

Supplemento a ND

Anno 1 - n. 1 - Novembre 2020

Idrocolon terapia

Organo ufficiale S.I.C.T. - Società Idro Colon Terapia

S.I.C.T.

Società Idro Colon Terapia

Sono aperte
le iscrizioni 2021

www.idrocolonterapia-sict.org



DIAGNOSTICA

**L'osservatorio
intestinale**

STIPSI

**La strategia
idrocolonterapica**

IDROCOLONTERAPIA

**Il futuro
ha radici antiche**

SICT

Nasce l'organo ufficiale

Bifilact[®] RSV

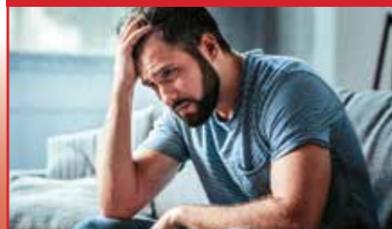
Solo fermenti vivi. **Resistente**
 Solo vivo benessere. **Stabile**
Vitale



La sinergia tra **fermenti lattici vivi** e **vitamine del gruppo B** per una **BENEFICA ENERGIA**

Utile, sia nell'**adulto** che nel **bambino**, in **caso** di **dismicrobismi intestinali** da:

Uso di antibiotici

Stress

Affaticamento

Cattiva Alimentazione


Idrocolonterapia Nasce l'organo ufficiale della S.I.C.T.


 di **Rosanna
 Giuberti**,
 Presidente
 S.I.C.T.
 (Società Idro
 Colon Terapia)

La pratica della Idrocolonterapia si è ampiamente diffusa sul territorio nazionale in questi ultimi 20 anni e la S.I.C.T. (Società Idro Colon Terapia) ha operato in questo periodo essenzialmente per confermare la validità di questa pratica medica nell'ambito delle patologie funzionali del colon e per dare rigore metodologico alla sua applicazione, attraverso seminari, convegni, percorsi didattici di Formazione per Medici, Infermieri Stomatoterapisti, Ostetriche e Masso-Idroterapisti (MCB), promuovendone anche la necessaria conoscenza al vasto pubblico all'insegna di quel "Fare, Saper Fare e Far Sapere" che deve animare ogni ambito del progresso umano, soprattutto in Medicina. L'Idrocolonterapia, infatti, è pratica medica, non è un semplice "clistere" che chiunque può esercitare, richiede conoscenze anatomiche e fisiologiche da parte dell'Operatore, attraverso le quali elaborare le adeguate manovre applicative per portare a buon fine le sedute. Onore ed onere della S.I.C.T. è quello di essere a tutti gli effetti la Società scientifica di riferimento, proprio mentre l'Idrocolonterapia cresce progressivamente, per interesse e consensi, anche ben al di là dell'ambito strettamente gastroenterologico, essendo ormai evidenti le correlazioni tra la salute intestinale e quella dell'intero organismo, coinvolgendo le più svariate aree specialistiche, dalla Ginecologia, all'Immunologia, alla Neurologia. Idrocolonterapia, quindi, come "Osservatorio" privilegiato per comprendere e trattare alla radice le più diverse patologie che abbiano un comune denominatore a livello intestinale. Un esempio su tutti è la possibilità di studio diretto del microbiota intestinale, paziente per paziente, con ricolonizzazioni dirette in grado di sinergizzare in modo mirato con successive strategie orali, altrettanto mirate, senza il problema del transito di probiotici attraverso il "mare acido" dell'ambiente gastrico. Mancava un organo di stampa, e anche questo obiettivo è stato raggiunto: "ND, Natura docet: la Natura insegna", testata divulgativa che si avvale di un Comitato scientifico interdisciplinare di prim'ordine, al quale mi onoro di appartenere, ha offerto alla S.I.C.T. la possibilità di accelerare i tempi, attraverso la realizzazione di un Supplemento periodico, inizialmente a cadenza trimestrale, che vede oggi la luce. L'obiettivo è quello di offrire agli addetti ai lavori, e al vasto pubblico potenzialmente interessato, uno strumento interattivo di comunicazione, attraverso articoli, aggiornamenti scientifici in tema di microbiota, di alimentazione, esperienze di campi applicativi, rubriche dedicate, report da altre società presenti nel mondo e tanto altro ancora nel campo della prevenzione sanitaria, ambientale e comportamentale, alimentare, incentrate sulla salute e sul benessere dell'intestino.

Presidente

Giuberti Rosanna (Milano)

Endoscopia:

Cosentino Felice (Milano)

Gastroenterologia:

Bellini Massimo (Pisa), Pesce Gianluigi (Genova)

Ginecologia:

Bernasconi Francesco (Milano)

Immunologia:

Di Fede Angelo Maria (Parma)

Medicina naturale:

Barsi Roberto (Roma)

Microbiologia medica:

Testa Cristian (Bergamo)

Neurologia:

Pucci Ennio (Pavia)

Odontoiatra:

Oggioni Patrizia (Milano)

Proctologia:

Zanandrea Guido (Monza)

Termalismo:

Bonsignori Fausto (Pistoia)

Urologia:

Magri Vittorio (Milano)



natura docet: la natura insegna

MEDICINA, SALUTE, ALIMENTAZIONE, BENESSERE, TURISMO E CULTURA

Anno 1 - N° 1 - Novembre 2020

Supplemento al numero di Ottobre di ND

Autorizzazione di Tribunale di Verona n.2133 del 14/02/2020

Sede legale:

A.Na.M. - Via Caprera, 1 - 37126 Verona (VR)

Direzione scientifica e redazione:

Strada della Lodesana 649 SX - 43036 Fidenza (PR)

Direttore scientifico:

Massimo Enrico Radaelli radamass1@gmail.com

Direttore responsabile:

Gianluigi Pagano paganoprom@hotmail.com

Direttore editoriale:

Giovanni Battista Colombo gianbattista.colombo@libero.it

Direttore amministrativo:

Rosalba Lofrano rosalba.lofrano@gmail.com

Direttore commerciale:

Marcello Lofrano marcello.lofrano@icloud.com

Art Director:

Giuliano Castrovilli

Segreteria di Redazione:

Alisée Maksimovna Radaelli - Manuel Lofrano

Osservatorio internazionale:

Africa: Martin Obioha

Argentina: Santiago Spadafora

Azerbaijan: Tural Mammadov

Brasile: Patricia Urquiza Lundgren, Spartaco Bolognini

Cina: Giovanni Cubeddu

Giappone: Hiroshi Kazui

India: Luca Riccò

Israele: Moshe Jean

Kazakhstan, Kirgizstan: Anara Bayanova

Marocco: Miriem Dasser

Moldova: Tatiana Cojocar

Paesi balcanici: Olja Turanjanin

Paesi scandinavi: Simona Aramini

Romania: Bianca Constantin

Spagna: José Miguel Lainez

Sudafrica: Antonio Pappalardo

Sud Est Asiatico: Adriano Ciocca

Tunisia: Wael Toumi

Ucraina: Nataliya Dyachyk

Uruguay: Federico Dajas

Stampa:

Tipografia Quetti - Via Leopardi, 48 - 25040 Artogne (BS)

Eventuali detentori di copyright sulle immagini ai quali non siamo riusciti a risalire, sono invitati a mettersi in contatto con amministrazione@saintgeorge.it. La Rivista è distribuita telematicamente in abbonamento gratuito e in versione cartacea a target selezionati. I dati sono trattati elettronicamente e utilizzati dall'Editore per la spedizione della pubblicazione e di altro materiale da essa derivato.

Nessun testo può essere riprodotto con qualsiasi mezzo senza il consenso scritto.



natura docet: la natura insegna



M.C.B.

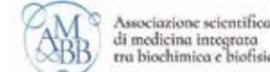
Massaggiatore e Capo Bagnino di stabilimenti Idroterapici

UNA OPPORTUNITÀ PER ENTRARE NEL MONDO SANITARIO

APPROVATA



SICT
Società IdroColonTerapia



Il titolo rilasciato è nell'elenco delle professioni Sanitarie ausiliarie del
MINISTERO DELLA SALUTE

Il programma di studio comprende l'utilizzo di
ELETTROMEDICALI IN CLASSE 2 A
BIORISONANZA - TECAR - IONORISONANZA ETC.



Per informazioni
tel. 0364 536046
segreteria@saintgeorge.it
www.stgcampus.it

Pratiche antiche e sviluppo scientifico

Idrocolonterapia: un percorso inarrestabile di crescita

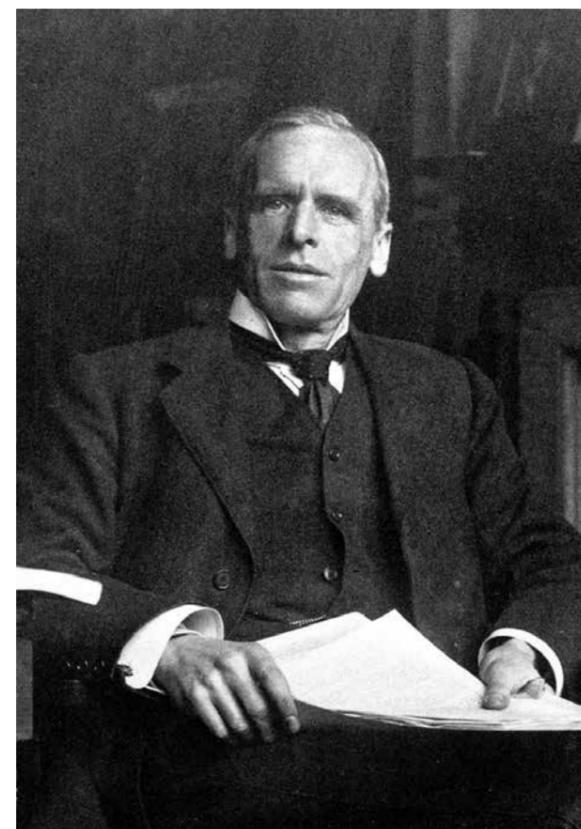


di Rosanna Giuberti, Presidente S.I.C.T.

► CENNI STORICI

Il lavaggio intestinale ha accompagnato la storia dell'umanità e la storia stessa della Medicina: Francesco Redi (1626-697), grande Medico e Naturalista italiano, universalmente noto come "Padre della Parassitologia (nonché illustre Letterato: è suo il famoso "Bacco in Toscana", una celebrazione dei principali vini, in versi), nell'antologia "Consulti medici" suggerisce l'uso frequente del clistere, ammonendo al tempo stesso di mantenere un'alimentazione sobria. "E'

sempre meglio stuzzicare la stalla che la cucina" - suggeriva ai pazienti - "Non si scordi la frequenza di serviziali almeno un giorno sì e uno no (...) I clisteri non saranno mai troppi". Nel linguaggio dell'epoca i "serviziali" venivano auto praticati, mentre clisteri erano eseguiti da operatori medici o farmacisti. Il lavaggio intestinale era del resto praticato in tutta Europa e il suo utilizzo fu sempre promosso dai Maestri della Medicina fin dall'antichità: alla luce delle ricerche che evidenziano il ruolo del microbiota intestinale per il mantenimento di un buono stato di salute, non possiamo che confermare il ruolo centrale



Ernest Starling

è oggi conosciuta come "riflesso peristaltico". Bayliss e Starling dimostrarono inoltre, sperimentalmente, che l'intestino anche in assenza di afferenze ed efferenze nervose non perde la sua capacità di reagire alla sollecitazione di aumenti pressori interni e di mantenere una efficace azione peristaltica. Ulrich Trandelenburg nel 1917, diciotto anni dopo le pubblicazioni di Bayless e Starling, dimostrò in modo inequivocabile la validità delle conclusioni dei due fisiologi inglesi su un modello in vitro: un'ansa isolata di intestino venne fissata su un tubo cavo a forma di J e mantenuta vitale in un bagno per organi termostato e, soffiando sul pezzo, l'ansa restituiva la risposta con un'onda discendente e coordinata di contrazione a monte e rilassamento a valle. A differenza del comportamento degli altri organi che, se subiscono il taglio delle connessioni con il sistema nevoso centrale cessano qualsiasi attività, l'intestino dimostra quindi una capacità intrinseca autonoma, che gli conferisce un ruolo unico nella mappatura del corpo umano. Michael D. Gerson, ricercatore e autore di un libro sull'argomento ("Il secondo Cervello") non ha dubbi: il nostro intestino è un secondo cervello, ma va anche oltre, affermando che, per un Neurobiologo, dopo aver preso atto di ciò, è come dire che l'intestino è vicino a Dio...La rete neuronale del

Redi

► LA SOCIETÀ DI IDRO COLON TERAPIA: FRA STORIA E FUTURO

L'attività della SICT fin dalla fondazione si è concentrata sulla ricerca delle evidenze scientifiche che confermassero la validità terapeutica della Idrocolonterapia. Possiamo far risalire la moderna interpretazione delle modalità funzionali dell'intestino agli studi di due fisiologi inglesi del XIX secolo: William Bayliss ed Ernest Henry Starling. Le loro sperimentazioni portarono alla formulazione della legge che porta appunto il loro nome il nome. I due ricercatori dimostrarono che l'intestino riproduceva sempre lo stesso comportamento: aumentando a sufficienza la pressione interna, l'intestino rispondeva con movimenti muscolari che avevano come conseguenza la spinta dei contenuti in una unica direzione mediante una contrazione a monte e un rilassamento a valle verso il canale anale. La legge di Bayliss e Starling





Marcello Costa

sistema nervoso enterico ha infatti la stessa complessità come numero di neuroni, come tipologia e connessioni sinaptiche dei neuroni, del primo cervello.

Le ricerche di Marcello Costa, specializzato nella struttura e nelle funzioni del sistema nervoso gastroenterico, fanno di lui un indiscusso punto di riferimento del mondo accademico mondiale per gli studi sulla motilità intestinale. Insignito di innumerevoli onorificenze, tra cui il Premio internazionale alla carriera da parte della FMN (Federazione di Neurogastroenterologia e Motilità), questo autentico leader delle Neuroscienze ha offerto a tutti noi operatori in Idrocolonteria basi scientifiche che confermano l'efficacia riabilitativa sulla funzione intestinale esercitata dal semplice utilizzo dell'acqua, come avviene in corso di seduta di "idrocolon". La motilità intestinale, ancora non del tutto studiata, richiede la coordinazione di motoneuroni eccitatori e inibitori propri del sistema nervoso autonomo, ortosimpatico e parasimpatico, che innerva le anse intestina-

li e quella dei neuroni enterici meccanosensibili, che fanno parte del sistema nervoso intrinseco intestinale. Costa ha identificato un ciclo neuro meccanico, dimostrando come la contrazione peristaltica non sia un semplice riflesso, ma un meccanismo più complesso che si adatta al contenuto del lume intestinale. Quindi la forma e le dimensioni del contenuto del lume intestinale influenzano la capacità di propulsione. In particolare, più ampia è la superficie di contatto del contenuto intestinale, più neuroni sensoriali vengono eccitati e maggiore è l'attivazione della risposta peristaltica, portando ad una ampia velocità di propulsione. Le evidenze dei cambiamenti del diametro intestinale misurati con video imaging ad alta risoluzione, e lo sviluppo della manometria ad alta risoluzione per la registrazione di schemi motori umani in vivo, hanno confermato che l'aumento della fluidità dei contenuti aumenta la velocità di propulsione. Infatti, i contenuti intestinali solidi vengono spinti ad una velocità di propulsione inferiore rispetto al materiale viscoso o liquido. Inoltre, aumentare il diametro del contenuto intestinale oltre un limite o aumentare il carico contro cui opera la propulsione, rallenta la velocità con cui si propagano le contrazioni. Questi dati risultano estremamente interessanti e rappresentano linee guida per l'operatore in Idrocolonteria. Confermano che l'ingresso nel lume intestinale di acqua si distribuisce volta per volta su una superficie sempre più ampia, attivando così il circuito neuromotorio e con esso la modulazione peristaltica. La Flinders University descrive le ricerche di M. Costa come una serie di scoperte fondamentali sul ruolo dei neuroni nel guidare l'attività dell'intestino e nel riconoscere che il sistema neurologico di una persona modella i suoi pensieri, la sua cultura, la capacità intellettuale, le emozioni e le nostre funzioni vitali.

