



PSICOLOGIA

La configurazione del legame di attaccamento madre - bambino in carcere

Dott.ssa Francesca Denaro

SOCIOLOGIA

L'influencer e il modello (psicosociale) di vita che rappresenta: spettacolarizzazione o responsabilizzazione?

Dott.ssa Annamaria Venere

AGOPUNTURA

Medicina Integrata, un cammino condiviso

Dott.ssa Flavia Lanzoni

SCIENZE MOTORIE

Benefici dell'Attività Fisica Adattata (A.F.A.) nei confronti della patologia emorroidaria

Dott. Carmelo Giuffrida



MEDIC@LIVE Magazine

SERVIZI DI ANTICIPAZIONE DELL'EVENTO

TALK SHOW

CONDUZIONE GIORNALISTICA DI TAVOLE ROTONDE

VIDEOINTERVISTE

*Medic@live Magazine, il segreto
per promuovere un **evento** e avere **successo!**
Professionisti della **comunicazione** che trasformano il
tuo **evento** in un'esperienza grandiosa, in **notizia**.*

CONTATTACI PER MAGGIORI INFORMAZIONI!



SOMMARIO

8

PSICOLOGIA

La configurazione del legame di attaccamento madre- bambino in carcere

Dott.ssa Francesca Denaro

12

SOCIOLOGIA

L'influencer e il modello (psicosociale) di vita che rappresenta: spettacolarizzazione o responsabilizzazione?

Dott.ssa Annamaria Venere

15

AGOPUNTURA

Medicina Integrata, un cammino condiviso

Dott.ssa Flavia Lanzoni

19

SCIENZE MOTORIE

Benefici dell'Attività Fisica Adattata (A.F.A.) nei confronti della patologia emorroidaria

Dott. Carmelo Giuffrida

Direttore Responsabile

Salvo Falcone
direttore@medicalive.it

Direttore Editoriale

Annamaria Venere
direttore.editoriale@medicalive.it

Redazione

redazione@medicalive.it

Per inserzioni pubblicitarie

pubblicita@medicalive.it

Grafica e impaginazione

ADV communication
advcommunication.it

Editor

Flavia Lanzoni

Visual designer

Francesca Bordonaro

Web designer

Simone Russo

Editore

AV EVENTI E FORMAZIONE S.r.l.
Sede Legale e Operativa
Via Vitaliano Brancati 16
95128 Catania
Tel. +39 095 7280511



SEGUICI SUI SOCIAL



ISSN: 2421-2180

Medic@live Magazine

è una testata registrata il 14-01-2015
al n. 01-2015 del Registro della
Stampa del Tribunale di Catania

CALENDARIO EVENTI 2024

13
APRILE

SCUOLA ALTA FORMAZIONE ARTOSUPERIORE 1° EDIZIONE

13-14 Aprile | 25-26 Maggio | 5-6 Ottobre, Forlì
crediti ecm: 50

[+ INFO](#)

30
MAGGIO

9° CONGRESSO REGIONALE CREI SICILIA

30-31 Maggio, 2024 – Gioiosa Marea
crediti ecm: 11

[+ INFO](#)

6
GIUGNO

**46° CONGRESSO NAZIONALE SIMLA
UN PONTE VERSO IL FUTURO DELLA SANITÀ ITALIANA**

6-7-8 Giugno 2024 – Catania

crediti ecm: 6

[+ INFO](#)

21
GIUGNO

INCONTRI REUMATOLOGICI ETNEI XXII EDIZIONE

21-22 Giugno 2024 – Catania

crediti ecm: 11

[+ INFO](#)

FORMAZIONE A DISTANZA

QUADERNI ECM

STRATEGIE E ABILITÀ DELLA COMUNICAZIONE EFFICACE NELLE PROFESSIONI SANITARIE

Tutte le professioni sanitarie
Crediti ECM 4

APPUNTI SULLA VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA NIV

Medico chirurgo specialista in: allergologia ed immunologia clinica; anestesia e rianimazione; audiologia e foniatria; cardiocirurgia; cardiologia; chirurgia maxillo-facciale; chirurgia toracica; continuità assistenziale; endocrinologia; epidemiologia; farmacologia e tossicologia clinica; geriatria; igiene, epidemiologia e sanità pubblica; malattie dell'apparato respiratorio; malattie infettive; medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro; medicina dello sport; medicina di comunità; medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza; medicina fisica e riabilitazione; medicina generale (medici di famiglia); medicina interna; medicina legale; neurologia; oncologia; organizzazione dei servizi sanitari di base; otorinolaringoiatria; pediatria; pediatria (pediatri di libera scelta); radiodiagnostica; fisioterapista; infermiere; logopedista.
Crediti ECM 5

SESSO DIS-ABILITATO. EDUCAZIONE AI SENTIMENTI, ALLE EMOZIONI E ALLA SESSUALITÀ

Tutte le professioni sanitarie
Crediti ECM 4

FAD

CORSO INTRODUTTIVO ALLA TECNICA "APPROCCIO VARIABILE"

DAL 21 MARZO AL 31 DICEMBRE 2024, FAD
Crediti ECM 25

INNERVAZIONE DELL'ARTO INFERIORE E TECNICHE NEURO MIOFASCIALI

DAL 1 GIUGNO AL 2023 AL 31 MAGGIO 2024
Crediti ECM 50



UN TEAM DI PROFESSIONISTI, ANNI DI ESPERIENZA E UNA GRANDE PASSIONE A VOSTRA DISPOSIZIONE

Siamo specializzati nell'organizzazione di congressi medici, convegni, corsi ECM e servizi nell'ambito della farmaceutica e della medicina in genere, per il raggiungimento dell'eccellenza nelle conoscenze e competenze dei professionisti sanitari.



AVeventieformazione

info@av-eventieformazione.it

+39 095 7280511

La configurazione del legame di attaccamento madre - bambino in carcere

ABSTRACT

In questo articolo si sottolinea come la “teoria dell’attaccamento” di Bowlby, considerato uno dei maggiori psichiatri del XX° secolo, trovi un suo valido riscontro, anche e soprattutto, in situazioni difficili per costruire un rapporto madre-figlio sereno, quale la detenzione in carcere delle donne-madri. I risultati di ulteriori più recenti studi riportati confermano come l’ambiente disagiato e la possibilità di separazione futura incidano negativamente su tale rapporto, importantissimo per la crescita e l’evoluzione psichica del bambino.

This article underlines how the “attachment theory” of Bowlby, considered one of the greatest psychiatrists of the 20th century, finds its valid confirmation, also and above all, in difficult situations to build a peaceful mother-child relationship, such as the detention of women mothers in prison. The results of further, more recent studies reported confirm how the disadvantaged environment and the possibility of future separation negatively impact this relationship, which is very important for the growth and psychological evolution of the child.



Dott.ssa Francesca Denaro
Psicologa libero professionista, Prato.

La “teoria dell’attaccamento” di Bowlby (1969) sottolinea la stretta relazione che esiste tra lo sviluppo affettivo del bambino, con particolare accento sugli scambi del bambino con la figura di accudimento (legame madre-bambino) e le condizioni ambientali che possono favorire o contrastare questo reciproco rapporto.

Il legame affettivo del bambino con il caregiver si sviluppa a partire da alcuni comportamenti geneticamente determinati che si manifestano con la funzione adattiva del mantenimento della vicinanza fisica all’adulto, al fine di ricevere cura e protezione dai pericoli dell’ambiente esterno. Dalla nascita fino al raggiungimento dei due anni di vita circa, il bambino sviluppa progressivamente un legame di attaccamento preferenziale con la persona che si prende cura di lui, generalmente la madre; in base all’esperienza vissuta all’interno di questo specifico rapporto, il bambino si formerà delle rappresentazioni interne (non completamente irreversibili) che guideranno il suo comportamento durante tutto il corso della vita.

È anche nel corso dell’interazione con l’ambiente, che un individuo costruisce, secondo Bowlby (1969), dei modelli operativi del mondo e di se stesso nel mondo,

mediante i quali percepisce gli eventi, prevede il futuro e dà forma ai propri programmi. Una rappresentazione interna dinamica di sé in rapporto con gli altri costituisce un Modello Operativo Interno, ovvero rappresentazione mentale in grado di raffigurare, con sufficiente coerenza, l’esperienza vissuta dal bambino nelle interazioni con le persone che si prendono cura di lui. Intorno al primo anno di vita, il bambino inizia ad organizzare, quindi, la sua esperienza affettiva. La funzione dei Modelli Operativi Interni è quella di organizzare le conoscenze acquisite di sé e della figure di attaccamento, per poter pianificare il proprio comportamento, sulla base della previsione delle probabili risposte degli altri alle sue azioni. Essi influenzano le percezioni, i pensieri, i sentimenti e tutta la personalità dell’individuo.

La stabilità del modello di attaccamento nei primi due anni di vita, quindi, è una proprietà della diade madre-bambino che, con il passare del tempo, determina una organizzazione interna del comportamento del bambino sempre più stabile e meno influenzabile dai cambiamenti (Bowlby, 1969).

La condizione di co-detenzione in carcere di madre e bambino rappresenta una situazione ad alto rischio, che



può influenzare negativamente la qualità degli scambi interattivi diadici, esponendo il bambino alla possibilità di esiti psicopatologici sin dai primi mesi di vita.

