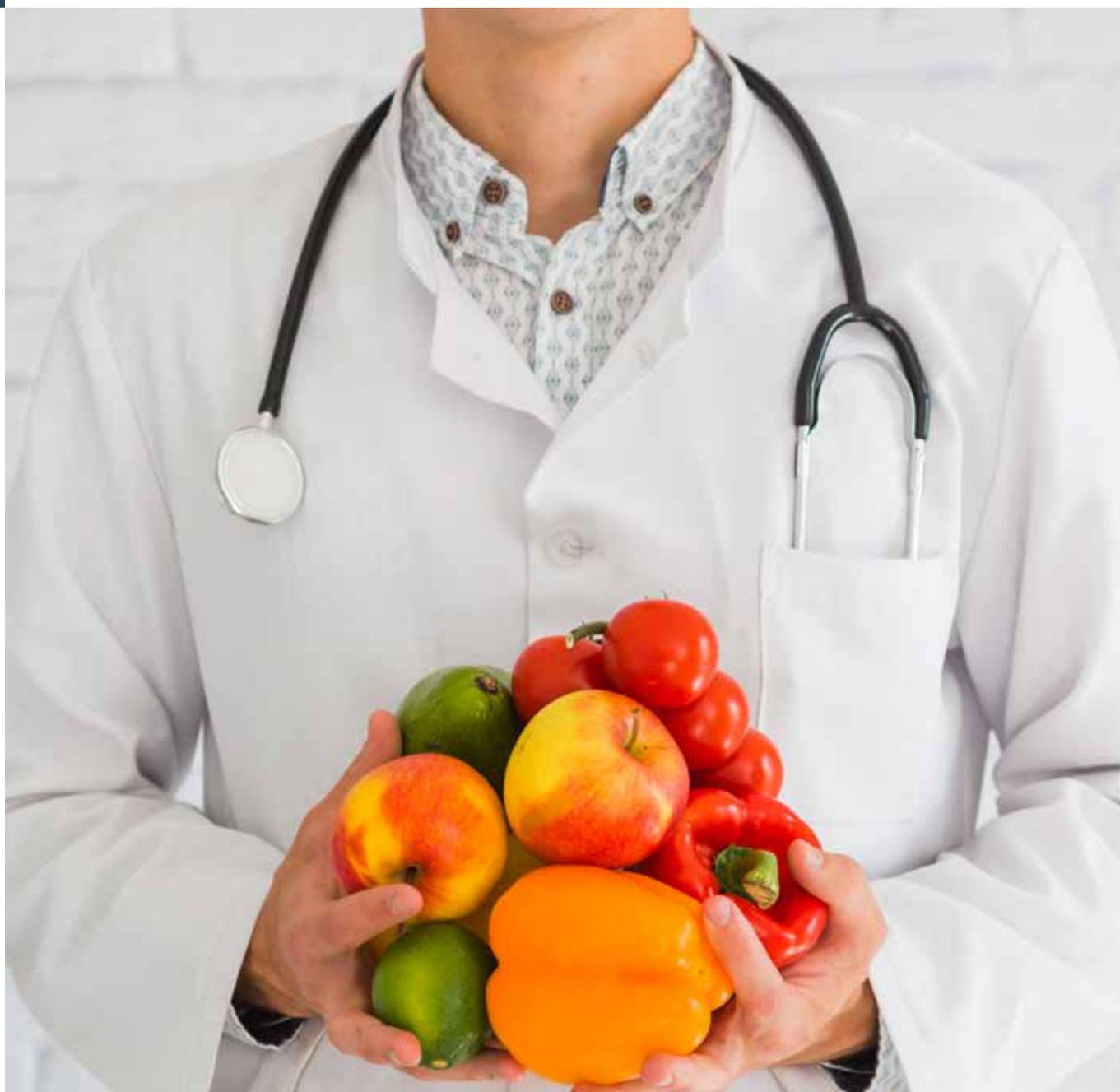




STARESANI.it

PREVENZIONE • ALIMENTAZIONE • BENESSERE



**Mangiare bene per sconfiggere il cancro | Il futuro della medicina integrata
I segreti per allenare il cuore | Anemia: ecco come prevenirla**

**POLIAMBULATORIO
SPECIALISTICO**



Città Della Salute

Direttore Sanitario
Dott. **Claudio Noacco**



CENTRO PRELIEVI

ACCESSO LIBERO
O SU APPUNTAMENTO
dal mercoledì al sabato
dalle 7.30 alle 9.30

AFFIDATI AI NOSTRI SPECIALISTI



**MEDICINA
SPECIALISTICA E
DI PREVENZIONE**



**AREA
PEDIATRICA**



**MEDICINA
ESTETICA**



**RINNOVO
PATENTI**

UDINE - C.C. CITTÀ FIERA

2° PIANO (INGRESSO PARK COPERTO "NORD 1")

COME RAGGIUNGERCI:



Linea Urbana n°9



Udine - direzione Stadio / Fiera

ORARI POLIAMBULATORIO

 Dal lunedì al venerdì
dalle 9.00 alle 20.00
(orario continuato)

INFO E PRENOTAZIONI

 0432 544 635
 info@cittasalute.it

SERVIZI UTILI:



www.cittasalute.it



**Ecco la prova
Mangiare
cibo industriale
aumenta il
rischio di cancro**

P. 6



**Lunga
vita al cuore
con la dieta
mediterranea**

P. 13



**Superare
i lutti
con una
nuova terapia**

P. 19

STARESANI.it

Numero unico
realizzato a cura di:



Via A. Bardelli, 4
Torreano di Martignacco - UD
Tel. 0432 544669
amministrazione@city-adv.com

Testi e interviste a cura di:
Irene Giurovich

È vietata la riproduzione anche
parziale dei contenuti senza
autorizzazione.
Tutti i diritti riservati.

Inoltre tutti gli articoli, i consigli,
le indicazioni e i contenuti del
giornale sono rivolti a persone
maggiorienni e rivestono carattere
esclusivamente divulgativo.

STARESANI.it

PREVENZIONE • ALIMENTAZIONE • BENESSERE

SOMMARIO

INTERVISTA ESCLUSIVA ALL'ONCOLOGA

MARIA ROSA DI FAZIO
*45% dei tumori dipende
da cattiva alimentazione*

P. 6

APPROFONDIMENTO ANEMIA

*Come riconoscerla e quali
esami eseguire.
Il vademecum del dott. Colle*

P. 16

MEDICINA COMPLEMENTARE

Ecco il ruolo terapeutico

P. 9

IADC THERAPY

*Sbarca anche in friuli
il metodo psicologico
per superare la morte*

P. 19

SOS DIETE SBILANCIATE

*L'appello del biologo
nutrizionista D'Agostino*

P. 11

LA CATENA NATURASÌ INVENTA I SACCHETTI RIUTILIZZABILI

P. 23

LA SALUTE DEL CUORE

*I consigli del
Cardiologo Tuniz
per tutte le età*

P. 13

StareSani SOCIAL

STARESANI.it

IL PRIMO MAGAZINE DI APPROFONDIMENTO
SULLA SALUTE ANCHE ONLINE!



StaresaniFVG



StaresaniFVG

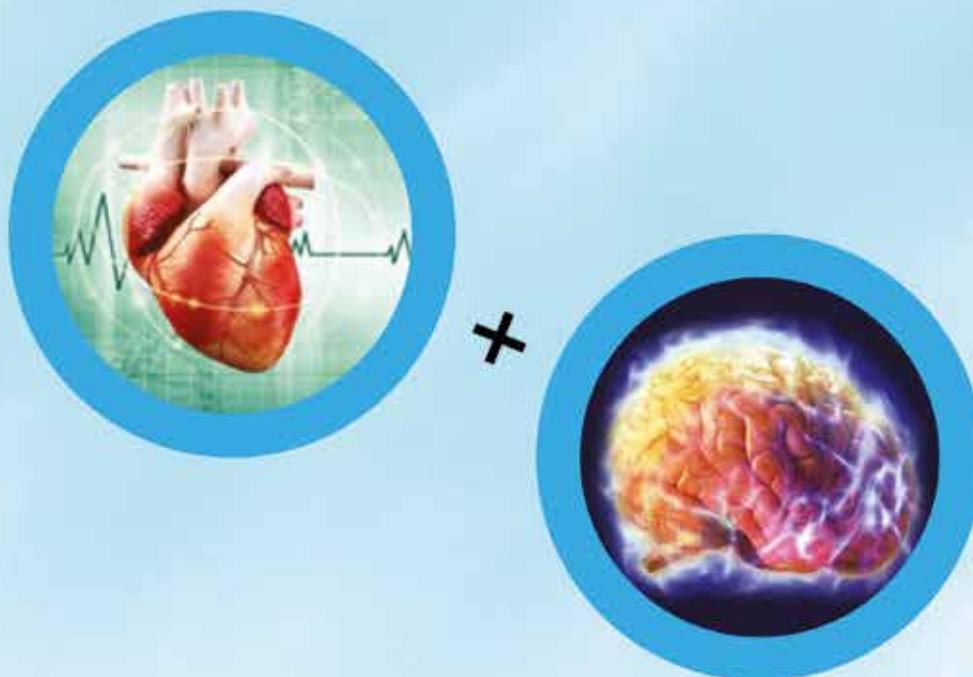


StaresaniFVG

MARTA CIANI – IRENE GIUROVICH

NutriAMOCI

CON



Prefazione dell'oncologo Massimiliano Berretta

Edizioni  Segno

Il primo manuale anti-malattie
Scritto dalla biologa nutrizionista **Marta Ciani**
e dalla giornalista **Irene Giurovich**
In collaborazione con l'oncologo **Massimiliano Berretta**
Restare in salute sarà la vostra **MISSIONE!**

Mangiare bene per sconfiggere il cancro!

**Intervista in esclusiva all'oncologa Maria Rosa Di Fazio che sta salvando centinaia di pazienti
Uno studio scientifico, boicottato in Italia, rivela il legame fra cibo industriale e cancro!**



“Mangi pure tutto ciò che vuole”, la frase che i malati di cancro, e non solo, si sentono ripetere troppo spesso, rappresenta un pericolo per la salute degli ammalati e di chi vuole mantenersi sano.

Dottoressa, perchè ancor oggi, nonostante moltissimi studi scientifici confermino la stretta correlazione fra tumori e alimentazione, molti medici si ostinano a ribadire il contrario?

“Bisognerebbe chiederlo a loro. Forse oggi mancano doti molto elementari, proprio quelle che caratterizzano i grandi medici di una volta. E cioè: il buonsenso; la capacità di osservare e visitare “toccando”, “palpando”, “auscultando”;

l’antica “Arte” di collegare i sintomi e di trarne conclusioni, paziente per paziente, arte cancellata dalla comoda gabbia/rifugio delle linee guida e dei protocolli; l’umiltà di ammettere di “ignorare” e la buona volontà di continuare a studiare.

Lo dico perché un medico non si può fermare al diploma di laurea attaccato alla parete, ma deve studiare sempre, fino a quando smetterà di fare questa professione”.

Almeno il 45 dei tumori dipende da cattiva alimentazione. La prevenzione primaria dipende anche da ciascuno di noi e tra i fattori che ne fanno parte rientra appunto

anche l'alimentazione. Può spiegare ai nostri lettori in che modo stare attenti a ciò che si mangia?

“Innanzitutto aggiungo che dalla cattiva alimentazione deriva anche un buon 90% delle troppo sottovalutate malattie autoimmuni, quasi sempre curate con farmaci costosissimi che curano però solo i sintomi, lasciando immutate le cause. Senza dimenticare gli effetti collaterali di alcuni farmaci, spesso abusati: su tutti il mio “odiato” cortisone, un immunosoppressore che io do solo in casi estremi, di pericolo di vita, e in dosaggi davvero minimi proprio in considerazione dei danni che provoca al sistema im-

munitario, e cioè al nostro vitale “impianto di allarme”. E dire che basterebbe spesso un regime alimentare corretto e *ad personam*, affiancato da integratori naturali biodisponibili al 100% (esistono!) e da probiotici mirati prima a “ripulire” e poi a ripopolare il microbiota nel modo equilibrato. Il mio riferimento alle malattie autoimmuni non è casuale. Perché oltre ad essere debilitanti e spesso dolorose, da oncologa le pongo come gravità sul gradino subito sotto quello dei tumori. E anche perché, se non curate in modo appropriato, sono spesso proprio l’anticamera di tanti tumori.