► CAPACITÀ ADATTATIVA DELLA MOTILITÀ IN FUNZIONE DELLA PRESSIONE E DEL FLUSSO INTESTINALE

L'apparato digerente nel suo complesso, e il colon in particolare, esprime una ampia capacità di movimento che rappresenta un adattamento continuo nei confronti del-

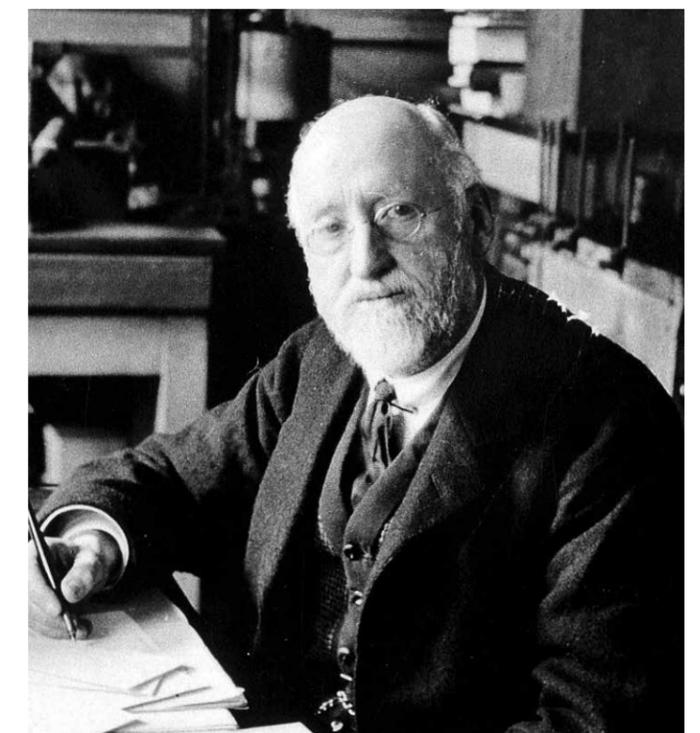
la qualità dell'ingombro presente nel lume intestinale: è una capacità adattativa di cui non si ha ancora piena conoscenza e al cui mantenimento partecipano anche le componenti cellulari che compongono il tessuto intestinale. Tra queste "in primis" quello delle cellule enterocromaffini (cellule EC), la più grande popolazione di cellule enteroendocrine epiteliali intestinali, con la funzione di secernere serotonina, ormone che attiva la peristalsi del tubo gastroenterico, stimolando la contrazione della muscolatura liscia. Gli studi in corso hanno evidenziato come le cellule enterocromaffini siano effettivamente meccano-sensibili, in grado di usare canali piezo 2 per generare una corrente ionica fondamentale per l'aumento intracellulare di Ca⁺⁺, il rilascio di serotonina e la secrezione di fluido epiteliale. Piezo 2 è il canale ionico sensibile al tocco leggero, studiato in particolare nella risposta tattile cutanea, già individuato come gene. E' stato esaminato il ruolo fisiologico di Piezo 2 nella meccanosensibilità delle cellule enterocromaffini ed è stato evidenziato come la secrezione di 5-HT venga indotta dalla pressione e come la pressione esercitata sulla mucosa ne aumenti la produzione. Se pure saranno necessari ulteriori studi per meglio interpretare il ruolo della meccano-stimolazione Piezo 2 sulle cellule enterocromaffini da parte del bolo alimentare, risulta evidente come l'attività motoria intestinale sia il risultato di una coordinazione tra più protagonisti, fra cui l'attivazione meccanica gioca un ruolo di primo piano.

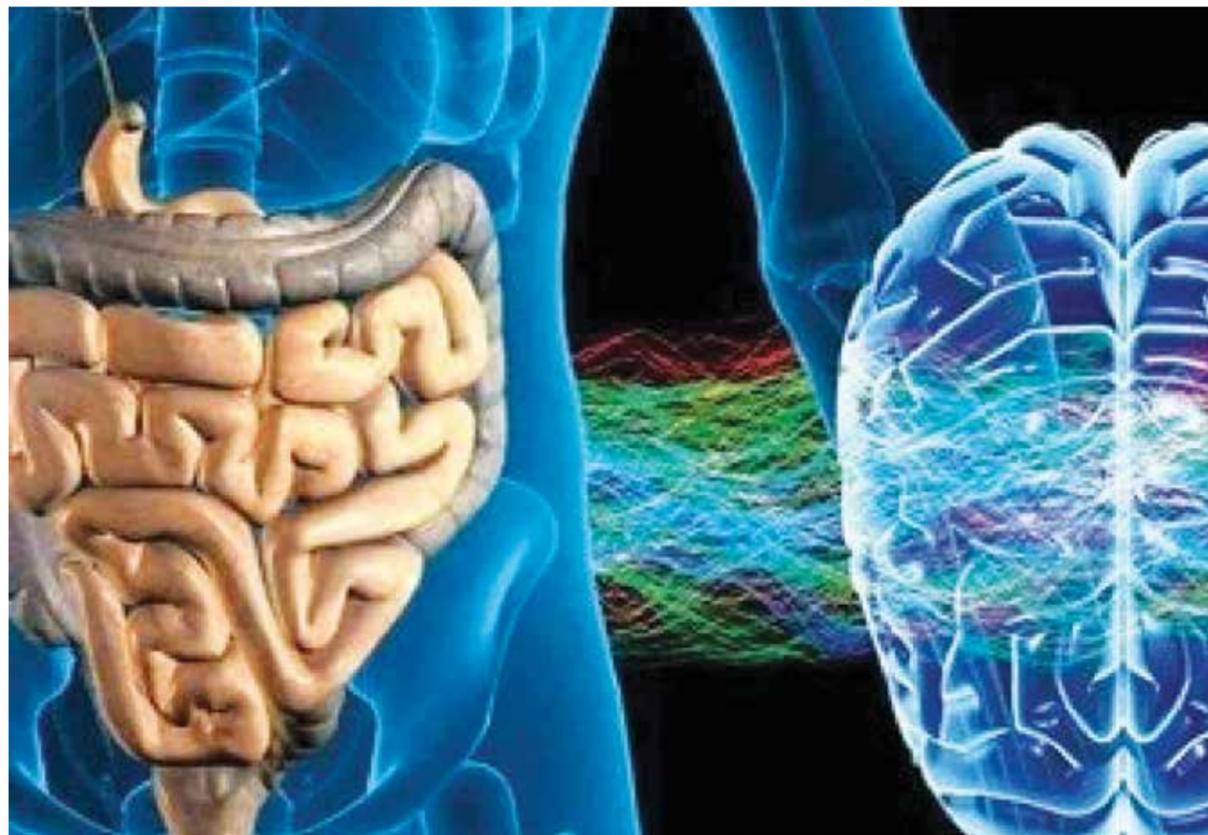
Ben noto è anche il ruolo della serotonina come regolatore dei riflessi gastrointestinali sensoriali e motori, in sinergia con altri ormoni digestivi, oltre che alle sue molteplici funzioni nel sistema nervoso centrale, che vanno dalla regolazione del tono dell'umore, del sonno, della temperatura corporea, della sessualità, delle funzioni cognitive, della creatività e dell'appetito. Risulta a questo punto suggestiva la possibilità di coordinare un percorso terapeutico che abbia come impostazione anche studiare l'attività intestinale per il mantenimento di un fisiologico funzionamento del sistema nervoso centrale. A seconda della concentrazione, la serotonina può quindi modulare la contrazione peristaltica e la secrezione rispettivamente

attraverso l'attivazione della muscolatura liscia e delle ghiandole. Non solo: anche se, a tutt'oggi, il meccanismo non è del tutto chiarito, il ruolo della serotonina e in particolare la possibile alterazione nel suo rilascio, sembra coinvolto in numerosi disturbi neurologici e neuropsichiatrici come emicrania, disturbo ossessivo-compulsivo, depressione, ansia, schizofrenia, disturbi dell'umore in genere, disturbi alimentari (fame nervosa e bulimia), eiaculazione precoce e sindrome fibromialgica, solo per citarne alcuni.

Il ruolo del microbiota come componente di base per il mantenimento della motilità intestinale è noto da tempo. Le evidenze di rallentamento della motilità in condizione germ free sono consolidate da molti studi. La composizione del microbiota e il mantenimento nel tempo di una condizione di eubiosi della stessa, rimane l'obiettivo per il mantenimento di una condizione di benessere e salute per tutte le età della vita. Un contributo all'individuazione di un percorso di mantenimento dell'eubiosi intestinale viene dalla ricerca avviata dalla Jolly University sulla capacità rigenerante, eutrofica e metabolicamente attiva, data dall'azione dei fluidi in intestino. I ricercatori hanno progettato il "minigut", un dispositivo che riproduce l'ambiente del colon ascendente in tutte le sue caratteristiche: canale con val-

William Bayliss





vole a membrana lungo la sua lunghezza, che mimano contrazioni attive del colon. Le contrazioni ripetute e il flusso si dimostrano cruciali nel mantenere stabile la popolazione microbica nel colon prossimale. E' stato anche considerato l'effetto del flusso e della miscelazione su popolazioni microbiche interagenti, confermando appunto la capacità di sinergia eutrofica che si verifica in ambito biologico. La presenza del flusso, modulato secondo parametri controllati, avvia una condizione di ricrescita che favorisce il ritorno e il mantenimento della eubiosi intestinale.

► **MICROBIOTA E MOTILITÀ INTESTINALE**

Il microbiota intestinale, soprattutto attraverso i suoi prodotti metabolici, è in grado di modulare l'attività del sistema neuronale gastro-enterico e con esso la motilità del colon stesso. È stato quindi dimostrato che il cambiamento della flora batterica presente nell'intestino di ciascun individuo, può avere ripercussioni importanti sulla fisiologia della motilità. L'alterazione dell'equilibrio intestinale è stata osservata soprattutto in relazione all'assunzione di antibiotici ad

ampio spettro. Questi ultimi sono in grado di provocare una riduzione della microflora con ripercussione sia sulla motilità intestinale che sull'efficienza del sistema immunitario.

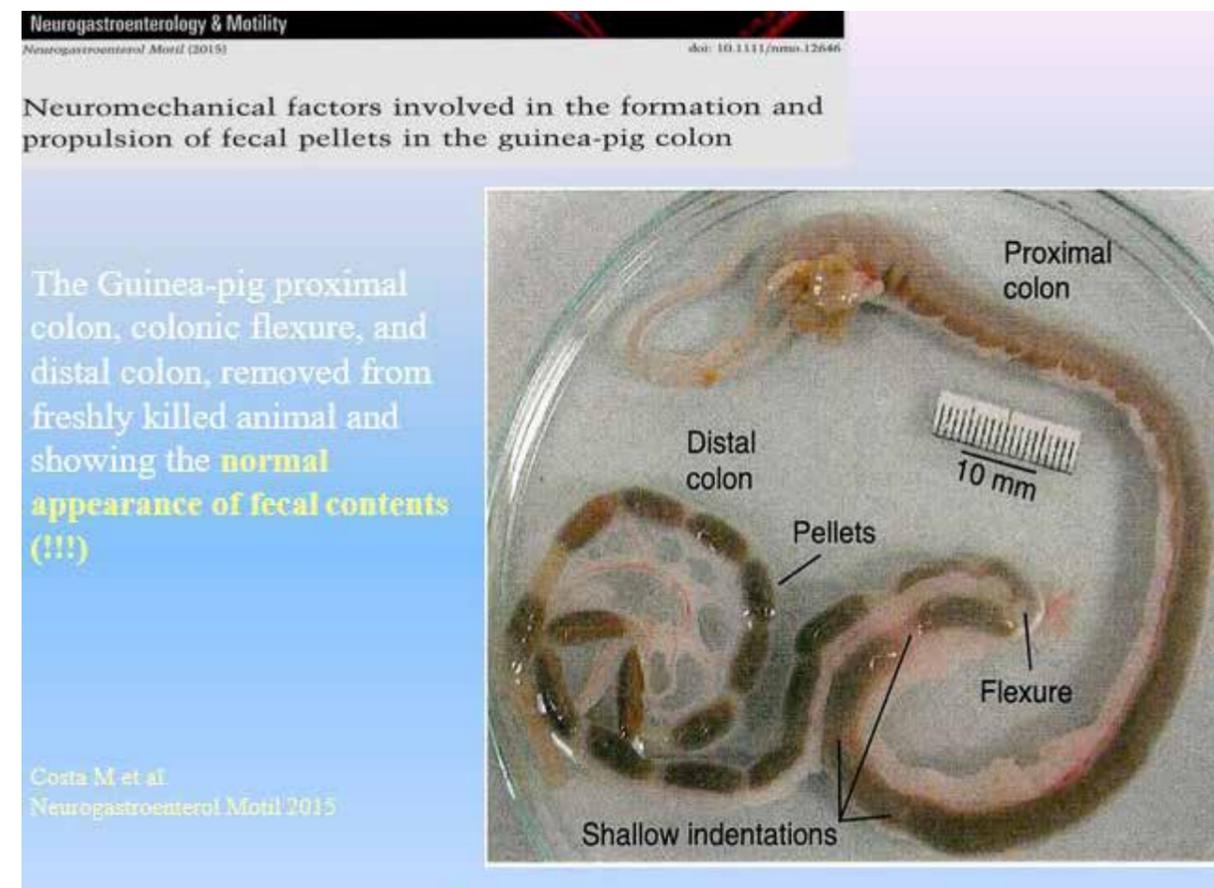
Lo studio del microbiota intestinale, attraverso indagini microbiologiche e genomiche, continua ad evidenziare con dati sempre più precisi la sorprendente ricchezza e complessità del contenuto del colon, ricco di specie batteriche in grado di riprodursi e di vivere una efficiente condizione di mutualismo con l'organismo ospitante. Il microbiota può essere considerato un organo vero e proprio, cioè un organo convertito alla nostra fisiologia, che svolge funzioni che non saremmo in grado di svolgere altrimenti. Inoltre, il microbiota è portatore di un microbioma sorprendentemente ampio: l'analisi del DNA dei batteri che vivono nel tratto intestinale ha identificato oltre 3 milioni di geni, 150 volte quelli della specie umana. Delle circa 1000 specie di microorganismi identificati, ogni essere umano ne ospita almeno 160 specie, con scarsa differenza di specie tra un individuo e l'altro, ma con una caratterizzazione precisa, tanto da poter affermare che la flora batterica è individuo-specifica, tanto quanto

l'impronta digitale, che caratterizza il singolo essere umano. L'intestino umano può essere definito anche come "metaboloma", per la ricchezza dei processi metabolici che vi si svolgono, che dimostrano come l'intestino sia una potente macchina metabolica in grado di condizionare l'andamento di molteplici reazioni biochimiche dell'organismo.