Tambelli, Speranza, Trentini e Odori (2010) dimostrano come coppie madre-bambino, considerate ad alto rischio psicosociale, siano caratterizzate da una modalità di interazione che presenta processi di regolazione affettiva compromessi. Quando la madre è incapace di fungere da elemento regolatore esterno per gli stati di attivazione emotiva del bambino, egli tende a manifestare costanti comportamenti di autoregolazione, finalizzati a regolare i livelli di attivazione interna e ridurre il suo coinvolgimento nelle attività. Questo stile di coping auto-diretto compromette gli scambi del bambino con il suo ambiente e la sua motivazione ad interagire con il mondo.

Biondi (1995) ha osservato che le madri detenute utilizzano con maggior frequenza un comportamento deleterio per lo sviluppo affettivo dei bambini: l'utilizzo, come mezzo disciplinare, della minaccia di abbandonare o affidare ad altri il bambino. Seppure questi metodi vengano comunemente utilizzati anche dai genitori in condizioni di libertà, nel contesto detentivo questi possono avere gravi ripercussioni sul bambino. Infatti, può essere difficile in seguito spiegargli come la separazione dalla madre al terzo anno di età sia avvenuta per disposizioni di legge e non perché il suo comportamento sia stato così cattivo da meritare una punizione. È comune che i bambini, una volta separati dalla madre, si sentano responsabili della condizione di sofferenza che insieme hanno vissuto.

In genere, le relazioni affettive di un bambino evolvono da una dipendenza completa del neonato dalla madre verso una condizione di autonomia che permette di sviluppare relazioni anche con gli altri che costituiscono il suo ambiente. Ciò che, invece, si osserva in carcere è la difficoltà della madre di ridurre progressivamente il suo

forte legame simbiotico con il figlio e di incoraggiarlo all'esplorazione. Il carcere sembra, infatti, condizionare il legame madre-bambino, rendendolo da un lato simbiotico, dall'altro discontinuo; obbliga, in conclusione, il bambino a mettere in atto comportamenti di verifica, a volte provocatori, per "capire" in quale reale condizione affettiva egli si trovi.

Dall'osservazione di 24 bambini tra i due e i tre anni, Biondi (2005) ha notato il caso di una bambina che, entrata in carcere dopo quattro mesi di separazione dalla madre, al momento dell'ingresso, ha mostrato notevoli problemi di adattamento e rifiuto verso qualsiasi invito a giocare. La bimba, probabilmente, durante il periodo di separazione aveva sviluppato sentimenti di paura di abbandono e perdita. Tanti bambini, in situazioni simili, manifestano protesta, disperazione e distacco; questi comportamenti in carcere vengono considerati dalle madri più che una richiesta di aiuto, piuttosto come un capriccio del bambino stesso. In altri casi si osserva, invece, la contrapposizione tra due comportamenti, attaccamento ansioso da un lato e distacco aggressivo dall'altro che si sovrappongono e si mescolano creando difficoltà di comprensione da parte chi osserva queste dinamiche in una coppia madre-figlio. Biondi (2005) ha osservato il comportamento dei bambini che, al compimento del terzo anno di età (limite oltre il quale il bambino non può più risiedere in carcere), hanno vissuto il momento della separazione dalla madre, riscontrando come questo evento sia vissuto da entrambi come una violenza. Questo dato, secondo l'autore, è dovuto al fatto che, né la madre né il figlio, siano stati adeguatamente preparati alla separazione; questo tema merita più approfondimenti per le conseguenze psicologiche dell'allontanamento forzato del bambino dalla propria madre.

Uno studio longitudinale sugli effetti di tale separazione, condotto negli Stati Uniti, in due istituti dotati di sezioni nido (Byrne, Goshin & Blanchard-Lewis, 2012), ha



dimostrato che, all'interno di programmi specifici delle nursery degli istituti, è possibile che la madre riesca a dare al bambino cure continue ed adeguate, sviluppare un buona qualità dell'attaccamento e mitigare in futuro gli effetti negativi della separazione; anche se gli autori ammettono che ciò è solo parzialmente validato. Ancora molto deve essere fatto per migliorare la qualità dei servizi di consulenza e supporto familiare.

Il contributo di Perricone, Polizzi e Marotta (2010) fornisce importanti indicazioni sul tipo di relazione madre-figlio che si instaura in condizione di detenzione.

Lo studio effettuato in un istituto di pena italiano è stato condotto su 8 coppie madre-figlio di etnia rom. Questa scelta è dovuta al fatto che le donne rom rappresentavano in quel momento più del 60% della popolazione detenuta in Italia. Le donne, sottolineano le autrici, avevano una padronanza della lingua italiana sufficiente per poter portare avanti la ricerca.

Nello studio si assume che il legame di attaccamento in carcere possa configurarsi come insicuro-ansioso-ambivalente. I risultati dell'analisi, attuata con la tecnica descrittiva dell'analisi sistemico-sequenziale e con la tecnica dell'intervista narrativa, corroborano l'ipotesi di ricerca. Nello specifico degli 8 bambini partecipanti alla ricerca, il 53% presenta dei comportamenti di ricerca continua della madre. Questo indicatore si riferisce, alla ricerca eccessiva di contatto fisico dal parte del bambino, tramite attivazione di comportamenti provocatori volti a richiamare l'attenzione della madre e, attraverso il controllo di ogni suo movimento, seguiti da richiesta di non andarsene e subito dopo da rifiuto. Il 26% è, invece, considerato dipendente, intendendo con ciò il comportamento del bambino nei confronti della madre come "appiccicoso", a discapito della ricerca di contatto con gli altri presenti e poco esplorativo nei confronti dell'ambiente. Il 16% si mostra insicuro e il 5% ansioso, ovvero i bambini manifestano rispettivamente paura e angoscia da separazione e sono facilmente irritabili e instabili. Per quanto attiene, invece, la valutazione dei comportamenti delle madri verso i bambini, i dati mostrano che il 40% di loro è invischiate, cioè presenta comportamenti intrusivi, possessivi e iperprotettivi che portano la madre detenuta a controllare continuamente il comportamento del bambino; il 24% è stata definita discontinua, cioè ha atteggiamenti partecipanti, ma non sempre disponibili a intraprendere attività insieme al bambino e a farsi coinvolgere affettivamente. La madre detenuta si mostra lunatica e manifesta cambi repentini di atteggiamenti, dal distacco alle dimostrazioni di amore, tenerezza e rassicurazione. In ultimo, il 23% di loro è insicura e il 13% dimostra assenza di reciprocità, ossia l'incapacità di interpretare i segnali provenienti dai figli.

La successiva analisi delle co-occorrenze in relazione ai pattern comportamentali ha, poi, consentito alle ricercatrici di capire meglio in che senso i comportamenti della madre e del bambino tendano a ricorrere insieme e, quindi, a definire la configurazione specifica del legame di attaccamento madre-bambino in carcere. Nello specifico viene fuori che il comportamento di ricerca continua di contatto da parte del bambino è associato al comportamento possessivo e iperprotettivo della madre, così come, anche se in misura minore, il comportamento provocatorio del bambino è associato all'insicurezza e alla preoccupazione della madre.

Questa ricerca apporta, dunque, dei preziosi risultati per ciò che riguarda la relazione di attaccamento madre-bambino nei luoghi di detenzione. La relazione si configura come un legame insicuro-ansioso-ambivalente che vede la madre come possessiva e iperprotettiva nei confronti del figlio, che non lo incoraggia ad un comportamento di esplorazione dell'ambiente e di contatto con altre persone o cose (Perricone, Polizzi & Marotta, 2010).

Risultati simili sono riportati nella ricerca di Candelori & Dal Dosso (2007). Le ricercatrici hanno osservato una madre depressa e asociale che ha sviluppato una relazione difficile con suo figlio e che si manifesta tramite comportamenti provocatori, oppositivi e di evitamento.

Esse notano come il bambino sia diventato il contenitore della depressione della madre, ma anche dei suoi sentimenti di rabbia e ostilità, che lo portano ad esprimere

sentimenti di resa e tristezza, confermando una relazione di attaccamento madre-figlio caratterizzata da ambivalenza e distacco.

Un aspetto interessante riscontrato in uno studio condotto in Sud Africa, per certi versi opposto a quanto discusso finora, è che alcuni dei bambini osservati in carcere presentano un attaccamento insicuro con le proprie madri, ma una buona relazione con le altre donne presenti in istituto; queste ultime sembrano diventare figure importanti per loro, mostrando, quindi, che, per questo studio, il legame di attaccamento madre-bambino in carcere può non presentarsi necessariamente come esclusivo.

Le madri detenute, infatti, si aiutano a vicenda con i loro figli ed è frequente che un bambino venga accudito anche da un'altra donna che non sia la madre stessa (Eloff & Moen, 2003).



L'influencer e il modello (psicosociale) di vita che rappresenta: spettacolarizzazione o responsabilizzazione?

L'influencer: per una definizione psicosociale

Se desideriamo adottare una definizione classica di "influencer", possiamo riferirci a una figura molto nota sui social network che, in virtù della propria popolarità, è capace di influenzare i comportamenti e le decisioni di un gruppo specifico di utenti. Sul piano professionale, il ruolo dell'influencer si articola soprattutto attorno alle strategie di comunicazione e di marketing, meccanismi dai quali l'influencer trae guadagni, così come l'azienda che si promuove attraverso la sua figura (Riva, 2019).