Così come lo sono tutte



quelle patologie che finiscono in "ite": dalla cistite alla pancreatite, dalla gastrite all'epatite e via elencando. Quella desinenza – "ite" – significa infatti infiammazione. E i tumori, per svilupparsi e per vivere, hanno bisogno di un ambiente infiammato. Questo lo vedo ahimè tutti i giorni, da 26 anni. Peccato che questa cosa non la dica quasi nessuno. Arrivo così, dritta dritta, alla domanda.

E rispondo dicendo che i danni provocati da un'alimentazione sbagliata sono fondamentalmente due, connessi tra loro: acidificazione del tessuto connettivo e sua conseguente infiammazione. Non mi riferisco

a un'infiammazione anche violenta, ma episodica, come per esempio un febbre, che anzi ci dice che il nostro sistema immunitario funziona e reagisce; parlo invece di quella di basso livello, ma cronica – la cosiddetta *Low Grade Inflammation* – che è la Madre di tutte le patologie, compresi i tumori".

Quali sono le regole d'oro per un corretto regime alimentare?

"La prima regola è che ci ammaliamo innanzitutto di monotonia alimentare, di ripetitività, mettendo a tavola tutti i giorni e spesso più volte al giorno i medesimi cibi. Peggio: lo facciamo soprattutto al pasto più importante

della giornata, la prima colazione. La seconda e conseguente regola è cambiare. Cambiare sempre, ogni giorno, in tutti e tre i pasti principali. Il perché è semplice: se una sola di quelle cose che ingeriamo ogni giorno ci reca anche un piccolo danno, il mangiarla ogni giorno trasformerà nel tempo quel piccolo danno in disastro. Il perché è semplice, lo capirebbe anche un bambino: il danno si accumula. Non faccio allarmismo, parlo da oncologa e da esperta in malattie autoimmuni che ogni giorno deve purtroppo vedere e "toccare con mano" le conseguenze di questa alimentazione scellerata".

Spesso, nei suoi libri, lei parla di veleni bianchi....

"Certo, i miei principali nemici sul fronte alimentare sono fondamentalmente tre, e tutti bianchi: il glutine, lo zucchero e il latte vaccino con tutti – e dico tutti! – i suoi derivati. Posso aggiungere di usare con moderazione anche il sale, ma questo è forse il solo nemico "alimentare" che quasi tutti conoscono come tale, pur se ha più a che fare con problematiche di tipo pressorio e circolatorio.

Oltre a zucchero e farine raffinate, finisce appunto nel suo mirino anche il latte vaccino, insieme a formaggi e yogurt: contribuiscono tutti a infiammare i tessuti?

"Certo, il latte vaccino è fattore infiammatorio numero uno. Tant'è che favorisce l'osteoporosi, anziché combatterla; e questa è scienza provata da studi internazionali incontrovertibili, quelli che guarda caso vi tengono

nascosti. Mentre l'altra versione – che rafforzi le ossa – è una clamorosa "panzana" del tutto priva di prove. Dico di più: è leggenda diffusa ad arte da chi ne aveva interesse, ovviamente economico. O se volete è arqueo-medicina. Dico alle mamme: in inverno vostro figlio è perennemente afflitto da bronchite, catarro, tosse che non vanno mai via? Beh, non fate la bestialità di distruggergli il microbiota con gli antibiotici. Toglietegli latte, yogurt, formaggi e budini, e nel giro di pochi giorni avrete chiuso la vera "fabbrica" del muco. Aggiungo, da oncologa, le altre insidie del latte: la caseina, il carico di ormoni animali incompatibili con i nostri, i fattori di crescita cellulare pericolosi in quanto spropositati (noi non siamo vitelli e alla nascita pesiamo al massimo un decimo di quegli animali); e infine, per non farci mancare nulla, antibiotici che assumiamo senza saperlo, sviluppando una resistenza a questi farmaci nel giorno in cui dovessimo averne bisogno. Dimenticavo il lattosio, ma l'ho lasciato in fondo perché è il minore dei problemi ed è anche la sola cosa eliminabile dall'industria del settore. L'intolleranza più o meno marcata a questo zucchero deriva dal fatto che verso i 5 o 6 anni di età tutti noi – e dico tutti! - perdiamo un enzima, la lattasi, necessario per digerire il latte".

Dottoressa, siamo un Paese in cui, oltre all'elevato consumo di latte e derivati, ma anche di dolci, cibi pronti, surgelati e prodotti industriali di vario genere, si registra un elevato consumo di carne. Nella

DALL'UTRICE DEL BEST SELLER
Mangiare bene per sconfiggere il male

MARIA ROSA DI FAZIO

SCONFIGGERE IL MALE
LE 100 DOMANDE E LE 100 RISPOSTE
PER PREVENIRE, CONOSCERE E COMBATTERE I TUMORI

SH
SALUTE
RIPENSARE
LA SALUTE

sua piramide alimentare Lei raccomanda in prevenzione, alle persone sane, un consumo di carne esclusivamente bio e pari a non oltre 80/100 grammi, 1 volta ogni 10 giorni, meglio se ogni 15. Da che cosa è determinata questa indicazione?

“Io parlo sempre da oncologa. Quindi, per me, soprattutto la carne rossa, proprio come il latte, contiene troppi ormoni e fattori di crescita cellulare, proprio quelli contro i quali un oncologo combatte ogni giorno. Il fatto è che i fattori di crescita non sanno distinguere quali cellule stanno facendo crescere, se cioè sono sane oppure malate. E dal momento che un quantitativo di cellule cancerogene le abbiamo tutti – lo dico perché pochi lo sanno - sta a noi tenerle a testa bassa in equilibrio virtuoso. In più, la carne ci acidifica moltissimo. Se poi la grigliamo sulla brace, rigandola di nero, ci mangiamo anche un bel po' di “sanissimi” idrocarburi, ovviamente cancerogeni! La carne bianca? Dipende da dove arriva, se cioè quel pollo era cresciuto libero e felice a terra, non in un lager. E dipende anche da quanti estrogeni gli avevano fatto mangiare per “gonfiarlo”. Quindi attenzione: ho visto tante bambine “tirate su” a pranzo e cena con carne bianca da supermarket e che verso gli 8/9 anni dovevano fare iniezioni per non mestruare. Purtroppo, da oncologa so già a quali problemi ben più gravi potranno andare incontro in età adulta. Aggiungo: ho visto anche atleti che dopo essersi cibati per anni allo stesso modo, su suggerimento dei loro

“informatissimi” preparatori sportivi, stavano sviluppando disturbi gravissimi: dalla ginecomastia (la crescita del seno) a vere e proprie forme tumorali.

Queste indicazioni valgono per chi è sano e intende rimanerle. E ai malati oncologici?

Beh, con loro devo essere categorica ed eliminare del tutto la carne. Salvo casi ben precisi e individuali, sempre *ad personam*, come per esempio quando il paziente sta anemizzando a causa della chemioterapia. In quel caso gli posso o gli devo concedere una piccola porzione di carne alla settimana: una porzione in grammi pari al suo peso in kg. La persona pesa 70 chili? La fettina sarà di 70 grammi”.

Mentre gli insaccati e le carni processate sono da eliminare del tutto, come prevede anche il Codice Europeo anticancro, giusto?

“Certo, fatta eccezione per uno strappo ogni tanto. Non negherò mai a nessuno due fette di cotechino a Capodanno o del buon Parma o San Daniele ogni tanto (ma intendo una volta al mese!). Il cotto no, nemmeno in fotografia! Il problema è che ormai in tante famiglie formaggi e salumi – sommando così danno al danno - sono diventati ricorrenti sostituti dei pasti per non dover cucinare, o per fare in fretta perché in tv c'è *Il Grande Fratello* (che fa altrettanto male, ma al cervello!). Mettiamoci bene in testa che quella di maiale, anche se non trattata, è la carne in assoluto più malsana; sia perché i suini non sudano, e quindi trattengono le tos-

sine, sia perché mangiano di tutto, e quando dico di tutto, intendo di tutto. Questo soprattutto negli allevamenti destinati alla produzione industriale. Quando poi la loro carne viene lavorata - e mi riferisco soprattutto agli insaccati - oltre a tantissimo sale vi vengono aggiunti conservanti come nitriti e nitrati, semplicemente micidiali per la salute”.

Lei è impegnata anche sul fronte di una battaglia contro il glutine che, non a caso, consiglia a tutti di eliminare o di ridurre al massimo. Non solo ai celiaci, che purtroppo per loro non devono certo sentirselo dire. Di che cosa è responsabile questa “bestia nera”?

“Citerò una frase del professor Alessio Fasano, luminare italiano che lavora da decenni a Boston, insegna ad Harvard ed è considerato la massima autorità mondiale in materia: *Il glutine è una strana proteina che, chi più chi meno, non siamo programmati a digerire*. Punto e a capo! Ma se un tempo lo si trovava in quantitativi modesti e naturali in pane e pasta, oggi per motivi commerciali (“volume”, resa estetica e soprattutto costi), viene potenziato e messo dovunque, perfino nel succitato prosciutto cotto! La continua diffusione della celiachia, ma soprattutto della *gluten sensitivity* (si calcola che ne soffrano 20 milioni di italiani, quasi tutti a loro insaputa) nasce proprio da questo abbuffarsi quotidiano e pluri-quotidiano di autentiche “bombe” di glutine. Una dopo l'altra: a iniziare dalla brioche del mattino, passando dal

panino farcito come “salutare” sostituto del pranzo, per poi chiudere a cena, in pizzeria, con Margherita, birra (e cioè mix di glutine, alcol e zuccheri) e fetta di torta millefoglie! Ometto ciò che ingeriamo nel mezzo, dalle fette biscottate ai crackers, dalle merendine agli snack delle “macchinette”. Davvero noi uomini moderni siamo autentici geni nell'inventarci “cose” (mi rifiuto di chiamarli alimenti) in grado di farci ammalare!

Il glutine – così come la caseina del latte vaccino - è una “colla” che ci mette fuori uso il Sistema immunitario. Ce lo “asfalta”, come dico io, andando a coprire i suoi sensori, proprio quelli che sarebbero deputati a riconoscere i nemici, comprese le cellule tumorali. Non solo, il glutine fa anche di peggio: producendo a sua volta un'altra proteina - la zonulina - che infiamma e allarga le “giunture strette” della mucosa intestinale, lasciando passare così nell'organismo tutto ciò che un intestino integro eliminerebbe invece per via naturale. Parlo di metalli pesanti, virus, batteri, funghi, muffe e residui di cibo indigerito che così, grazie alla “porta lasciata aperta” da glutine e zonulina, finiscono nel nostro torrente ematico, e cioè nel nostro sangue. I danni sono potenzialmente tanti e spesso terribili. Il Sistema immunitario non è infatti qualcosa di intangibile che ci aleggia intorno, ma si trova all'80% nel nostro intestino che, mettiamocelo bene in testa, non è il nostro secondo cervello, ma il primo! Io amo dire che è lui a portare in giro noi, non

il contrario. E se si ammala non è per nostra sfortuna, o per colpa di un destino cinico e baro, ma perchè noi lo abbiamo maltrattato con consumi continui e massicci di alimenti sbagliati. La conseguenza è che quando l'intestino si ammala lascia la strada aperta a qualsiasi malattia. Vorrei che lo capissero quelle madri scellerate che ogni giorno riempiono il carrello di bibite, biscotti, cornetti e di stramaledette merendine, addirittura in confezioni giganti”.

Nel suo ultimo libro *Sconfiggere il male. Le 100 domande e le 100 risposte* (Mind edizioni) Lei cita infatti un importante studio scientifico sui cibi processati, cioè quelli industriali e pronti, condotto in Francia fra il 2009 e il 2017 su un panel di 105 mila persone. Studio pubblicato nel 2018 sul *British Medical Journal*.

Quali sono i risultati?

“Inizio col denunciare una cosa gravissima: questo studio è stato ignorato da tutta la stampa e dai maggiori network tv italiani, pubblici e privati. Per questo l'ho inserito nel mio ultimo libro: per diffonderlo il più possibile, per far sapere. I cibi finiti sotto accusa sono i soliti, e cioè l'80% di quello che troviamo sugli scaffali dei supermarket. La maggior parte dei cibi industriali, insomma. Oltre a ribadire la già nota verità scientifica che questa roba è la “fabbrica” di gravissime patologie come ipercolesterolemia, ipertensione, diabete e obesità, lo studio francese la collega anche a un aumentato rischio di insorgenza dei tumori. Sì, dei tumori!

Per alcuni una sconvolgente novità, per la sottoscritta ovviamente no.