► **ALTRE FUNZIONI DEL MICROBIOTA INTESTINALE**

Le ulteriori principali funzioni del microbiota intestinale sono: metabolica, immunomodulatoria, trofico-protettiva. La funzione metabolica consiste nella frammentazione di carboidrati complessi non assorbibili ingeriti con la dieta e nella fermentazione del muco sintetizzato endogenamente. Il prodotto finale di questa fermentazione è la produzione di SCFA (acidi grassi a catena corta) importante fonte energetica per l'individuo, in grado di soddisfare dal 5 al 15 % delle richieste energetiche giornaliere, contribuendo al nutrimento e alla crescita degli enterociti. L'apparato gastro intestinale rap-

presenta la superficie di maggiore contatto tra il nostro sistema immunitario e l'ambiente esterno: tuttavia l'esposizione ad una così vasta gamma di potenziali antigeni non innesca, in condizioni fisiologiche, alcuna risposta reattiva infiammatoria. Il microbiota intestinale svolge un importante ruolo nel controllo della proliferazione e differenziazione cellulare dell'epitelio intestinale e delle cellule immunitarie, contribuendo alla formazione della barriera mucosale naturale difesa contro antigeni batterici, virale, alimentari che transitano nel canale intestinale. Una alterazione del microbiota danneggia la barriera intestinale riducendo la coesione della "tight junction" dell'enterocita e inducendo un aumento della permeabilità intestinale, ovvero il passaggio nel circolo sistemico di macromolecole con potenziale immunogeno. I batteri intestinali svolgono quindi un ruolo essenziale nello sviluppo e nel mantenimento di un efficiente sistema immune. Un disequilibrio del microbiota intestinale conduce ad una risposta inadeguata del sistema immune che può portare ad over-reazione nei confronti di antigeni esterni e

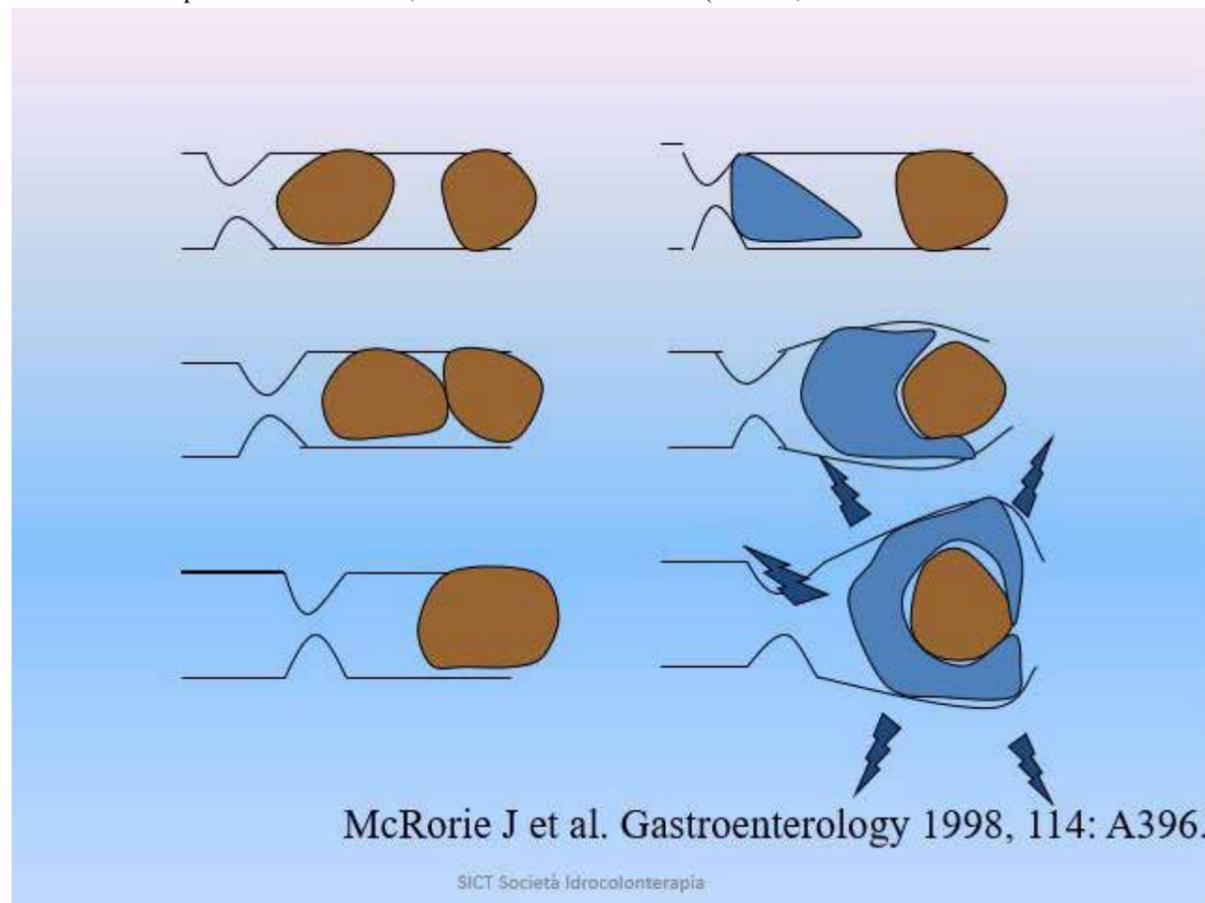


all'indebolimento della immunità innata, prima barriera nei confronti della difesa da virus e batteri patogeni. Il formarsi e il mantenimento nel lume intestinale di un microbiota disbiotico porta alla proliferazione di specie batteriche Gram-, produttrici di sostanze pro-infiammatorie quali le LPS (acidi lipopolisaccaridi), la cui presenza contribuisce a indurre alterazioni patologiche nel ruolo e funzione del microbiota, portando ad alterazione della permeabilità di membrana, alla produzione di citochine pro-infiammatorie, al rallentamento della motilità intestinale, la formazione di gas con caratteristiche fermentative o putrefattive. I batteri Gram-, in particolare i Proteobatteri, si sviluppano in competizione territoriale con Lattobacilli e Bifidobatteri, quando la crescita di questi ultimi è contrastata da utilizzo di antibiotici, dieta scorretta, uso di farmaci.

► **OVERGROWN BATTERICO**

Il secondo fondamentale campo di intervento terapeutico della Idrocolonerapia è quello di eliminare, attraverso il flusso e

deflusso dell'acqua in intestino, l'overgrown batterico di patogeni e il gas di origine fermentativa e putrefattiva, prodotto dal microbiota disbiotico. Gli Operatori che la applicano in Italia e nel mondo non hanno dubbi a riguardo, sia per il beneficio che i pazienti traggono al termine della terapia, sia per durata nel tempo della condizione di benessere che ne deriva, risultato dell'azione combinata della Idrocolonerapia sull'attività motoria e sul riequilibrio del microbiota intestinale. I percorsi terapeutici devono essere personalizzati. L'Idrocolonerapia può essere applicata in corso di patologie funzionali del colon e come pratica salutistica, a scopo preventivo come modello per il mantenimento di un buono stato di salute, come auspicavano i medici nei secoli passati. Oggi la difesa del benessere si presenta più che mai necessaria, per le condizioni di vita e per le caratteristiche degli alimenti, la cui qualità negli ultimi decenni ha indubbiamente favorito la crescita di malattie croniche degenerative oncologiche e neurologiche, nonché di patologie croniche cardiocircolatorie e metaboliche (diabete, infiammazioni croniche intestinali,



McRorie J et al. Gastroenterology 1998, 114: A396.

SICT Società Idrocolonerapia

steatoepatiti non alcoliche) che colpiscono strati di popolazione sempre più giovani, tanto da far lanciare un allarme davvero preoccupante alla cardiologa Susan Steinbaum della American Heart Association, che ha affermato, valutando la qualità alimentare a cui è sottoposta la popolazione che “ negli Stati Uniti questa è la prima generazione che ha una aspettativa di vita inferiore a quella dei genitori”. L'analisi dello stile alimentare a cui siamo tutti sottoposti, anche con il consumo di eccellenze italiane, presenta criticità in tutta la catena alimentare del cibo, in ogni parte del mondo: eccesso di sale, zucchero, antibiotici, condizioni in grado di interagire con l'equilibrio del microbiota intestinale ed aprire la strada a quadri patologici ad ampio spettro.

Questa è una delle ragioni per la quale la maggior parte delle persone soffre di "disbiosi" cioè di alterazione della flora batterica intestinale, che si manifesta con l'aumento di specie batteriche patogene, in conseguenza dell'abuso di farmaci quali antibiotici, antinfiammatori, psicofarmaci, inibitori di pompa, e dell'inquinamento ambientale. L'Idrocolonerapia si presenta come strategia di eccellenza anche in un progetto di medicina preventiva applicata su vasta scala, sulla popolazione a rischio over 55 anni, per la capacità di agire in modo dolce e naturale sulla dinamica funzionale del colon, promuovendo la regolare motilità e eliminando lo stato tossinico, favorito dal permanere di una condizione disbiotica del microbiota intestinale.

► **CENNI OPERATIVI**

L'azione terapeutica esercitata dalla Idrocolonerapia, come è stato illustrato, è basata sulla modulazione che il flusso dell'acqua esercita sulle pareti intestinali, a flusso e pressione controllati, così attivando la peristalsi nel suo complesso e favorendo lo svuotamento intestinale. In corso di disturbi funzionali del colon, la Idrocolonerapia può risultare necessaria fino al completo ripristino di una flora batterica eubiotica. La presenza di feci caprine (a tipologia 1,2,3 della scala di Bristol) evidenzia un tempo di transito rallentato, anche in condizioni di alvo regolare. In questo caso il lavaggio intestinale interviene su una condizione di over-growth

batterico e porta alla eliminazione dei batteri patogeni in grado di produrre interleuchine pro-infiammatorie ad azione inibente sulla peristalsi intestinale. Il trasporto del contenuto intestinale dipende anche dal volume e dalla consistenza delle feci. La progressione del bolo fecale è favorita, se sono presenti in intestino, da boli dello stesso volume e consistenza, che possono fondersi tra di loro: la loro fusione, migliora la progressione. Se nel colon coesistono boli fecali di diverso volume e consistenza, per diverso contenuto di acqua, non si verifica la fusione e ne viene rallentato il transito. Possono così insorgere dolore e gonfiore; questo è probabilmente il meccanismo più comune alla base del bloating. L'arrivo dell'acqua durante la seduta di Idrocolonerapia favorisce la fusione dei boli fecali, e la conseguente eliminazioni di feci e gas intestinale, con benessere del paziente. Ogni paziente è portatore di una sua unicità anatomica e funzionale del colon che sarà valutata dall'operatore per portare a buon fine la seduta terapeutica.

► **CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE**

E' ormai chiaro che l'Idrocolonerapia è destinata ad una crescente diffusione: “la bontà di un albero si vede dai frutti”, recita un noto aforisma, e il “passa-parola” di pazienti soddisfatti ha certamente contribuito allo sviluppo di questa pratica medica negli ultimi anni. Ora è maturo il momento del salto di qualità, perché appare sempre più evidente anche la natura di “osservatorio” della seduta-ICT, in grado di perfezionare diagnosi su base quanto-qualitativa del microbiota e orientare percorsi terapeutici in aree specialistiche apparentemente lontane, dalla Ginecologia, alla Dermatologia, alla Neurologia: stiamo ad esempio collaborando, in relazione a quest'ultima, a progetti di estremo interesse riguardanti il Parkinson e altre patologie neurodegenerative. In questa luce riteniamo fondamentale ribadire la natura medica della ICT e l'assoluta necessità che essa venga praticata su indicazione medica e costante controllo medico, esclusivamente da Operatori abilitati in ambito sanitario, i soli ammessi ai nostri Corsi (Medici, Infermieri, Ostetriche, Stomatoterapisti, Masso-Idroterapisti MCB).

Donne al comando

CleanColon Italy

Intervista a Elisabetta Schifalacqua



di Massimo Enrico Radaelli,
Direttore ND,
Natura docet:
la Natura insegna

Come è accaduto per molte invenzioni, scoperte, idee innovative, da cui sorsero quasi per gioco aziende solide ed affidabili, così è nata CleanColon Italy, una società che sposa alle eccellenze tecnologiche elettromeccaniche italiane il desiderio di dare una risposta concreta alla crescente domanda sociale di benessere a livello fisico, mettendo a disposizione degli Operatori di Idrocolonterapia strumenti affidabili e di assoluta avanguardia.

Alle soglie del nuovo millennio, dando concretezza ad un'illuminazione di Ennio Di Cecco, geniale studioso dell'argomento, due donne si uniscono per lavorare ad un progetto innovativo, partendo da motivazioni complementari e convergenti: Alessandra Romagnoni, per soddisfare una personale esigenza di salute e benessere, Elisabetta Schifalacqua per realizzarla in termini pratici. Danno così vita ad un'Azienda che produce la prima macchina per l'Idrocolonterapia interamente progettata, assemblata e prodotta in Italia, CleanColon Italy 004RA, dapprima testata e validata dall'Istituto Masini, Ente nominato dal Ministero della Salute per la certificazione dei dispositivi medici, e successivamente certificata in classe IIB secondo l'allegato III della direttiva 93/42 CEE sui Dispositivi Medici (DM), riconosciuto con DL n. 46/97. La continua ricerca tesa al miglioramento del servizio, punto di forza di CleanColon Italy, porta alla progettazione ed alla successiva realizzazione di un secondo dispositivo, iClean14, macchinario portatile,

quindi di dimensioni più piccole, totalmente meccanico, snello e maneggevole, oltre che facilmente installabile in ogni postazione di terapia. Importante sottolineare che è stato curato anche il lato estetico del prodotto che, grazie alle sembianze di un comune "trolley" da viaggio, unisce la discrezione alla maneggevolezza: una volta giunto in sede



l'Operatore, con due rapide manovre, estrae la macchina dalla calotta protettiva anteriore lasciando a vista gli strumenti di comando per la messa in funzione e l'utilizzo. iClean14 apre indubbiamente un ventaglio di opportunità



maggiori al Medico e al Personale specializzato che lo acquista, tenendo presente che lo strumento può essere utilizzato dai seguenti Operatori, inclusi nell'elenco delle Professioni Sanitarie ed Arti Ausiliarie del Ministero della Salute: Medici, Infermieri, Ostetriche, M.C.B. (Masso-Idroterapisti), previo corso professionale di Idrocolonterapia, vista la possibilità di utilizzo sia in poliambulatori, dove l'uso dello studio è condiviso e temporizzato, che, non meno importante, a domicilio, nei casi in cui pazienti allettati non abbiano possibilità di allontanarsi dalla propria abitazione.

► INTERVISTA A ELISABETTA SCHIFALACQUA, AMMINISTRATORE DELEGATO CLEANCOLON

Qual è la vostra mission, sinteticamente?

“Il punto di forza dell'Azienda va ben al di là del mettere a disposizione degli Operatori dispositivi garantiti e certificati secondo tutti i protocolli previsti dalla normativa vigente, e del fornire la necessaria assistenza grazie alla disponibilità di tecnici in loco, per una corretta installazione: un preciso impegno riguarda la formazione di Personale specializzato attraverso Corsi specifici da noi sponsorizzati e realizzati da una importante Scuola nazionale (St. George Campus) in collaborazione con l'Associazione scientifica SICT, presieduta dalla Prof.ssa Rosanna Giuberti, a cui mi legano anni di fattiva collaborazione, nella reciproca stima. Preparazione teorica, fornitura di materiale didattico, esercitazioni pratiche sotto supervisione di Docenti specialisti e rilascio di certificato finale abilitativo rappresentano la sintesi di questi Corsi, che ritengo essenziali quando si ha a che fare con una pratica medica, qual è l'Idrocolonterapia, a tutti gli effetti, come ama sottolineare la Professoressa Giuberti. Ma non ci fermiamo qui, puntiamo anche alla diffusione mediatica di questa importante realtà e alla Formazione continua degli Operatori di Idrocolonterapia: chi si affida a noi può anche contare su percorsi privilegiati di informazione relativa ad eventi e congressi”.

A detta di molti Operatori il vostro



strumento di Idrocolonterapia 004RA presenta vantaggi competitivi che lo rendono unico, ce li vuole riassumere?

Sono davvero molti e il primo che ritengo utile ricordare è che si tratta dell'unico apparecchio in commercio non collegato alla rete elettrica durante la terapia (alimentato con batteria), con quanto ne consegue in termini di sicurezza. Importante è anche che il controllo della temperatura dell'acqua avvenga grazie ad un sistema di sicurezza elettronico con allarme acustico. E ancora: controllo della pressione con pressostato, valvola di sicurezza e allarme acustico; sistema idraulico composto da 5 valvole anti-ritorno; presenza di un sistema automatico di lavaggio del tubo di scarico tra uno scarico e carico acqua durante la terapia; telecomando con un unico pulsante carico/scarico; dotazione di specola monouso con cintura di sicurezza brevettata. Tutte caratteristiche che si traducono in totale sicurezza d'impiego, per Operatori e pazienti.

Come siete organizzati in termini di

“customer care”?

