

## **Tutti i diritti riservati – © Paolo Dorigo 2002-2003-2004**

### **Capitolo 8 – Salute fisica**

I “rilevanti” precedenti sanitari di Paolo (disquisizione tragicomica sugli psichiatri)  
a parte le carie e i taglietti e la miopia

–2002- modificato al 12.1.2004 solo il primo periodo del secondo capoverso-  
**traumi**

ad anni 12 frattura polso sinistro.

ad anni 14 rottura sacca senoviale ginocchio destro.

ad anni 17 ustioni di secondo grado alle mani, e prognosi di 15 giorni.

ad anni 19 un taglio al dito medio della mano destra mi viene cucito in ospedale.

ad anni 25 dopo l'estrazione di un granuloma a quel dito, scopro e asporto il filo da cucitura dallo stesso dito.

ad anni 26 auto-asportazione pezzo di filo di cucitura dallo stesso dito.

ad anni 36 ustioni di secondo e terzo grado con operazione di esarectomia e innesti al collo ed alla mano sinistra.

ad anni 37 asportazione della vena safena della gamba destra.

ad anni 43 colpi di manganello e pugni nella testa da parte di una squadretta di picchiatori; il giorno dopo, in analogo scontro, vengo quasi strangolato da un energico ispettore nel carcere di Livorno.

### **fastidi sociali causati da cattiva interpretazione del diritto**

ad anni 17 vengo portato in carcere minorile a Treviso dopo un incendio in una stanza di mia pertinenza, e non vengo ricoverato in infermeria per 15 giorni come disposto dal direttore del reparto ustionati dell'Ospedale di Venezia, cosicché per 15 giorni non posso lavarmi né andare di corpo, rischiando per la omessa sostituzione delle bende alle mani, la cancrena.

ad anni 18 mi dà fastidio sentirmi rinfacciare scarsa “riconoscenza” dal padrone di una tipografia industriale ove lavoravo per 6 mesi a part-time come operaio guadagnando 145.000 lire al mese, che dopo 6 mesi sono stato capace solo di sobillare gli operai contro i capireparto e contro lui stesso, mentre in realtà mi sono limitato a lavorare, socializzare e partecipare a riunioni sindacali settimanali restando con i compagni di lavoro fino alla tarda sera ogni venerdì.

ad anni 25, durante un periodo di 10 mesi di isolamento carcerario in una sezione nella quale potevo godere del braccetto chiuso 24 ore al giorno e delle finestre a bocca di lupo senza possibilità di mettere le mani fuori dalla finestra, denuncio un piccolo fastidio al cuore, che poi diviene “patologia depressiva grave” (dopo che questo trattamento mi aveva un po' rotto le palle ma niente di più perché mia morosa e compagna mi veniva a trovare 4 volte al mese) con problemi “formativi, adolescenziali” e minchiate varie, allorquando si rende necessaria una soluzione indolore dopo le numerose manifestazioni in nostro sostegno, agli inquisitori che hanno bisogno di liberarsi di una montatura che gli esplose tra le mani, scarcerando quindi di conseguenza tutti i 20 imputati che poi, come altri 16 prosciolti in istruttoria, saranno assolti nel 1991. Mi darà però fastidio leggere, tra le carte del processo, telefonate del tutto personali e relazioni psichiatriche allucinanti che tuttavia, nella perizia del Tribunale, sostengono che posso comunque restare in quelle condizioni detentive senza problema. Durante questo periodo, posso leggere con una bella lampadina da 25 W e ho la fortuna di potermi autoasportare con un tagliaunghie, un pezzo di filo emostatico rimasto nel dito dove mi era cresciuto un granuloma, senza che né dermatologi, né radiografie né chirurghi arrivassero a dedurre una tale ridicola ma fastidiosa presenza.

ad anni 27, nel bel mezzo della vita lavorativa, vengo detenuto per altri 2 anni e poi assolto dopo altri 2.

ad anni 32 per scavallarmi da un contratto di lavoro con una ditta rompiscogliani che mi pretende “a disposizione” 5 giorni al mese per 2.000.000 al mese ma non continuativi come previsto, mi reco per la prima e unica volta da libero in vita mia, da uno psicoterapeuta cui spiego che lavorare a pezzettini mi stressa e fa una carta per questa ditta che riesco così a “scavallarmi” senza penali. Così ci sarà un ulteriore

Paolo Dorigo, Controinchiesta su una operazione di controllo mentale totale nelle carceri italiane del XX e XXI secolo, 7° e ultima edizione

precedente per affermare la mia congenita “depressione”, cosa che rivendico con altra parola, sentimento di sensibilità.

ad anni 34, mi crea una patologia da persecuzione il fatto che allo stesso infame che ha fatto arrestare me e una compagna a cui volevo bene e altri due compagni, venga dato lo spazio per calunniare sulla stampa col beneplacito del pm, la cui moglie vengo poi a sapere che lavora nello stesso studio avvocatizio di una piccola bastarda città dove lavora l'avvocato di questo pentito, titolare il suo padre di questo, tanto che nel 97 questo poi si trasferirà a Treviso come gip per incompatibilità territoriale con la sede pordenonese.

ad anni 35, detenuto da un anno, mi dà fastidio venire ad apprendere da un avvocato pirla per sua dimenticanza di una fotocopia bollata di un documento, il Tribunale di Roma ha negato il riconoscimento della riparazione per una ingiusta detenzione, col che perdo 90.000.000.

ad anni 37 o poco meno mi infastidisce che 15 lettere, in partenza ed in arrivo, non arrivino a destinazione nel carcere di Novara, e che finanche una raccomandata faccia la stessa fine. Mi dà fastidio anche che su questa base, anziché tornare coi compagni, mi spediscono col torto, ad Opera, anche se dopo due anni una sentenza di condanna ad una guardia mi darà ragione (4.12.1998).