Dal punto di vista psicosociale, non esiste ancora un consenso unanime su ciò che definisce esattamente un influencer. Tuttavia, possiamo concepire l'influencer come un agente sociale che si muove in uno spazio comunicativo con l'obiettivo di orientare le scelte di acquisto o di influenzare il dibattito pubblico, sfruttando il proprio capitale sociale, ossia la comunità digitale a cui si rivolge. Questa definizione mette in evidenza alcuni aspetti distintivi: per prima cosa, l'influencer è senz'altro un attore sociale che possiede capacità di utilizzare strategie mirate, seppur in un contesto digitale, per aumentare la propria visibilità e accrescere il numero di follower; in secondo luogo, detiene un significativo potere sociale, in quanto può impattare sensibilmente sulle scelte di consumo e sui temi di interesse collettivo (Bennato, 2022).

Di conseguenza, gli influencer, quanto più vasto è il loro seguito, tanto maggiore potere sociale sono in grado di esercitare sul loro pubblico. Questo avviene tramite una cura meticolosa della propria immagine e personalità, altrimenti detto branding personale, attorno al quale costruiscono un'identità che, benché talvolta possa essere artificiosa, è efficace nell'attrarre follower, celebrità e profitto.

Il loro ascendente va ben oltre la mera vendita di prodotti, influenzando i valori, gli stili di vita e perfino l'identità di intere comunità online. Il loro ruolo nel modellare norme sociali e aspirazioni individuali solleva interrogativi sull'autenticità e sull'impatto a lungo termine che queste figure hanno sulla coesione sociale e sugli ideali collettivi.

Come "esiste" un'influencer?

Due sono le parole che dobbiamo tenere a mente, senza le quali l'influencer non esisterebbe: il profilo "social" e la celebrità (Bennato, 2022; Polesana, 2023). Senza un profilo digitale, in primo luogo, non avrebbe nemmeno senso parlare di "influencer", così come senza l'esistenza dei moderni social media. In secondo luogo, la



Dott.ssa Annamaria Venere
Sociologa Sanitaria, Criminologa Forense,
Amministratore Unico:
AV eventi e formazione, Catania

celebrità. L'influencer vive di celebrità e fama, poiché se ne rimanesse senza, non potrebbe condizionare o influenzare la community né alcuna persona. La celebrità, non a caso, è la tattica principale attraverso cui gli influencer guadagnano profitto e visibilità.

Esistono due strategie principali (Bennato, 2022):

- quella del macro-influencer, caratterizzato da un'elevata visibilità;
- quella del micro-influencer, relativamente più discreta.

Il macro-influencer adotta una strategia di diffusione di contenuti in stile broadcast, raggiungendo un vasto pubblico con un approccio multiplatforma.

Si rivolge a un pubblico generalista più interessato alla sua "persona" che al contenuto stesso, senza stabilire un vero legame con l'audience, mancando di interazione e feedback sui commenti. D'altro canto, il micro-influencer opta per una strategia di diffusione di contenuti più mirata, con una trasmissione ristretta da uno a pochi. Si specializza cioè in una singola piattaforma, come Instagram, YouTube o TikTok, mirando a un pubblico verticale più interessato al contenuto che alla personalità dell'influencer. Questo tipo di influencer, di conseguenza, sviluppa un legame più stretto con il proprio pubblico, rispondendo e interagendo con i commenti e permettendo la presenza di feedback



(Bennato, 2022).

Se il macro-influencer può vantare una base di follower considerevole, spesso oltre il milione, ma instabile nel tempo, il micro-influencer, con meno di un milione di follower, gode di una comunità più limitata, ma più stabile nel lungo periodo. A seconda della strategia con cui un influencer "esiste", pertanto, cambia il potere sociale che detiene, nonché la capacità di condizionare le decisioni degli utenti da cui è seguito.

Entrambi i tipi di influencer svolgono ruoli significativi nella società moderna, sia in termini di diffusione di informazioni che di configurazione di tendenze culturali. Il potere che esercitano può avere un impatto diretto sulla credibilità delle marche, determinando così le sorti delle aziende nel mercato.

Il condizionamento dei follower: spettacolarizzazione o semplice narcisismo?

Un influencer solitamente realizza contenuti digitali, foto o video, attraverso i quali esprime alla propria comunità digitale un'opinione su argomenti di vario tipo, come l'abbigliamento, il cibo, la cucina, i viaggi. Il potere sociale, tuttavia, non risiede soltanto nella capacità di influenzare le decisioni di acquisto di uno o di un altro prodotto, quanto di offrire un modello di

vita a tutti gli effetti spettacolarizzato. Per mantenere e accrescere il proprio seguito il social influencer è cioè tenuto a rimanere in sintonia con le aspettative condivise dalla sua rete, espresse talvolta implicitamente, altre esplicitamente. In caso contrario, l'accordo implicito con i follower rischierebbe di interrompersi immediatamente, con la coerenza messa prontamente in discussione, il che andrebbe a discapito della celebrità. In definitiva, se l'influencer non mantiene alto lo stile di vita da sempre pubblicizzato perderebbe potenza (e guadagno) sociale (Riva 2019).

Questo modello di vita in cui deve essere tutto perfetto e coerente, ruotante attorno alla sola celebrità e fama di una persona, senza cui non è possibile ottenere profitto, va a discapito delle vere necessità dei giovani. Di come sia illusorio, in altre parole, per una adolescente decidere di rischiare tutto per cercare la fama digitale, a costo di trascurare la propria vita in favore del numero di follower, dei like e di visibilità che gli assicurerebbero facili sogni e guadagni. Quando in realtà, anche dietro il lavoro di un influencer, almeno di quelli che lo fanno per professione, c'è studio e preparazione. Una cultura, quest'ultima, che favorirebbe un clima di narcisismo e spettacolarizzazione della vita con tutti gli effetti, anche psicologici, oltre che sociali, che questo comporterebbe, come la sindrome FOMO, Fear of missing out, cioè la paura di essere tagliati fuori che caratterizza molti utenti dei social media (Riva, 2019a).

Eppure gli influencer, nel loro essere agenti chiave nella trasformazione delle percezioni psicosociali, non sono soltanto fautori di uno stile di vita narcisista, ma possono svolgere un importante ruolo anche in merito alla responsabilità sociale

Se oltre al profitto ci fosse la responsabilità sociale...

Rivolgendosi ad ampie categorie di utenti, che siano micro o macro influencer, hanno la possibilità di ridefinire i canoni di bellezza, contrastando gli stereotipi tradizionali legati all'immagine del corpo, come la magrezza e la perfezione. Promuovere una rappresentazione più realistica, diversificata e non spettacolarizzata della vita, come nel caso della valorizzazione di diverse forme fisiche

o culture, contribuirebbe ad esempio a ridurre la pressione sociale che spinge alla conformità a standard irrealistici. Non solo, ma attraverso la condivisione di esperienze personali e la promozione di contenuti che riflettono la diversità etnica, di genere e culturale, possono contribuire più di altri a rompere barriere stereotipate, per favorire una più profonda e rispettosa delle differenze. Col fine ultimo, dunque, di veicolare messaggi di responsabilità sociale, dove la promozione di valori come l'empatia, la tolleranza e l'uguaglianza.

Elementi che, tuttavia, devono spesso fare i conti con il grosso profitto con cui gli stessi influencer hanno a che fare, inclinandosi, per natura, più verso dinamiche narcisistiche piuttosto che verso una presa di responsabilità sociale (Polesana, 2023).



Bibliografia

Bennato, D. (2022). Tante sfumature di influencer: la sociologia ci aiuta a capirle meglio, Agenda Digitale, 2 Dicembre 2022.

Polesana, M. (2023). Influencer e social media, Franco Angeli, Milano.

Riva, G. (2019). Il fenomeno degli influencer, Scuola Ticinese, pp. 26-31.

Riva, G. (2019a). Nativi Digitali. Crescere e apprendere nel mondo dei nuovi media, Il Mulino, Bologna.

Medicina Integrata, un cammino condiviso

ABSTRACT

In questo articolo si mettono in evidenza le ragioni per cui l'agopuntura, o più in generale la Medicina Tradizionale Cinese desti tanto interesse in Occidente sia nei pazienti che negli operatori sanitari. Non meno importante è l'attenzione suscitata negli organismi preposti al controllo della salute pubblica del mondo occidentale che hanno riconosciuto ufficialmente la validità terapeutica della MTC. La MTC e, più in particolare, una delle sue branche più importanti, l'agopuntura, studiata, sperimentata e validata secondo i criteri EBM occidentali, può essere usata per risolvere alcuni problemi funzionali del paziente senza aumentarne il carico farmacologico. Il cammino verso un futuro caratterizzato dall'integrazione delle due medicine è aperto.

This article highlights the reasons why acupuncture, or more generally Traditional Chinese Medicine, arouses so much interest in the West in both patients and healthcare professionals. No less important is the attention aroused in the bodies responsible for monitoring public health in the Western world which have officially recognized the therapeutic validity of TCM. TCM and more specifically, one of its most important branches, acupuncture, studied, tested and validated according to Western EBM criteria, can be used to solve some functional problems of the patient without increasing the pharmacological load. The path towards a future characterized by the integration of the two medicines is open.



Dott.ssa Flavia Lanzoni
Medico-chirurgo, Medical writer,
Bologna

Introduzione

La Medicina Tradizionale Cinese (MTC) è stata ufficialmente riconosciuta come medicina mondiale, essendo stata inserita, nel 2018, nel Compendio della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS); il Compendio è diventato operativo per gli stati membri a partire dal 2022.