“Ovviamente garantiamo massima assistenza per la manutenzione ordinaria e per l’approvvigionamento di materiale monouso per i singoli trattamenti. Ma non è tutto, perché si è sviluppata nel tempo una autentica collaborazione interattiva con i nostri clienti: grazie ai feedback di chi utilizza le nostre macchine, siamo riusciti a migliorarne le prestazioni e a prevenire problemi, spesso causati dall’impianto a monte, presente nel luogo di installazione dell’apparecchio. Così, oltre alla normale scheda di installazione, viene dato al cliente anche uno schema di ‘pre-allacciamento’ per verificare l’idoneità dell’impianto dove verrà fatto l’allacciamento della macchina ed eventualmente intervenire prima dell’installazione”.

Da Esperta del settore, che scenari vede per l’Idrocolontoterapia?

Secondo il parere di Medici e Specialisti, sicuramente un grande sviluppo, a cui intendiamo contribuire concretamente. Fra i nostri obiettivi riteniamo infatti anche la diffusione “culturale” della Idrocolontoterapia, a tutti i livelli: è ormai evidente che importanti orizzonti si stanno aprendo, ben al di là della iniziale prospettiva di semplice, per quanto utilissimo, “lavaggio intestinale”. I benefici terapeutici (e le informazioni diagnostiche) di questa pratica medica stanno diventando sempre più interdisciplinari, coinvolgendo oltre alla Gastroenterologia praticamente ogni Disciplina specialistica, dalla Ginecologia alle Scienze della Nutrizione, dallo studio del Microbiota intestinale alla Immunologia, fino al recente interesse suscitato in Neurologia (il concetto di “secondo cervello” dell’intestino apre ad importanti orizzonti nelle strategie complementari di patologie

neurodegenerative, Morbo di Parkinson in primis)”.
Come vede il proliferare di questa pratica in ambienti non medici?

Come vede il proliferare di questa pratica in ambienti non medici?

Faccio ancora una volta mio il pensiero della Professoressa Giuberti: l’Idrocolontoterapia è pratica medica, e conseguentemente gli Operatori devono essere formati al massimo livello. Il trattamento, usualmente prescritto da Medici, prevede accurata anamnesi del paziente, sia colloquiale che sotto forma di questionario, in grado di fornire un quadro clinico completo del soggetto. Il crescente consenso di Medici ed Operatori del settore, ha indotto l’Azienda a prevedere di catalogare le Cliniche di riferimento, al fine di ottenere una casistica statisticamente certa in relazione ai benefici raggiunti, in termini di riscontro clinico, riferito alla risoluzione o al miglioramento dei problemi per cui i pazienti sono stati sottoposti ad Idrocolontoterapia.

Quale ambito di utilizzo potrebbe, secondo lei, godere di una sorta di “corsia preferenziale nel prossimo futuro”

Difficile prevederlo: il proliferare di risultati clinicamente importanti nei settori più diversi lascia pensare ad una “gara virtuosa” in tal senso... ma se dovessi scommettere, punterei al campo diagnostico diretto ed indiretto. Un importante ambito di applicazione della Idrocolontoterapia è infatti certamente la preparazione alla Colonscopia, in alternativa agli attuali protocolli, non sempre di facile attuazione e gravati da problemi di “compliance” da parte dei pazienti, problemi che in molti casi comportano incertezza interpretativa o necessità di interventi ripetuti: sappiamo bene quanto la “pulizia” del colon sia determinante per una corretta diagnosi. L’idea è del Prof. Felice Cosentino che da anni propone l’Idrocolontoterapia in termini di “colon wash” pre-colonscopico, con crescente consenso degli Operatori per efficacia e di gradimento da parte dei pazienti.

Avete sviluppi in vista?

“Assolutamente sì: siamo in fase di progettazione un terzo prodotto, ricco di innovazioni che lo renderanno decisamente unico sul mercato e del quale daremo presto notizie su questa rivista”.



Non solo lassativi

Idrocolontoterapia quale trattamento efficace della stipsi cronica

► **PREMESSA**

La stipsi è un disturbo caratterizzato dalla scarsa frequenza e/o difficoltosa evacuazione delle feci. La prevalenza della stipsi varia dal 5 al 28% della popolazione generale nei Paesi Occidentali (in Italia uno studio epidemiologico della SIMG riporta il 18%), con una maggior presenza delle femmine sui maschi al di sotto dei 65 anni, mentre negli over 65 gradualmente le percentuali si avvicinano. In Italia si stima circa 9.000.000 di femmine e 4.000.000 di maschi. Uno studio OMS parla di 25 miliardi di dollari di spesa per lassativi annui nel mondo, mentre nel nostro Paese circa 200 milioni di euro. Per consentire di distinguere una stipsi transitoria solitamente dovuta a cambiamenti delle abitudini alimentari e dello stile di vita da una forma primaria cronica, occorre

eseguire un’accurata visita (anamnesi ed esame obiettivo) e talvolta indagini strumentali e di laboratorio.

I criteri per fare diagnosi di stipsi sono:

- Presenza contemporanea di 2 o più dei seguenti sintomi:
 - Difficoltà in almeno ¼ delle defecazioni;
 - Sensazione di evacuazione incompleta in più di ¼ delle defecazioni;
 - Sensazione di ostruzione/blocco in più di ¼ delle defecazioni;
 - Meno di 3 evacuazioni spontanee alla settimana;
 - Comparsa di feci molli in assenza di lassativi;
 - Criteri insufficienti a diagnosticare una IBS; (Criteri di Roma IV versione 2016)
- I disturbi devono durare almeno per 3 mesi nell’arco di un semestre.

Nella stipsi cronica è raccomandata l’esecu-



di Gian Luigi Pesce, Vicepresidente S.I.C.T. Società Idro Colontoterapia

● **TABELLA 1**

DIAGNOSI DI STIPSI CRONICA SECONDO ROMA IV

Sintomi presenti nei pazienti, per almeno 3 mesi, con inizio almeno 6 mesi prima della diagnosi

Descrizione	N. Pazienti
Sforzo di almeno il 25% delle evacuazioni	16
Feci aride o dure in almeno il 25% delle evacuazioni	17
"Sensazione di evacuazione incompleta in almeno il 25% delle evacuazioni"	17
"Sensazione di ostruzione o blocco ano-rettale in almeno il 25% delle evacuazioni"	10
Manovre manuali in almeno il 25% delle evacuazioni	3
< 3 evacuazioni a settimana	13
Feci liquide raramente presenti in assenza di lassativi	8
Insufficienti criteri per la diagnosi di sindromi di intestino irritabile	1

SCALA DI WEXNER PER LA VALUTAZIONE DELLA STIPSI (0-30)

Descrizione	N. Pazienti
Stipsi lieve	0
Stipsi moderata	3
Stipsi grave	11
Stipsi molto grave	3

zione di una colonscopia dopo i 50 anni di età o più precocemente in presenza di sintomi come calo di peso, sangue nelle feci, anemia, febbre, familiarità per cancro del colon-retto o malattia infiammatoria cronica intestinale. Quando si diagnostica la stipsi cronica in accordo con i Criteri di Roma IV occorre iniziare un trattamento dietetico e comportamentale farmacologico.

TABELLA 2
ANALISI DI 6 SETTIMANE
DI TRATTAMENTO (Campione di 17 persone)

NUMERO DI EVACUAZIONI

Conteggio	NUMERO SETTIMANA					
	1	2	3	4	5	6
"Evacuazioni giornaliere"	3	4	6	5	6	10
intervallo di 2 giorni	2	5	6	7	7	6
intervallo di 3 giorni	7	4	4	4	3	
intervallo di 4 giorni	4	3				
intervallo di 5 giorni						1
intervallo di 6 giorni			1	1	1	
nessuna evacuazione	1	1				
Totale complessivo	17	17	17	17	17	17

MIGLIORAMENTO DELLA PERCEZIONE
DELLA COMPLETEZZA DELLE EVACUAZIONI

Miglioramento da 0 a 9	NUMERO SETTIMANA					
	1	2	3	4	5	6
0	1	1				
1			1			
3	1	1		1		
4	3	1	1		1	
5	3	3		1		1
6	5	3	3	4	4	1
7	3	7	8	7	6	8
8	1		3	2	3	3
9		1	1	2	3	4
Totale complessivo	17	17	17	17	17	17

SENSAZIONE DI GONFIORE

Gonfiore da 0 a 9	NUMERO SETTIMANA					
	1	2	3	4	5	6
0	1	1	2	2	3	3
1		1	3	4	3	5
2	6	5	7	5	6	6
3			1	2	4	3
4	5	6	3	4	1	
5	2	2				
6		1	1			
7	2					
8	1	1				
Totale complessivo	17	17	17	17	17	17

Tenendo presente che in circa il 50% dei casi il trattamento dietetico-medico non fornisce apprezzabili risultati, e stimolati dalla letteratura scientifica a tal proposito (1, 4, 5), abbiamo deciso di proporre, dopo l'ultimo Congresso SICT nel 2014, l'impiego della ICT nella terapia della stipsi e valutarne i risultati. Fu proposto pertanto un protocollo terapeutico con tutta una serie di criteri sia per l'inclusione dei pazienti nello studio sia per le modalità di trattamento (Tab. 1, 2), che è stato presentato al Congresso di Pontenure nel 2016.

Questi risultati, pur essendo incoraggianti in termini di miglioramento dei sintomi, dimostravano una certa incompletezza nell'approccio metodologico, nella cura e nel follow-up con una ripresa dei sintomi a distanza variabile nel tempo in circa il 70% dei casi.

Questa insufficiente risposta al protocollo terapeutico, ci spinse a rivalutare i termini del problema e, alla luce di numerose pubblicazioni scientifiche abbiamo deciso di porre l'attenzione su un particolare aspetto patogenetico della stipsi: la disbiosi.

È ormai noto che un ecosistema intestinale corretto e bilanciato partecipa allo sviluppo ed al mantenimento delle funzioni sensoriali e motorie dell'intestino, incluso la promozione dell'attività propulsiva intestinale. Inoltre, nel trattamento della stipsi, esistono sempre più evidenze scientifiche che suggeriscono l'impiego di probiotici in associazione ad altre terapie piuttosto che singolarmente. L'acquisizione di queste nuove conoscenze scientifiche, ci ha spinto a proporre un trattamento poli-terapico con l'integrazione dell'Idrocolonteria associata a purganti osmotici ed all'utilizzo di probiotici personalizzati in relazione ad un approfondito esame chimico-microbiologico delle feci. Nel 2017 abbiamo pertanto eseguito un nuovo studio su 30 pazienti affetti da stipsi cronica, analizzando in via preliminare il loro microbiota prima del trattamento con ICT (Tab. 3) e mantenendo sotto controllo i pazienti per almeno 12 mesi.

L'esame colturale nei pazienti affetti da stipsi giunti alla nostra osservazione, ha messo in evidenza nel 90% dei casi una diminuzione dei lattobacilli ed un aumento di germi patogeni tipo Klebsiella ed E. Coli. I pazienti sono stati sottoposti a 6 sedute di ICT e successivamente è stata impostata una terapia con probiotici "ad personam" con l'obiettivo di correggere la disbiosi in associazione all'impiego di purganti osmotici per rendere le feci più morbide. Alla fine del trat-

TABELLA 3
TRATTAMENTO DELL STIPSI CON IDROCOLONTERAPIA
Studio Osservazionale Sict 2017-2018 - 30 Pazienti (F 26 M 4) età media 46 anni (24 e 76)

Esame microbiologico delle feci

< LATTOBACILLI (27)	90%
< BIFICI (14)	47%
> E. COLI (26)	86%
> KLEBSIELLA (27)	90%
> CLOSTRIDIUM (14)	47%
> MICETI (28)	93%
< BACTEROIDETES (8)	27%

tamento 24 pazienti su 30 (80%) sono rientrati nell'ambito della defecazione normale, un 10% non ha avuto alcun beneficio (Tab. 4).

A distanza di 6 mesi, 17 pazienti su 24 (70%) ha ripresentato disturbi con diminuzione del numero di evacuazioni (Tab. 5).

Per tale motivo è stato necessario riprendere 1-2 sedute di ICT. Attualmente tutti eseguono una seduta di ICT mensile di mantenimento con risultati soddisfacenti (Tab. 6).

► CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

L'integrazione di probiotici mirati, purganti osmotici e ICT va a modificare alcuni aspetti patologici presenti a livello molecolare nel sistema nervoso enterico (intrinseco), ripristinando alcune funzioni che erano rese inefficaci dalla disbiosi e dalla conseguente alterazione della permeabilità intestinale con presenza di citochine pro-infiammatorie a livello della sottomucosa. La correzione delle disbiosi mediante l'impiego dei probiotici ceppo-specifici blocca l'innescamento delle reazioni a livello della sottomucosa che vanno ad alterare il riflesso locale del sistema nervoso intrinseco. L'utilizzo dei purganti osmotici contribuisce a migliorare la percezione della presenza di feci nel lume intestinale, inoltre anche la qualità delle feci (liquide molli) presenti nel lume contribuisce a provocare una contrazione della muscolatura longitudinale maggiore rispetto a quella generata da feci solide. L'utilizzo dell'acqua distende le pareti e contribuisce a ripristinare il corretto funzionamento delle terminazioni sensitive responsabili del riflesso nervoso enterico. L'introduzione dell'acqua a livello del colon prossimale può far riattivare l'attività peristaltica innescando la formazione dei grandi movimenti di massa (HAPC).

Possiamo quindi affermare che la stipsi è un disordine i cui sintomi possono essere ridotti di intensità e frequenza con un corretto ed integrato

approccio terapeutico che prenda in considerazione l'utilizzo di probiotici mirati ceppo-specifici, purganti osmotici e periodiche sedute di Idrocolonteria.

TABELLA 4
RISULTATI FINE DEL TRATTAMENTO

Numero delle evacuazioni		
Evacuazione giornaliera	12	40%
Ogni due giorni	6	20%
Ogni tre giorni	6	20%
Ogni quattro giorni	2	7%
Ogni sei giorni	1	3%
Non responders	3	10%

(24 pz su 30 (80%) sono rientrati nell'ambito della defecazione normale. Il 10% non ha avuto alcun beneficio)

TABELLA 5
RISULTATI DOPO 6 MESI
DAL TRATTAMENTO

Numero delle evacuazioni		
Evacuazione ogni 1-2 giorni	6	20%
Evacuazione ogni 3 giorni	1	3%
Evacuazione ogni 4-5 giorni	12	40%
Evacuazione ogni 6-7 giorni	8	27%
Non responders	3	10%

(A distanza di 6 mesi 20 pz (67%) hanno ripresentato disturbi per cui è stato necessario riprendere sedute di ICT)

TABELLA 6
RISULTATI DOPO 12 MESI
DAL TRATTAMENTO

Numero delle evacuazioni		
Evacuazione ogni 1-2 giorni	15	50%
Evacuazione ogni 3 giorni	9	30%
Evacuazione ogni 4-5 giorni	2	7%
Evacuazione ogni 6-7 giorni	1	3%
Non responders	3	10%

(Attualmente tutti i pz eseguono 1 ICT ogni 3-4 settimane di mantenimento con risultati soddisfacenti)

Intestino, immunità, diagnostica e terapia

L'osservatorio intestinale (prima parte)



di Mauro Mantovani, Comitato scientifico ND Biochimico Sperimentale

E noto che l'intestino è un sito fondamentale e decisivo nella differenziazione linfocitaria e quindi responsabile dell'immunità locale (extra-timica). Molti linfociti attivi e inattivi sono prodotti dal tessuto linfatico associato all'intestino (GALT). Pertanto, si ipotizza che le persone che soffrono di stitichezza e che trasportano residui fecali nell'intestino possano avere una funzione ridotta del sistema immunitario. L'irrigazione del colon, nota anche come Idrocoloterapia, è un insieme di operazioni che utilizza una pratica strumentale in combinazione con il massaggio addominale, ma senza farmaci. Fin dalla storia antica (Egitto), l'idroterapia del colon è stata praticata nella sua forma più elementare, come i clisteri, offrendo alla persona, tramite la pulizia interna una conseguentemente pulizia esterna. Il papiro di Ebers, del XIV secolo a.C., prescrive questa pratica per non meno di 20 disturbi gastrici e intestinali.