Ad anni 37 e mezzo mi secca venire licenziato dalla Spes di Opera perdendo uno stipendio fisso di 1.400.000 lire al mese, dopo neanche due mesi, a causa del fatto che voglio fare solo il tecnico con la scusa del comandante del carcere che avevo utilizzato i macchinari della Spes per stampare una ventina di fogli di una raccolta firme per “aizzare” i detenuti contro la direzione del carcere e con la scusa legale che non c’era ancora l’assunzione e che non avevano più bisogno del mio lavoro. In cambio ci guadagno un “colpo della strega” con conseguente ernia che ancora mi porto dietro, a causa di un’attività di facchinaggio per la quale non ero stato assunto.

Ad anni 40 mi dà fastidio venir chiuso da un’attività lavorativa autogestita grazie ad una lettera anonima di chissà chi usata da un ispettore per dire che avevo intenzione di fare danni nella sezione in cui stavo da 2 anni; successivamente mi farà incazzare leggere l’ennesima relazione di un direttore che afferma che “non ha prodotto nulla” in un anno e mezzo, mentre avevo realizzato ben 4 cdrom di cui uno è stato messo in vendita dentro il Politecnico di Milano come dispense di sostegno allo studio, ed un altro è stato lodato in una conferenza pubblica per il 90° compleanno di un pittore antifascista di avanguardia noto in tutto il mondo.

Ad anni 41 mi fa specie che dopo 4 anni e mezzo mi si ricordi dalla direttrice sanitaria di un nuovo carcere ove faccio ingresso, che ho avuto una crisi depressiva, come mi sento, e qua e là, come se fossi uscito dall’ospedale il giorno prima.

Ad anni 43 mi fa più che orrore che si possa chiudere gli occhi sulle persecuzioni delle guardie contro una persona scomoda e difficile da controllare e che si ponga invece l’attenzione su questa persona come degna di analisi criminale, quando giuridicamente sul piano del diritto internazionale ed interno è ancora “innocente”, sbattendola in “osservazione psichiatrica” per aver dato a due gaglioffi quel che si meritavano da molto tempo, anziché fermarsi un attimo a riflettere su come mai una persona che non aveva mai aggredito in 12 anni di detenzione alcun poliziotto, in due mesi ne aveva aggrediti 3. Mi secca anche che lo psichiatra di “parte”, anziché arrivare a Livorno dove gli dico di essere stato vittima di due pestaggi dalle guardie e parlarmi a lungo di cosa abbia originato questa situazione, metta insieme quattro appunti e dopo 20 minuti mi porga la sua manina, per leggere poi che avrei avuto chissà che problemi di relazioni sociali ed ambientali sin da ragazzo, cosa che è completamente fuori da qualsiasi dato storico della mia vita.

In generale quello che non riesco ad apprezzare è non solo l’esistenza di troppe cimici e radio a Galena che dir si voglia, di troppe antenne e di carichi magnetici, ma anche di “radio carceri” che sono spessissimo il terminale delle chiacchiere infami delle più luride canaglie di regime, ufficiosamente gestite dai vari apparati investigativi polizieschi e dei servizi, interni ed esterni alle carceri. Penso che il miglior carcere sia quello raso al suolo, ma non per questo ritengo che chi vive in carcere debba subire passivamente le provocazioni più pazzesche per il solo fatto di pensarla con la sua testa.

ELEMENTI DI CONDIZIONI DI SALUTE CRITICA UN PO' ECCESSIVI PER UN 45 ENNE  
E GENERALMENTE NON AFFRONTATI DAI MEDICI

- allergie che ho sempre conosciuto a medicinali: solo ZERINOL-ACTIFED, e a molti tipi di anestetico - non è corrispondente a verità la allergia riportata misteriosamente sin al 1996 di Tachipirina, paracetanolo, aspirina. In realtà prendo senza alcun effetto negativo sia Tachipirina che Aspirina.
- generale difficoltà circolatoria con rapida immobilizzazione delle gambe da fermo e rigonfiamento piedi e caviglie, tanto che dormo con gambe alzate; in passato safectomia dx; cura di un mese con Daflon.
- ipo-tensione (nell'agosto 1996 2 collassi, nell'agosto 1997 1 collasso)
- scoliosi al 4-5° anello dorsale sin da bambino
- ernia iatale (guarita nel 1998-1999 con Ranidil e Cipril)
- ernia al disco (non curata, guadagnatami nel 1997 per lavori impropri Spes)
- stenosi (deviazione del setto nasale) e respirazione solo con la narice sx, fastidiose e dolorose emorragie interne quotidiane alla narice destra sul setto cartilagineo
- misteriosa retinopatia ipertensiva 2001-12/2002-05 ed emorragia totale all'occhio dx fine aprile - maggio 2003
- allergia dal 1970 ai pollini pioppi maggio, MA STRANAMENTE nel 2002-05 e 2003-05, quasi nessun disturbo allergico (ma ben altri---> ??? iniezioni nottetempo ???)
- cervicali dal 1988 circa, radiografie nel 1989
- infiammazioni orecchio sx nel 2002 (ben 5 periodi)
- strane e ripetute cefalee, strani e ripetuti dolori alle tempie, strani e ripetuti disturbi che provocano contrazioni mandibolari, ai quali non mi viene offerta alcuna soluzione terapeutica (e mi vengono anche fatte difficoltà a tenere le aspirine che acquisto)
- sonnolenza (necessità dormire: nel 2001 circa 9 ore al giorno -7,30 notte + 1,30 pomeriggio-, nel 2002 circa 14 ore al giorno, nel 2003 circa 12 ore al giorno, nel 2004 circa 10 ore al giorno)
- scarsa attività fisica: nel 1993-2001 circa 1 ora al giorno dalla primavera 2002 all'inverno 2004 quasi nulla dal marzo 2004 una volta a settimana circa nel maggio 2004 e dall'agosto 2004 ogni 3 giorni circa

Capitolo 9 - MA - Medicina ed Audiologia  
Informazioni di base sulla questione  
-2002-

**9.1 ORECCHIO**

L'organo uditivo si divide in tre parti: orecchio esterno, medio ed interno. L'orecchio esterno è costituito dal padiglione auricolare, che convoglia i suoni, e dal condotto uditivo, che trasmette al timpano le onde sonore sotto forma di variazioni di pressione atmosferica e blocca le impurità intrappolandole nel cerume appositamente secreto. Il timpano separa l'orecchio esterno da quello medio, comprendente la tuba di Eustachio (che parte dalla parete interna del timpano e si collega al naso ed è accessibile sbadigliando e starnutendo) e tre ossicini vibranti (martello, incudine e staffa). L'orecchio interno è formato infine dalla coclea e dai canali semicircolari. Da qui, attraverso il nervo acustico, gli stimoli uditivi raggiungono il cervello.