Questo riconoscimento si trova nell'ICD-11, cioè nell'undicesima revisione dell'International Classification of Diseases, nel quale si orienta il modo in cui i medici fanno diagnosi, inserendo la valutazione di segni e sintomi caratteristicamente propri della diagnosi in MTC e riconoscendo loro, per la prima volta, una validità clinica efficace per la cura dei pazienti.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'obiettivo di questa decisione "è promuovere l'uso sicuro ed efficace della Medicina Tradizionale Cinese regolando, ricercando e integrando i prodotti della medicina tradizionale, i professionisti e le pratiche nei sistemi sanitari".

Sempre nel 2022, l'agopuntura, una delle terapie classiche della MTC, insieme alla farmacologia e alla dietetica cinese, al massaggio e alle ginnastiche mediche, è stata inserita nelle Linee Guida dell'Istituto

Superiore di Sanità (ISS), grazie ad uno studio di tre anni, condotto dalla FISA (Federazione Italiana Società di Agopuntura), con il supporto di consulenti esterni, tra cui i ricercatori dell'Istituto Mario Negri di Milano, che ha dimostrato, al di là di ogni dubbio, come l'agopuntura sia efficace quanto i farmaci, ma senza averne i frequenti e pericolosi effetti collaterali e tantomeno i costi sanitari, in due patologie largamente diffuse e invalidanti nella società, causa del deterioramento della qualità di vita dei pazienti e di ripetute assenze dall'attività lavorativa, quali l'emicrania e la lombalgia cronica. Per conoscere nei particolari come è stato condotto questo studio ed i risultati ottenuti si può andare sul sito dell'ISS (Istituto Superiore di Sanità) e digitare "agopuntura" in "Linee guida concluse" (<https://www.iss.it/snlg>). Sull'argomento si trovano, poi, molte altre evidenze, cercando fra tutti gli studi portati avanti in questi anni sull'efficacia dell'agopuntura nel dolore acuto e cronico.

Per rimanere sui sintomi "emicrania" e "lombalgia", prendiamo in considerazione, ad esempio, uno studio del 2016, pubblicato su PubMed. Questo analizza le prove dell'efficacia dell'agopuntura per il trattamento o la prevenzione dell'emicrania, della cefalea di tipo tensivo e dei disturbi della cefalea cronica e valuta i risultati di revisioni sistematiche selezionate e meta-



analisi; se ne evince come l'agopuntura sia associata a risultati clinici migliori rispetto alle sole cure di routine, alla gestione medica e all'agopuntura fittizia (placebo) fino a 2 mesi dopo la randomizzazione. Anche se le prove a sostegno dell'efficacia comparativa dell'agopuntura in periodi di follow-up più lunghi siano contrastanti, queste analisi di costo-efficacia condotte nel Regno Unito e in Germania suggeriscono che l'agopuntura sia un'opzione di trattamento anche economicamente vantaggiosa per questi Paesi.

Per quanto riguarda la lombalgia, sempre su PubMed, si trova un lavoro che ha analizzato i dati di 8 database per un totale di 12 studi che hanno coinvolto 1842 partecipanti. I risultati presi in considerazione includono efficacia (percentuale di pazienti che hanno migliorato totalmente o parzialmente i sintomi clinici), intensità del dolore e soglia del dolore ed hanno dimostrato come l'agopuntura sia più efficace della Medicina Occidentale in termini di ottenimento di risultati positivi per il paziente.

La MTC e, con essa, l'agopuntura è praticata in Cina da più di 3000 anni ed anche ai giorni nostri viene esercitata in ambulatori e ospedali cinesi per il trattamento di tutte le patologie, tranne le chirurgiche, ed insegnata nelle loro università.

La MTC riconosce caratteristiche più filosofiche e di esperienza pratica, mentre la nostra Medicina Occidentale si basa sul metodo scientifico sperimentale e sulla ricerca sistematica; si tratta di due modi completamente diversi di indagare la realtà, che partono da presupposti e metodiche diverse, ma che hanno come obiettivo comune la salute del paziente.

In Occidente, l'utilizzo dell'agopuntura viene sottoposto agli stessi criteri che regolano la nostra medicina, di conseguenza l'appropriatezza dei suoi trattamenti e dei protocolli terapeutici viene valutata con gli strumenti della medicina basata sulle prove di efficacia (EBM). Ne derivano innumerevoli evidenze, date dalle prove

sperimentali, che sono aumentate esponenzialmente negli ultimi anni, tanto da contare più di 30.000 studi solo su PubMed, che dimostrano come l'utilizzo dell'agopuntura sia efficace, oltre che nel dolore, anche in molte altre patologie che vanno dall'insonnia alle vertigini, dalle oculoriniti allergiche alla dismenorrea ed a problematiche come favorire il rivolgimento fetale in caso di posizione podalica del feto. Risulta essere, inoltre, un valido strumento di accompagnamento alle coppie che affrontano un percorso di procreazione medicalmente assistita o come terapia di supporto in ambito oncologico in quanto risulta essere utile per contrastare i sintomi collaterali alle terapie della Medicina Occidentale come nausea e vomito indotti dai farmaci chemioterapici, neuropatie periferiche, ossia i dolori delle terminazioni nervose spesso molto invalidanti per la qualità di vita dei pazienti e sintomi vasomotori come vampate di calore; contribuisce a ridurre, inoltre, stanchezza e affaticamento post chemioterapia.



La MTC, è stata spesso definita come la quinta Grande Invenzione della Cina dopo la bussola, la polvere da

sparo, la carta e la stampa, ma rispetto alla Medicina Occidentale ha un approccio completamente diverso, motivo per cui è stata spesso rigettata a priori dalla nostra Medicina durante gran parte del secolo appena concluso, nonostante l'evidenza del suo uso millenario in Cina e del suo ruolo essenziale nel sistema sanitario cinese.

La Medicina Occidentale si è evoluta soprattutto nel corso degli ultimi secoli ed è diventata molto potente nella cura farmacologica o chirurgica delle malattie organiche, ma sta peccando di tecnicismo e rischia di perdere il contatto con l'uomo. La MTC, invece, valutando la persona nella sua interezza, ne può cogliere dei tratti spesso trascurati come l'aspetto emozionale che spesso è concausa di tante situazioni patologiche. In questa ottica l'agopuntura è molto efficace nella terapia dei disturbi funzionali e quelli soggettivi del paziente, come ad esempio quelli dolorosi, prendendosi cura di questi con l'approccio olistico tipico del pensiero cinese.

I moderni studi di ricerca scientifica hanno dimostrato che l'agopuntura può:

- indurre analgesia
- proteggere l'organismo dalle infezioni
- regolare diverse funzioni fisiologiche.

Sebbene sia spesso usata come a trattamento sintomatico (ad esempio per il dolore), in molti casi può esser d'aiuto a ridurre alcuni sintomi di una malattia più complessa. Il concetto di "armonizzazione" si esplica nel fattore che influenza la direzione dell'azione terapeutica e che è la condizione in cui si trova il paziente. Numerosi esempi rivelano che l'azione regolatrice dell'agopuntura è bidirezionale. Ad esempio, l'agopuntura abbassa la pressione del sangue nei pazienti con ipertensione e la aumenta nei pazienti con ipotensione; aumenta la secrezione gastrica nei pazienti con ipoacidità e la diminuisce nei pazienti con iperacidità; normalizza la motilità intestinale sotto osservazione radiografica in pazienti con colite spastica o ipotonia intestinale. Pertanto, l'agopuntura stessa raramente peggiora la condizione, nella maggior parte dei casi, il pericolo principale della sua applicazione inappropriata è la negligenza dell'operatore; d'altra parte, per lo stesso motivo, l'agopuntura ha dei limiti: anche in condizioni in cui sarebbe indicata, potrebbe non funzionare, se la mobilitazione del potenziale dell'individuo non è adeguato per il recupero. L'agopuntura è una pratica medica che richiede studi approfonditi e molta esperienza, pertanto è fondamentale affidarsi a professionisti specializzati; in Italia, dal 1982, è considerata "atto medico" dall'ISS, per cui la sua pratica clinica è riservata soli medici.

L'agopuntura e, più in generale, la MTC non può e non deve essere intesa come un trattamento alternativo alla Medicina Occidentale, perché non cura la malattia organica conclamata, ma può alleviare certi sintomi fastidiosi che danneggiano la qualità di vita delle persone. In questo senso trova un suo utilizzo pratico anche negli anziani, sovente portatori di malattie croniche e spesso sottoposti a politerapie con effetti collaterali pesanti.

Il suo utilizzo porta vantaggi anche in termini di sicurezza evitando il sovraccarico da farmaci, dal momento che è un trattamento in cui i sottilissimi aghi, che vengono inseriti in punti ben precisi della epidermide del paziente (agopunti),



sono inerti, privi di principi attivi, non inoculano alcuna sostanza chimica nell'organismo, ma lo stimolano ad armonizzarsi, cioè a ritrovare l'equilibrio energetico perduto; questo è importante in quanto non c'è rischio di interazione tra farmaci, anzi l'attenuazione di alcuni disturbi funzionali, come ad esempio la stitichezza, porta ad una maggior aderenza alla terapia da parte dei pazienti.

Ogni punto di agopuntura, quando stimolato, produce uno specifico effetto terapeutico grazie alla produzione di endorfine; l'inserzione dell'ago ha molteplici effetti biologici: andando a stimolare zone più ricche di vasi e nervi rispetto alle aree vicine, comporta il rilascio di sostanze endogene, rilassa i muscoli, ha un effetto antinfiammatorio locale e un'azione sulla conduzione elettrica nervosa.