Gli alimenti nei quali è stato rintracciato un rischio maggiore sono principalmente questi: dolci, biscotti, pane industriale (quello in buste di cellophane, *in primis* il pancarrè), merendine per bambini, dessert vari, cereali per la prima colazione, bibite zuccherate, *energy drink* (pericolosissimi anche per il cuore, soprattutto dei giovanissimi!!!), cioccolato al latte, margarina, carni trasformate (polpette, medaglioni, prosciutto con additivi, salumi insaccati, eccetera), sughi pronti, paste e zuppe istantanee, sformati, pizze surgelate e altre pietanze simili, già pronte e soltanto da riscaldare al forno tradizionale o al microonde, così come quelle da far saltare in tegame o da rifriggere, per esempio fagottini ripieni, panzerotti, barrette di pesce impanate e via elencando. Insomma, tutte quelle “cose” che grazie al marketing e a spot martellanti sono riusciti a imporci come consumi quotidiani e irrinunciabili. Ed ecco i risultati, cito solo alcuni: il consumo regolare e quotidiano di questi cibi, dice lo studio scientifico, è associato a un più elevato rischio globale di sviluppare tumori che va da un +6% a un +18 per cento. Scendendo nel particolare, per le donne l'aumento di rischio di cancro al seno oscilla tra il +2% e il +22 per cento! Sull'intero periodo analizzato e sulla popolazione studiata, gli studiosi hanno registrato 2.228 casi di tumori (di cui 108 mortali) e 739 tumori mammari. Lo studio dice dell'altro:

chi, nell'arco della giornata, mangia un terzo di cibi “pronti”, ha il 23% di possibilità in più di sviluppare un cancro nei 5 anni successivi rispetto a chi ne mangia meno del 10 per cento.

Le donne che mangiano più del 33% di cibi pronti, aumentano del 38% il rischio di sviluppare un cancro al seno dopo la menopausa; percentuale che “scende” al 27% prima della menopausa.

Perchè in Italia questo studio scientifico è passato vergognosamente sotto silenzio?

“Faccio l'oncologa, non mi occupo di queste cose... Bisognerebbe girare la domanda ai direttori di testata. O forse la via più breve sarebbe chiederlo ai manager delle case editrici; e ovviamente anche agli altri, quelli alle cui porte “bussano” in

continuazione, e cioè i gestori dei plurimilionari budget pubblicitari dei colossi alimentari.

Qualcuno - ma è solo un cattivo pensiero suggeritomi da mio marito, giornalista di lungo corso - potrebbe aver “consigliato” che quell'imbarazzante studio scientifico fosse meglio cestinarlo.

Altrimenti... Insomma, una di quelle proposte che non si possono rifiutare”.

Irene Giurovich

Nel prossimo numero di Staresani non perdetevi la seconda parte di questa intervista concessa in esclusiva!

Scoprirete quali sono gli esami d'avanguardia sconosciuti in Italia per conoscere lo stato di salute attuale con un check up totale per tutti, non solo i malati oncologici, e per monitorare i pazienti affetti da tumore.

Profilo biografico

La dottoressa Maria Rosa Di Fazio è dal 2015 la responsabile del Servizio di Oncologia integrata del Centro medico internazionale SH Health Service di San Marino dove applica e porta avanti lo speciale metodo chemioterapico del professor Philippe Lagarde, luminare francese di fama mondiale: il suo metodo è capace di abbattere del 70 % gli effetti collaterali tipici dei protocolli standard.

La dottoressa Di Fazio è specializzata in Oncologia medica a Milano con pieni voti e lode, ed è anche specializzata in Ozonoterapia a Padova.

Ha lavorato per oltre vent'anni a Milano in diverse strutture ospedaliere e come medico strutturato nei reparti di Oncologia medica. Oggi vive e lavora tra San Marino e il capoluogo lombardo.

La sua filosofia: “Il Paziente è un essere umano e NON un numero”.

I libri pubblicati dall'oncologa di Fazio sono: *Mangiare bene per sconfiggere il male* (2016); *Le ricette di Mangiare bene per sconfiggere il male* (2017); *Sconfiggere il male, le 100 domande e le 100 risposte. Per prevenire, conoscere e combattere i tumori* (2018).

Medicina complementare e Medicina convenzionale per un obiettivo comune: Medicina Integrata

Si definisce CAM, ovvero la medicina complementare e alternativa (*complementary and alternative medicine*), l'insieme di quelle pratiche e dei prodotti medicali che non rientrano nello standard della medicina convenzionale. Per medicina complementare, secondo le categorizzazioni ufficiali, si intendono quei trattamenti che vengono impiegati assieme ai trattamenti medici ma non sono considerati trattamenti standard (ad esempio l'agopuntura); per medicina alternativa s'intende l'insieme dei trattamenti che vengono utilizzati al posto dei trattamenti medici standard (ad esempio diete speciali per trattare il cancro, il metodo di Hamer, etc); per medicina integrativa s'intende l'approccio totale alla medicina che mette insieme la medicina standard con quelle pratiche afferenti alla CAM che hanno dimostrato di essere sicure ed efficaci. L'oncologo Massimiliano Berretta, che lavora al Dipartimento di Oncologia medica dell'Istituto nazionale Tumori dell'I.R.C.C.S. del Cro di Aviano, ha preso parte ad un'ampia indagine

multicentrica italiana, pubblicata sulla rivista scientifica *Oncotarget* (vol. 8, n. 15), incentrata sull'impiego delle CAM nei pazienti affetti da tumore. Si tratta del primo studio prospettico multicentrico italiano che ha visto coinvolti cinque Centri: Cro, Pascale Napoli, RT Ferrara, San Camillo di Roma, Oncologia Siracusa. Sono stati 468 i pazienti arruolati su base volontaria.

Lo studio è stato condotto nei reparti di oncologia e radioterapia tramite somministrazione del questionario direttamente da parte del medico.

La prima fonte d'informazione di questi pazienti relativamente alle CAM è rappresentato dai media (47,7%). Le CAM sono state definite tali da quando è nata la medicina ufficiale. Quando parliamo delle CAM, entriamo in uno scenario che si amplia sempre di più. In passato determinate tipologie di CAM rappresentavano l'unica possibilità di cura (i prescrittori erano soprattutto medici e santoni).

In Cina ancora oggi fanno parte della Medicina Tradizionale Cinese (TCM).

Oggi lo scenario dei prescrittori è più ampio: biologi, dietisti, farmacisti, medici, nutrizionisti, naturopati e..., purtroppo, anche 'santoni'.

Affrontando le CAM, si entra in un mondo in continua evoluzione: erbe officinali (o ritenute tali), micoterapia, integratori, diete anticancro (antiossidanti, vegane, mima-digiuno, digiuno terapeutico); agopuntura, preghiera, ipnoterapia, terapia comportamentale, MDB, Metodo di Hamer, siero di Bonifacio, metodo Simoncini, e l'elenco potrebbe proseguire...

Quali sono le CAM più utilizzate?

Aloe, Eskozul (più noto come il veleno blu di Cuba), vischio, artemisia, fiori di Bach, Thè verde, erba di San Giovanni, vitamina C, digiuno terapeutico, Metodo Di Bella.

I principali fruitori delle CAM sono i pazienti giovani, con patologie croniche (80%), pazienti oncologici (40-60%) con un trend in costante crescita; pazienti colpiti da patologie con prognosi infausta.

Le motivazioni che conducono all'utilizzo delle CAM sono di varia natura.

Chi è affetto da patologie croniche decide di abbracciare le CAM spesso per i risultati terapeutici attesi, dalla medicina ufficiale, insoddisfacenti, per migliorare la qualità della vita, migliorare la prognosi, per contenere i potenziali effetti collaterali a medio e lungo termine correlati alla dipendenza dai farmaci classici. Chi è affetto dal cancro, considera il cancro come un male incurabile, pertanto è spinto a contrastare gli effetti tossici e collaterali della chemioterapia, vuole migliorare la propria prognosi e accrescere le probabilità di guarigione. Approfondendo il collegamento fra pazienti oncologici e CAM, dallo studio emerge che il 76% dei pazienti crede o spera di migliorare il proprio stato psico-fisico; il 41% crede che si rafforzi la capacità del proprio corpo a fronteggiare la malattia; tra il 3 e il 74% dei pazienti crede sia utile ad abbassare gli effetti collaterali provocati dai trattamenti chemioterapici e radioterapici. Il 63,8% dei pazienti utilizza le CAM per supportare il percorso di cura. Il 47,6% ha dichiarato di assumere

supplementi (47,6%), il 19,2% vitamine, il 25,8% preparazioni a base di erbe. Quanto alla prescrizione, ben il 67,7% dei fruitori si auto-prescrive i prodotti; l'86% non ha alcuna consapevolezza sui potenziali effetti collaterali e il 96,5% ritiene che le CAM non abbiano proprio effetti collaterali. Il 78,2% ritiene che la progressione della malattia sia dovuta alla patologia in sé; per il 78,6% la malattia risponde bene sia alla CAM sia alla medicina standard. Il 98,6 per cento paga di tasca proprio le CAM: il 63 per cento paga fra i 100 e i 300 euro al mese; il 34 % investe meno di 100 euro e il 3% oltre i 300.

Le caratteristiche dei fruitori di CAM in Oncologia

Nel 60-80% delle casistiche si tratta di donne, di giovane età (inferiore ai 50 anni), con un livello di istruzione medio-alta, prevalentemente occupate, in stadio avanzato di malattia, quindi con una prognosi infausta e con poche prospettive terapeutiche in senso guaritivo. Un'anamnesi psichiatrica positiva rappresenta un altro fattore predisponente all'utilizzo delle CAM. Dato da non sottovalutare è che l'87,3% dei pazienti raccomanderebbe ad altre persone il ricorso alle CAM, alimentando così il meccanismo dell'auto-prescrizione.

Chi usa le CAM difficilmente ne parla con il medico...

Spesso i pazienti non comunicano al proprio medico l'assunzione delle CAM (dichiarano il loro utilizzo solo se espressamente richiesto), questo dato comprova la poca comunicazione che

intercorre fra medico e paziente. Del resto, e questo è un elemento preoccupante, la maggior parte degli oncologici ha poche conoscenze sulle CAM: meno di un quarto degli oncologi affronta l'argomento con i propri pazienti, a rilevarlo è un importante studio australiano.

Questioni da affrontare

Serve una maggiore informazione sulle CAM da parte dei medici specialisti; bisogna migliorare la comunicazione medico/paziente, si deve valutare il reale impatto clinico delle CAM sull'outcome dei pazienti oncologici e/o cronici all'interno di studi clinici controllati; analizzare le possibili tossicità e/o interazioni con le cure standard (chemioterapia, immunoterapia, radioterapia etc.).

Al momento, conclude l'oncologo Berretta, impegnato a diffondere questo studio nei convegni scientifici, "disponiamo di poche informazioni validate scientificamente sulle CAM; probabilmente alcune CAM sono utili per contenere le tossicità dovute ai trattamenti oncologici (si pensi allo zenzero utile per alleviare la nausea, ai probiotici per contrastare la diarrea, alla spezia curcuma come antinfiammatorio naturale; alcune CAM, come la micoterapia, sono oggi oggetto di studio (si pensi all'impiego della micoterapia nella TCM: sembrerebbe migliorare l'outcome nei pazienti oncologici e in alcuni casi sembrerebbe comunque migliorare la qualità di vita) per verificare la reale efficacia). In sintesi, "alcune CAM potrebbero svolgere un ruolo terapeutico nella medicina

integrativa". Per ottenere questo risultato, però, si deve scardinare lo scetticismo sul ruolo delle terapie complementari, cercando di approfondire l'argomento in contesti lavorativi e istituzionali altamente qualificati. Spesso un atteggiamento di chiusura verso le CAM, non solo prescrittiva, ma anche conoscitiva, rappresenta un limite.

Per fortuna sono pochi i pazienti che abbandonano la medicina ufficiale per affidarsi alla medicina alternativa.

C'è chi intraprende un percorso autonomo di medicina integrata, continuando a seguire la strada ufficiale da una parte e dall'altra assumendo contemporaneamente aloe, thè verde, micoterapia, Eskozul, etc., queste e altre sostanze suggerite da medici, naturopati, biologi, nutrizionisti. Non c'è da stupirsi, visto che anche molti dei chemioterapici derivano dalle alghe, poi, naturalmente, vengono preparati dal punto di vista chimico. Il fatto che il prodotto è naturale non equivale affatto a dire che è privo di interazioni: si pensi, ad esempio, al thè verde che compete con alcuni farmaci per il metabolismo dello stesso farmaco, ovvero il thè verde riduce l'efficacia farmacologica, inibisce il meccanismo metabolico che rende attivo il farmaco chemioterapico.