Ipoacusia: perdita parziale (ipoacusia) o totale dell'udito.

**9.2. ACUFENE O TINNITO**

Sensazione uditiva soggettiva, percepita nelle orecchie in forma, ad esempio, di fischio, ronzio, squillo o tintinnio. L'acufene viene causato da rumore o vibrazione nel capo e nei tessuti intorno alle orecchie o da disturbi del sistema uditivo. Talvolta può essere attribuito ad anomalie vascolari del capo o del collo oppure a contrazioni muscolari nell'orecchio medio o nella mascella. Alcune forme di acufene possono insorgere a causa di segnali generati dai nervi preposti alla conduzione dei suoni, anche in attesa di qualunque rumore oggettivo. In alcuni casi la causa è un tappo di cerume. Gli acufeni possono colpire soggetti di ogni età e sono in genere permanenti (sebbene possano verificarsi occasionalmente in seguito al rumore di un'esplosione). L'acufene è talvolta accompagnato da sordità, ma può colpire anche soggetti con udito, peraltro, nella norma. Può, inoltre, essere sintomo della sindrome di Ménière, se accompagnato da perdita dell'udito e vertigine.

Per la diagnosi, non sempre facile, si utilizzano in genere diversi test audiometrici, soprattutto nei casi in cui vi sia anche sordità. La terapia può avere effetto positivo, a seconda dell'acufene. In alcuni casi è possibile mascherare il suono con l'aiuto di un apparecchio acustico, mentre in altri i pazienti riescono a ridurre al minimo il disturbo causato dall'acufene tenendo la mente occupata; nella maggior parte dei casi, tuttavia gli effetti degli acufeni sono estremamente fastidiosi e difficili da eliminare. (Enciclopedia Encarta, 2001)

Nota: \* = documentazione da "ACTA – Otorinolaringologica Italica n.20/2 aprile 2000, organo ufficiale della Società Italiana di Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico-Facciale – Supplemento 62 – Sulla terapia dell'acufene soggettivo cronico idiopatico":

**“Introduzione.**

L'acufene (dal greco ακουσις cosa udita e φ ανξιiv apparire) è una sensazione uditiva *reale* la cui origine non ha riscontro in una sorgente sonora nell'ambiente esterno. Vengono definiti *oggettivi* quelli che, avendo origine esternamente all'orecchio, possono essere percepiti dall'esaminatore e sono quindi obbiettivabili; i *soggettivi* sono invece percepiti esclusivamente dal soggetto in esame.

L'incidenza reale degli oggettivi è peraltro bassissima, attestandosi intorno all'1 % del totale; si tratta per lo più di rumori di origine vascolare, tubarica, muscolare, articolare, trasmessi per via ossea e quindi in grado di

stimolare fisiologicamente il recettore; essi possono avere carattere pulsante, manifestarsi in soggetti normoudenti ed hanno per lo più tonalità grave.

Gli acufeni propriamente detti (**soggettivi**) costituiscono, invece, percezioni sonore in assenza di stimolazione fisiologica dei recettori cocleari; sono provocati dall'attivazione abnorme di un punto qualsiasi della via acustica, hanno per lo più tonalità acuta e, quasi sempre (93%), sono accompagnati da ipoacusia (condizione patologica caratterizzata dalla perdita parziale dell'udito).

Esistono acufeni acuti che, generalmente, si risolvono spontaneamente entro un mese e cronici che persistono nel tempo e suscitano, in genere, reazioni di insofferenza e di fastidio che progressivamente si attenuano in funzione del tempo; si instaura dunque una tolleranza o 'habituation', spiegabile se si considera che l'intensità di risposta comportamentale a stimolazioni ripetitive è la risultante di due processi indipendenti: uno inibitorio (habituation) e l'altro facilitatorio (dishabituation)." (...)(\*)

"Il sintomo 'acufene' è clinicamente eterogeneo, a riprova della molteplicità dei fattori etiopatogenetici, e complicato dalla notevole incidenza del fattore psicologico. In particolare, appare evidente come la risposta emotiva al suono 'intruso' sia spesso esagerata rispetto all'intensità valutata in base alle metodiche acufenometriche. Ulteriori limitazioni derivano dall'impossibilità di ottenerne una misurazione oggettiva affidabile: una registrazione di acufene soggettivo sotto forma di otoemissioni acustiche spontanee si può ottenere per esempio solo nel 4 % dei casi. Da ciò derivano ovvie difficoltà nel monitoraggio dell'evoluzione spontanea e dopo terapia, ma anche nell'allestimento di protocolli di ricerca e nella gestione delle stesse risorse terapeutiche." (...)(\*)