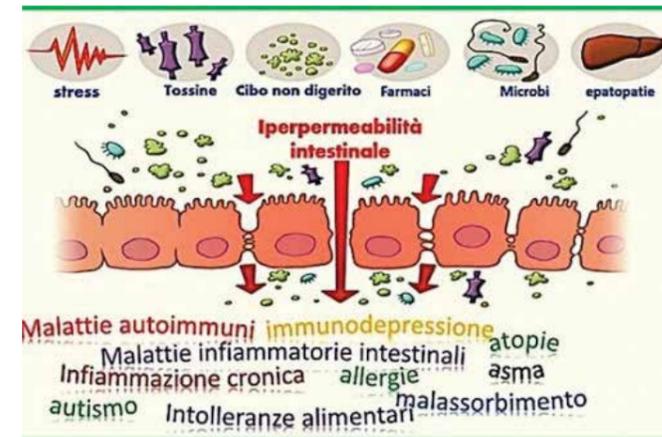
L'epitelio intestinale è il primo sistema di difesa a incontrare patogeni intestinali o antigeni alimentari. È noto che l'intestino svolge un ruolo importante come sistema immunitario locale. I marcatori delle cellule T NK sono CD56, CD57 e CD161. La popolazione di cellule T CD56 + risiede prevalentemente nel fegato e la popolazione di cellule T CD57 + risiede prevalentemente nel midollo osseo. Le cellule T CD161 + sono citotossiche per alcune linee cellulari tumorali e si accumulano preferenzialmente nel fegato umano e nell'epitelio intestinale umano. L'IEL umano contiene molte cellule T CD8 +. Quando l'intestino è pieno di feci, si ipotizza che possa esserci una ridotta funzione di questo sistema immunitario, che causa la fuoriuscita di tos-

sine dall'intestino e la traslocazione batterica dall'intestino, e la traslocazione batterica dall'intestino alla circolazione sistemica provoca rottura della parete intestinale.

Questa rottura può essere causata da una serie di lesioni al corpo in luoghi lontani

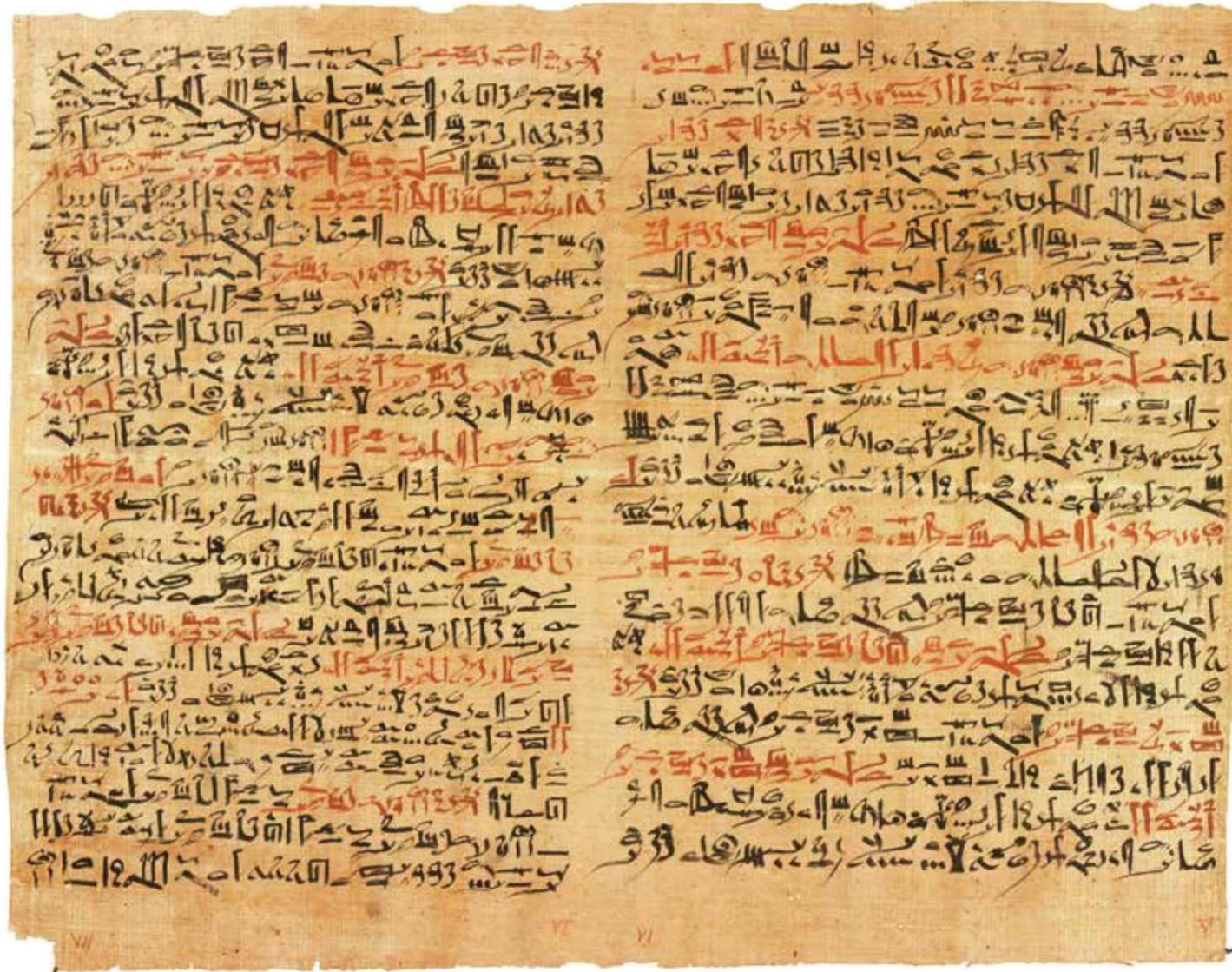
dall'intestino. L'aumento della permeabilità intestinale e la traslocazione batterica giocano un ruolo nell'insufficienza multiorgano (MOF-Multi Organ Failure). Il fallimento della barriera intestinale rimane centrale nell'ipotesi che la tossina che fuoriesce dal lume intestinale contribuisca all'attivazione del meccanismo di difesa immunitario infiammatorio dell'ospite, portando successivamente all'autointossicazione e alla distruzione dei tessuti osservate nella risposta settica caratteristica della MOF. Si ritiene quindi che sia importante mantenere pulito l'intestino come preparazione per la rigenerazione della mucosa.

Le complicanze gastrointestinali (stitichezza, compressione, ostruzione intestinale, diarrea e enterite da radiazioni) sono problemi comuni per i pazienti oncologici.



La crescita e la diffusione del cancro, così come il suo trattamento, contribuiscono a queste condizioni. La condizione di stipsi, conseguente ad una diminuita attività della peristalsi intestinale, provoca la formazione di feci secche e dure. Ciò può provocare disagio o dolore. Più lungo è il tempo di transito delle feci nell'intestino crasso, maggiore è l'assorbimento di liquidi e più secche e dure diventano le feci.

L'inattività, l'immobilità o gli impedimenti fisici e sociali possono contribuire alla stitichezza. La depressione e l'ansia causate dal trattamento del cancro o dal dolore da cancro possono portare alla stitichezza. Tra le cause più comuni di stitichezza sono l'assunzione inadeguata di liquidi e farmaci per il dolore; il paziente con un fecaloma può presentare sintomi circolatori, cardiaci o respiratori oltre che con sintomi gastrointestinali. Se il fecaloma non viene riconosciuto, i segni e i sintomi possono progredire e fino ad un quadro clinico peggiorativo. I fecalomi sono particolarmente più presenti nei segmenti del colon destro e sinistro, che sono le stesse aree che presentano la più alta incidenza di adenomi e tumori maligni. Il cancro del colon-retto si verifica significativamente più spesso nei pazienti che presentano un carico fecale più elevato. Un aumento della carica fecale nel colon con o senza transito ritardato aumenterà la conta batterica e creerà un'inflammatione cronica della mucosa del colon, che è un fattore di rischio per l'insorgenza del cancro. È quindi probabile che si verifichi un disturbo inte-





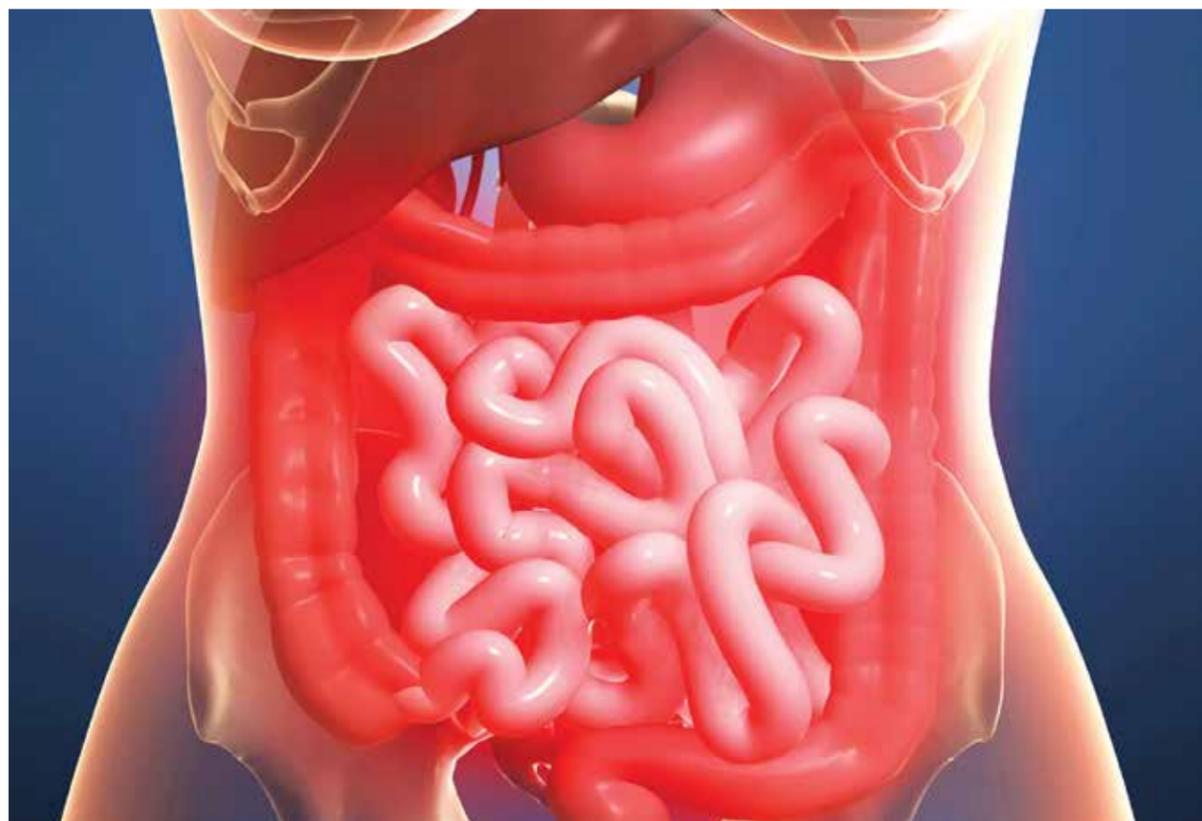
stinale funzionale con il passaggio graduale da una malattia funzionale primaria a malattie organiche specifiche. Una dieta ricca di fibre e un'attività fisica regolare hanno un effetto terapeutico e preventivo sulle malattie del colon-retto associate alla ritenzione fecale. E' stata proposta una "causa comune" per la costipazione, diverticoli del colon, cancro, appendicite ed emorroidi. Diversi risultati scaturiti d indagini di tipo retrospettivo supportano questa teoria unificante per queste malattie legate all'alimentazione, in cui la

ritenzione funzionale delle feci potrebbe essere la causa comune.

Discuteremo nel prossimo numero, in maniera dettagliata e precisa tutte le implicazioni anatomo-funzionali di un intestino "disturbato", le implicazioni che si possono avere sia a livello locale che sistemico e come invece pratiche semplici e poco invasive ("come l'Idrocolonterapia") possono ristabilire l'omeostasi immunitaria, permettendo all'organismo nella sua interezza di essere più forte nel contrastare eventuali patogeni e come questo può essere impattante in senso positivo sulla salute generale dell'individuo sia dal punto di vista fisiologico che psicologico.

Affronteremo anche come tracciando dei percorsi alimentari mirati sia altrettanto possibile ripristinare l'eubiosi e permettere il ripristino di quella "tolleranza" immunologica che se interrotta potrebbe portare a conseguenze poco piacevoli.

Per ultimo daremo uno sguardo alla diagnostica. Vi sono innumerevoli test che permettono di individuare in maniera abbastanza precisa il reale problema e l'ubicazione e in mani esperte anche di predire quale potrebbe essere il "destino" dell'individuo se non "rientra nei binari".



Benessere Intestinale Colon Plus

Il benessere nasce dal nostro intestino.

Con il test del **Benessere Intestinale Colon Plus** è possibile avere un quadro complessivo dello **stato di salute del tratto gastro-enterico**. È un **test non invasivo** effettuato su feci, urina e saliva.

ZONULINA
CALPROTECTINA
INDICANO
INTERLEUCHINA 22 (IL-22)

Ci permettono di valutare la permeabilità intestinale, l'infiammazione, la presenza di una disbiosi al piccolo intestino ed un eventuale danno all'epitelio intestinale.

Effettua subito il check-up dello stato di salute del tuo intestino!

Scopri di più su www.imbio.it

Una relazione spesso trascurata

Donna e intestino: una relazione spesso trascurata



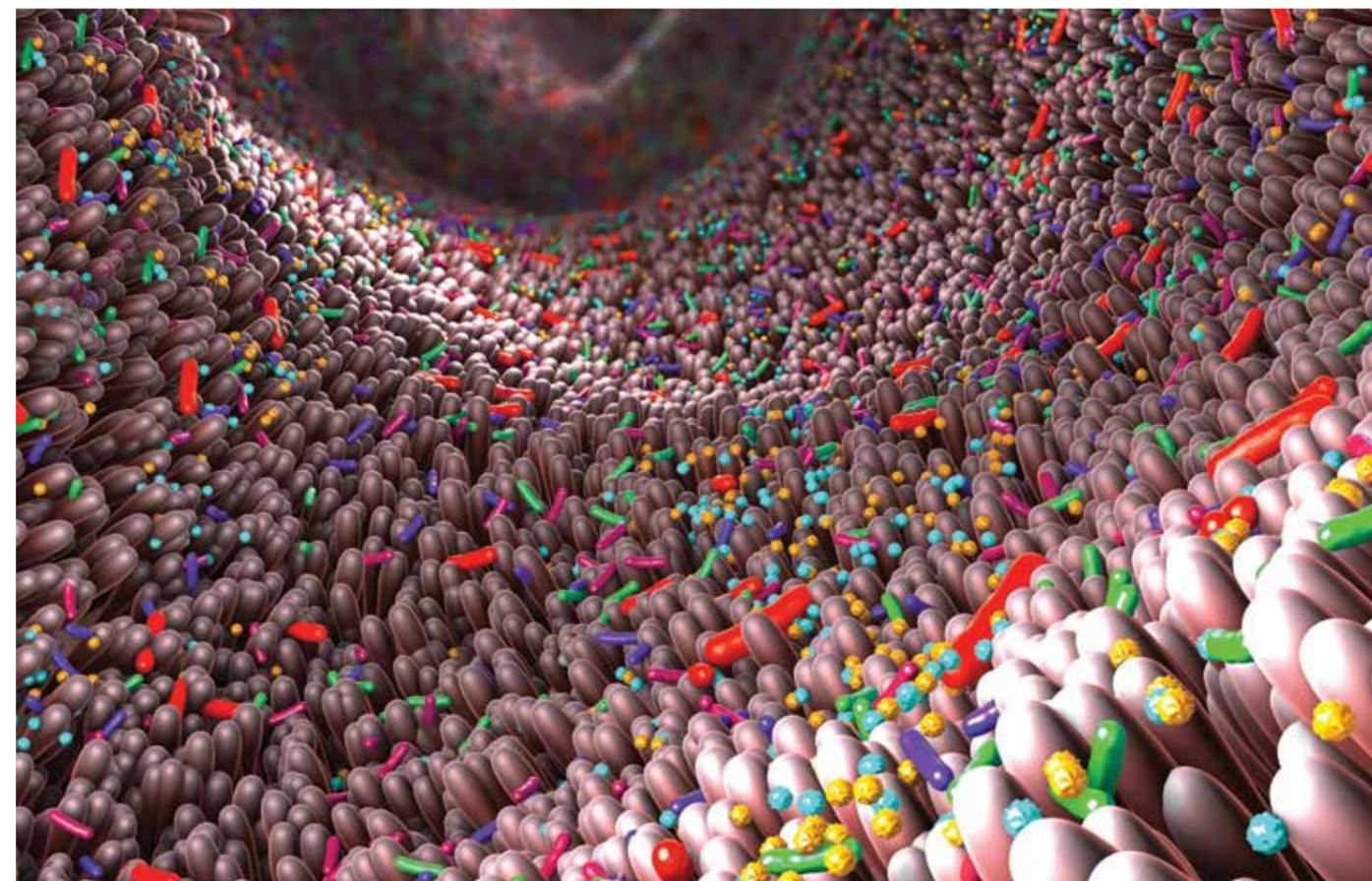
di Erica Covini,
Responsabile
Direzione
scientifica
Cadigroup



L'apparato digerente rappresenta la più estesa interfaccia tra il nostro organismo e l'ambiente esterno. Basti pensare che corrisponde a circa 400 m², ossia due campi da tennis. Un sistema così esteso e complesso non può esaurirsi nella semplice funzione alimentare, ma svolge anche numerose funzioni che sarebbe limitativo definire accessorie. Tra le altre attività fondamentali, ricordiamo la sua importanza come organo del sistema immune, come organo ad attività endocrina e come "apparato microbiologico" (il microbiota intestinale) in cui si moltiplicano una quantità e una varietà di batteri che risultano sempre più importanti nel mantenimento dell'equilibrio di numerose funzioni dell'organismo.