La Medicina Occidentale parte da un sintomo e ne indaga il meccanismo patogenetico, mentre la MTC al contrario

considera il paziente nella sua totalità psicofisica; se si è creato un quadro di disarmonia nell'equilibrio energetico della persona per il sopraggiungere, ad esempio, di un'infezione batterica, il medico occidentale che conosce la MTC può intervenire agendo su due fronti: da un lato, con una terapia farmacologica antibiotica e, dall'altro, stimolando con l'agopuntura il sistema immunitario del paziente per una più rapida guarigione ed attenuando i sintomi più fastidiosi della malattia come "sensazione di naso chiuso" o cefalea.

Questo è il significato profondo del concetto di Medicina Integrata: la capacità del medico di padroneggiare sia la Medicina Occidentale che le cosiddette Medicine Complementari, non più ora indicate con il termine "alternative" e di decidere senza pregiudizi, a seconda del paziente, dei sintomi e delle circostanze, quale terapia sia la migliore e la più efficace.



Bibliografia

- Sotte L., L'Organizzazione Mondiale della Sanità inserisce le medicine tradizionali nel suo compendio medico globale. Olos & Logos, n°2. 2019 pp.. 4-13

- Linee Guida dell'ISS: <https://snlg.iss.it/?cat=6>.

- Role of Acupuncture in the Treatment or Prevention of Migraine, Tension-Type Headache, or Chronic Headache Disorders. Coeytaux RR, Befus D. Headache. 2016 Jul;56(7):1238-40. Epub 2016 Jul 13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27411557>

- The Efficacy of Acupuncture for the Treatment of Sciatica: A Systematic Review and Meta-Analysis. Evid Based Complement Alternat Med. 2015; 2015:192808. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26425130>

- Biosci Trends. 2021 Nov 21; 15(5):283-298. doi: 10.5582/bst.2021.01318. Epub 2021 Aug 20. The positive role of traditional Chinese medicine as an

adjunctive therapy for cancer Xiaoyi Zhang, Hua Qiu, Chensheng Li, Pingping Cai, Fanghua Qi PMID: 34421064 DOI: 10.5582/bst.2021.01318

- "Acupuncture: Review and Analysis of Controlled Clinical Trials" Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002

- Zhang XP., Researches on the mechanism of acupuncture and moxibustion, Anhui, Anhui Science and Technology Press, 1983

- Sotte L., Ann. Ist. Super. Sanità, vol.35, n.4, 1999, pp. 509-515

- Lucenti, C., Agopuntura e scienza, Aracne ed., 2017

- Antonelli, M., & Donelli, D. (2020). Agopuntura ed evidenze scientifiche: presente, passato e futuro. Olos & Logos, n° 2, 2020), pagg. 38-40.

Benefici dell'Attività Fisica Adattata (A.F.A.) nei confronti della patologia emorroidaria

ABSTRACT

La patologia emorroidaria, fra altre cause, può trovare origine nelle disfunzioni del pavimento pelvico per un mancato rilascio dei muscoli dello stesso durante la spinta per evacuare (dissinergia del pubo-rettale). La disfunzione del pavimento pelvico è data dalla funzione anomala dovuta ai muscoli che costituiscono questa regione anatomica.

L'Attività Fisica Adattata (A.F.A.) è fortemente efficace sulle disfunzioni pelvi-perineali, poiché contrasta l'ipocinesia, consente di cambiare lo stile di vita correggendo le anomalie e i vizi, permette di migliorare la qualità della vita, incrementa l'autonomia personale. In realtà, assume tono di importante mezzo per la prevenzione di patologie e mantenere un buono stato di salute. Rappresenta il trattamento più idoneo nell'ambito delle disfunzioni perineali quando, ormai, è stata superata la fase acuta e non si necessita della prescrizione di un trattamento in specifico ambiente sanitario

The hemorrhoidal pathology, among other causes, can have its origin in pelvic floor dysfunction due to a failure to release its muscles during the push to evacuate (puborectal dyssynergia). Pelvic floor dysfunction is caused by the abnormal function due to the muscles that make up this anatomical region.

Adapted Physical Activity (A.F.A.) is highly effective on pelvic-perineal dysfunctions, as it counteracts hypokinesia, allows you to change your lifestyle by correcting anomalies and vices, allows you to improve the quality of life, increases personal autonomy. In reality, it becomes an important means for preventing pathologies and maintaining a good state of health. It represents the most suitable treatment in the field of perineal dysfunction when the acute phase has now been overcome and there is no need to prescribe a treatment in a specific healthcare environment, without increasing the pharmacological load. The path towards a future characterized by the integration of the two medicines is open.



Dott. Carmelo Giuffrida

Dottore in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate
Perfezionato in Chinesiologia, in Chinesiologia Rieducativa, in Posturologia e Osteopatia



Introduzione

Gli aspetti clinici della disfunzione del pavimento pelvico possono essere urologici, ginecologici o colo-rettali e, frequentemente, sono correlati.

La disfunzione del pavimento pelvico è caratterizzata dalla funzione anomala esercitata dai muscoli che costituiscono la regione pelvica: si riscontrano situazioni di ipertonicità, di ipotonicità o di perdita del supporto pelvico.

La funzione disordinata corrisponde all'aumento dell'attività (ipertonicità) o alla diminuzione dell'attività (ipotonicità) o alla coordinazione inappropriata dei muscoli del pavimento pelvico.

Le alterazioni relative al supporto degli organi pelvici sono note come "prolasso degli organi pelvici".

Anatomia del pavimento pelvico

Per compartimentalizzarne gli elementi riconosciamo le seguenti regioni anatomiche:

- anteriore: uretra/vescica,
- media: vagina/utero,
- posteriore: ano/retto.

Il pavimento pelvico è una combinazione mio-fasciale multipla con inserzioni legamentose che creano una cupola diaframmatica attraverso l'uscita pelvica ossea. Questo complesso si estende anteriormente, dal pube al sacro/coccige nella regione posteriore; bilateralmente si colloca in corrispondenza delle tuberosità ischiatiche.

La maggioranza della muscolatura pelvica è costituita dall'elevatore dell'ano. Didatticamente, questo muscolo si suddivide in:

- pubo-rettale, avvolgendosi come un'imbragatura attorno alla giunzione anorettale, accentua l'angolo anorettale durante la contrazione e fornisce un contributo primario alla continenza fecale.
- pubo-coccigeo, rappresenta la componente più mediale che si separa; modella lo iato dell'elevatore con aperture per l'uretra, la vagina (femmine) e l'ano.
- ileo-coccigeo.

L'elevazione e il supporto degli organi pelvici sono associati a questi ultimi due fasci muscolari.

I muscoli bulbo-spongioso e ischiocavernoso sono i principali contributori alla porzione superficiale del pavimento pelvico anteriore.

La muscolatura più superficiale del pavimento pelvico posteriore costituisce lo sfintere anale esterno.

I muscoli perineali trasversali attraversano la porzione mediana dell'aspetto superficiale del pavimento pelvico e si fondono con i muscoli bulbo-spongiosi e lo sfintere anale esterno come corpo perineale.

L'apporto nervoso alle strutture del pavimento pelvico deriva essenzialmente dai nervi sacrali S3 e S4 come il nervo pudendo.

L'afflusso di sangue predominante è derivato dai rami parietali dell'arteria iliaca interna.

I muscoli del pavimento pelvico hanno diverse funzioni:

1. Supporto degli organi pelvici:
 - vescica, uretra, prostata (maschi),
 - vagina e utero (femmine),
 - ano e retto (entrambi i sessi);
2. Supporto generale del contenuto intra-addominale;
3. Coadiuvare la continenza di urina e feci;
4. Contribuire alle funzioni sessuali dell'eccitazione e dell'orgasmo.

Aspetti clinici della disfunzione del pavimento pelvico

•Urologico

- Minzione difficile: esitazione, ritardo nel flusso urinario;
- Cistocele: rigonfiamento o ernia della vescica nella vagina (anteriore);
- Uretrocele (prolasso uretrale): rigonfiamento dell'uretra nella vagina (anteriore);
- Incontinenza urinaria: fuoriuscita involontaria di urina.

•Ginecologico

- Dispareunia: dolore con o dopo un rapporto sessuale;
- Prolasso uterino: ernia dell'utero attraverso la vagina oltre l'introito;
- Prolasso vaginale: ernia dell'apice vaginale oltre l'introito;
- Enterocele: rigonfiamento o ernia dell'intestino nella vagina (apicale/posteriore);
- Rettocele: rigonfiamento o ernia del retto nella vagina (posteriore).

•Colorettale

- Costipazione: contrazione paradossale o inadeguato rilassamento dei muscoli del pavimento pelvico durante la tentata defecazione (defecazione dissinergica);
- Incontinenza fecale: fuoriuscita involontaria di feci (non correlata alla rottura dello sfintere).
- Prolasso rettale: invaginazione del retto oltre il margine anale (Procedentia) o prossimale all'ano (Occulto).

•Generale

- Dolore pelvico: dolore cronico che dura da tre a sei mesi, non correlato ad altre condizioni definite.
- Spasmo dell'elevatore dell'ano: altro termine per il dolore pelvico cronico correlato alla muscolatura dell'elevatore dell'ano.
- Proctalgia fugax: dolore spastico fugace, correlato alla muscolatura dell'elevatore dell'ano.
- Discesa perineale: rigonfiamento del perineo al di sotto dell'uscita pelvica ossea.

