterazioni delle regolazioni emotive, delle capacità empatiche, dell'incapacità o dell'impossibilità di simbolizzare e verbalizzare le proprie emozioni.

Inoltre, l'immagine di sé in termini positivi è profondamente alterata a causa della coesistenza di sentimenti di colpa e di vergogna; il bambino può arrivare a nascondere i lividi che gli vengono provocati, può sentirsi cattivo, inadeguato, direttamente responsabile.

Bisogna quindi tener presente quanto possa essere difficile e complicato per un bambino chiudere aiuto, fidarsi e confidarsi con adulti che non conosce avvertendoli come minacciosi (psicologo, assistente sociale, poliziotto, giudice minorile).

Ma cosa succede se l'adulto che minaccia è un insegnante, un educatore, un operatore scolastico?

Di tutte quelle persone che insomma possono disporre di una forma di potere e/o di manipolazione psicologica?

La relazione educativa mette a confronto due soggetti di cui uno è il più for-

I NOSTRI PARTNER

FARMACIA INDIVERI ALBEROBELLO

CONAD

ESSEgrande

Ingr. ORTOFRUTTICOLO Laera Romano

PANIFICIO MANCINI QUALITÀ E BONTÀ

FARMACIA DELL'AERA Alberobello (Ba)

te e l'altro il più debole; il rischio è che si possa utilizzare questa relazione interpersonale per sostenere le proprie difese ed imporre i propri bisogni (Foti, 2012).

Il maltrattamento intrascolastico di tipo psicologico è la forma più estesa di abuso e si può manifestare attraverso varie forma quali parole terrorizzanti e disprezzanti, umiliazioni, valutazioni ingiuste, imposizione di mete inadeguate rispetto alla capacità dell'alunno.

La psicologa e psicoterapeuta Daniela Bruno afferma "*nelle istituzioni educative, sono maltrattanti le pratiche pedagogiche che si pongono come barriera alla comunicazione, le pratiche autoritarie e di disconoscimento dell'infanzia e dei suoi diritti, che vanno dagli atteggiamenti di indifferenza verso le esigenze corporee ed emotive dei minori, a forme di severità eccessiva, di ostilità espressa con l'intimidazione, le punizioni psicologiche, i confronti indebiti tra gli allievi, le umiliazioni, la denigrazione, il sarcasmo".*

Il maltrattamento si svolge in due tempi: il tempo della violenza ed il tempo della negazione.

Il tempo della negazione è il più distruttivo e destabilizzante poiché la vittima viene lasciata sola con i suoi sentimenti di rabbia, dolore, impotenza, ansia, agitazione, sensi di colpa.

"*Ciò che rende*, secondo Ferenczi, *il trauma traumatico e patogeno non è l'evento in se stesso o la sua persistenza, ma soprattutto il diniego da parte dell'adulto che lo compie e lo mette in atto"*

Questa negazione si esprime in tre diversi livelli:

- La negazione dei responsabili della violenza che cercheranno di nascondere le prove della loro colpevolezza
- La negazione del testimone (o più testimoni) che tenderà a voltarsi dall'altra parte per non essere coinvolto
- La negazione da parte della vittima stessa che cercherà di allontanare dalla propria mente i ricordi legati all'esperienza traumatica vissuta

Il maltrattamento assume allora il carattere dell'impensabilità come meccanismo difensivo dal dolore che si potrebbe provare, dalle emozioni che non si vogliono vivere e rivivere.

Il tema mette fortemente in discussione sia gli insegnanti che i dirigenti scolastici e suscita non a caso fortissime resistenze, superiori sicuramente a quelle, già consistenti, che si incontrano nell'affrontare la tematica del maltrattamento intra-familiare.

Esso non deve essere sottovalutato nei suoi effetti dannosi e può appartenere in maggiore o minore misura a tutti gli insegnanti, anche ai più aperti e ai più sensibili.

E' una forma di maltrattamento più strutturale e nocivo compiuto da insegnanti che possono essere definiti maltrattanti per l'intensità e la sistematicità dei propri comportamenti distruttivi nei confronti degli alunni, a seconda dei casi, sul piano fisico, sul piano sessuale, sul piano della grave trascuratezza ed infine sul piano psicologico.

Il maltrattamento in età infantile può avere effetti devastanti, sia immediati che a lunga scadenza.

Gli effetti immediati possibili sono: stati d'ansia, aggressività verso i coetanei fino a infierire sui più deboli, l'ipersensibilità, insicurezza, atteggiamenti rigidi e punitive, ritardi nello sviluppo, difficoltà scolastiche, ridotta padronanza del linguaggio, insonnia.

Un altro fenomeno molto diffuso nel maltrattamento interscolastico è il *bullismo* ossia un comportamento assimilabile al borderline solo meno patologizzato, più diffuso e tollerato perché tende a mascherarsi come un normale scambio di violenze, psicologiche, verbali o fisiche tra pari. Il mascheramento è particolarmente insidioso poiché mistifica la qualità dei comportamenti di violenza nei doppi lacci dell'iperprotezione e dell' indifferenza.