È quindi importante conoscere il micro-

biota e le sue caratteristiche per avere un quadro complessivo più completo. L'uomo appare come un ecosistema costituito da un aggregato di geni umani e geni microbici; il nostro metabolismo e quello delle specie che ci abitano si intrecciano, interagiscono ed evolvono parallelamente. Il microbiota dovrebbe quindi essere considerato come un vero e proprio organo metabolico squisitamente convertito alla nostra fisiologia, che si occupa di funzioni che non siamo in grado di svolgere, come ad esempio la capacità di assimilare nutrienti altrimenti indigeribili della nostra dieta, sintetizzare alcune vitamine indispensabili, disgregare e detossificare sostanze che il nostro organismo non è in grado di smantellare, regolare l'espressione del sistema immunitario (di cui, non a caso, il 70% risiede nell'intestino), proteggere la mucosa



intestinale dall'attacco di specie patogene.

La salute intestinale, e quindi quella umana, è strettamente legata all'equilibrio dinamico (eubiosi) tra specie patogene, commensali e salutari, che compongono il microbiota. Quando questo equilibrio viene meno (disbiosi) si possono originare molti stati patologici, non solo a carico del sistema digerente, ma anche di altri organi.

Negli ultimi anni, infatti, emergono sempre maggiori evidenze sulla correlazione tra disbiosi intestinale e patologie metaboliche (insulino-resistenza, ipercolesterolemia, obesità), insufficienza renale cronica e persino disturbi comportamentali e dell'umore (irritabilità, depressione, autismo).

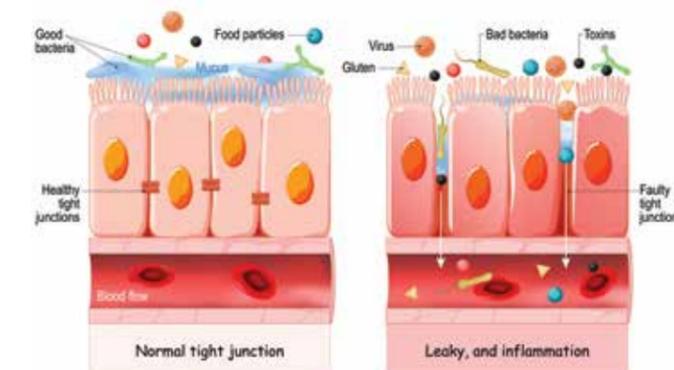
La disbiosi è sempre collegata ad una perdita della funzione di barriera associata ad una aumentata permeabilità intestinale (Leaky gut).

In condizioni fisiologiche gli enterociti sono tenuti insieme tra loro da giunzioni serrate (tight junctions) e desmosomi che mantengono una corretta permeabilità intestinale e sono ricoperti da uno strato di muco prodotto dalle cellule caliciformi (Goblet cells)

irregolarmente interposte agli enterociti nei villi intestinali. Al mantenimento dell'omeostasi batterica intestinale contribuiscono anche le cellule di Paneth che producono enzimi antimicrobici, tra cui le defensine ed enzimi con funzione lipolitica (fosfolipasi A), che vengono secreti nel succo enterico e rappresentano una prima difesa dell'apparato gastrointestinale.

In caso di disbiosi lo strato mucoso si danneggia e si assottiglia ed i batteri mutualisti vengono a contatto con gli enterociti, determinando un danno epiteliale e un'attivazione

LEAKY GUT SYNDROME



immunologica. In questi casi l'aumento della permeabilità intestinale può permettere il passaggio di allergeni e porzioni batteriche dal lume intestinale al torrente sanguigno e linfatico, con conseguente iperattività immunologica.

Il ruolo dell'alterazione della barriera intestinale nella patogenesi di diverse malattie extraintestinali, sta acquisendo sempre maggiore evidenza anche per quanto riguarda le patologie uro-ginecologiche.

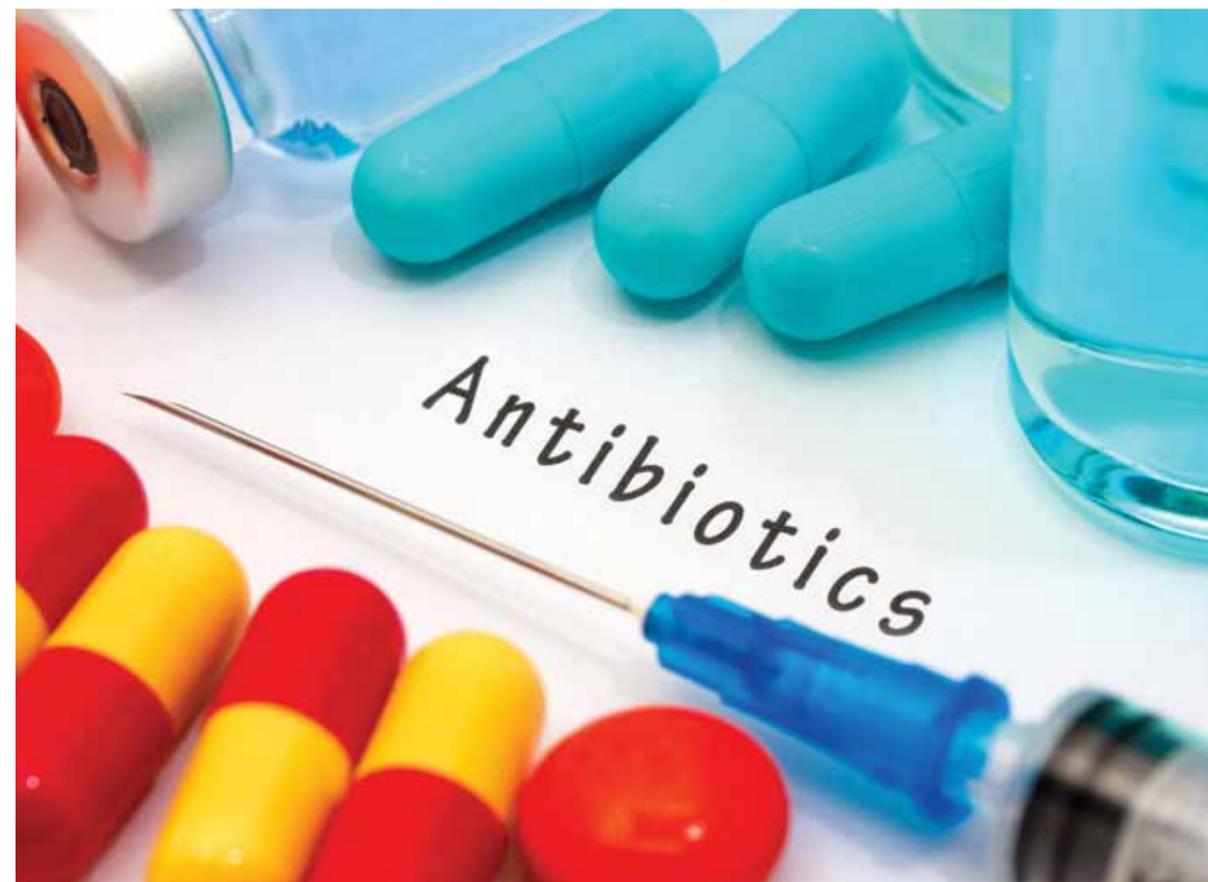
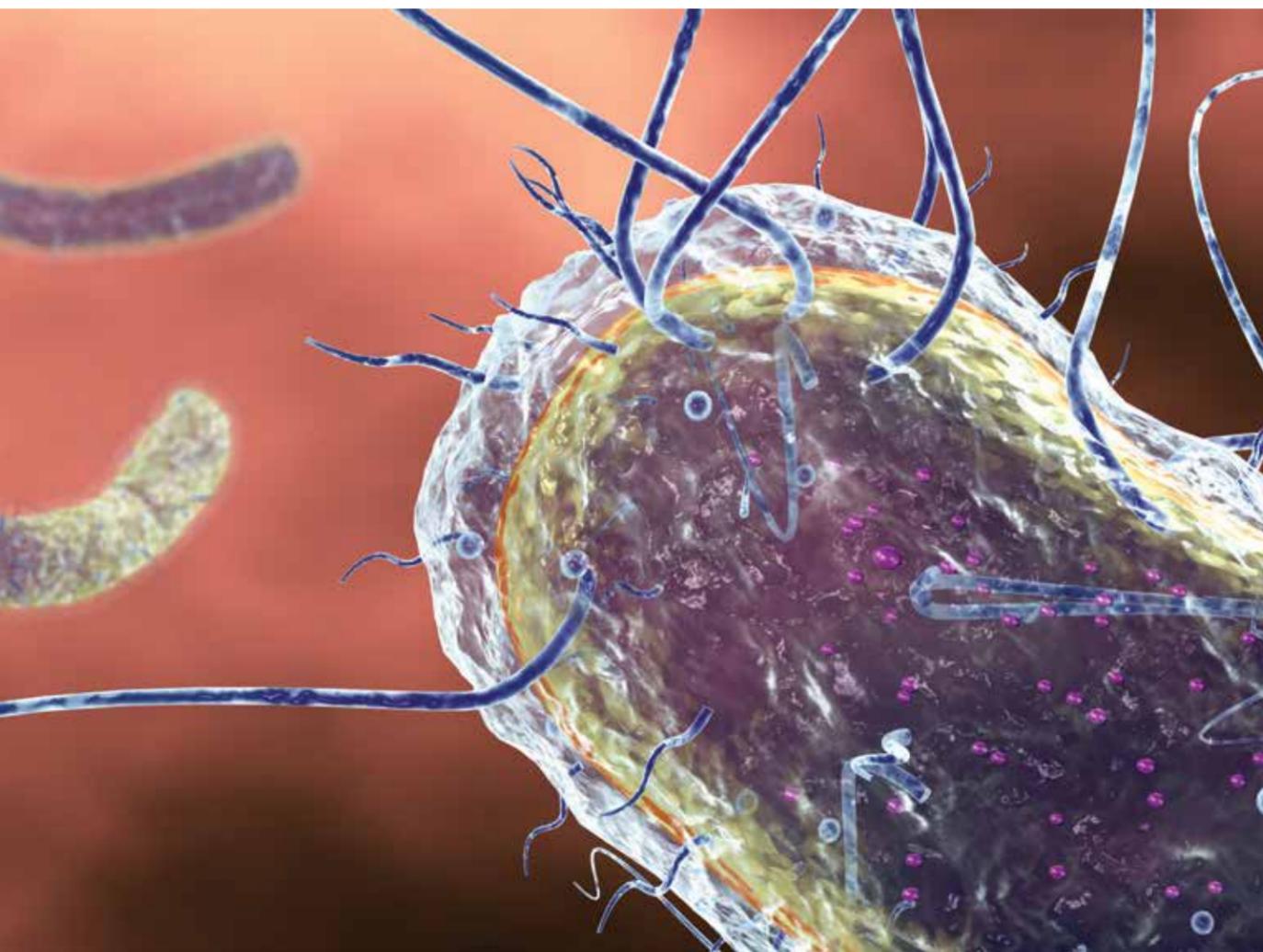
Studi recenti, infatti, dimostrano come le patologie gastrointestinali (stipsi, diarrea, IBS) e quelle uro-ginecologiche (vulvodinia, cistiti e vaginiti ricorrenti) siano spesso compresenti nella donna, con frequenti comorbidità.

Quando l'intestino, organo immunocompetente leader del nostro organismo, si infiamma (ad esempio durante un attacco di IBS, di diarrea o durante un'infezione) la parete intestinale diventa molto più permeabile, aumentando la possibilità di infezione per traslocazione batterica e sostenendo un processo infiammatorio che può causare un peggioramento dei sintomi pelvici e vulvari.

È inoltre risaputo che negli adulti la maggior parte delle infezioni delle vie urinarie è causata da E. coli patogeni di provenienza intestinale. Solo alcuni ceppi di E. coli, i cosiddetti UroPathogen E. Coli o più semplicemente UPEC, sono dotati di quelle caratteristiche di virulenza che facilitano la migrazione dall'intestino, la successiva colonizzazione della mucosa vaginale (nella donna) e periuretrale e la risalita e l'invasione delle vie urinarie. Non tutti gli E. coli che risiedono nell'intestino sono però patogeni, anzi vi sono diversi ceppi commensali ed alcuni persino salutari (probiotici).

Sebbene le IVU vengano trattate in primis con antibiotici, in caso di infezioni ricorrenti però, questa può non essere sempre la strategia terapeutica migliore. Se da una parte infatti l'antibiotico elimina efficacemente i patogeni in vescica, a livello intestinale va invece a peggiorare ulteriormente la disbiosi, creando vuoti ecologici facilmente colmabili da altri batteri patogeni, con conseguente aumento del rischio di infezione.

Inoltre, un utilizzo inappropriato degli antibiotici, spesso assunti anche autonomamen-



te dalle pazienti, può essere causa dell'ormai crescente e incontrollato fenomeno della resistenza batterica. Nel rapporto annuale dell'OMS (Worldwide country situation analysis: response to the antimicrobial resistance) si parla di un'emergenza mondiale che riguarda da vicino anche l'Italia. Diventa quindi prioritario utilizzare con parsimonia ed intelligenza clinica gli antibiotici al fine di contenere lo sviluppo delle resistenze batteriche e trovare, quando possibile, soluzioni alternative o di affiancamento, strategie diverse che mirino a modificare i fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento dell'infezione.

Le strategie terapeutiche alternative ad oggi più comunemente adottate per arginare le cistiti ricorrenti comprendono diverse tipologie di prodotti: cranberry o di D-mannosio, le terapie locali con estrogeni, acidificanti delle urine. Sono tutte terapie che agiscono a livello vaginale o vescicale che non tengono conto del ruolo centrale dell'intestino nella fisiopatologia delle infezioni.

Per contrastare in maniera efficace le ricorrenze dell'infezione sarà quindi indispen-

sabile ricorrere ad innovativi approcci terapeutici che puntino ad agire all'origine del problema, in modo da contrastare alla fonte l'eccessiva proliferazione dei batteri uropatogeni (reservoir intestinale), da ridurre la permeabilità intestinale e da ripristinare un corretto equilibrio (eubiosi).

Per raggiungere questo ambizioso obiettivo, è necessario procedere per step, mirando inizialmente ad una pulizia intestinale, combattendo la proliferazione di batteri patogeni con probiotici specifici (batterioterapia) e ricostruendo un microbiota salutare.