"**Cenni storici.** (...) Nel 1821 Itard propone un trattamento basato su pediluvi irritanti, salassi della vena safena o dalla giugulare esterna e applicazione di sanguisughe al collo, per ridurre l'eccessivo afflusso di sangue alla testa [*nel mio caso invece la pressione stabile, anche a Livorno, e comunque normale o addirittura basa d'estate, è contraddittoria a questo motivo: normale 80-120, estiva anche 65-70 a 110*], responsabile dell'acufene ed ha peraltro il merito di ammettere la frequente inutilità delle terapie e di intuire che il medico deve soprattutto tranquillizzare il paziente e consigliargli l'utilizzo di mascheranti ambientali quali il rumore dell'acqua scrosciante o del legno che brucia." (\*) [*A Biella nel corso del 2001 ed in altri carceri come a Livorno e a Spoleto, di massima sicurezza, per motivi di non spreco dell'acqua, i rubinetti non possono generare acqua continua ma solo a "scatto", come quelli dei cessi dei treni, della durata di pochi secondi, si da rendere impossibile al detenuto questo tipo di mascheratura ambientale*]. "Curtis intuì invece l'importanza del sostegno psicologico e del trattamento precoce del sintomo, prima che esso si trasformi in allucinazioni uditive. Toynbee fu lo sfortunato pioniere della terapia medica con anestetici, in quanto trovò la morte (1866) proprio nel tentativo di far penetrare cloroformio nel suo stesso orecchio medio mediante ripetute manovre di Valsala. Nel 1868 Brenner descrisse la stimolazione elettrica anodica applicata al meato uditivo esterno, tecnica ripresa più tardi da McNaughton-Jones, con risultati deludenti. Quest'ultimo indicò nel 1891 una lista di farmaci ritenuti responsabili della comparsa di acufeni, tra cui la nitroglicerina, il chinino, il nitrato di amile, la pilocarpina, l'acido idrobromico; nella stessa pubblicazione egli incluse però gli stessi farmaci tra i possibili presidi terapeutici. Questo apparente paradosso si è ripetuto quasi 100 anni dopo in una recente pubblicazione dedicata agli acufeni." (...) (\*)

Epidemiologia. Le statistiche citate sulla frequenza dell'acufene nella popolazione civile vanno da una stima del 6,6 % della popolazione (Chung D.Y. ed altri, 1984) sino ad un 80 % della stima di Pulec ed altri (1978). "Etiopatogenesi. Una enorme varietà di disfunzioni nell'ambito delle vie uditive periferiche e centrali possono divenire causa di un acufene e per di più molte di queste non hanno un effetto ben riconoscibile sulla funzione uditiva. Tonndorf riconosce che la sede dell'anomalia anatomica o funzionale può localizzarsi a qualunque livello della via uditiva, configurando l'acufene come un *disturbo multimodale*, a patogenesi variabile. Le ipotesi patogenetiche si distinguono, sulla base di criteri anatomici, in *centrali e periferiche*. La prima non esclude però la seconda, e viceversa. È possibile che lesioni primitivamente cocleari [della coclea, parte dell'orecchio interno], possano provocare alterazioni funzionali centrali, in grado di autoalimentarsi; inoltre lesioni periferiche e centrali, a patogenesi comune o distinta, possono coesistere e partecipare insieme alla genesi della sensazione.

Un'analogia interessante è quella proposta da Møller, tra acufene e dolore cronico: per tale associazione è stata invocata una patogenesi di tipo periferico, in cui l'ipersensibilità sarebbe dovuta ai recettori algogeni ed una di tipo centrale legata ad una disfunzione dei nuclei situati nel SNC, i quali in virtù della plasticità neurale sono ipersensibili ad una stimolazione periferica, anomala per qualità o durata. Come nel dolore cronico, anche nella genesi dell'acufene potrebbe inoltre essere implicato il sistema nervoso simpatico. È

nota infatti l'efficacia della simpaticectomia in alcuni paesi con acufene, e la riduzione del TTS (temporary threshold shift) dopo esposizione a rumore in pazienti sottoposti allo stesso intervento." (...) (\*)

"Le ipotesi *periferiche* classiche implicano che il tinnito abbia origine da strutture dell'orecchio medio ed interno. A questo proposito sono interessanti due teorie: la prima è quella proposta da Tonndorf, secondo la quale si verificherebbe un disaccoppiamento tra cilia e membrana tectoria, per cui le ciglia stesse subirebbero direttamente l'azione del moto browniano con aumento del rumore di fondo, intensificato anche dalla aumentata sensibilità dovuto alla riduzione della massa totale del sistema membrana-stereocilia. Secondo la teoria della *risonanza cocleare*, proposta da Kemp, alcune cellule ciliate genererebbero, in risposta a sollecitazioni di tipo meccanico, uno stimolo che si propaga alla base della coclea, mettendo in vibrazione la staffa. Questa vibrazione a sua volta si propagherebbe all'endolinfa con conseguente stimolazione della coclea. A sostegno di queste teorie cocleari ricordiamo la scomparsa dell'acufene ottenuta da Portmann ed altri con la stimolazione elettrica della coclea ipsilateralmente alla sensazione.

NONOSTANTE LA GRANDE MAGGIORANZA DEGLI ACUFENI SOGGETTIVI SI ACCOMPAGNI AD IPOACUSIA (93%), ESISTONO PERÒ CASI IN CUI L'AUDIOGRAMMA È NORMALE, AD INDICARE CHE LA LESIONE COCLEARE NON È AFFATTO OBBLIGATORIA (il 19.8.2002 il dr. Brozzi dell'Ospedale di Spoleto ha definito il sottoscritto nella normoacusia).” (...) (\*)

"Inoltre, la clinica ci insegna che la lesione periferica non si può considerare sufficiente a causare un acufene; infatti a parità di patologia e di gravità del quadro audiologica alcuni pazienti ne risentono più di altri. È noto inoltre come la neurectomia cocleare abbia un effetto del tutto incostante sull'acufene, come se esso risultasse in qualche modo memorizzato a livello centrale (*imprinting* centrale).

Le ipotesi centrali considerano appunto che la sensazione abbia origine da alterazioni neuronali a livello delle vie uditive, a partire dai nuclei cocleari fino alla corteccia. Data la complessità dell'organizzazione di tali vie, è chiaro che attività abnormi possano insorgere ad uno o più livelli del sistema. Un primo livello da considerare è quello dei meccanismi inibitori più periferici della via acustica: sia i neuroni dell'VIII nervo cranico sia quelli dei nuclei cocleari possono essere inibiti (inibizione laterale), oltre che attivati, dallo stimolo sonoro. Attraverso tale meccanismo inibitorio, i neuroni che ricevono dalle zone maggiormente attivate del campo periferico inibiscono quelli che ricevono dalle zone meno attivate. In caso di deficit cocleare settoriale, si riduce sia l'attività in quel determinato settore tonale, sia l'inibizione in quello ad esso più vicino, cui consegue, oltre all'ipoacusia, la percezione di un rumore a banda stretta con le caratteristiche spettrali della zona disinibita.