Il bullo è un prepotente che non si sente mai colpevole ma manifesta sicurezza; si è abituato a questa convinzione nei suoi primi anni di vita, anche in ragione di sregolatezze o di protezionismi privi di affettività e di coinvolgimento con i genitori.

La vittima è spesso un soggetto introverso, sensibile, vulnerabile ed incapace di ribellarsi :accetta la prepotenza altrui come una male inevitabile e, forse, meritato in ragione del suo sentirsi inferiore.

In Italia, Ada Fonzi è stata la prima studiosa a cercare un termine che potesse concettualmente corrispondere a quello inglese di bulling. Il termine bulling "interpreta assai bene, scrive Ada Fonzi, la situazione in cui c'è contemporaneamente qualcuno che prevarica e qualcuno che viene prevaricato".

La parola prepotenza, non è sufficiente perché non contiene tutto il comportamento del bullo che si presenta con una molteplicità di manifestazioni verbali, fisiche, aggressive.

Il termine originario anglosassone contiene in sé la parola inglese "bullo" (toro) che evoca un'immagine di irascibilità, associata all'imposizione sugli altri, istintiva e basata sulla forza fisica.

Il vocabolo bullismo designa fenomeni di aggressività relativi all'età evolutiva, infanzia e adolescenza, più spesso rilevati a scuola, ma talvolta perpetrati anche in contesti di ritrovo extrascolastici quali strade, quartieri, palestre e circoli ricreativi. In sostanza più che una questione terminologica ciò che interessa è la chiarificazione e la condivisione di ciò che deve intendersi come comportamento bullistico.

Entrambe le forme della violenza intrascolastica devono essere oggetto di un impegno collettivo di mentalizzazione e di responsabilizzazione: solo così potranno diventare meno invisibili e meno incontrastate di quanto purtroppo siano oggi.

Come si può intervenire allora dal punto di vista terapeutico su questi problemi?

L'intervento sui problemi legati al maltrattamento e all'abuso degli allievi è troppo complesso e coinvolgente per essere lasciato all'iniziativa del singolo, senza l'adeguato riferimento a un contesto collettivo di discussione e di confronto da parte di tutti i soggetti coinvolti .

Non è opportuno dunque che il singolo soggetto affronti da solo situazioni così delicate, perché egli rischia di assumersi compiti impossibili, di impegnarsi in una relazione d'aiuto per poi ritrarsene quan-

do questa si rivela troppo conflittuale e stressante.

Non ha senso che un insegnante, un genitore, un operatore si ponga come obiettivo quello di aiutare un alunno in difficoltà, se poi egli stesso non accetta di chiedere aiuto.È dunque indispensabile che nella scuola si creino gruppi di insegnanti che consentano ai partecipanti di condividere e di elaborare i problemi emotivi e soggettivi insiti nella relazione con i minori in difficoltà.

Gli insegnati possiedono le capacità potenziali per rendere vitale e creativa l'esperienza scolastica, dando la possibilità ai bambini di sviluppare l'intelligenza emotiva e di maturare quella coscienza di sé e dei propri sentimenti che si trova alla base di ogni apprendimento e di ogni possibile prevenzione dal maltrattamento e dall'abuso. Infatti, ciò che sollecita il cambiamento, ciò che attiva la lettura adeguata dei segnali di disagio e consente risposte sensibili e corrette, non è la semplice conoscenza dell'elenco degli indicatori, delle linee guida e delle procedure corrette: ciò che fa la differenza sono appunto le competenze relazionali ed emotive.

L'ascolto è la principale modalità che permette all'insegnante di avere in un rapporto di comunicazione autentica con l'alunno, ma ciò richiede una prestazione tutt'altro che scontata, la quale impone una particolare competenza emotiva e relazionale, una disponibilità al confronto, al riconoscimento dei propri errori e alla messa in discussione personale.

L'ascolto presuppone sempre una certa disponibilità affettiva verso l'altro, infatti senza interesse affettivo non si mette in movimento quel complesso processo mentale, relazionale, comunicativo che è l'ascolto.

L'ascolto dunque è un impegno che implica sempre un coinvolgimento emotivo ed affettivo all'interno di una relazione, è il saper conoscere e riconoscere l'altro.

La crescita delle capacità di ascolto e di protezione, nei confronti di un bambino maltrattato, presuppongono:

- la capacità di pensare, rispettare e elaborare i propri sentimenti;
- la consapevolezza delle problematiche relazionali;
- un rapporto positivo ed elaborato con le radici vitali della propria storia e soprattutto della propria infanzia.

Figura fondamentale per la prevenzione è lo psicologo scolastico, il suo compito fondamentale è "*quello di definire primariamente la relazione, in secondo poi è quello di stabilire le modalità attraverso le quali strutturare questa comunicazione perché essa sia recepita e percepita nel tempo*" (Selvini, Palazzoli, Cirillo e altri, 1976).