Emorroidi e patologia emorroidaria

Le emorroidi rappresentano una costituente considerevole dell'Anatomia e nella Fisiologia del canale anale. Sono varicosità delle vene del plesso venoso emorroidario deputate alle funzioni di continenza e di evacuazione.

Vengono definite come ectasie di uno o più rami dei plessi venosi emorroidari o, piuttosto, come un tessuto spugnoso altamente vascolarizzato, sostenuto da connettivo elastico e fibre della muscolatura liscia in cui

una fitta rete di capillari arteriosi contrae anastomosi con i plessi venosi tributari delle vene emorroidarie.

L'etiopatogenesi delle emorroidi prevede, essenzialmente, un'alterazione dello strato di supporto fibro-muscolare della sub-mucosa rettale che, degenerando, provoca una dislocazione dei cuscinetti emorroidari dalla loro posizione anatomica normale fino a prolapsarsi, con l'aumentare della pressione endoaddominale, durante la defecazione. Il concetto dell'ipertono del canale anale supporta la teoria dello scivolamento della struttura fibro-muscolare anale e giustifica l'uso dei dilatatori anali crio-termici (Dilatan).

Quando il tessuto emorroidario si manifesta attraverso varie sintomatologie che vanno dal sanguinamento, al prolasso e al dolore, si determina la malattia emorroidaria. Tale condizione gastro-intestinale patologica è enormemente frequente e, la maggior quantità delle persone, ad un certo momento della propria vita, ne viene interessata. I fattori che contribuiscono all'aumento dell'incidenza di emorroidi sintomatiche, nella multifattorialità, includono le predisposizioni individuali (familiarità), fattori alimentari, condizioni che indeboliscono il tessuto di supporto come l'incremento della pressione intra-addominale, condizioni ormonali connessi alla gravidanza e gli sforzi per sollevamenti di carichi meccanici, componenti psicologiche. Entrambi i sessi riportano il picco di incidenza dall'età di 45 a 65 anni. In particolare, i caucasici sono colpiti più frequentemente degli afroamericani e uno status socioeconomico più elevato è associato a una maggiore prevalenza. Pertanto, la malattia emorroidaria sintomatica, nonostante la sua prevalenza e bassa morbilità, è uno dei disturbi più diffusi associati a un impatto significativo sulla qualità della vita. Le opzioni di gestione per tale patologia vanno dalle misure conservative a una varietà di procedure ambulatoriali e chirurgiche.

Chi accede all'ambulatorio proctologico, il più delle volte, è convinto che i disturbi anali siano dovuti alle emorroidi e non si considerano molte altre malattie, sia benigne che maligne, riguardanti l'ano, il retto e il colon con sintomi del tutto sovrapponibili.

Tra l'altro, non sempre viene rispettata la gerarchia che, dalla prevenzione in poi, dovrebbe interessare:

- visita da parte del Medico di Medicina Generale (1° livello);
- visita dello Specialista Chirurgo generale o Gastroenterologo (2° livello),
- visita dello Specialista Chirurgo coloproctologo, colo-rettale, o di un Esperto di patologie pelvi-perineali (3° livello);
- eventuale intervento per il recupero funzionale in ambiente specializzato, se ricorre uno stato di patologia acuta (ambulatorio di Fisiokinesiterapia), o, se presente una cronicità della patologia, ricorso allo Specialista Chinesiologo Clinico per la somministrazione di uno specifico piano di trattamento con Attività Fisica Adattata (A.F.A.).

Il dolore non è il principale sintomo della malattia emorroidaria, poiché, contrariamente all'opinione diffusa, la principale sintomatologia è fornita dal sanguinamento ("emo-reo", sangue che scorre). Le cause maggiormente



frequenti di ematochezia sono benigne e, nella maggioranza dei casi, il trattamento è possibile tramite terapia farmacologica o ambulatoriale. L'ematochezia, sebbene sia un fenomeno isolato, non va sottostimato, soprattutto nei soggetti a rischio, per escludere il cancro coloretale.

L'esclusione di neoplasie è l'elemento imprescindibile e fondamentale nella gestione di sintomatologie anali.

Anatomia e Fisiopatologia delle emorroidi

Le emorroidi sono gruppi di tessuti vascolari, muscoli lisci e tessuti connettivi, che si trovano lungo il canale anale in tre colonne:

- posizione laterale sinistra;
- posizione anteriore destra;
- posizione posteriore destra.

Le emorroidi sono universalmente presenti negli individui sani come cuscini che circondano le anastomosi tra l'arteria rettale superiore e le vene rettali superiore, media e inferiore. Tuttavia, il termine "emorroide" viene comunemente utilizzato per indicare il processo patologico della malattia emorroidaria sintomatica invece di denotare la normale struttura anatomica.

La classificazione di un'emorroide corrisponde alla sua posizione rispetto alla linea dentata. Le emorroidi esterne si localizzano distalmente alla linea pettinea, situata nel passaggio fra mucosa interna e epitelio squamoso esterno; la componente interna è prossimale.

Le emorroidi esterne si trovano al di sotto della linea dentata e si sviluppano dall'ectoderma a livello embrionale. Sono ricoperti da anoderma, composto da epitelio squamoso, e sono innervati da nervi somatici che forniscono la pelle perianale in grado di produrre dolore. I deflussi vascolari delle emorroidi esterne avvengono attraverso le vene rettali inferiori nei vasi pudendo e, perciò, nelle vene iliache interne. Tipicamente, i sintomi correlati alle emorroidi esterne includono discomfort con senso di pesantezza anale, dolore quando è presente trombosi e prurito legato alla difficoltà ad ottenere una adeguata igiene perianale per la concomitante presenza di marische (pliche cutanee esiti di episodi infiammatori che si formano in zona perianale e possono provocare fastidio, irritazione e problemi di evacuazione).

Le emorroidi interne, al contrario, si trovano sopra la linea dentata e derivano dall'endoderma. Sono ricoperti da epitelio colonnare innervato da fibre nervose viscerali e, quindi, non possono causare dolore. I deflussi vascolari delle emorroidi interne comprendono le vene rettali medie e superiori che, successivamente, drenano nei vasi iliaci interni.

Le emorroidi interne si presentano con rettorragia in assenza di dolore, prollasso, perdite di mucose e senso di evacuazione incompleta.

Le emorroidi interne vengono stratificate in base alla gravità del prollasso in 4 gradi (classificazione di Parks):

- e.i. di primo grado, sono ubicate all'interno del canale anale e, conseguentemente, sono visibili solo tramite esame anoscopico, non sono prollassate fuori dal canale e sono caratterizzate da una vascolarizzazione prominente; generalmente indolori al punto che il soggetto si rende conto della patologia solo per effetto del sanguinamento.

- e.i. di secondo grado, sono prollassate al di fuori del canale durante i movimenti intestinali o lo sforzo dell'atto defecatorio per rientrare spontaneamente; si associano a sanguinamento e a fastidio anale.

- e.i. di terzo grado, prollassano persistentemente all'esterno del canale anale e richiedono una riduzione manuale per il riposizionamento all'interno del canale.

- e.i. di quarto grado sono irriducibili e, non essendo riposizionabili all'interno del canale, la mucosa anale permane costantemente al di fuori della rima anale nonostante i tentativi di normalizzazione con la manipolazione.

L'esatta fisiopatologia della malattia emorroidaria sintomatica è poco conosciuta. Le teorie sulle emorroidi come varici anorettali sono obsolete, poiché, i soggetti con ipertensione portale e varici non presentano una maggiore incidenza di emorroidi. Attualmente è più accreditata la teoria del rivestimento scorrevole del canale anale; questa teoria propone che le emorroidi si manifestino quando i tessuti di supporto dei cuscinetti anali si deteriorano. Si ritiene che l'incremento dell'età, un'attività di intensi sollevamenti di carichi meccanici, lo sforzo derivante dalla defecazione associato a una prolungata seduta nel water, contribuiscano alla manifestazione del processo.

Le emorroidi rappresentano, pertanto, il termine patologico per descrivere l'anormale spostamento verso il basso dei cuscinetti anali che causano la dilatazione venosa.

All'esame istopatologico, i cambiamenti osservati nei cuscinetti anali includono dilatazione venosa anormale, trombosi vascolare, processo degenerativo nelle fibre di collagene e nei tessuti fibroelastici, distorsione e rottura del muscolo sotto-epiteliale anale. Nei casi più gravi, una reazione infiammatoria prominente che coinvolge la parete vascolare e il tessuto connettivo circostante è stata associata a ulcerazione della mucosa, ischemia e trombosi.

Attività Fisica Adattata e disfunzioni pelvi-perineali

Sebbene il numero di persone che utilizza con regolarità l'attività fisica per ottenere benessere rimanga troppo basso, il movimento svolge un ruolo determinante per la salute dell'essere umano tanto sull'efficienza del corpo quanto quello psicologico.

L'Attività Fisica Adattata (A.F.A.) dimostra una forte efficacia sulle disfunzioni pelvi-perineali poiché contrasta l'ipocinesia, consente di cambiare lo stile della propria vita correggendo le anomalie e i vizi, permette di migliorare la qualità della vita, incrementa l'autonomia personale. In realtà, diventa un importante mezzo per la prevenzione di patologie consentendo il mantenimento di un buono stato di salute.

In particolare, rappresenta il trattamento più idoneo nell'ambito delle disfunzioni perineali quando, ormai, si è risolta la fase acuta e non si necessita della prescrizione di un trattamento in ambiente sanitario specifico.