Oltre all'inibizione laterale esiste poi una forma di facilitazione laterale detta unmasking, che si evidenzia facendo precedere al tono-test due toni condizionanti simultanei, l'uno della stessa frequenza e l'altro di frequenza adiacente. Modificando il tono di frequenza adiacente si nota che per alcuni valori l'effetto è mascherante, mentre per altri l'effetto è opposto. Penning a questo proposito ha notato che l'effetto unmasking non è presente nella zona del tinnito, ma solo nella zona di normale udibilità." (...) (\*)

"In un lavoro del 1985, Maurizi ed altri hanno osservato mediante metodiche oggettive (rilevamento dei potenziali evocati del tronco-encefalo) che gli acufeni periferici (a sede cocleare) risultano inibiti dal mascheramento con rumore a banda stretta, della stessa frequenza dell'acufene e di intensità adeguata (10 dB oltre la soglia di inibizione residua ottenuta mediante il tono puro). Alla scomparsa o alla diminuzione soggettiva dell'acufene si osservava una riduzione dei valori di latenza dell'onda III dell'ABR e dell'intervallo tra i picchi III-I, espressione di modificazioni della capacità di scarica delle cellule sensoriali.

Viceversa, tale comportamento non era ripetibile negli acufeni a genesi retrococleare. Tale osservazione, oltre a fornire indicazioni sulla topodiagnosi, potrebbe fornire implicazioni terapeutiche (**mascheramento con audiometro o mediante l'uso di mascheratori retroauricolari**).” (...) (\*)

Secondo Reid ed altri (1993) ci sarebbe una stretta correlazione tra la comparsa di acufeni e la presenza di ipertensione perilinfatica; inoltre tra le donne, quelle in gravidanza, sane e senza complicazioni gestazionali, anche secondo Gurr ed altri (1993) sarebbero più soggette delle donne non incinte agli acufeni.

"**Diagnosi.** L'esame clinico del paziente che lamenta acufeni risulta assai complesso dovendo prevedere il conseguimento di due obiettivi essenziali: il primo consiste nel saper raccogliere un'anamnesi completa che, in ogni caso, deve poter stabilire il momento e le circostanze in cui il sintomo si è manifestato, precisandone le caratteristiche (se si tratta di un suono o di un rumore, se è continuo o intermittente, se è ritmico con i battiti cardiaci, se è associato ad ipoacusia ed infine se è mono o bilaterale). Non sono inoltre da trascurare gli antecedenti personali per ciò che riguarda l'apparato uditivo” (...) (\*)

“Il secondo obiettivo è quello di individuare le possibili cause dell'acufene mediante un esame otorinolaringologico completo (esame otoscopico, rinoscopico e rinofaringoscopico), un esame dell'apparato dentario e delle condizioni occlusali (M.Maurizio, Audiovestibologia clinica, 1987, Il pensiero scientifico ed.). L'audiometria tonale permette di individuare la frequenza e l'intensità dell'acufene e l'eventuale presenza di un'ipoacusia. All'esame tonale va comunque affiancata l'esame impedenzometrico per verificare le condizioni dell'apparato di trasmissione. Le alterazioni elettrofisiologiche possono essere inoltre studiate mediante il rilevamento dei potenziali evocati del tronco, potendosi così evidenziare alterazioni morfologiche dei tracciati e dei tempi di conduzione centrale. Una valutazione completa non può però prescindere dall'esame vestibolare che dovrà avvalersi del rilievo dei sintomi spontanei e rivelati e dell'esecuzione delle classiche prove strumentali con registrazione ENGgrafica. Qualora questa prima serie di indagini non conduca a risultati definitivi, è possibile integrarla con un esame più generale di altri organi ed apparati; va controllata la pressione arteriosa e valutata la situazione ematochimica, vanno inoltre eseguiti esami radiologici, Doppler e arteriografia carotideo-vertebrale e l'esame del fondo dell'occhio. Grande importanza deve infine essere attribuita allo studio della personalità e ai relativi risvolti psicologici del soggetto in esame, per evidenziare eventuali stati depressivi, ed il grado di tolleranza del disturbo.” (\*)

“**Terapia.** L'approccio terapeutico al soggetto con acufeni è particolarmente complesso ed insidioso e viene attualmente affrontato, spesso in separata sede, da otoiatri, audiologi, protesisti, medici di base, psichiatri e altri specialisti, con risultati giudicabili a tutt'oggi 'globalmente scarsi' tanto da evocare l'appellativo di *crux medicorum*. L'esperienza clinica insegna peraltro che il paziente, in caso di fallimento di uno o più approcci terapeutici, tende comunque a ricercare soluzioni diverse, consultando ulteriori medici. In fase di raccolta anamnestica sarà quindi utile indagare quali e quanti tentativi terapeutici il paziente abbia già al suo attivo.

Una prima considerazione deve basarsi sulla distinzione fondamentale tra forme “compensate”, con le quali si riesce a convivere, e forme “scompensate”, che alterano profondamente la qualità della vita. I “compensati”, che NON cercano l'aiuto dello specialista, riferiscono il proprio acufene come più spesso bilaterale e simmetrico, tendenzialmente costante per intensità e altezza tonale; tali caratteristiche predispongono maggiormente all'instaurarsi dell'abitudine.” (...) (\*)

(Una specie di “Grande Fratello” di massa dietro questa malattia ?)