Lo psicologo nell'intervento con i bambini utilizza la terapia del gioco, il disegno o altri strumenti psicoterapeutici espressivi, strumenti necessari al bambino per la rielaborazione dell'evento traumatico.

Tra questi ricordiamo **l'EMDR.** Dall'inglese *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari, è un approccio terapeutico utilizzato per il trattamento del trauma e di problematiche legate allo stress, soprattutto allo stress traumatico. L'EMDR si focalizza sul ricordo dell'esperienza traumatica ed è una metodologia completa che utilizza i movimenti oculari o altre forme di stimolazione alternata destro/sinistra per trattare disturbi legati direttamente a esperienze traumatiche o particolarmente stressanti dal punto di vista emotivo.

Dopo una o più sedute di EMDR, i ricordi disturbanti legati all'evento traumatico hanno una desensibilizzazione, perdono la loro carica emotiva negativa. Il cambiamento è molto rapido, indipendentemente dagli anni che sono passati dall'evento. L'immagine cambia nei contenuti e nel modo in cui si presenta, i pensieri intrusivi in genere si attutiscono o spariscono, diventando più adattivi dal punto di vista terapeutico e le emozioni e sensazioni fisiche si riducono di intensità. L'elaborazione dell'esperienza traumatica che avviene con l'EMDR permette al paziente, attraverso la desensibilizzazione e la ristrutturazione cognitiva che avviene, di cambiare prospettiva, cambiando le valutazioni cognitive su di sé, incorporando emozioni adeguate alla situazione oltre ad eliminare le reazioni fisiche. Questo permette, in ultima istanza, di adottare comportamenti più adattivi. Dal punto di vista clinico e diagnostico, dopo un trattamento con EMDR il paziente non presenta più la sintomatologia tipica del disturbo post-traumatico da stress, quindi non si riscontrano più gli aspetti di intrusività dei pensieri e ricordi, i comportamenti di evitamento e l'iperarousal neurovegetativo nei confronti di stimoli legati all'evento, percepiti come pericolo. Un altro cambiamento significativo è dato dal fatto che il soggetto discrimina meglio i pericoli reali da quelli immaginari condizionati dall'ansia.

L'efficacia dell'EMDR nel trattamento del PTSD è ormai ampiamente riconosciuta e documentata, ma attualmente l'EMDR è un approccio terapeutico ampiamente usato anche per il trattamento di varie patologie e disturbi psicologici.

Tutti i bambini che hanno subito maltrattamenti vengono ascoltati, in presenza di specialisti, in audizioni protette ovvero di una stanza dotata di specchio unidirezionale con impianto di videoregistrazione.

Infatti, la normativa prevede e garantisce delle particolari forme di protezione e di assistenza, affinchè tutto possa essere affrontato nel miglior modo possibile senza aggiungere un altro trauma a quello già vissuto.

Tutti i centri (ASL, Consultori, Servizi Sociali) offrono sostegno e aiuto alle famiglie e ai bambini, perché non vanno lasciati soli nelle loro richieste di aiuto.

Biomedica

Laboratorio di analisi chimico cliniche

Prelievi a domicilio

ALBEROBELLO - LOCOROTONDO - MARTINA FRANCA

NOCI - PUTIGNANO - TURI

Tranquillamente a casa tua!

- *Senza pagare la quota fissa di 10 euro a ricetta prevista per i paganti ticket*
- *Nessuna lista di attesa*
- *Il costo degli esami eseguiti è lo stesso del Tariffario Nazionale*
- *Consegna del referto direttamente a casa oppure on line.*

Per informazioni e prenotazioni telefonare:

080 494 9246 – 377 2637600

PARTNERSHIP

TuttoSanità

Centro Medico Polispecialistico

Alberobello

40 specialisti al servizio della Tua Salute

Alberobello, via Ungaretti, 28

tel. 080.4323449 - 377.2637600

mail: centromedico@tuttosanita.it

TuttoSanità

Centro Medico Polispecialistico - *Alberobello*

Novembre 2018

Prevenzione del TUMORE alla PROSTATA

se hai più di 40 anni ci sono 5 buoni motivi per farti uno screening

- ***Questa notte ti sei alzato più volte per fare la pipì?***
- ***Il flusso ti sembra debole?***
- ***Fai fatica a trattenerla?***
- ***Hai la sensazione di non riuscire ad urinare in modo completo?***
- ***Hai bruciori alla minzione o disturbi delle risposte sessuali?***

VISITA UROLOGICA - INDAGINE ECOGRAFICA
ESAME UROFLUSSOMETRICO - ESAME PSA

80 euro*

** Valida solo per il periodo della campagna*

Prenota la visita telefonando allo 080 4323449

TuttoSanità
Centro Medico Polispecialistico

Via G. Ungaretti, 28 - Alberobello (BA)
Tel. 080. 4323449 - Fax 080.4327182
Sito web: http://centromedico.tuttosanita.it
e-mail: centromedico@tuttosanita.it