In pratica, quando il soggetto ha ormai stabilizzato la sua patologia, nella fase di mantenimento o come trattamento preventivo nei casi a maggiore rischio, o se si

è instaurata una cronicità della patologia, l'Attività Fisica Adattata (A.F.A.) fornisce un valido aiuto.

Piano di trattamento di "Chinesiologia rieducativa pelvi-perineale

per il ri-apprendimento propriocettivo e posturo-cinetico volto al miglioramento dell'endurance muscolare e del corretto coordinamento dell'attività muscolare".

Fattori di inclusione

- Stato patologico stabile;
- Attività fisica inserita in "INDICAZIONI";
- Considerazione dei processi involutivi dell'età e stato residuo delle capacità fisiche di base;
- Capacità di apprendimento di Esercizi Adattati per il miglioramento della compliance specifica e generale;
- Capacità di recupero e di controllo, per quanto possibile, del pavimento pelvico e dei muscoli peri-anali.
- Disponibilità a lavorare sui parametri metabolici attraverso l'Esercizio Fisico Adattato per migliorare le aspettative della qualità di vita, prevenire gli stati di deficienza funzionale e motoria, migliorare le capacità fisiche di base ed, essenzialmente, la resistenza e la forza mio-fasciale generale e, in particolare, il potenziamento del pavimento pelvico, del power house e del core stability addominale.



La "Pianificazione Specialistica per Attività Motoria Preventiva e Adattata (A.M.P.A.) ed Esercizio Fisico Adattato (E.F.A.)":

- viene indirizzata al piano perineale con ginnastica pelvica,
- generalizzato al recupero delle qualità fisiche di base e delle grandi funzioni organiche,
- utilizza una protezione ergonomica con specifico training del pavimento pelvico associato a presa di coscienza del perineo,
- prevede l'assegnazione di esercizi domiciliari atti a stimolare la componente tonica muscolare e l'endurance,

dopo averne appresi i contenuti.

Al fine di raggiungere l'obiettivo primario del recupero della disfunzione pelvi-perineale si consiglia:

- la rettificazione delle disfunzioni pelvi-rachidea attraverso la riprogrammazione degli specifici engrammi percettivo-sensoriali e motori,
- il riapprendimento propriocettivo e posturo-cinetico,
- la rieducazione pelvi-perineale,
- l'utilizzo delle tecniche di Attività Fisica Adattata ritenute più idonee.

Una corretta programmazione, la gestione e la somministrazione di protocolli di A.F.A. (Attività Fisica Adattata), condotta in ambiente altamente specializzato, garantisce i soggetti in salute e/o con patologie croniche clinicamente stabilizzate e che presentano una comorbilità con altre patologie non trasmissibili, impone delle scelte tecniche e tattiche.



Per effetto dei disordini bio-meccanici e per migliorare lo stato di efficienza fisica dell'apparato locomotore, in genere, si consiglia tipologia di esercizio: regime aerobico adattato;

- intensità: al 70÷80% Fcmax;
- durata min/die: Da 35' a 60';
- frequenza n° sessioni/settimana: 1÷2 esclusivamente in ambiente specializzato (per quanto è possibile); + 3÷4 a domicilio secondo indicazioni personalizzate fornite.

Monitorare con cardiofrequenzimetro in fascia verde: HRmax 80% Fcmax.

Per quanto attiene alla regione pelvica -peri-anale:

- tipologia di esercizio: esercizio fisico a carico naturale, contro-resistenza, in regime isotonic, isometrico, auxotonic, per il potenziamento dei principali distretti

muscolari del bacino e, con particolare riguardo ai muscoli pelvici e perianali, per lo sviluppo della resistenza e della forza muscolare;

- intensità: al 50÷70% Fcmax - 1 RM

- durata min/die: 1 ÷ 3 serie da 20÷30 ripet. senza sforzo, pause da 15" a 2'

- frequenza n° sessioni/settimana: 1÷2 esclusivamente in ambiente specializzato; + 2÷3 a domicilio secondo indicazioni personalizzate fornite.

- Monitorare con cardiofrequenzimetro in fascia verde: HRmax 70% Fcmax

Gli obiettivi da raggiungere devono essere orientati a:

1) Training Muscolare:

-esercizi isotonici per le fibre fasiche (tipo II – fibre bianche - fast twitch fibres): rapide contrazioni massimali del muscolo Pubo-coccigeo per 1÷2 sec., seguite da un periodo di riposo doppio 2÷4 sec. (10÷15 ripetizioni);

-esercizi isometrici per le fibre toniche (tipo I – fibre rosse - slow twitch fibres): contrazioni sub-massimali per 4÷5 sec., e riposo doppio 8÷10 sec. prima di eseguire la contrazione successiva (10÷15 ripetizioni). L'intera serie di esercizi va effettuata 3÷5 volte al giorno anche a domicilio.

2) Ginnastica addominale ipopressiva associata ad esercizi isometrici del pavimento pelvico:

-acquisizione della consapevolezza del pavimento pelvico e della capacità di compiere contrazioni e decontrazioni miofasciali (corticalizzazione): si verifica

-l'interferenza di pattern disfunzionali quali glutei ed adduttori (muscoli agonisti) e addominali e diaframma (muscoli antagonisti), che devono essere inibiti durante l'attività perineale.

-Potenziamento dei distretti mio-fasciali del Power house e del Core Stability al fine di realizzare un corsetto muscolare capace di difendere la colonna vertebrale in occasione di sollevamenti (salvaguardando il pavimento pelvico ed evitando sovraccarichi endo-perineali);

-Apprendimento della retroversione di bacino e applicazione ergonomica di corretti schemi motori a situazioni posturali quotidiane;

-Apprendimento del tetraritmo respiratorio e distinzione tra respirazione toracica e respirazione diaframmatica;

-Svolgimento di specifici esercizi di Attività Fisica Adattata effettuati in retroversione di bacino e con scarico completo dei carichi meccanici, interessanti i muscoli dell'intero sistema pelvico e del piano perineale, finalizzati al recupero della funzionalità;





orientamento spaziale delle strutture ossee modifica la tensione mio-fasciale e legamentosa del pavimento pelvico);

Restituire una corretta informazione meccanica normalizzando la disfunzione osteoarticolare senza agire sulla perdita di tono del muscolo elevatore dell'ano, che sarà recuperata (per quanto possibile) tramite la ginnastica perineale;

Rinforzare il pavimento pelvico in forma tonica per mezzo di una sequenza di posture mantenute per 10÷25 sec. in "apnea espiratoria" associata ad una "falsa inspirazione" (contrazione volontaria m. elevatori gabbia toracica);

Generare un'ipopressione con una "falsa inspirazione" o "aspirazione diaframmatica", ossia, una pressione intraddominale negativa che indurrà una contrazione riflessa (involontaria) della muscolatura perineale, responsabile di incrementare il tono di base.



Esercizi di propriocezione e di equilibrio su piani instabili e pedane elastiche con idonee stimolazioni retro-attive telencefaliche e corticalizzanti per il controllo degli schemi motori;

Prevenire o attenuare i momenti di stimolazione algica utilizzando scarichi meccanici localizzati al pavimento pelvico;

Mantenere una condizione di benessere psico-fisico, svolgendo un serio impatto positivo sulla sfera psichica ed emotiva.

3) Automatizzazione:

Integrare la contrazione del pavimento pelvico agli sforzi compiuti durante le attività quotidiane: es. nel tossire, nel sollevare o spostare un peso, scendendo le scale, nel valicare un ostacolo, etc...

4) Normalizzazione della disfunzione osteoarticolare:

Normalizzazione della disfunzione meccanico-strutturale delle componenti pelviche (la variazione dell'esatto

5) Prevenzione:

Sorveglianza perineale preventiva;
 Abbattimento rischi per il pavimento pelvico;
 Evitare i sovraccarichi articolari;
 Evitare uno stile di vita sedentario e agevolare il ritorno al "lavoro" con un progressivo controllo del pavimento pelvico e del piano perineale (allenamento allo sforzo);
 Modificare il proprio stile di vita;
 Miglioramento del gesto motorio con ricerca della eliminazione dei momenti lesivi e disfunzionali per ricavarne una migliore economicità ergonomica;
 Prevenire o attenuare i momenti di stimolazione algica utilizzando scarichi meccanici localizzati al pavimento pelvico;

Riorganizzazione delle abitudini di vita con adeguato uso di misure protettive ergonomiche in riferimento all'attività quotidiana (work hardening) secondo corretti schemi ergonomici bio-meccanici e biodinamici ed evitando generosi e lunghi periodi di inattività e di astensione dalla regolare attività motoria (aumento del rischio di decondizionamento muscolare);
 Esercizi da svolgere a domicilio (insistendo sulla regolarità esecutiva per mantenere nel tempo il benessere raggiunto);



Indicazioni:

Rivalutazione in follow up facendosi seguire dagli Specialisti che, in équipe, ruotano intorno alla problematica: Chirurgo-Proctologo, Urologo, Ginecologo, Gastro-Enterologo, ... Terapista della Riabilitazione (se ricorre una fase acuta), Chinesiologo Clinico o Dottore in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate (in seno alla cronicità e stabilità), Psicologo, ...



Si effettuerà un follow up a circa 12÷16 settimane di distanza dall'inizio del piano di trattamento per verificare se il lavoro somministrato sia adeguato secondo gli indicatori di efficacia del protocollo concordato; si creerà un confronto costante con il Chirurgo-Proctologo, Urologo, Ginecologo, Gastro-Enterologo, ... ricercando un costante coordinamento per una prospettiva in team.