“Secondo Hallam ed altri, tale sensazione uditiva anomala diviene *sintomo* nel momento in cui viene mancare il meccanismo fisiologico della tolleranza o abitudine che, normalmente, si instaura entro un periodo di settimane o mesi, o al massimo, di un anno. Fondamentale è dunque la valutazione della componente psicologica soggettiva, molto variabile da caso a caso, per cui allo stesso tipo di acufene si associano risposte emotive molto diverse, da un lieve grado di ansia autolimitante, alla comparsa di disturbi del sonno, malessere generale, modificazioni della personalità e, in casi estremi, addirittura tendenza al suicidio.” (...) (\*)

“**Un questionario molto utilizzato è il Tinnitus Questionnaire**, in cui si fa distinzione tra di stress emotivo e cognitivo, difficoltà legate all'ipoacusia e all'intrusione da parte dell'acufene. Goebel e Hiller ne raccomandano l'uso per valutarne il grado di disagio in pazienti afferiti in ambienti otoiatrici piuttosto che psichiatrici e per confrontare l'efficacia dei diversi approcci terapeutici.” (...) (\*)

“**1. Informazione o 'Consuelling'.** (...) in base alle statistiche epidemiologiche, nel 50 % dei casi il sintomo si riduce spontaneamente nel giro di pochi mesi, in un altro 25% scompare e solo nel restante 25% persiste o addirittura peggiora. Si dovranno fornire inoltre norme igieniche riguardo i traumi acustici, sul lavoro e nel tempo libero, l'uso di caffeina, cioccolato, tabacco e farmaci ototossici in generale, tra cui l'aspirina, e l'utilizzo di tecniche di mascheramento domestico, quali l'ascolto di musica o di una radio desintonizzata fra due frequenze FM, specie nelle ore notturne. Ai molto ansiosi ed ai depressi si dovrà invece consigliare una valutazione psichiatrica. (...)

Vesterager ritiene che il primo step nella prevenzione affinché l'acufene non diventi un sintomo insopportabile, consiste nella informazione da parte del medico di famiglia riguardo i meccanismi psicologici e sulla fondamentale benignità della prognosi.” (\*)

**2. Terapia Farmacologia** In una revisione del tutto recente Seidman ed altri, sostengono che “nessun farmaco è stato dimostrato a tutt'oggi sicuramente efficace per la terapia degli acufeni.” (...) (\*), pag.6

**Simpaticolitici:** “I risultati sono stati soddisfacenti nel caso di acufeni secondari, ma deludenti in quelli cosiddetti isolati.” (anni '60) (\*) pag. 7

“I farmaci calcio-antagonisti si legano alle strutture di membrana responsabili della corrente lenta di ingresso dello ione calcio il cui blocco è simile a quello dei canali del sodio indotto dagli anestetici locali. (...) Altri

calcioantagonisti (...) sono la cinnarizina ed il suo derivato la flunarizina anche utilizzata nel trattamento delle aritmie e dell'emicrania sia classica che comune. (...) Motta ed altri hanno utilizzato la flunarizina, per 90 giorni, in 39 pazienti con acufeni, portatori di insufficienza vertebro-basilare, Malattia di Ménière" – vertiginite- "o presbiacusia, ottenendo il 10,2% di guarigioni ed il 41% di miglioramenti." (...) (\*) pag.8.

[Va ricordato che come riportato più sotto, lo stesso dr.Brozzi che me l'aveva prescritta, riportava che "un possibile effetto collaterale della flunarizina è la sedazione, tanto che al paziente viene fatta assumere la sera, prima di coricarsi"; evidente che la frettolosità della visita, non conforme alla necessaria assunzione di tutti i dati, ha impedito di chiarire che al sottoscritto tutto interessa fuorché trovarsi nuovamente "sedato" o narcotizzato, come con ogni probabilità, visti i sintomi vissuti, è stato, a Livorno e forse anche prima, e come ha denunciato in data 18.6.2002 alla Procura della Repubblica di Livorno appena ha fatto mente locale e rimemorizzato quanto ha vissuto di abnorme nel mese precedente, mentre era ormai dimettendo dalla sezione di "osservazione psichiatrica" (dimissioni 19.6.2002, spostamento fisico alla sezione EIV di Livorno il 23.6.2002, trasferimento alla sezione EIV di Spoleto il 27.6.2002).]

"Gli estratti dalle foglie di Ginkgo biloba sono stati utilizzati per secoli in terapia. (...) Si tratta di un vasoregolatore di arterie, capillari e vene (attraverso un aumento del flusso sanguigno) nei processi ischemici, che può avere un'importante azione sugli scambi trans-membrana e come neurotrasmettitore." (\*) pag.8. [A me pare di avere tutto meno che bisogno di potenziare le capacità di trasmissione interna, peraltro ho sempre sofferto di farmaci che portano un aumento circolatorio.]

"Il ciclandelato è un vasodilatatore che, come la papaverina, agisce direttamente sulla muscolatura liscia dei vasi; ... la papaverina e il ciclandelato derivano dall'oppio (che a sua volta deriva dal Papaver Somniferum)". (\*) pag.8. [*È inutile ogni commento.*]

"Dimetilsolfossido (DMSO). Si tratta di uno dei solventi maggiormente usati nella farmacologia del passato ed attuale. È una sostanza naturale, derivate dal legno, che oggi viene proposta nel trattamento delle patologie le più svariate; Jacob Stanley ne propone l'utilizzo nel trattamento di malattie del Sistema Nervoso Centrale (Malattia di Alzheimer, Stroke, TRAUMI CRANICI), di alcune tra le più comuni malattie reumatologiche (Artrite reumatoide, LES, Sclerodermia), malattie endocrinologiche e, infine, nel trattamento del dolore cronico. Per quanto riguarda la terapia degli acufeni con DimetilSolfossido si sono ottenuti buoni risultati." (\*) pag.9. [*Poteva essere un'idea terapeutica, visto che è una sostanza naturale. Ma, come si può vedere a scorrere le "terapie farmacologiche" in materia, si va per tentativi, citando qua e la esperimenti su 30,40 o 50 pazienti come dato di riferimento !]*