Le criticità si verificano quando i pazienti non riferiscono di assumere queste sostanze. Troppe volte il paziente oncologico ha timore di non essere adeguatamente ascoltato dal proprio medico.

E, in effetti, come si evince anche dallo studio prospettico multicentrico, la mag-

gior parte degli oncologici ha prestato scarsa attenzione a questo fenomeno.

Non è corretto liquidare l'argomento dicendo ai pazienti che è meglio lasciar stare o che i trattamenti complementari non servono a nulla! Già negli Usa e in Europa esistono reparti di medicina complementare. In Italia esistono già alcune realtà, tra cui l'ospedale di Merano, dove si pratica la medicina complementare sotto la stretta valutazione di personale medico formato in questo ambito che sorveglia l'efficacia evitando il rischio di tossicità e/o di interazioni con i farmaci ufficiali.

Inoltre, questi trattamenti complementari che risultano di comprovata efficacia e sicuri dovrebbero essere a carico del Sistema sanitario nazionale (nel caso dell'ospedale di Merano i costi sono coperti dal sistema regionale trentino).

"Ci sono sostanze naturali utili nel percorso di cura - conclude l'oncologo Berretta -, ovviamente il fenomeno deve essere regolamentato, i medici devono effettuare aggiornamenti e i pazienti devono ricevere brochure con le informazioni chiare sull'utilizzo delle CAM, visto che molti studi compiuti sui trattamenti complementari dimostrano che essi sono utili per migliorare la qualità di vita, penso ad esempio al Ginseng americano che è dimostrato scientificamente essere un valido aiuto per contrastare la stanchezza correlata al cancro, ovviamente ogni prescrizione deve valutare le possibili interazioni con i farmaci e i trattamenti standard in corso".

Irene Giurovich

Troppe diete sbilanciate fanno male alla salute

Tra i risultati più difficili da ottenere quando ci si mette a dieta è il mantenimento del peso raggiunto dopo essere partiti da uno stato di obesità.



dottor Fabrizio D'Agostino

Al giorno d'oggi le teorie sulle strategie di perdita di calo ponderale, o per essere più precisi per la perdita di massa grassa, sono sempre in aggiornamento, con riscontri scientifici e pratici molto incoraggianti, ma non bisogna mai dimenticare le basi da cui iniziare a ragionare. C'è un detto, infatti, che narra

“Senza le basi, dimenticate le altezze”.

Iniziamo dunque questo articolo con un accenno sui numeri per poi passare al cuore del problema. L'obesità è una condizione caratterizzata da un eccessivo accumulo di grasso corporeo, in genere causato da un'alimentazione scorretta e da uno stile di vita sedentario. Secondo i dati forniti dall'Oms il numero di persone obese nel mondo è raddoppiato a partire dal 1980: nel 2014 oltre 1,9 miliardi di adulti erano in sovrappeso, tra cui oltre 600 milioni obesi. Obesità e sovrappeso, prima considerati problemi dei soli Paesi ricchi, sono in aumento anche nei Paesi a basso e medio reddito, specialmente negli insediamenti urbani, e sono ormai riconosciuti come veri e propri problemi di salute pubblica. Nel 2014, circa 41 milioni di bambini sotto i 5 anni di età erano in sovrappeso o obesi.

L'obesità è un fattore di rischio per una serie di condizioni e patologie croniche, come le malattie ischemiche del cuore, l'ictus, l'ipertensione arteriosa, il diabete tipo 2, le osteoartriti

e alcuni tipi di cancro (corpo dell'utero, colon e mammella). In Italia, secondo i dati più recenti elaborati dall'Osservatorio nazionale sulla salute più di un terzo della popolazione adulta (35,3%) è in sovrappeso, mentre una persona su dieci è obesa (9,8%); complessivamente, il 45,1% dei soggetti di età uguale o maggiore di 18 anni è in “eccesso ponderale” (sovrappeso più obesità). Le differenze sul territorio confermano un gap Nord-Sud in cui le Regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone maggiorenni obese (Molise 14,1%, Abruzzo 12,7% e Puglia 12,3%) e in sovrappeso (Basilicata 39,9%, Campania 39,3% e Sicilia 38,7%) rispetto a quelle settentrionali (obese: Bolzano 7,8% e Lombardia 8,7%; sovrappeso: Trento 27,1% e Valle d'Aosta 30,4%). La fascia di età in cui si registrano percentuali più alte di persone in eccesso di peso è, sia per gli uomini che per le donne, quella tra i 65-74 anni (uomini 52,6% e 16,0%, donne 40,3% e 14,8%, in sovrappeso e obesi rispettivamente). A rischio anche i bambini. Secondo l'ultima indagine condotta da Okkio alla salute il 21,3% del campione (oltre 48.400 genitori e 48.900 bambini di oltre 2.600 classi di tutto il territorio nazionale) è risultato in sovrappeso e il 9,3% obeso. Ancora un bambino su tre (30,6%) ha un peso superiore alle soglie raccomandate per

l'età di appartenenza. La quota di popolazione in condizione di eccesso ponderale cresce al crescere dell'età, passando dal 19% tra i 18 e i 24 anni a oltre il 60% tra i 55 e i 74 anni, per poi diminuire lievemente nelle età più anziane (55,9% tra le persone con più di 75 anni). Le condizioni di sovrappeso e obesità sono più diffuse tra gli uomini che tra le donne: il 45,2% degli uomini è in sovrappeso e l'11,3% è obeso rispetto al 27,7% e al 9,3% delle donne. Ora che abbiamo le idee chiare sull'entità del fenomeno, passiamo a valutare quale sia la strategia migliore per perdere peso e mantenere una condizione ottimale di salute per molto, molto, molto tempo. Partiamo da alcuni concetti semplici e basilari: se mangiamo troppo ingrassiamo e se mangiamo nelle giuste quantità, il peso rimane stabile o dimagriamo ed ancora, se abbiniamo al regime alimentare l'attività fisica, il calo ponderale sarà più efficace e duraturo. Ma quale deve essere la restrizione calorica ideale per ottenere un dimagrimento di qualità?

Si è stimata una sottrazione compresa tra le 500 e 1000 Kcal giornaliere dal consumo energetico, e questa strategia risulta più efficace e duratura nel tempo. Il mantenimento del peso corporeo non è solo correlato alla strategia dietetica ma soprattutto all'educazione che si riceve da parte del

nutrizionista e quanto questa nuova forma mentis affondi le radici nell'anima del paziente. E' stato dimostrato, purtroppo, che pochissimi soggetti sottoposti ad un percorso dietetico finalizzato alla perdita di peso, derivanti da uno stato di obesità, mantengono nel tempo i risultati, per cui abbracciare un “fitness lifestyle” è alla base del successo. In definitiva è meglio partire convinti, con un progetto a lungo termine, che provare a dimagrire, magari solo per limitare il disagio in spiaggia, anche perché questo approccio porta con sé ripercussioni disastrose. Una dieta restrittiva comporta un abbassamento del metabolismo, attuato dall'organismo per diminuire la spesa energetica, onde evitare il consumo di strutture vitali, che porta con sé gli strumenti per ingrassare più velocemente una volta interrotto il regime, per poi abbassarsi ulteriormente se si ricade nella stesso circolo vizioso. La ciclicità nella variazione della massa corporea comporta enormi rischi sul piano medico, aumentando il rischio di infarto. Ovviamente questo non deve scoraggiare dall'iniziare una nuova dieta là dove si abbia avuto un'interruzione dal momento che l'eccesso di grasso è sempre più rischioso della cicizzazione delle diete. E' quindi chiaro che il solo approccio dietetico risulta fallimentare, e indovinate un po' chi diventa l'attore principale che consente un dimagri-

mento di qualità protratto nel tempo? Esatto, l'attività fisica! La scienza evidenzia sempre di più che i soggetti fisicamente attivi hanno un controllo della massa corporea ottimale, soprattutto chi adotta un'attività di tipo aerobico. Ma ricordiamo che senza un'adeguata massa muscolare, l'ossidazione degli acidi grassi è ridotta, per cui un programma di allenamento serio dovrebbe prevedere anche esercizi con sovraccarichi. Vediamo dunque quale potrebbe essere il migliore approccio per somministrare al soggetto obeso l'attività fisica. Iniziamo col dire che esiste una relazione di dose-effetto tra il dispendio energetico totale dell'attività fisica e la riduzione della massa grassa. Nel soggetto obeso non c'è bisogno di incrementare l'intensità dell'esercizio per aumentare il consumo di grasso, bensì è possibile aumentare l'e-

nergia derivante dall'ossidazione lipidica mediante l'aumento del minutaggio dell'attività. Un noto studio, infatti, ha evidenziato l'importanza della durata in un programma di calo ponderale su tre gruppi di soggetti maschi che hanno svolto, per 20 settimane, attività aerobica sotto forma di corsa, rispettivamente per 15, 30 e 45 minuti. Rispetto ai sedentari di controllo, il gruppo dei 45 minuti ha ottenuto il massimo dell'effetto dimagrante, che fu attribuito al maggior consumo calorico.

Per un soggetto sovrappeso o obeso, ex sedentario, il programma di allenamento deve essere molto progressivo, in modo da proporgli piccoli obiettivi a breve termine.

Si inizia col camminare fino a raggiungere, dopo qualche giorno, una lieve corsetta (ovviamente dipende anche dal grado di obesità). Per ottenere risultati

apprezzabili, il tempo è di 12 - 15 settimane. L'esercizio deve essere fatto a cadenza regolare, almeno 3 volte a settimana. Se l'attività è svolta più di 3 volte, l'effetto sarà aumentato e anche questa volta il risultato è da attribuire al dispendio energetico. I consigli dei nutrizionisti e l'attuazione di un allenamento fisico costante, risultano essere

l'arma vincente per perseguire l'obiettivo di un corpo funzionale e sano con un peso corporeo costante nel tempo.

Al mondo tutti abbiamo diritto di migliorare e la scienza ci viene in supporto, indicandoci la via.

Noi dobbiamo solo cogliere il suggerimento e iniziare con il primo passo.

Profilo

Dr. Fabrizio D'Agostino

Biologo Nutrizionista e Dott. In Scienze Motorie
Master in Dietetica e Medicina dello sport - SUN
Presidente della S.I.F.A. (Società Italiana Fitness e Alimentazione)

Studi Nutrizionali:

Piazzale Carlo Maciachini, 11 - Milano
Stelle Hotel, Corso Meridionale 60/62 - Napoli
Tel. 3289027865

Sito aziendale: www.fitnessplay.net

Sito aziendale: www.sifaformazione.it

Sito personale: www.fabriziodagostino.it

STUDIO DENTISTICO

Dott. MAURO VALVASSORI

MEDICO CHIRURGO ODONTOIATRA

SANTA MARIA LA LONGA - Via Roma, 8 - Tel. **0432.995010**



UN CUORE IN... SALUTE!

*I consigli del dott. Duilio Tuniz, Cardiologo,
già Responsabile della Cardiologia Riabilitativa
dell'IMFR Gervasutta, Udine;
Poliambulatorio Città della Salute - Città Fiera*



dottor Duilio Tuniz

Dottore, si eseguono screening un po' per tutto! Ma non sempre per il nostro cuore. Quale tipo di screening consiglia per controllare la buona funzionalità del nostro cuore?

“Le malattie cardiovascolari rappresentano una delle principali cause di morte e morbosità nei Paesi industrializzati. I programmi di prevenzione prevedono sia strategie di interventi sulla popolazione generale (promozione di stili di vita salutari) sia sul singolo individuo.

Le strategie basate sull'individuo si fondano sulla diagnosi precoce e la conseguente modificazione delle condizioni di rischio. Ricordiamo che i principali fattori di rischio per le malattie cardiovascolari sono: familiarità per insorgenza precoce di malattie cardiovascolari, età avanzata, sesso maschile, livelli di colesterolo LDL alti e/o di HDL bassi, ipertensione arteriosa, tabagismo, diabete, obesità, vita sedentaria. Lo screening sarà quindi rivolto alla identificazione precoce delle persone in condizioni di rischio aumentato”.

Entrando nel dettaglio, quale lo screening da eseguire in età adolescenziale, quale in

età adulta e in terza età?

“In età adolescenziale particolare attenzione sarà rivolta verso le possibili cause genetiche/familiari di malattie cardiovascolari, per esempio la ricerca di forme familiari di ipercolesterolemia o di alcune aritmie su base genetica.