L'idrocolonterapia può rappresentare il primo indispensabile passo per "bonificare" l'intestino, così da poter preparare il terreno favorevole per tutti i successivi interventi.

Una volta effettuata la "pulizia intestinale", invece, è importante poi procedere con una batterioterapia specifica su una specifica porzione del tratto intestinale, utilizzando probiotici monoceppo che agiscano in modo mirato su una specifica porzione del tratto intestinale e che siano in grado di contrastare e impedire la proliferazione dei batteri uropatogeni. Tra le opzioni disponibili che

possono essere utilizzate c'è sicuramente il *Saccharomyces boulardii*, un lievito insensibile all'azione degli antibiotici e può essere somministrato in combinazione a questi ultimi.

Diverso è il caso di *Escherichia coli* Nissle 1917. Nonostante questo batterio appartenga alla famigerata famiglia degli *Escherichia coli*, non soltanto non è patogeno come molti altri ceppi della stessa specie tristemente noti, ma è l'unico di fatto in grado di contrastare direttamente ed efficacemente i suoi "fratelli" patogeni. Questo, innanzitutto, perché si localizza nelle stesse porzioni di intestino (colon distale), competendo con loro per i nutrienti e la colonizzazione della mucosa. L'azione di *Escherichia coli* Nissle 1917, però, non si limita a questo: esso infatti potenzia la sua azione antibatterica in maniera sia diretta, tramite la produzione di

batteriocine, che indiretta, comunicando con le cellule della mucosa intestinale che in risposta producono altre sostanze battericide (defensine). *Escherichia coli* Nissle 1917 è anche in grado di rafforzare le giunzioni tra le cellule dell'epitelio colico, riducendo efficacemente la leaky gut syndrome.

Per ricreare un microbiota salutare lungo tutto il tratto intestinale, invece, sarà fondamentale ricorrere a un simbiotico (probiotici + prebiotici), il quale agirà sia a livello del tenue apportando uno o più ceppi probiotici (generalmente Lattobacilli e Bifidobatteri), che a livello del colon dove i prebiotici fungeranno da nutrimento e stimoleranno la crescita sia dei probiotici assunti che dei batteri salutari autoctoni. In questo modo sarà possibile garantire il più ampio, completo e fisiologico riequilibrio della flora batterica di tutto l'intestino.



INFEZIONI RICORRENTI DELLE VIE URINARIE PER ELIMINARE IL PROBLEMA CURA L'INTESTINO



EcN[®]

EcN (*E. coli* Nissle 1917) è un *E. coli* non patogeno e **probiotico** in grado di combattere i batteri uropatogeni ad armi pari e sullo stesso terreno, eliminando direttamente la **fonte dell'infezione** e prevenendo nel modo più efficace e duraturo la ricomparsa dei sintomi.

Idrocolonerapia: storia, presente e prospettive

(prima parte)



di **Roberto Barsi**,
Medico-Chirurgo,
Colonproctologo,
Master di
II Livello in
Omotossicologia
e Medicina
Low-Dose

Mi occupo di medicina naturale da più di 30 anni e dal 1997 ho introdotto nella mia pratica quotidiana l'Idrocolonerapia. È un grande onore partecipare al primo numero di questa prestigiosa rivista e ringrazio l'editore e soprattutto la collega e amica Rosanna Giuberti con la quale abbiamo condiviso i primi passi di questa avventura. Oggi, grazie alla nostra ostinazione e alla continua ricerca di risposte scientifiche, abbiamo reso giustizia alla Idrocolonerapia dandole dignità di "pratica medica". In questa prima parte descrivo il percorso che mi ha portato a scegliere l'Idrocolonerapia come soluzione terapeutica e le modalità di esecuzione della stessa, nella parte seconda mi dedicherò invece alle indicazioni e ai benefici della terapia che ha cambiato la mia vita e quella di molti miei pazienti.

► INTRODUZIONE

Spesso i miei pazienti mi chiedono: "Dottore ma come le è venuto in mente di fare questa pratica?" Allora cito sempre il mio paziente speciale a cui devo il mio interesse per l'idrocolonerapia (detta ICT) che più di 24 anni fa, pur affetto da una grave patologia, mi chiese, anzi mi implorò, di risolvergli il problema della stitichezza, che per lui era diventato una vera e propria ossessione, nonostante non avesse più un organo integro, in quanto affetto da un melanoma metastatico. Sono passati 22 anni da quel giorno in cui il mio "Special One" ritrovò per qualche ora il sorriso, perché avevamo liberato il suo colon dalle troppe feci e da una devastante aria con una seduta di ICT. Dopo averla provata su me stesso non ebbi più nessun dubbio e da allora ho eseguito più di 15000 sedute di Idrocolonerapia, e la mia soddisfazione più grande ri-

mane sempre quella di far ritrovare il sorriso alle persone affette, affetti da varie patologie, intestinali e non, che molto spesso arrivano alla nostra attenzione sofferenti e scoraggiate da anni di insuccessi e da notevoli spese economiche. La pratica dell'ICT ha integrato la mia attività di medico esperto di Omeopatia e Omotossicologia, ma ha creato anche un ponte di collaborazione con la medicina di urgenza, la gastroenterologia e la chirurgia.

► STORIA

Ripeto spesso una frase: "Non abbiamo inventato nulla" e a volte dico pure che "abbiamo fatto la scoperta dell'acqua calda". In realtà è proprio così, se riflettiamo sull'importanza che l'uomo ha sempre dato alla pulizia del colon, pur non conoscendo nulla dell'intestino, ma intuendo che forse una normale evacuazione non era sufficiente per un pieno benessere e che il blocco della funzionalità intestinale potesse essere causa di molti disturbi per l'organismo. La storia dell'ICT nasce quasi sicuramente nell'Antico Egitto, dove intorno al 1500 a.C. si praticavano rudimentali clisteri (papiro di Ebers ritrovato nel 1870). Anche la storia dell'antica Roma e dell'antica Grecia è ricca di riferimenti a pratiche di clisteri, Ippocrate, Galeno, Celso, Avicenna sono medici che nei loro scritti parlavano sempre dell'utilità dei clisteri e delle purghe. Furono i greci stessi a coniare il termine "kolon". A parte il medioevo, epoca di ostracismo religioso verso le pratiche dei lavaggi intestinali, ogni secolo fino ai giorni nostri ha visto svilupparsi un grande interesse per tale metodica. Sembrerebbe di un italiano verso la metà del 1400 l'invenzione del primo strumento di metallo e vetro per eseguire il clistere, ma fu un olandese, il dottor Degraaf, che addirittura

pubblicò un trattato, "De Clysteribus", e introdusse due secoli dopo uno strumento che assomiglia di più all'enteroclisma attuale, più sicuro, e che permetteva di eseguire il lavaggio anche da soli.

Con alterne fortune arriviamo ai giorni nostri con l'enteroclisma subacqueo inventato da un medico austriaco ai primi del 1900, in cui l'acqua veniva inserita attraverso una cannula nel paziente che era immerso a sua volta in una vasca piena d'acqua. Le feci quindi uscivano direttamente nell'acqua circostante il paziente, e convogliate via creando un ricircolo continuo dell'acqua. Pare che un vascone simile fu ritrovato all'ultimo piano dell'Istituto di Malattie Infettive e Tropicali del Policlinico Umberto I, ma fu distrutto durante i lavori di ristrutturazione. Insomma, una tale metodica non poteva suscitare grande interesse, per la pericolosità oggettiva legata sia al rischio infettivo, sia a perforazioni rettali legate alle cannule rigide, metalliche dell'epoca. Negli anni '40-'50 negli Stati Uniti furono messi a punto apparecchi sempre più sofisticati, dotati di cannule a due vie e di un sistema di raccolta dell'acqua reflua sicuro. E finalmente anche in Europa, dapprima in Germania e Austria, e poi in Italia e Spagna sono stati costruiti moderni apparecchi di ICT, che hanno standard di sicurezza assoluti, sono registrati con marchio europeo di garanzia, e soprattutto consentono al paziente di effettuare una pulizia del colon senza grossi disturbi, in totale sicurezza, e soprattutto con una possibilità di ripetizione di cicli programmati delle sedute di ICT.

► IDROCOLONTERAPIA OGGI

Quando cominciai a interessarmi dell'ICT, l'attenzione della classe medica verso le tematiche intestinali era rivolta prevalentemente alle patologie infiammatorie e gravi (morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa) o alle neoplasie del colon retto. I disturbi come la stitichezza, il colon irritabile, il meteorismo intestinale erano approcciati solo con terapie farmacologiche e comunque venivano catalogati come disturbi psicosomatici. In ogni caso negli anni 90 l'intestino era ancora definito "tubo digerente" nel quale avvenivano fondamentalmente due funzioni: assorbimento dei nutrienti e smaltimento delle sostanze di rifiuto. Scarse erano le conoscenze in Italia sulla flora intestinale, sul sistema immunitario intestinale e

su quello che oggi chiamiamo il sistema nervoso enterico. Per cui, prima di cominciare a trattare i pazienti con l'ICT, ho voluto approfondire le mie conoscenze attraverso la ricerca di studi scientifici svolti nel resto del mondo, riguardanti le tematiche citate e i relativi differenti approcci. Ho potuto constatare che esistevano già numerosi studi scientifici sull'argomento, e molti istituti di ricerca che indagavano su quello che da lì a poco sarebbe stato denominato il microbiota intestinale. E ovviamente ho voluto approfondire anche l'aspetto "psico-emozionale" dell'intestino, scoprendo che diversi studiosi di livello mondiale, compresi neurofisiologi e microbiologi, avevano scoperto le numerosissime correlazioni tra il sistema nervoso centrale e l'intestino, dotato anche quest'ultimo di un vero e proprio sistema nervoso, e per questo definito il "secondo cervello". Inoltre, venni a conoscenza anche dell'enorme importanza dell'intestino come organo immunitario, che oltre ad avere i noti sistemi di controllo come l'appendice, le placche di Peyer e i follicoli linfatici del colon, aveva un vero e proprio sistema linfatico collegato alla sua mucosa denominato GALT (Gut Associated Lymphoid Tissue). Il GALT è infatti il più esteso e importante dei sistemi linfatici associati alle mucose perché negli anni successivi è stato scoperto che quasi ogni organo possiede un suo sistema linfatico specifico come la mucosa bronchiale, la mucosa lacrimale, quella salivare, quella della colecisti e dei dotti biliari e pancreatici, e anche quella associata alla ghiandola mammaria. Quindi mi trovavo di fronte ad un organo molto complesso, da ogni punto di vista, un organo con 1 kg di flora batterica, esteso in superficie circa 800 metri quadrati, provvisto di qualche miliardo di cellule nervose e centinaia di neurotrasmettitori e ormoni attivi sulle sue mucose, dove era presente un vero e proprio esercito immunitario. Quindi se volevo inserirmi in questo contesto solo pensando di fare un "semplice" lavaggio con acqua depurata reinserendo probiotici e magari depurando il fegato, avrei preso una grossa cantonata! Credo che già da allora (era il 1997) prendendo in cura persone che avrebbero voluto fare una semplice pulizia intestinale, mi resi conto che avrei dovuto affrontare vari aspetti, tra cui quello nutrizionale, quello dell'eventuale presenza di patogeni, quello di una doverosa ope-

ra di prevenzione, e quello della storia psico-emozionale del paziente.

► FASE 1 Diagnostica

Entrando nel dettaglio, bisogna conoscere molti di questi aspetti quando si prende in carico un candidato alla ICT, raccoglierne la storia anamnestica, visitarlo accuratamente e ovviamente chiederne il consenso, che normalmente si fa firmare per motivi medico legali ma che a me interessa per capire le motivazioni del paziente e il suo reale interesse per questa pratica. Ancora oggi esistono resistenze mentali e culturali, spesso a volte veri e propri rifiuti sia delle dalle persone, sia da colleghi medici, che a volte impediscono ai loro assistiti di eseguire un lavaggio del colon senza un reale perché, adducendo scuse non veritiere e non conoscendo bene la modalità dell'ICT che, vedremo più tardi, non ha praticamente nessuna controindicazione né effetti collaterali di rilievo. In questa fase quindi ci si rende conto del reale bisogno del paziente di fare l'ICT e, se ci sono le condizioni per eseguirle in tutta sicurezza. Quindi escludere ovviamente tutti coloro che hanno avuto sanguinamenti recenti, o fenomeni infiammatori acuti o, peggio, se riferiscono di essere diventati stitici improvvisamente dopo una vita di regolarità intestinale. In questi casi bisogna procedere ad accertamenti diagnostici, per escludere patologie gravi in atto e procedere alla fase successiva che è quella della preparazione.

► FASE 2 Preparatoria

Entriamo quindi nella fase in cui dobbiamo preparare il colon del paziente, cercando di modificare sia la consistenza delle feci (in caso di stipsi ostinata), sia eventuali fenomeni di "tensioni addominali", spesso legati a spasmi della muscolatura liscia, o alla presenza di aria (meteorismo) prodotta da batteri patogeni, funghi o saprofiti cresciuti in maniera anomala avendo conosciuto il paziente ed escluso gravi patologie, dopo aver preparato il suo colon a ricevere senza problemi il lavaggio con acqua, possiamo procedere alla seduta di ICT.

► FASE 3 Seduta di ICT

Il paziente è accolto in un ambiente con-

fortevole da personale medico e/o paramedico specializzato, viene fatto sdraiare su un lettino dove rimarrà per tutto il tempo della terapia, supino, assistendo attivamente alla seduta. L'operatore, dopo aver introdotto delicatamente una cannula nel retto del paziente, comincia all'introduzione di acqua tiepida, filtrata e depurata con bassa pressione controllata. La cannula (monouso come tutto il materiale usato per la singola terapia) è dotata di un tubicino laterale da dove entra acqua pulita, e la cannula stessa diventa la via dove viene convogliata l'acqua reflua che trasporta verso lo scarico fognario le feci, le scorie e tutto ciò che deriva dalla pulizia delle pareti intestinali. Durante la seduta si possono effettuare delle "irrigazioni" che consentono di poter spingere delicatamente l'acqua fino alle porzioni più profonde del colon, a volte si può arrivare in prossimità del colon destro, cosa che sarebbe impossibile con un semplice clistere o con un enteroclistma. L'operatore continuamente effettua dei massaggi addominali, soprattutto in presenza di aria e ogni manovra viene personalizzata in base alle caratteristiche del paziente. E' molto importante la presenza per tutto il tempo della terapia dell'operatore, che deve monitorare ogni reazione del paziente, gestire anche i minimi disturbi che possono avvenire durante l'eliminazione di grosse masse fecali e aria, che nonostante la migliore preparazione possibile possono esserci comunque. Non si tratta quasi mai di dolori veri e propri, ma ricordiamoci sempre che l'intestino è quel secondo cervello dotato di grandissima sensibilità e memoria emotiva e merita il massimo rispetto. Nonostante ciò non esistono rischi effettivi, la seduta può essere interrotta in qualsiasi momento, e nella stragrande maggioranza dei casi dopo la seduta non ci sono effetti indesiderati.

► FASE 4 Post-Trattamento

Spesso le persone mi chiedono prima quante sedute dovranno effettuare e con quale cadenza. Non ho mai una risposta certa, le poche certezze che mi consentono di proporre un programma le ho solo dopo la prima seduta. A quel punto posso far scattare la quarta fase, quella in cui propongo un trattamento terapeutico idoneo e la ripetizione eventuale dell'ICT. Molto spesso devo modificare

radicalmente l'alimentazione dei pazienti e bonificare il loro intestino da patogeni di varia natura. Quindi ci possono volere anche mesi, prima di poter ripopolare l'intestino di probiotici (quelli che qualcuno ancora chiama fermenti lattici) utili per riprogrammare un'attività intestinale efficace.

► IDROCOLONTERAPIA - PERCHÉ?