"Antistaminici. Gli effetti dell'istamina liberata nell'organismo possono essere ridotti in diversi modi. Gli antagonisti fisiologici, specialmente l'ADRENALINA, svolgono sulla muscolatura liscia azioni opposte a quelle dell'istamina, ma agiscono su recettori diversi." (\*) pag.9. [Adrenalina o Epinefrina. Ormone secreto dallo strato midollare delle ghiandole surrenali. Solitamente è presente nel sangue solo in quantità minime che aumentano in momenti di particolare ansia, eccitazione o stress emotivo, dal momento che l'adrenalina ha un'azione generale stimolante sulle strutture corporee, preparandole a uno sforzo psicofisico. Tra i suoi effetti vi sono la stimolazione del cuore, la costrizione dei piccoli vasi sanguigni, l'innalzamento della pressione sanguigna, la liberazione dello zucchero conservato nel fegato e il rilassamento o la contrazione di alcuni muscoli involontari. È largamente usata come farmaco in caso di shock, di collasso cardiocircolatorio e di asma; per tale uso viene elaborata con metodi di sintesi o estratta da ghiandole surrenali equine. Di struttura chimica simile a quella dell'adrenalina è la noradrenalina, o norepinefrina, neurotrasmettitore elaborato a livello delle cellule nervose del sistema nervoso autonomo. Sui rischi derivanti dai carichi di ormoni nell'organismo vedi il punto successivo.]

"Agonisti Istaminici. A conferma che vi sono punti di vista diametralmente opposti nel trattamento degli acufeni alcuni Autori hanno invece proposto l'impiego di farmaci agonisti dell'istamina. (...) legandosi ai recettori H1 ha un'azione caratteristica di dilatazione e aumento della permeabilità capillare. (...) Grazie alla flussimetria Doppler con Laser, si è visto che la Betaistina diffonde attraverso la finestra rotonda ma non raggiunge i recettori vascolari dell'orecchio interno e non influenza nemmeno i fluidi labirintici; È stato poi dimostrato che l'azione del farmaco è dose-dipendente."

"Anestetici Locali. Gli anestetici locali bloccano reversibilmente la conduzione dell'impulso nervoso, provocando paralisi sensoriale e motoria completa, senza arrecare danni strutturali. Si tratta di basi deboli, distinte in esteri (cocaina, procaina, tetracaina, benzocaina), che possono anche dare reazioni allergiche, e amidi (lidocaina, bupivacaina, prilocaina, etidocaina, mepivacaina). Questi farmaci possono avere azioni importanti anche sul Sistema Nervoso Centrale, sui gangli autonomi, sulla giunzione neuromuscolare e su



tutte le fibre muscolari. La lidocaina è utilizzata da lungo tempo nel trattamento degli acufeni e molti sono stati negli anni gli studi volti a valutarne l'efficacia, (...) induce un'anestesia rapida, duratura ed estesa e viene assorbita rapidamente attraverso il tratto gastro-intestinale; la presenza di adrenalina ne riduce la velocità di assorbimento e la potenziale tossicità, inoltre ne aumenta la durata d'azione. Gli effetti collaterali sul SNC comprendono SONNOLENZA, VERTIGINI, PARESTESIE, ALTERAZIONE DELLO STATO MENTALE, COMA e CONVULSIONI.

“Barany nel 1935 fu il primo ad osservare che i pazienti trattati con anestetico locale (procaina) iniettato nei turbinati trovavano sollievo dagli acufeni. (...)” Grazie ! “Nel 1983 Motta ed altri in 43 pazienti hanno ottenuto i seguenti risultati: ottimi nel 41.8%, parziali nel 37,2% e negativi nel 21%. In particolare gli Autori hanno osservato che nei soggetti normoacustici la scomparsa o l'attenuazione degli acufeni è scarsa; ... Inoltre l'analisi dell'ABR dopo somministrazione di lidocaina ha permesso di evidenziare che tale farmaco determina rilevanti modificazioni dei tracciati: non è chiaro però se esse possano essere correlate con la presenza e le caratteristiche dell'acufene stesso.” (...)

**“L'iperattività delle vie uditive, private delle influenze inibitorie, è in qualche modo paragonabile allo stato epilettico;** quindi l'iniezione endovenosa degli anestetici locali bloccherebbe qualsiasi attività neuronale paradossa provocando la scomparsa del sintomo.” (...)

“Va poi citato uno studio di Ueda ed altri in cui sono state valutate le modificazioni dei potenziali evocati della coclea e del tronco prima e dopo il trattamento con lidocaina endovena (1 mg/Kg di peso corporeo diluito al 20% con glucosio e iniettato in un minuto). L'intensità dell'acufene è stata valutata con elettrococleografia e ABR: la latenza del potenziale d'azione endococleare e dell'intervallo interpicco I-III e III-IV dei potenziali del tronco aumentano quando il tinnito si riduce; questo a sostegno dell'ipotesi che la lidocaina agisca sia sull'orecchio interno che sulle vie uditive ascendenti.” (...) (\*) pag.9-10.

“La ionoforesi è un metodo attraverso il quale il farmaco viene trasportato da una corrente elettrica dal condotto uditivo esterno alla membrana timpanica e quindi all'orecchio medio. In uno studio di Laffree questa tecnica, applicata alla somministrazione di lidocaina, è risultata efficace in 9 casi su 46 ed in uno studio di Brusis e Loenneken; in particolare la ionoforesi non espone ai rischi di effetti collaterali e di ototossicità, come può accadere con la somministrazione e.v. o intrampanica. (...) Secondo Causse ed altri, la tocinide per via orale e la xilocaina (lidocaina cloridrato iniettabile) possono essere prescritti, riservando però il loro uso ai casi di esacerbazione dell'acufene, evitando la dipendenza psicologica dal farmaco e soprattutto limitando la terapia nel tempo (da uno a qualche giorno).” (\*) pag.11.