Non va comunque trascurata l'individuazione di stili di vita a rischio presenti già in questa fascia di età: abitudine al fumo, alimentazione scorretta, ridotta attività fisica, sovrappeso/obesità, consumo di alcolici.

In età adulta, oltre a questi fattori che influenzano lo stile di vita, è ragionevole valutare periodicamente: pressione arteriosa, glicemia, colesterolemia totale, HDL, LDL e trigliceridemia.

E' chiaro che in età adulta e terza età va anche considerata l'individuazione di sintomi/segni iniziali di malattia, sia clinicamente sia con l'ausilio di indagini strumentali quali l'ECG, l'Ecocardiogramma, l'ECO Doppler dei vasi arteriosi, il test da sforzo, ecc”.

Spesso capita che i pazienti non sappiano nemmeno di avere qualche disfunzione al cuore provocata da un'errata e dannosa alimentazione.



Come intercettare questa vasta fetta di popolazione che ignora le ripercussioni sul cuore causate da un'alimentazione ricca di proteine animali e grassi?

“Questo è un problema fondamentale nel cui determinismo concorrono fattori familiari, culturali, economici nonché l'influenza dei mass-media.

Il filosofo tedesco Feuerbach scriveva circa 150 anni fa che *“l'uomo è ciò che mangia”*; l'obiettivo era polemizzare contro il dualismo di anima e corpo, sostenendo l'unità psicofisica dell'individuo, ma l'assioma è ancora valido per sottolineare i vantaggi di una corretta alimentazione e i rischi per la salute se questa

è scorretta per quantità e/o qualità.

Per quanto riguarda la prevenzione delle malattie cardiovascolari su base aterosclerotica i “nemici” da combattere a tavola sono, in sintesi:

- l'eccesso di grassi saturi di origine prevalentemente animale e di colesterolo nella dieta; una particolare attenzione anche alla negativa presenza di acidi grassi idrogenati!
- l'eccesso di sale (sodio);
- la presenza purtroppo ubiquitaria di zuccheri semplici aggiunti;
- l'eccesso di calorie
- la carenza di assunzione di adeguate porzioni di frutta e verdura (almeno 6 al

giorno)".

Qual è l'alimentazione di elezione per mantenere il cuore sano?

"Certamente un modello nutrizionale che rispetti i punti di cui sopra.

La nostra cultura alimentare è tradizionalmente rivolta verso la cosiddetta **dieta mediterranea**; questa, più che una dieta vera e propria, è un programma alimentare ispirato ai modelli diffusi in alcuni paesi del bacino mediterraneo che sono stati studiati negli anni '50 del secolo scorso, proprio in funzione del loro effetto benefico sulla insorgenza di malattie cardiovascolari rispetto ai modelli nordici. E' stata riconosciuta dall'UNESCO come bene protetto e inserito nella lista dei patrimoni orali e immateriali dell'umanità nel 2010.

La dieta mediterranea privilegia il consumo di cereali (possibilmente

integrali), frutta, verdura, olio di oliva (ricco di acidi grassi monoinsaturi), rispetto ad un più raro uso di carni rosse e grassi animali (grassi saturi), mentre presenta un consumo più frequente di pesce, carne bianca (pollame), legumi, uova, latticini, vino rosso.

Questo regime alimentare era condizionato dalla disponibilità locale degli elementi nutrizionali. Con l'attuale disponibilità pressoché illimitata di cibi, grazie al mercato globale ed alla mediazione dei supermercati, questa condizione predisponente è venuta a mancare, ma resta valido il modello alimentare, suffragato da una messe di dati scientifici a suo favore.

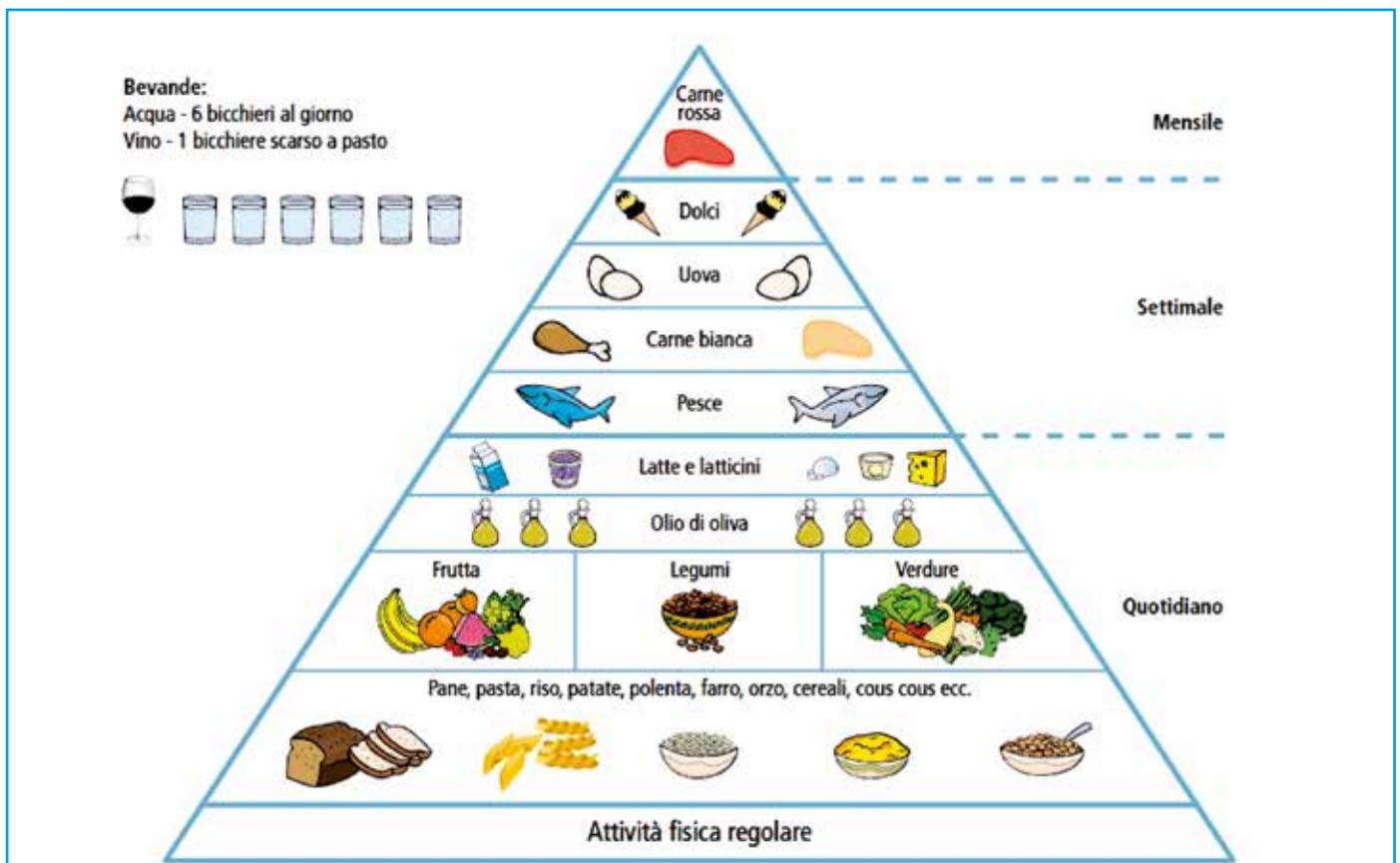
È importante ricordare che nella dieta mediterranea non c'è mai stata la presenza di margarina e grassi idrogenati, bibite zuccherate, creme spalmabili ricche di zuccheri e grassi, merendine e dolci preconfezionati".

Non basta però la corretta alimentazione..., serve anche l'attività fisica, sempre meno praticata (non a caso siamo fra i Paesi più sedentari in Europa, come pure abbiamo purtroppo il record dei bambini più sovrappeso e obesi d'Europa). Come incentivare i cittadini a seguire una vita attiva?

"Purtroppo è vero. Secondo i dati dell'Oms l'inattività fisica rappresenta infatti il quarto fattore di rischio di mortalità globale (sia per malattie cardiovascolari sia per alcuni tipi di neoplasie). Gli italiani sono tra i più sedentari, con il 60% che dichiara di non fare mai sport o attività fisica, contro una media europea del 42%. A destare l'allarme è soprattutto la mancanza di attività da parte dei giovani. Solo il 34% degli adolescenti europei di età compresa tra 13 e 15 anni è fisicamente attivo ai livelli consigliati dalle linee guida.

Ciò contribuisce all'aumento dei bambini sovrappeso ed obesi in Europa. Alla luce di queste evidenze quanta attività fisica occorre praticare? Almeno 150 minuti a settimana di attività fisica per gli adulti e 60 minuti al giorno per bambini e giovani. Sono due delle raccomandazioni emanate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità con le nuove Linee guida per l'attività fisica.

Per gli adulti/anziani, in rapporto all'età, al sesso, alle eventuali patologie/o limitazioni associate, nonché alle preferenze individuali, l'attività fisica va prescritta come si prescrive un farmaco, ovvero tenendo conto delle indicazioni/controindicazioni, della dose (intensità), della frequenza, della durata, del monitoraggio degli effetti ottenuti. Un importante fattore per il successo della prescrizione è il gradimento



individuale, il divertimento, la socializzazione!”.

Energy drinks e cuore: moltissimi giovani fanno uso di bevande energizzanti... Quali possono essere i rischi per il cuore?

“Considerando che una lattina di bevanda energetica contiene in media 80 milligrammi di caffeina con punte però anche di 120 milligrammi (teniamo conto che un caffè espresso ne contiene in media 30-50 mg) gli effetti potrebbero essere pericolosi. Spesso queste lattine celano tanta altra caffeina “mascherata”, sotto forma di altre sostanze assimilabili, come la guaranina (che proviene dal guaranà brasiliano), o come altri stimolatori quali il ginseng e la taurina. La sensibilità a queste sostanze è molto individuale ma le statistiche americane riportano migliaia di casi di ospedalizzazioni di giovani che dopo aver bevuto queste bibite si ritrovano alle prese con aritmie, palpitazioni e sudorazione, ansia, problemi gastrointestinali e disturbi neurologici. Va anche considerato che queste bevande sempre più spesso vengono associate ad alcool o a droghe in discoteche e altri luoghi di ritrovo. Interazioni che spesso possono essere ancora più dannose”.

Fra i valori da monitorare per la salute del cuore c'è il colesterolo totale. Nella ricerca The China Study, del dr. Colin Campbell in collaborazione con il dr. Esselstyn, si parla di un valore sicuro inferiore ai 150 mg/dl: con questo valore gli infarti non avvengono. Il 35 per cento degli infarti – questa la conclusione della lunga indagine riportata nel libro sopra citato – colpisce soggetti con livelli

di colesterolo compresi fra i 150 e 200 mg/dl.

Eppure, moltissimi superano il valore considerato ‘sicuro’... Che ne pensa?

“Il colesterolo, soprattutto la sua frazione LDL, ovvero “colesterolo cattivo”, ha un ruolo determinante nella formazione delle placche a livello della parete delle arterie (la “placca aterosclerotica”). Il suo deposito a questo livello è condizionato dalla presenza di altri fattori concomitanti e facilitanti. C'è un concetto che, recependo i risultati di vari studi che ponevano in rapporto il livello di colesterolo LDL con il rischio di insorgenza di infarti e di mortalità cardiovascolare, sintetizzava la posizione scientifica sull'argomento: “lower is better” cioè “più basso è meglio”. Il livello del rischio cardiovascolare totale dell'individuo (ovvero la presenza o no di pregressi eventi cardiaci o ictus, la coesistenza di numerosi fattori di rischio, ecc) è fondamentale per l'individuazione del valore di colesterolo LDL da raggiungere con gli interventi terapeutici (per esempio un paziente con pregresso infarto o intervento di rivascolarizzazione coronarica, secondo le Linee Guida internazionali, deve raggiungere valori di colesterolo LDL inferiori a 70 mg/dl!).

Sta al medico individuare il valore auspicabile in base al profilo di rischio del paziente e predisporre il trattamento più adeguato.

L'esperienza clinica evidenzia inoltre che, per molte persone, raggiungere valori di colesterolemia molto bassi significa aggiungere ad una rigorosa dieta l'azione di farmaci ipocolesterolemizzanti quali le statine”.

Dal libro sopra citato si apprende che “la più decisa inversione di tendenza nelle cardiopatie mai registrata si è avuta quando i grassi corrispondevano a circa il 10% dell'apporto calorico totale”: conferma?