Diversi anni fa mi chiesero di fare un intervento sull'ICT ad un congresso molto importante sulle Medicine Alternative. Fui tra gli ultimi relatori, dopo una giornata veramente molto bella e ricca di interventi interessanti. Prima di me fece una relazione un mio carissimo amico e collega che parlò di omeopatia e psicoanalisi, suscitando veramente in me e nei presenti una vera emozione. Poi toccò a me e mi sentii abbastanza imbarazzato e per rompere il ghiaccio dissi: "A qualcuno tocca il compito sporco!" In effetti se qualcuno mi chiede perché si debba effettuare una pulizia del colon e che utilità abbia, io rispondo con una domanda: "Secondo te qual è il problema più gravoso e pericoloso per il pianeta Terra?". Ci possono essere tante risposte, la mia però è una sola: lo smaltimento dei rifiuti. Ne sono pienamente convinto, e sono altrettanto convinto che l'organismo umano è come il pianeta Terra ridotto ad un colabrodo energetico, sfruttato nelle sue risorse più profonde e quindi con una bassa vitalità e soprattutto pieno di scorie di ogni genere, che non sa più dove collocare. In realtà l'uomo ha una capacità adattativa superiore e questo ci permette di sopravvivere e di "dominare" sul resto degli esseri viventi (forse ne siamo solo convinti ma.....) ed è dotato di sistemi meravigliosi di autodepurazione come i reni, i polmoni, la pelle, il fegato e l'intestino. Si dice che il benessere dipenda proprio dal rapporto tra tossine introdotte in un organismo e quelle che riesce a smaltire. E allora io cerco di far capire alle persone che questa ipotetica bilancia pende in maniera sfavorevole verso una quantità di tossine che non riusciamo più a smaltire, sia per la quantità di sostanze tossiche, sia per la loro qualità. Parliamo di sostanze chimiche, prodotti OGM, nanoparticelle, metalli pesanti, virus, batteri patogeni, microplastiche, elettrosmog..... Ed è un elenco senza fine, ma il risultato finale è un'inflammatione di vario

grado, sempre presente nel sangue, negli organi e nella matrice interstiziale. Quindi ogni giorno il nostro sistema immunitario intercetta e cerca di eliminare milioni di molecole nocive, e spesso crea un cosiddetto "fuoco amico", colpendo organi vitali creando le cosiddette malattie autoimmuni. Ma è proprio l'intestino l'organo maggiormente implicato sia nelle risposte immunitarie, sia nella sintesi di vitamine, sia nell'assorbimento dei nutrienti e nello smaltimento delle scorie. In più sappiamo che gestisce tutta la parte emozionale delle patologie. Sappiamo che durante il transito intestinale avvengono centinaia di migliaia di reazioni chimiche che tutto dovrebbe avere tempi e modi definiti. Ma attualmente non facciamo altro che mangiare, in ogni momento, di tutto, cotto e crudo, cucinato in vari modi, condito eccessivamente soprattutto introduciamo con l'acqua e i cibi una notevole quantità di sostanze tossiche. Nel colon arriva costantemente tutto ciò che l'organismo ha scartato, tutto ciò che ha reputato superfluo, e tutto ciò che in accordo con i reni e il fegato deve essere eliminato in quanto tossico. Il risultato finale è che arriva e si accumula nel colon una quantità di materiale fecale enorme, e nonostante molti abbiano una evacuazione quotidiana, riusciamo a tenerci dentro diversi chili di materiale fecale, inutile e dannoso. E non posso pensare che ancora qualcuno, medico e non, possa dire con disarmante superficialità che "tanto è normale che nel colon ci siano le feci, ci devono stare!". Si chiama transito intestinale e non sosta intestinale e quindi la considerazione finale è che le pareti intestinali, dove sono presenti le immunoglobuline e la flora batterica (che produce vitamine, ci difende dai patogeni che ha attività antigenotossica, antimutagena e antiossidante) non può essere a contatto costantemente ed essere letteralmente soffocata da strati di materiale tossico.

Probabilmente durante il lavaggio intestinale vengono eliminate anche cellule sane e batteri utili ma noi sappiamo che la successiva reintroduzione di prebiotici e probiotici e la correzione delle abitudini alimentari, porta al ripristino di un sano microbiota intestinale. Vedremo successivamente quali sono i benefici e la loro durata.

Adamanti Simonetta (Parma): Anestesia e Terapia del Dolore
Aksić Ranko (Sarajevo-Bosnia Erzegovina): Rapporti istituzionali area balcanica
Albertazzi Agostino (Piacenza): Efficiamento energetico ed energie rinnovabili
Avato Francesco (Ferrara): Bioetica e Medicina legale
Bacchi Paolo (Pavia): Medicina del Lavoro
Baistrocchi Allodi Luigina (Parma): Scienze ostetriche
Baldacchini Marcello (Brescia): Biofisica
Barbieri Antonio (Parma): Andrologia
Bartalini Mariella (Parma): Associazioni animaliste
Battilocchi Paola (Parma): Pediatria
Barardo Maura (Udine): Iridologia
Bayanova Anara (Almaty - Kazakhstan): Moda e Design
Beghini Dante (Parma): Odontostomatologia
Berry Raffaello (Terni): Tutela ambientale e sviluppo sostenibile
Bianchi Elisabetta (Bologna): Dermatologia olistica
Bigliardi Silvia (Parma): Fotografia
Bodriti Sergio (Alessandria): Psicosomatica veterinaria
Boldrocchi Gianluca (Parma): Geriatria e Gerontologia
Bonfanti Alessandro (Parma): Automedicazione
Bonanomi Cristian (Lecco): Economia
Bontempo Giuseppe Manolo (Parma): Cottura dei cibi
Borella Paola (Modena): Legionellosi
Bortolotti Andrea (Bologna): Intelligenza artificiale
Cadonici Luigi (Parma): Strategie del Turismo
Carraro Renato (Padova): Dispositivi medici
Cassina Igor (Milano): Scienze motorie
Cavalieri Ercole (Omaha, USA): Prevenzione del Cancro
Ceriello Cristiano (Napoli): Diritti animali
Cherchi Enrico (Macerata): Cibo e Turismo
Cialdi Consuelo (Roma): Riconnessione
Cicutin Michela (Udine): Turbe del comportamento alimentare
Claut Vito (Pordenone): Associazioni di consumatori
Cogo Roberto (Milano): Riabilitazione cardiorespiratoria
Colombi Vladimiro (Bergamo): Nutrizione naturale
Colombo Andrea (Milano): Aritmologia
Colombo Giovanni Battista (Milano): Mercato farmaceutico
Columbro Marco (Milano): Cultura e Spettacolo
Core Gianni (Savona): Osteopatia
Corvi Mora Paolo (Piacenza): Storia della Farmacia
Curzi Alessandro (Macerata): Pronto Soccorso ed Emergenze sanitarie
Daccò Maurizio (Pavia): Medicina generale
De Bortoli Valentino (Rimini): Turismo e Ospitalità alberghiera
Dedova Ksenia (Roma): Dermatologia e Medicina estetica
De Fino Marcello (Catania): Scienze veterinarie
De Matteo Stefania (Roma): Bioinformazione e Bioelettromagnetismo
De Santis Alberto (Roma): Residenze per anziani
Di Fedè Angelo Maria (Parma): Allergologia e Immunologia
Di Leo Gioacchino (Roma): Chimica farmaceutica
Di Loreto Vincenzo (Milano): Tecnologie degli alimenti
Di Vito Angelo (Milano): Masso-Iidroterapia

Presidente
Giuseppe Nappi (Pavia-Roma)
Coordinamento
Massimo Enrico Radaelli (Parma)

Ditzler Hans Peter (Montevideo, Uruguay): Arte
du Ban Massimiliano (Trieste): Ass. di pazienti (neoplasie pediatriche)
Evtusenco Olga (Rovigo): Magnetoterapia
Fantozzi Fabio (Roma): Chirurgia estetica
Farina Luca (Pavia): Comunicazione nel web
Fermi Enrico (Piacenza): Bioingegneria
Ferrari Paolo (Parma): Medicina dello Sport
Ferretti Stefania (Parma): Urologia
Foad Aodi (Roma): Professionisti di origine straniera in Italia e Salute globale
Fraschini Andrea (Varese): Infezioni ospedaliere
Franchi Stefano (Savona): Giornalismo
Franzè Angelo (Roma): Gastroenterologia
Fritelli Filippo (Parma): Politiche territoriali
Gaddi Antonio Vittorio (Bologna): Telemedicina
Galligani Giuseppe (Reggio Emilia): Scenari di mercato internazionale
Gerace Pasquale (Parma): Angiologia
Gianfrancesco Giuseppe (Bologna): Medicina olistica
Giuberti Rosanna (Milano): Idrocolontologia
Ghisoni Francesco (Parma): Cure palliative
Gogioso Laura (Modena): Nutrizione e Sport
Grassi Gianfranco (Milano): Ingegneria olistica e Psicologia
Gregori Giusva (Roma): Osteopatia animale
Gregori Loretta (Parma): Scienze naturali
Grossi Adriano (Parma): Pedagogia
Gualerzi Massimo (Parma): Cardiologia
Guerrini Gian Luca (Milano): Innovazione industriale
Guidi Antonio (Roma): Politiche legate ai diversamente abili
Guidi Francesco (Roma): Medicina estetica
"HeLLeR" (Milano): Associazioni di pazienti (Psoriasi)
Ingrasso Fabio (Lecco): Fitofarmacologia
Korniyenko Halyna (Parma): Etnomedicina
Lamping Martina Carmen (Treviso): Heilpraktiker
Latshev Oleg Yurevich (Mosca, Russia): Storia naturale
Lisi Rodolfo (Roma): Traumatologia sportiva
Lista Anna (Parma): Nutrizione
Lista Vincenzo (Pavia): Amministrazione
Loconte Valentina (Parma): Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica
Lofrano Marcello (Brescia): Formazione professionale
Lombardo Claudio (Bolzano): Scienze e tecniche psicologiche
Lotti Torello (Firenze): Dermatologia e Venereologia
Luisetto Mauro (Piacenza): Nutraceutica
Magaraggia Anna (Vicenza): Naturopatia e Riequilibrio Somato-Emozionale
Maierà Giuseppe (Milano): Vulnologia
Manni Raffaele (Pavia): Disturbi del sonno
Mantovani Mauro (Milano): Biochimica sperimentale
Marchesi Gianfranco (Parma): Neuropsichiatria
Martinelli Mario (Varese): Terapia fisica vascolare
Mazzarello Paolo (Pavia): Storia della Medicina

Melotto Claudio (Principato di Monaco): Economia etica
Menchinelli Claudio (Roma): Medicina legale
Merighi Lara (Ferrara): Alleanza Cefalalgici
Messina Lorenzo (Roma): Oftalmologia
Miati Maurizio (Parma): Diritti dei Lavoratori
Micoli Giuseppina (Pavia): Misure ambientali e tossicologiche
Mongiardo Salvatore (Crotone): Filosofia
Moneta Angela (Pavia): Medicina di Genere
Montanari Enrico (Parma): Neuroscienze
Morini Emanuela (Parma): Scienze pedagogiche
Occhigrossi Maria Simona (Roma): Medicina interna
Pacchetti Claudio (Pavia): Parkinson
Paduano Guido (Lecco): Tecnologie dermiche
Pellegrini Davide (Parma): Letteratura e Poesia
Piccinini Chiara (Modena): Audio Psico Fonologia
Pigatto Paolo (Milano): Dermatologia
Po Ruggero (Roma): Comunicazione
Polizzi Manuela (Parma): Ingegneria civile
Pregliasco Fabrizio (Milano): Virologia
Pucci Ennio (Pavia): Neurologia
Rabbi Federica (Bologna): Bioenergetica vibrazionale
Radaelli Lorenzo Federico (Parma): Studenti e Università
Revelli Luca (Roma): Chirurgia endocrina e vascolare
Ricci Giorgio (Forlì-Cesena): Turismo sanitario
Roncalli Emanuele (Bergamo): Turismo
Sabato Giuseppe (Arezzo): Formazione universitaria
Saidbegov Dzhahaludin G. (Roma): Riposizionamento vertebrale e articolare non invasivo
Saito Yukako (Tokyo, Giappone): Scienze olistiche Naturopatia
Savini Andrea (Milano): Naturopatia
Scaglione Francesco (Milano): Farmacologia
Schiff Laura (Bologna): Verde urbano e pianificazione territoriale
Sciotta Mariarosca (Varese): Scienze infermieristiche
Serrano Angela (Reggio Calabria): Massaggio sportivo
Sitiza Giuseppe (Cuneo): Omeopatia e Ornotossicologia
Solar Iryna (Forlì): Medicina ayurvedica
Solimè Roberto (Reggio Emilia): Fitoterapia
Spaggiari Piergiorgio (Milano): Medicina quantistica
Spagnulo Stefano (Lecce): Biologia agroalimentare
Tarro Giulio (Napoli): Virologia clinica
Treccoci Umberto (Forlì/Cesena): Nutrizione integrata
Troiani Daniela (Roma): Psicologia
Truzzi Claudio (Milano): Sicurezza alimentare
Turanjanin Olja (Fojnica-Bosnia Erzegovina): Idroterapia termale
Turazza Gloriana (Mantova): Biomeccanica del piede
Valentini Marco (Forlì): Sindromi fibromialgiche
Varrassi Giustino (Roma): Medicina del Dolore
Vento Maurizio Giuseppe (Parma): Otorinolaringoiatria
Vicariotto Franco (Milano): Medicina della Donna
Viscovo Rita (Milano): Medicina rigenerativa e Tricologia
Zanasi Alessandro (Bologna): Idrologia medica
Zurca Gianina (Rieti): Scienze sociali



Bowell®

ADD-ON THERAPY al trattamento con Rifaximina

1 stick al giorno da sciogliere in un bicchiere d'acqua. Iniziare in concomitanza con la Rifaximina e continuare fino al termine della confezione

Bifidobacterium longum W11

Ripopola tempestivamente il microbiota intestinale alterato dalla terapia antibiotica: migliora i sintomi intestinali ed impedisce l'adesione e la crescita di nuovi patogeni quando termina l'antibiotico



CONSERVARE A
TEMPERATURA
CONTROLLATA 2°C - 8°C

Chinyu G. Su et al. Utility of the Nonabsorbed (<0.4%), Antibiotic Rifaximin in Gastroenterology and Hepatology. Gastroenterology & Hepatology Volume 2, Issue 3 March 2006
 Su CG et al. Utility of the Nonabsorbed (<0.4%) Antibiotic Rifaximin in Gastroenterology and Hepatology. Gastroenterol Hepatol (NY). 2006 Mar;2(3):186-197.
 Fanigliulo L et al. Role of gut microflora and probiotic effects in the irritable bowel syndrome. Acta Biomed 77(2):85-89 (2006)
 Medina M, Izquierdo E, Ennahar S et al. (2007) Differential immunomodulatory properties of Bifidobacterium longum strains: relevance to probiotic selection and clinical applications. Clin Exp Immunol 150:531-538
 Inturni R, Stivala A, Sinatra F et al. (2014) Scanning electron microscopy observation of adhesion properties of Bifidobacterium longum W11 and chromatographic analysis of its exopolysaccharide. Food Nutr Sci 5:1787-1792
 Graziano T et al. The possible innovative use of Bifidobacterium longum W11 in association with rifaximin. A new horizon for combined approach? J Clin Gastroenterol 50:5153-5156 (2016)
 Del Piano M et al. (2004) Clinical experience with probiotics in the elderly on total enteral nutrition. J Clin Gastroenterol 38(2):S111-S114
 Di Piero F, Bertuccioli A, Pane M, Ivaldi L. Effects of rifaximin-resistant Bifidobacterium longum W11 in subjects with symptomatic uncomplicated diverticular disease treated with rifaximin. Minerva Gastroenterologica e Dietologica 2019 December;65(4):259-64

Alimenta il formidabile che c'è in te

I batteri che compongono la nostra flora intestinale svolgono tante azioni benefiche: **stimolano e potenziano il nostro sistema immunitario**, formano **barriere contro gli agenti esterni e ci supportano ogni giorno...**

...come

FlorMidabil DAILY che con **70 miliardi di fermenti lattici vivi**

è l'alleato ideale
del tuo intestino
giorno dopo giorno

NOVITÀ Low sugar*



Da oggi anche per le persone
che soffrono di **iperglicemia o diabete**
o per chi desidera non aggiungere
zuccheri in eccesso alla
propria **dieta**

*Con il 90% di zuccheri in meno rispetto alla formulazione precedente.



seguici su  e 