La Chinesiologia Rieducativa distrettuale e il percorso chinesiologico è sequenziale.

Ha l'obiettivo di facilitare la presa di coscienza dell'attività muscolare perineale tramite una "corticalizzazione" degli eventi motori di un'area corporea poco rappresentata delle aree primarie corticali, sia motoria che sensitiva.

- La PRESA DI COSCIENZA è la fase più delicata dell'intero programma chinesiologico. Perciò, da essa dipende il buon esito del risultato complessivo nel recupero della funzione del pavimento pelvico perineale. (riflesso di stiramento del perineo) deve produrre consapevolezza della funzione fisiologica non rilevata coscientemente. È uno strumento percettivo che consente di percepire le attività fisiologiche non apprezzabili a livello cosciente in condizioni normali. Aiuta ad evidenziare l'informazione recettoriale interferendo e migliorando il controllo dell'area con ridotta capacità sensitiva e motoria o di una funzione.

Quando la coscienza zonale migliora e la percezione mio-fasciale è più intensa, l'intervento di tipo chinesiologico permette il mantenimento di una adeguata capacità propriocettiva che riporta allo stato fisiologico.

- L'ELIMINAZIONE DELLE SINERGIE AGONISTE ED ANTAGONISTE è indissociabile dalla fase precedente.

Dopo aver preso coscienza dell'esistenza anatomica del perineo e della possibilità di provocare movimenti volontari dei muscoli pelvici (corticalizzazione), si verifica l'interferenza di pattern disfunzionali con i muscoli agonisti quali i glutei e i muscoli adduttori, con i muscoli antagonisti quali gli addominali e il diaframma.

Questi complessi muscolari, di fatto, durante l'attività perineale devono essere inibiti. Nei casi più complessi di inversione del comando è utile ricorrere all'utilizzo di apparecchiature di Biofeedback (ma la competenza spetta ad altre figure professionali).

Se il soggetto è in grado di effettuare una contrazione isolata del muscolo pubo-coccigeo si avvia il TRAINING MUSCOLARE del Pavimento Pelvico e perineale individualmente e, successivamente, in mini-gruppi di lavoro.

Questa fase, in realtà, diventa il cardine del trattamento educativo.

Il training agisce sull'elevatore dell'ano, incrementando la forza, la resistenza allo sforzo e la velocità di accorciamento del muscolo. Modificando la sua capacità elastica e di estensibilità si agisce sia sulle fibre slow-toniche che sulle fibre fast-fasiche. Pertanto, il protocollo prevede sia esercizi isotonici che esercizi isometrici.

Gli esercizi isotonici, nella realtà, consistono in rapide contrazioni del muscolo pubo-coccigeo, seguite da un periodo di riposo doppio rispetto al periodo di contrazione. Generalmente, il lavoro si facilita con lo stretch reflex (riflesso miotatico) e la massima resistenza opposta dall'Operatore, poiché, l'attivazione dei motoneuroni



fascici richiede il massimo sforzo (massima tensione-massima velocità). L'aumento della contrazione fasica dell'elevatore dell'ano, pertanto, assume importanza nei casi di aumenti della pressione endo-addominale.

Quando i muscoli del pavimento pelvico sono contratti, a seguito di contrattura muscolare per effetto di compressione strutturale mio-fasciale e/o neurologica zonale con conseguente flogosi localizzata, si usa il Reverse Kegel. Cioè, si aumentano i tempi di rilassamento muscolare rispetto alla contrazione (il contrario del tradizionale metodo di Kegel). In pratica, si incrementa la presa di coscienza dei muscoli da contrarre escludendo l'interferenza dei muscoli accessori: glutei, addominali, diaframma e adduttori, per evitare di peggiorare la situazione.

Gli esercizi isometrici, invece, migliorano la performance delle fibre toniche. Per esattezza, si basano su carichi medi e numerose ripetizioni di ciascuna contrazione intervallata da adeguati periodi di riposo (durata doppia del tempo di contrazione). Si caratterizzano per il mantenimento della contrazione muscolare per almeno 6 secondi, sviluppando una forza compresa tra il 50% e il 75% della forza massima. Questi esercizi, aumentando il tono di base dell'elevatore dell'ano ne riducono l'affaticabilità migliorandone l'endurance e, di conseguenza, la continenza a riposo.

L'integrazione dell'attività muscolare con l'attività della vita quotidiana consiste in attività motorie del pavimento pelvico e perineale.

Vengono usati esercizi che si integrano con la contemporanea attivazione della muscolatura agonista ed antagonista.

In pratica, mimano situazioni tipiche della vita quotidiana sfruttando un alto grado di integrazione corticale per associare o dissociare l'attività dei gruppi muscolari dedicati.

Di fatto, la contrazione perineale deve essere elaborata per poi essere utilizzata sotto forma di impulsi sensoriali o visivi.

Dato che facilita la dissociazione del perineo da altri muscoli (agonisti-antagonisti), assume importanza primaria sia nella presa di coscienza che nel training di rinforzo muscolare. Questa fase finale non sempre viene raggiunta dall'utenza. In ogni caso, però, deve rappresentare il traguardo del training perineale.

Conclusione

A seguito di un'accurata anamnesi e di un'attenta valutazione funzionale, si programma l'attività da effettuare considerando le capacità fisiche-metaboliche residue, si calibrano i parametri da utilizzare durante l'esecuzione degli esercizi e vengono spiegate le norme comportamentali da intraprendere e mantenere per tutto il periodo di attività.

Questi elementi sono basilari per raggiungere gli obiettivi pre-fissati e per mantenere i risultati perseguiti e raggiunti con il proprio percorso individualizzato.

Un'attività fisica improvvisata, non attentamente calibrata e non adeguatamente programmata, può determinare disturbi al pavimento pelvico e restituire risposte anomale come la perdita di feci o di urine, diastasi addominali o prolapsi. Tale esito si riscontra, soprattutto, quando si opera con frequenti sollevamenti di pesi, in occasione



di salti o di balzi, in improvvisate attività in cui si crea un brusco aumento della pressione endo-addominale.



È indispensabile eseguire una corretta meccanica della respirazione coordinando il ritmo dell'atto respiratorio e la ventilazione polmonare durante l'esecuzione degli esercizi.

Per tutelare il pavimento pelvico in tutte le situazioni potenzialmente a rischio, assume importanza fondamentale la presa di coscienza che consente di selezionare la percezione dei muscoli pelvici rispetto ai glutei e alle cosce.

Lo svolgimento di alcuni esercizi interessanti la contrazione e il rilassamento dei muscoli del pavimento pelvico, consente di ottenere il potenziamento dell'intero sistema di sostegno degli organi pelvici.

Una corretta programmazione, la gestione e la somministrazione di protocolli di A.F.A. (Attività Fisica Adattata), condotta in ambiente altamente specializzato, garantisce i soggetti in salute e/o con patologie croniche clinicamente stabilizzate e che presentano una comorbilità con altre patologie non trasmissibili, ma impone delle scelte tecniche e tattiche.

Gli obiettivi da raggiungere devono essere orientati a: Training muscolare, ginnastica addominale ipopressiva associata ad esercizi isometrici del pavimento pelvico, potenziamento dei distretti mio-fasciali del power house e del Core Stability, apprendimento della retroversione di bacino e del tetraritmico respiratorio, propriocezione, benessere psico-fisico, normalizzazione della disfunzione osteoarticolare, prevenzione.

Bibliografia

Johanson JF, Sonnenberg A. La prevalenza di emorroidi e costipazione cronica. Uno studio epidemiologico. *Gastroenterologia*. 1990; 98 (2):380-386. [PubMed] [Google Scholar].

Sardinha TC, Corman ML. Hemorrhoids. *Surg Clin N Am* 2002; 82: 1153-1167.

Sneider EB, Maykel JA. Diagnosis and Management of Symptomatic Hemorrhoids. *Surg Clin N Am* 2010; 90 17-32.

Lohsiriwat V. Hemorrhoids: From basic pathophysiology to clinical management. *World J Gastroenterol* 2012; 18: 2009- 2017.

Goenka MK, Kochhar R, Nagi B, Mehta SK. Varici rettosigmoide e altri cambiamenti della mucosa in pazienti con ipertensione portale. *Am J Gastroenterol*. 1991; 86 (9): 1185-1189. [PubMed] [Google Scholar].

Thomson WH. La natura delle emorroidi. *Fr. J Surg*. 1975; 62 (7):542-552. [PubMed] [Google Scholar].

Morgado PJ, Suárez JA, Gómez LG, Morgado PJ Jr. Basi istocliniche per una nuova classificazione della malattia emorroidaria. *Dis Colon Retto*. 1988; 31 (6):474-480. [PubMed] [Google Scholar].

Mateus-Vasconcelos ECL, Ribeiro AM, Antônio FI, Brito LGO, Ferreira CHJ. Physiotherapy methods to facilitate pelvic floor muscle contraction: A systematic review. *Physiother Theory Pract*. 2018;34(6):420-432. doi:10.1080/09593985.2017.1419520.



AVeventieformazione
l'eccellenza nell'organizzazione
che rende ogni evento
indimenticabile.

info@av-eventieformazione.it

+39 095 7280511

Anno IX - N.2 Marzo/Aprile 2024



MEDIC@LIVE
Magazine

**Invita Medic@live al tuo
evento e sarà un successo**

pubblicita@medicalive.it

L'INFORMAZIONE SCIENTIFICA CHE CORRE SULLA RETE