“Non tutti i grassi sono uguali. Il modello alimentare della dieta mediterranea prevede un introito massimo giornaliero di grassi intorno al 30% delle calorie totali, suddiviso in 10% di grassi saturi, 10% di grassi polinsaturi e 10% di grassi monoinsaturi (olio di oliva). Se la percentuale di grassi saturi scendesse ancora il beneficio aumenterebbe”.

Secondo i cardiologi coinvolti nelle ricerche citate da The China Study, una dieta basata su cibi naturali di origine vegetale ha consentito di ottenere la più significativa inversione di tendenza nelle cardiopatie di tutta la storia medica. Perché, allora, non promuovere in maniera massiccia la carta della prevenzione alimentare?

“Leggo dalla prefazione del libro *The China Study: se siete come la maggior parte degli americani del giorno d'oggi, siete circondati da catene di ristoranti fast food. Siete tempestati dalla pubblicità di cibo spazzatura e vedete altri annunci pubblicitari di programmi per perdere peso che vi dicono che potete dimagrire mangiando qualsiasi cosa vogliate e senza fare esercizio fisico*. Sono perfettamente d'accordo che questo modello alimentare vada combattuto e lo spirito del libro è questo. Per alcuni regimi alimentari è necessaria una vera e propria rivoluzione alimentare e soprattutto culturale, con pesanti risvolti economici. Per la nostra cultura il passaggio è meno traumatico ma sono necessarie modifiche

che passano attraverso la divulgazione scientifica, la modifica dei modelli culturali dominanti (pensate alla attuale realtà friulana: se dovessimo negare i salumi ed il formaggio nonché limitare il vino!), la limitazioni degli eccessi, la proposta di alternative gradevoli e più salutari.

E qui c'è lavoro per tutti!”.

10) Le risulta che chi osserva una dieta vegetariana sana, con le integrazioni delle proteine nobili (ovvero i legumi), ha un cuore più sano in quanto meno sottoposto agli effetti collaterali delle proteine animali e dei grassi saturi?

“La scelta di una dieta vegetariana ha motivazioni di ordine personale e salutistico, etico ed ambientale che rispetto.

Dai dati scientifici in nostro possesso comunque emerge che non è indispensabile eliminare la carne per nutrirsi in modo sano, ma sicuramente privilegiare la scelta della componente vegetariana apporta dei vantaggi.

Il segreto, alla fine, sta nell'equilibrio e nella quantità: per diminuire attraverso l'alimentazione l'incidenza delle malattie cardiovascolari e dei tumori non è necessario eliminare del tutto i cibi di origine animale (come latte e uova, carne bianca ma anche carne rossa seppur con assunzione sporadica); è certamente utile, però, aumentare l'apporto di frutta, verdura e legumi.

Per alcune forme di dieta vegetariana radicale c'è la necessità di ricorrere all'uso di integratori (per es. per supplire alla mancata assunzione di vitamine e ferro), che non sono efficaci come le sostanze naturali assunte attraverso i cibi”.

ANEMIA, che cos'è e come prevenirla

Con questo termine si definisce la diminuzione della quantità totale della emoglobina rispetto ai normali livelli fisiologici per l'età.

Si preferisce riferirsi alla emoglobina piuttosto che al numero di globuli rossi in quanto esistono anemie microcitiche – volume più piccolo dei globuli – che sono normali come numero o aumentati.

L'esame emocromocitometrico è un test per valutare la parte corpuscolata del sangue e il suo rapporto con la parte liquida: esso ci informa sulla quantità degli eritrociti e sulla loro dimensione, forma e contenuto di emoglobina, sulla quantità totale e sui vari tipi di globuli bianchi o leucociti, sulla quantità delle piastrine, sull'ematocrito, ovvero il rapporto tra la massa di tutte queste cellule e il volume della parte liquida.

I disturbi generali e comuni a tutti i tipi di anemie sono: cefalea, facile affaticamento, tachicardia, dispnea da sforzo, facile irritabilità, pallore; lesioni della cute e annessi cutanei (cute secca

e anelastica, capelli sottili, fragili, radi, unghie fragili, opache, rigate, appiattite o addirittura concave); lesioni alle mucose del cavo orale con labbra fissurate da ragadi agli angoli della bocca, mucosa orale arrossata, lingua liscia, levigata e pallida (sindrome di Plummer Vinson).

C'è una forma di anemia più frequente nella donna: è l'anemia sideropenica (da carenza di ferro), essa ha ancora una prevalenza elevata, soprattutto nei paesi in via di sviluppo è vero, ma anche in coloro che seguono un regime alimentare unicamente vegetariano. Le donne sono dieci volte più soggette degli uomini a sviluppare uno stato anemico, e questo da sempre, proprio a causa della loro diversità biologica. In età fertile, dai 15 ai 50 anni, la donna ha una costante perdita di ferro, attraverso il sangue, dovuta al ciclo mensile; anche se l'emorragia può avere un flusso più o meno intenso secondo i soggetti, e una frequenza diversa,

l'organismo deve comunque ricostruire le sue scorte di ferro ogni mese.

Attenzione però: la mestruazione è un evento fisiologico, cioè normale per il nostro organismo e di per sé non induce una sindrome anemica, semplicemente aumenta il fabbisogno di ferro nelle donne rispetto agli uomini. Sono invece più insidiose le piccole emorragie, nascoste ma continue, che possono essere dovute anche alla presenza di emorroidi interne, spesso causate, nelle donne, da stipsi prolungata.

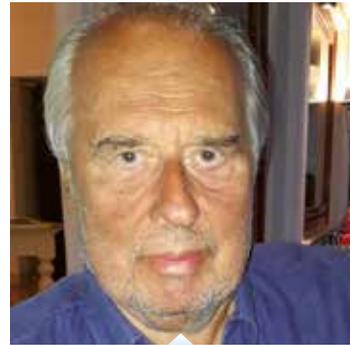
Altri eventi, esclusivamente femminili, come la gravidanza, il parto e l'allattamento causano un gran dispendio di ferro e, quindi, richiedono un apporto maggiore di cibi ricchi di questo minerale o un'integrazione farmacologica.

Tutte queste condizioni pongono la donna in una situazione a rischio di sviluppare uno stato anemico, rischio che può, e deve, essere prevenuto con una diagnosi precoce. Il controllo periodico dei valori di emoglobina, con un normale esame del sangue, costituisce un buon mezzo per identificare eventuali carenze in stadio iniziale.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la carenza minerale più diffusa è quella del ferro.

Donne e bambini sono i soggetti più suscettibili, seppure non i soli ad esserne interessati.

Il fabbisogno giornaliero di ferro è di 2 mg/die per la



dott. Roberto Colle

donna in età fertile e 1 mg/die per gli uomini e le donne in menopausa.

Questo valore aumenta nelle donne in gravidanza, nella donna che allatta e nei bambini.

Recenti fonti indicano che il 91% delle donne tra i 16 e i 64 anni di età non assume il fabbisogno quotidiano raccomandato di ferro nella propria dieta. Un terzo di tutte le donne e due donne su cinque sotto i 34 anni, assumono quantità così limitate di ferro da subire conseguenze per la salute.

La carenza di ferro, se trascurata, può evolvere in un'anemia. Un 6% di donne soffre di anemia clinica conclamata e, di conseguenza, è soggetto a stanchezza cronica e disturbi della concentrazione.

Un milione e 700 mila donne italiane soffrono di anemia da carenza di ferro. Due sono le principali cause alla base del disturbo: un'alimentazione inadeguata e/o un ciclo mestruale eccessivamente abbondante.

I contraccettivi orali, cioè le classiche pillole a base di estro-progestinici, risultano doppiamente vantaggiosi nelle anemie sideropeniche (carenza di ferro).

La pillola, infatti, oltre ad avere un effetto anticoncezionale riduce l'entità del flusso mestruale, quindi aiuta a disperdere meno ferro.



Grazie a questo effetto secondario gli anticoncezionali orali sono anche utilizzati a scopo terapeutico nella menorragia (mestruazione eccessivamente abbondante o prolungata), per evitare o ritardare l'intervento di isterectomia (asportazione dell'utero) nelle donne giovani.

Non bisogna dimenticare, però, che in presenza di fattori di rischio cardiovascolare (fumo, ipertensione, diabete, obesità, elevati livelli ematici di colesterolo o trigliceridi) la terapia estro-progestinica è controindicata.

Sempre in tema di anticoncezionali, per chi soffre di anemia, andrebbero sicuramente evitati i dispositivi intrauterini (la spirale) che possono causare piccole emorragie anche durante il ciclo mestruale.

Bisogna distinguere due tipi di ferro: quello organico (ferro-eme), si trova nelle carni rosse e, in minor quantità, nel pesce, nelle carni bianche e nelle uova, ed è quello che il nostro corpo riesce ad assorbire meglio dagli alimenti.

Ma in natura è molto diffuso anche il ferro inorganico (ferro non-eme), nei cereali e nei vegetali, che viene assorbito in minor quantità e deve poi essere trasformato nella forma organica.

Un ottimo trucco per catturare meglio il minerale contenuto nelle verdure è quello di associarle, nello stesso pasto, a cibi ricchi di vitamina C; ad esempio si può usare succo di limone per condire, o bere succo d'arancio a tavola.

La vitamina C, infatti, incrementa del 50% l'assorbimento del ferro non-eme, e stessa azione ha il ferro eme contenuto nei cibi di origine animale.

Tè, caffè e alcuni tipi di

fibre (i fitati-CHELANTI), invece, possono inibire l'assorbimento del ferro come associare patate e carne.

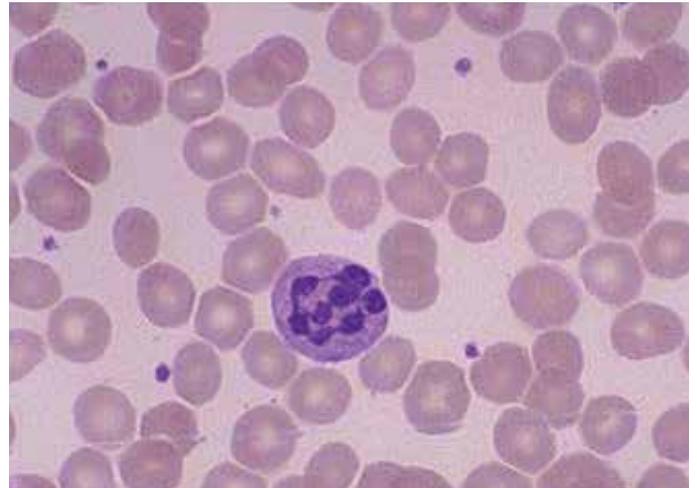
Durante la gravidanza, un eventuale stato anemico è particolarmente pericoloso, perché responsabile di parto pre-termine e nascita di bambini sotto peso.

La Anemia da malattia cronica è una forma di anemia che si riscontra in malattie croniche, per esempio in casi di infezione cronica, artriti autoimmuni e tumori, ed è una delle sindromi più comuni.

La malattia celiaca, conosciuta anche come sprue celiaca o enteropatia da glutine, è una malattia dell'intestino tenue a patogenesi immuno-mediata, caratterizzata da una intolleranza permanente alle frazioni proteiche del grano, segale, orzo e, forse, dell'avena che, in soggetti geneticamente predisposti, causa un danno mucoso che, progredendo attraverso vari stadi di gravità, conduce alla atrofia della mucosa del piccolo intestino.

Tale danno mucoso è responsabile dell'ampio spettro di manifestazioni cliniche della malattia che comprende: forme con severa sindrome da malassorbimento (diarrea, steatorrea, calo ponderale, deficit nutrizionali), forme oligosintomatiche (disturbi dell'alvo, meteorismo, dispepsia) o monosintomatiche (anemia sideropenica), forme con sintomi minori o apparentemente non legati a malassorbimento (osteoporosi, alopecia, infertilità, amenorrea, malattie autoimmuni) fino a forme pressoché asintomatiche (svelate in corso di "screening").

L'anemia spesso dimorfica



è il segno di più comune riscontro, interessando quasi la metà dei pazienti con malattia celiaca.

L'anemia sideropenica è tipicamente resistente alla terapia marziale sostitutiva per via orale. E' causata principalmente dal malassorbimento o la perdita di ferro ed è di tipo ipocromico-microcitico, non raramente si presenta normocitica (ma dimorfica nello striscio periferico) per il contemporaneo malassorbimento di folati. Più raro è il deficit di vitamina B12, dato che questa viene assorbita selettivamente dall'ileo, colpito nelle fasi molto tardive di malattia celiaca non trattata.

L'anemia da malattia cronica è un'anemia normocitica o talvolta microcitica.

In quest'ultimo caso deve essere posta in diagnosi differenziale con l'anemia sideropenica.

Altra caratteristica che hanno in comune è la riduzione della concentrazione di ferro sierico. Mentre nell'anemia sideropenica è dovuta ad un'effettiva carenza di ferro nell'organismo, nell'anemia da malattia cronica è dovuta soprattutto ad un sequestro del ferro nel sistema reticoloendoteliale. Pertanto la ferritina risulterà ridotta nell'anemia sideropenica

ma normale o aumentata nell'anemia da malattia cronica. L'aumento della ferritina infatti potrebbe essere dovuto allo stato flogistico che va ad aumentare questa proteina i cui livelli sono influenzati dalla fase acuta della flogosi. Altro dato di laboratorio che differenzia le patologie è il livello di transferrina.

Essa risulta aumentata nell'anemia sideropenica (ciò indica che l'organismo necessita di ferro) e normale nell'anemia da malattia cronica.

In entrambe le anemie quindi, a causa del ridotto livello sierico di ferro, la transferrina satura è ridotta rispetto al naturale ma questa riduzione sarà più evidente nell'anemia sideropenica in quanto dovuta sia ad un aumento della transferrina sia ad una diminuzione della ferremia a differenza dell'anemia da malattia cronica dove è dovuta solamente alla diminuzione della ferremia.

ESAMI UTILI PER LA DIAGNOSI

Reticolocitemia: per valutare la presenza di reticolociti in circolo (globuli rossi giovani), espressione di fatti emolitici e di rigenerazione dei globuli rossi dopo un fatto

emorragico se l'organismo è in grado di ripristinare la massa circolante degli eritrociti; di norma i reticolociti sono il 2%, ma possono accrescersi se vi è emolisi.

VES: (velocità di eritrosedimentazione, espressione della velocità con la quale le emazie sedimentano). aumenta nelle anemie, nelle infezioni, nelle leucosi acute, nelle epatopatie per ipoalbuminemia, nei tumori, durante la febbre; cala nelle poliglobulie Bilirubina indiretta: espressione se aumentata di emolisi in quanto è prodotta dal catabolismo della bilirubina.

Sideremia: espressione del ferro sierico che di norma è di 65-185 microgrammi%. Cala per insufficiente apporto con la dieta, disturbo dell'assorbimento,

splenectomia, malattie infettive, epatopatie, emorragie acute e croniche; aumenta nella emocromatosi, anemia pernicioso, cirrosi epatica, sindromi emolitiche congenite.

Transferrina: è un parametro che indica l'avidità con cui la transferrina capta il ferro e aumenta nelle anemie sideropeniche; rappresenta la quota di ferro nel plasma.

Ferritinemia: rappresenta le forme di deposito del ferro.

Anemia sideropenia-microcitica: globuli rossi più piccoli: si tratta di un'anemia ipocromica microcitica

1. *Scarse riserve neonatali* (prematurità, gemellarità, perdite di sangue nel periodo perinatale)

2. *Difettoso apporto alimentare*

3. *Ridotto assorbimento* (diarrea cronica, anomalie gastrointestinali)

4. *Perdite ematiche* (più frequentemente dal tratto intestinale: APLV, malformazioni, elmintiasi) Somministrazione di ferro per os (via orale) o nei casi di malassorbimento o di intolleranza Endovenosa.

Anemie macrocitica - globuli rossi più grandi: gruppo di malattie da disturbi del metabolismo della vitamina B12 e/o dell'acido folico,

Cause di carenza di vit. B12:

- mancanza di fattore intrinseco-enzima gastrico (anemia pernicioso)
- alterato assorbimento
- aumentato fabbisogno

Cause di carenza di ac. folico

- ridotto apporto
- ridotto assorbimento
- aumentato fabbisogno

- anomalie congenite del metabolismo dei folati
- interferenze farmacologiche (antagonisti dell'ac. folico: metotrexate, anticonvulsivanti, pirimetamina)

Anemia da carenza di vitamina B12 e terapia:

- somministrazione di vit B12 per intramuscolo alla dose minima di 100 µg/die per 10-15 gg, poi a gg alterni e poi settimanalmente fino a raggiungere la dose di totale di 3 mg sufficiente a correggere la crisi ematica.
- nei casi di anemia pernicioso la terapia deve essere continuata indefinitivamente.

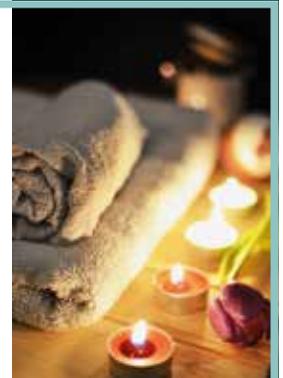
Anemia da carenza di acido folico

- somministrazione per os di acido folico alla dose di 0,5-1 mg/die



CENTRO TRATTAMENTI E MASSAGGI

CASATHAI



TRATTAMENTI TRADIZIONALI THAIANDES

Benefici per dolori muscolari, cervicali, dorsali e lombari
Massaggi rilassanti, energizzanti e con olio contro l'invecchiamento

Stretching

Riflessologia plantare



Per informazioni
non esitate a chiamarci!

via Cussignacco 9 • Udine

324 86.11.11.4

casathaiudine@gmail.com

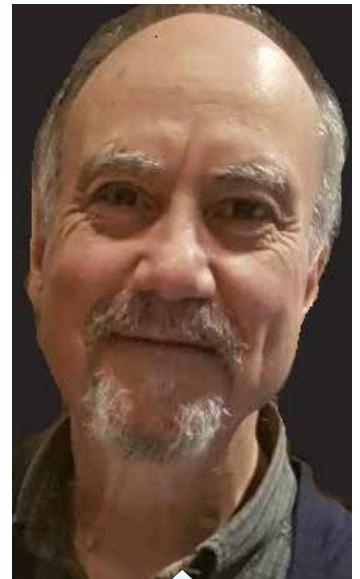
facebook.com/casathaiudine

La nostra sede a Udine



Affrontare il lutto con la IADC Therapy

La morte di una persona cara è un evento che ci mette inesorabilmente tutti alla prova; chi prima, chi dopo. Il lutto è quell'insieme di processi mentali, cognitivi ed emotivi, coscienti e inconsci, attraverso i quali chi resta si confronta sia con la propria perdita della figura amata, sia con la perdita che quest'ultima ha subito della sua vita e di tutto ciò che essa contemplava, nel presente e nel futuro. Questi due tipi di perdita possono manifestare agli occhi del superstite diversi livelli di gravità.



Dr. Claudio Lalla

Quanto più essi sono elevati, tanto maggiormente il percorso del lutto si rivelerà arduo e impegnativo. Comunque esso si svolge attraverso varie tappe, che non vanno considerate come nettamente distinte fra loro, in quanto l'una sfuma progressivamente nell'altra.

Inoltre la rilevanza e la durata assunta da ciascuna di esse possono variare da caso a caso. Rimane tuttavia l'importanza della loro distinta concettua-

lizzazione al fine di poter disporre di un'utile *mappa processuale*. Nel delineare la successione delle fasi attraverso cui si svolge il lutto ci rifaremo alla sintesi compiuta dallo psicoanalista inglese John Bowlby (1980).

All'inizio ci si trova confusi, incapaci di rendersi conto di quel che è effettivamente accaduto.

E' la *fase dello stordimento*.

La convinzione tacita e profonda che l'altro è vivo

coesiste con quella verbalizzata e cosciente che è morto.

Ma mentre quest'ultima sta appena iniziando a svilupparsi, l'altra è radicata nell'esperienza fin lì vissuta e nella correlata rappresentazione del mondo.

Il significato di "vivo" e di "morto" si riferisce qui, in ambedue i casi, alla stessa sfera, quella corporea e terrena.

Non sarebbe contraddittorio pensare l'altro come morto in senso biologico

ma vivo in quello spirituale.

Si può essere o no d'accordo sull'immortalità dell'anima, ma non è riscontrabile nessuna contraddizione logica nel ritenere che dopo l'esistenza mondana possa iniziare una oltremondana.

Ciò che invece tende ad accadere nella prima fase del lutto è la coesistenza di due significati opposti e inconciliabili: l'altro è *contemporaneamente* vivo e morto in senso mondano.

E' un'assurdità logica, ma una realtà psico/logica.

Il discorso ci porterebbe lontano, ma questo è quanto accade.

Va precisato che in questa prima fase del lutto il proprio caro viene ancora prevalentemente raffigurato come vivo e solo in parte come morto.

Lo rivela soprattutto il fatto che l'emozione della tristezza può essere paradossalmente tenue nei giorni immediatamente seguenti la morte della persona cara.

Dopo quella anzidetta si affaccia la *fase della ricerca e dello struggimento*.

Ora il superstite si rende conto che l'altro non torna. La perdita della persona amata si fa più cosciente e si riflette nell'emergere progressivo della tristezza. Questa coscienza, d'altra parte, non si è ancora pienamente sviluppata come consapevolezza della perdita dell'altro a causa della sua morte.

Data la premessa che l'altro viene ancora considerato come vivo, seppur secondo una modalità inconscia di pensiero e meno marcatamente di quanto avvenisse nella prima fase, la perdita viene incorniciata come perdita per abbandono.

Nella rappresentazione inconscia del superstite la persona cara è andata via e non ritorna, nonostante il dolore che arreca la sua mancanza.

Il senso di perdita abbandonica si manifesta, oltre che con la tristezza, con un'emozione diversa e rivelatrice che va ad affiancarvisi: la rabbia.

E' la rabbia di chi protesta per esser stato lasciato solo e la cui funzione è di realizzare il ritorno dell'altro.

La persona in lutto, non a caso, è anche incline a riconoscere nella folla anonima colui che ha perduto e a manifestare una certa irrequietezza motoria.

Sono espressioni della tendenza a cercare chi è andato e non ritorna.

La terza è la *fase della disorganizzazione*.

Si assiste al tramonto della speranza di poter ritrovare la persona amata e perduta.

Pertanto, mentre la rabbia tende ad attenuarsi, si passa dalla tristezza dello struggimento a quella della disperazione.

Il mondo, ormai irreversibilmente privo della persona amata, viene percepito come largamente svuotato di senso.

La stessa immagine di sé, nella misura in cui si nutre del rapporto con l'altro, può entrare in una condizione di crisi.

Emerge con più forza il dolore per la perdita radicale che l'altro, a causa della morte, ha subito delle proprie possibilità esistenziali.

Tutto ciò può trovare una risoluzione nella *fase della riorganizzazione*, l'ultima

della successione delineata.

In essa si dispiega un adattamento alla perdita tramite cui si giunge alla sua accettazione, cioè alla profonda rassegnazione nei confronti dell'irreparabile.

La tristezza disperata cede il passo alla tristezza rassegnata.

Lo sviluppo del lutto non cancella dunque la tristezza, ma, oltre ad arginarla, la trasforma e la fa evolvere.

Cosa entra in gioco in quel processo di adattamento alla perdita che si traduce nella sua accettazione e nella riorganizzazione? Gli studi psicologici condotti sul lutto dagli anni '70 del secolo scorso fino ad oggi ci hanno permesso di riconoscere un fattore fondamentale.

Si tratta delle cosiddette *after death communication* (ADC), ovvero delle esperienze di comunicazioni dopo la morte.

Consistono di percezioni che hanno per oggetto il proprio caro e che avvengono in modo spontaneo e imprevedibile.

Possono svolgersi secondo varie modalità sensoriali: visiva, uditiva, telepatica, tattile e olfattiva.

Può manifestarsi anche il cosiddetto "senso di presenza", cioè la percezione improvvisa del proprio caro, con la sua identità e personalità, nello spazio vicino a colui che ne è interprete.

Tali esperienze hanno sem-



pre una connotazione positiva, in quanto recano con sé l'idea che la persona cara c'è ancora, sta bene ed è accanto a chi resta. Inoltre esse sono portatrici di affetto e aiuto.

Per tali ragioni promuovono un'evoluzione favorevole del lutto.

E' da notare che le ADC non sono un'esperienza esclusiva di chi è in lutto, ma possono essere vissute anche da persone che non hanno un legame affettivo con il defunto.

Sono state compiute numerose ricerche rispetto alla frequenza di questo fenomeno.

Lo studio più eloquente a tale riguardo è una revisione sistematica della letteratura scientifica esistente sull'argomento che è stata condotta alla North Texas University dalla Jenny Streit-Horn (2011).

Selezionati i 35 studi metodologicamente più rigorosi svolti sulle ADC e fra questi i 5 studi più significativi, sono state calcolate la prevalenza e l'incidenza del fenomeno.

Per *prevalenza* è da intendersi in questo contesto la percentuale della popolazione generale che ha un'esperienza di ADC nel corso della vita.

Con l'espressione "popolazione generale" ci si riferisce alla totalità costituita da tutti coloro che hanno o no subito un lutto.

Il risultato emerso è che una percentuale che va dal 30 al 35% delle persone avrà una o più ADC nel

corso della vita.

L'incidenza, a differenza della prevalenza, misura la percentuale di persone che riportano una o più ADC entro un anno da una perdita.

In questo caso la percentuale sale e si situa fra il 70 e l'80%.

E' evidente che si tratta di un fenomeno ampiamente diffuso, specialmente nel corso del lutto.

Abbiamo già detto che le ADC svolgono un ruolo favorevole all'evoluzione del lutto.

La revisione sistematica di cui abbiamo appena riferito i risultati in termini di prevalenza e incidenza del fenomeno delle ADC ha anche preso in considerazione cosa, nei 35 studi esaminati, emergeva a proposito dei danni e dei benefici prodotti da tali esperienze.

I risultati ci dicono che le ADC sono state valutate dai percipienti come positive, confortanti, gioiose, sostenenti, riparanti, trasformative e favorevoli ai cambiamenti esistenziali.

A questo punto possiamo capire che il versante emotivo della riorganizzazione - fase finale del lutto - può andare oltre la tristezza rassegnata.

Ricapitolando, nella fase dello stordimento si sente ancora il proprio caro come vivo e ancora presente; poi, nella fase dello struggimento e della ricerca, lo si pensa ancora in larga parte vivo ma assente; quindi, affermatasi

la fase della disperazione, lo si vede, tragicamente, morto e assente; infine, nella fase della riorganizzazione si può giungere a considerarlo come morto ma ciononostante presente, in quanto la sua morte è attribuita alla sfera del corpo e non a quella dell'anima.

Vale la pena precisare, a quest'ultimo proposito, che la questione non va posta in termini di tutto o nulla.

Non è necessario che il superstite giunga ad essere assolutamente convinto della sopravvivenza oltremondana perché possa giovare delle ADC.

Basta una ragionevole persuasione che il proprio caro abbia ancora una sua forma di vita dopo quella terrena.

Tale visione potrà poi assumere forza maggiore o minore a seconda dei casi, anche in ragione del percorso intellettuale e spirituale realizzato dal superstite.

Non va comunque mai sottovalutata l'importanza che ha per il superstite la propria esperienza di ADC per la credibilità che ai suoi occhi acquista l'ipotesi della sopravvivenza oltremondana della persona amata.

Le esperienze di ADC si costituiscono come qualcosa che è al tempo stesso di meno e di più rispetto alla fede religiosa in un aldilà.

Di meno, perché non danno dogmatiche certezze a

priori; di più proprio perché, fornendo ragioni a *posteriori* per credere che la persona amata possa esserci ancora, risultano tendenzialmente più persuasive.

Pensare al proprio caro come ancora in vita ultraterrena, ha un'implicazione che non va sottovalutata.

Si tratta del fatto che il superstite continua a sentirsi in relazione con il defunto, seppur in forma diversa rispetto a quanto avveniva prima del trapasso. Infatti, poiché l'esperienza di ADC promuove l'idea che l'altro lo veda e lo ascolti, egli può più facilmente sentirsi in relazione con lui anche al di fuori dell'esperienza di ADC.

Tale vissuto contrasta nella persona in lutto il senso di solitudine e fornisce la possibilità permanente di un'esperienza caratterizzata dal senso di appoggio e condivisione con l'altro. Su ciò molta ricerca psicologica è stata compiuta.

Data la carica riparatrice delle ADC, è facile pensare che sarebbe molto bello se si potesse promuovere un'esperienza nelle persone che soffrono per un lutto grave o complicato. Ebbene, oggi ciò è stato reso possibile grazie allo psicoterapeuta americano Allan Botkin (2005).

Lavorando con i veterani del Vietnam colpiti da disturbo da stress post-traumatico e spinto dal desiderio di migliorare la loro cura, egli modificò una

tecnica - l'EMDR - utilizzata per trattare tale patologia.

Dopo vari cambiamenti scopri inaspettatamente che nei casi di lutto traumatico la nuova procedura emersa dai cambiamenti apportati all'EMDR metteva i pazienti in condizione di vivere un'esperienza di ADC all'interno dello studio dello psicoterapeuta. Per tale motivo Botkin chiamò *Induced After Death Communication Therapy (IADC Therapy)* la nuova forma di intervento clinico.

Ciò che viene indotto è, per la precisione, uno stato mentale di ricettività che consente il soprag-

giungere spontaneo di una ADC.

Grazie alla IADC Therapy le persone in lutto possono accedere, nell'arco di due sedute svolte in due giorni consecutivi, a un'esperienza di ADC.

Il successo si ha nel 75% dei casi seguiti.

Come le ADC che accadono "in natura", le IADC sono esperienze costituite da una varia combinazione di percezioni del proprio caro, prevalentemente visive, telepatiche e tattili.

A differenza, però, di quanto accade nelle ADC che si verificano senza procedura di induzione, le IADC si svolgono per un tempo molto più pro-

lungato e consentono di articolare un dialogo attivo con il proprio caro, permettendo pertanto di avere con lui un'esperienza di comunicazione più ricca e profonda.

Le persone in lutto hanno così modo di poter approdare e/o rafforzare le quattro convinzioni sul proprio caro: "C'è ancora", "Stà bene", "Mi è vicino nella vita di tutti i giorni" e "Un domani potrà verificarsi un ricongiungimento definitivo con lui".

I risultati ottenuti sono più che positivi e tendono a rappresentare un punto di svolta nell'elaborazione del lutto grave e complicato.

Fortunatamente oggi abbiamo in Italia, al pari degli USA e della Germania, un discreto numero di psicoterapeuti che praticano la IADC Therapy.

La regione del Friuli-Venezia Giulia ne vede una forte presenza, particolarmente nella città di Udine. I terapeuti IADC possono essere contattati sul loro sito web:

www.iadctherapy.it.

Per chi volesse sapere di più sul lutto e sulla IADC Therapy esistono due libri in italiano.

Il primo è dello stesso dr. Allan Botkin e si chiama *Comunicare Dopo la Morte*, UNO edizioni (2005).

Il secondo è stato scritto dall'autore di questo articolo e, insieme al lutto e alla IADC, affronta anche temi correlati come quelli delle esperienze di pre-morte e delle esperienze sul letto di morte; si intitola *Perdita e Ricongiungimento*, edito dalle Edizioni Mediterranee (2015).



PODOLOGIA
DOTTOR BRUNO MASSIMILIANO



**IL RUOLO DEL PODOLOGO
NEL TRATTAMENTO
DELLE DISFUNZIONI DEL PIEDE**



Trattamenti manuali
fisioterapia
fisiochinesi terapia
osteopatia
mobilizzazione
massaggio shiatsu
trattamento cranio-sacrale
rieducazione posturale
massaggio anti.stress
massaggio tradizionale cinese
linfodrenaggio

Trattamenti con ausilio di macchinari
laser terapia
TECAR® terapia
onde d'urto
elettrostimolazione (TENS)
ultrasuoni
magnetoterapia
diadinamica
ionoforesi
visite specialistiche ortopediche
(medicina legale e delle assicurazioni)
visite podologiche piede diabetico
onicopatie
ortesi plantare su misura
indagine posturologica con Global Postura!
System® dell'Chinesport®
(macchinario per l'analisi posturale che permette l'analisi del piede con la distribuzione dei carichi, la postura dell'apparato scheletrico)

Visite posturali con pedana baropodometrica

Ortesi in silicone

Piede diabetico
Prevenzione I° e II° delle possibili lesioni causate da micro - macro angiopatia e neuropatia nel paziente diabetico

Trattamento delle ipercheratosi, verruche e onicopatie

Onicopatie
Cura ambulatoriale di:

- unghia incarnita
- paronichia
- onicolisi
- leuconichia
- onicografosi
- onicomicosi
- micosi ungueale

Via I° Maggio, 65 - Area 53 - 33082 Azzano Decimo (PN)
Tel. 0434.633167

Biografia

Botkin A.L., Hogan R.C. (2005), *Comunicare oltre la morte*, UNO Editori, Torino, 2014.

Bowlby John (1980), *Attaccamento e perdita, vol. 3: La perdita della madre*, Boringhieri, Torino.

Lalla C. (2015), *Perdita e ricongiungimento*, edizioni Mediterranee, Roma.

Streit-Horn J., (2011), *A systematic Review of Research on After-Death Communication (ADC)*, University of North Texas.

Dr. Claudio Lalla

Dr. Claudio Lalla

Medico e Psicologo-Psicoterapeuta

Certified trainer of IADC Therapy

Coordinator of Italian IADC

<https://www.iadctherapy.it/>

Sacchetti riutilizzabili

per l'ortofrutta, il pane e per i prodotti sfusi

Da NaturaSì abbiamo preso un impegno con i nostri clienti, quello di trovare alternative ecologiche riutilizzabili ai classici sacchetti usa e getta in carta o plastica.

E così da qualche mese, sono arrivati nei nostri negozi i sacchetti riutilizzabili per l'ortofrutta, da un'importante collaborazione con Legambiente e con la Cooperativa Sociale Quid Onlus.

Il nostro impegno non si è fermato qui e da metà settembre potete trovare a vostra disposizione i nuovi sacchetti per lo sfuso, il pane e la shopper in cotone biologico.

I sacchetti di ortofrutta nascono per offrire un'alternativa ai sacchetti mono-uso per l'acquisto dell'ortofrut-

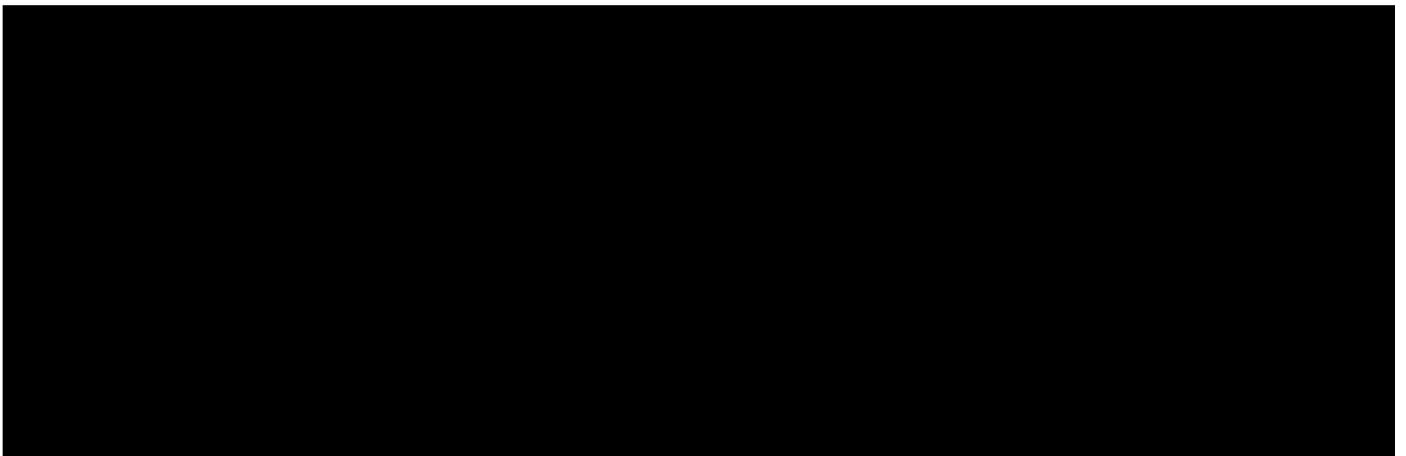


tiva ai sacchetti mono-uso per l'acquisto dell'ortofrut-

ta e aumentare così la consapevolezza e sensibilità di tutti noi verso il minor consumo di plastiche possibile. Questi sacchetti sono fatti in poliestere, dal peso di 8 gr e sono stati realizzati dalla Cooperativa Sociale Quid Onlus., che lavora con persone che hanno alle spalle un vissuto di fragilità.

Questi sacchetti sono lava-

bili sia a mano che in lavatrice e adatti anche alla conservazione in frigo. Certificati da Ecocert Greenlife secondo lo standard GOTS, sono prodotti da Ecodis, azienda francese che compensa il 100% delle sue emissioni di CO2.



AUTONOMIA

Trasferimento, igiene, terapia e relax



*Libera
di trasferirmi
in autonomia*