“Anticonvulsivanti. Attualmente sono disponibili ben 16 farmaci antiepilettici; si ritiene che fra questi ve ne siano alcuni utilizzabili nel trattamento dell'acufene cronico: la carbamazepina, la fenitoina e l'acido amminoossacetico. (...) L'effetto favorevole -carbamazepina- sarebbe ottenuto solo in una piccola percentuale di pazienti e per breve durata, sembra legato, secondo Motta ed altri, a **lesioni neurosensoriali e alla frequenza acuta degli acufeni.** La fenitoina (...) ha azioni le più svariate legate a conduttanze ioniche, potenziali di membrana, concentrazioni di aminoacidi e di neurotrasmettitori (noradrenalina, acetilcolina, GABA). (...) Alle concentrazioni terapeutiche le principali azioni della fenitoina sono la riduzione della neurotrasmissione eccitatoria ed il potenziamento dell'inibizione GABA mediata. Gli effetti collaterali, dose dipendenti, sono la comparsa di un nistagmo spontaneo, la perdita dei fini movimenti oculari, diplopia ed atassia, la sedazione, l'iperplasia gengivale, l'irsutismo.” (...) (\*) pag. 12.

“Ipnotici e Sedativi – Benzodiazepine (BZP). (Vedi Capitolo PF) Si tratta di farmaci attivi sul Sistema Nervoso Centrale, i cui effetti più rilevanti sono la sedazione, l'induzione del sonno, la riduzione dell'ansia, il rilassamento muscolare e l'attività anticonvulsivante. Si ritiene che l'azione delle BZP sia dovuta al potenziamento dell'inibizione neurale mediata dal GABA. **Gli effetti collaterali sono rappresentati da sensazione da “testa vuota”, stanchezza, aumento dei tempi di reazione, in coordinazione motoria, atassia, compromissione delle funzioni mentali e psicomotorie, disorganizzazione del pensiero, confusione, disartria, amnesia anterograda, secchezza delle fauci e parageusia.** **L'alprazolam** (vedi Capitolo PF, **prescrizione XANAX a Livorno,** che io sappia non mi è mai stato somministrato quantomeno da sveglia) è fra le benzodiazepine uno dei farmaci più frequentemente usati per la sua bassa emivita (**12-15 ore**) e per il rapido assorbimento per via orale; queste caratteristiche **permettono innanzitutto di raggiungere elevate concentrazioni in tempi brevi** e di evitare una eccessiva sonnolenza diurna. (...) Johnson ed altri hanno sperimentato l'efficacia dell'alprazolam contro placebo su 40 pazienti con acufeni da

almeno un anno, mentre il 75% di questi ha riferimento un netto miglioramento della sintomatologia, solo uno del gruppo placebo ha riferito un miglioramento simile. NON SONO PERÒ STATE OSSERVATE MODIFICAZIONI DEL TRACCIATO AUDIOMETRICO NÉ DEL LIVELLO DEL MASCHERAMENTO DELL'ACUFENE IN ENTRAMBI I GRUPPI." (...) (\*) pag. 12.

[*Nell'ipotesi (vedi Capitolo 1 - IPOTESI "FARMACOLOGICA") che mi sia stato somministrato a mia insaputa tale farmaco che per varie sere attorno a mezzanotte, a Livorno, dal 1 al 10 giugno, alcuni elementi coinciderebbero: mancando di sonno, mi addormentavo presto. I disturbi notturni iniziavano attorno all'una di notte. La mattina mi alzavo tardi, e mi ricordavo di chiedere dell'aria e di andare in doccia solo dopo mezzogiorno. Mangiavo pochissimo e bevevo pochissima acqua. Vivevo la condizione dei disturbi uditivi, reagendo ma senza considerare folle e pazzesca la condizione che attraversavo (fino a farmi convincere dalla voce a buttare l'orologio da 170.000 lire dalla finestra perché poteva contenere il microfono maledetto), quindi coincidendo disorganizzazione del pensiero, confusione, disartria, amnesia anterograda, secchezza delle fauci. Se non mi avessero, poi, mai somministrato tali sostanze, come avrebbero potuto pensare di modificare le "terapie" "in caso di bisogno" se non avevano sperimentato le precedenti? (o, analogamente Haldol Decanoas, anche questo "prescrittomi" a Livorno, che oltre che varie conseguenze di confusione mentale e simili, porta con sé come effetto collaterale il rischio dell'ipertermia, ed anche qui coincide la cosa)]*

“Antagonisti Glutaminergici. La memantina, farmaco non molto conosciuto ma ben tollerato dalla maggior parte dei mammiferi e già impiegato come spasmolitico, sembra essere in grado di bloccare i recettori N-Metil-D-Aspartato a livello del sistema nervoso centrale. (...) Non esistono però trial clinici che testimonino l'efficacia di tale farmaco e la probabile comparsa di effetti collaterali.”

“Acido Glutammico. (...) è un neurotrasmettitore attivo sia a livello delle sinapsi tra cellule ciliate cocleari e fibre nervose afferenti, sia tra cellule ciliate cocleari e fibre nervose afferenti, sia tra il primo neurone afferente e le cellule dei nuclei cocleari. Ehrenberger già nel 1983 aveva riportato un miglioramento della sintomatologia dopo assunzione di acido glutammico, previa somministrazione di un antagonista dello stesso. McIlwain ha proposto per primo l'uso dell'acido glutammico per via endovenosa nel trattamento degli acufeni, riportando su 21 pazienti 7 miglioramenti sia dal punto di vista soggettivo sia da quello oggettivo.”

“Antidepressivi Triciclici (ADT). (...) sono chiamati così per il classico nucleo a tre anelli che caratterizza la loro struttura chimica. Sono stati utilizzati inizialmente come antistaminici e successivamente come antipsicotici. Fra i prodotti maggiormente usati citiamo l'imipramina e l'amitriptilina la cui somministrazione ad un soggetto normale induce sonnolenza, sensazione di testa vuota, lieve riduzione della pressione arteriosa ed alcuni effetti anticolinergici; nei pazienti con disturbi psichiatrici invece essi producono elevazione dell'umore. Attualmente si ritiene che blocchino l'inattivazione delle amine piogene, potenziandone così l'azione (noradrenalina, serotonina, dopamina). La potenza e la selettività variano da farmaco a farmaco. Per l'inibizione del trasporto della noradrenalina a livello delle fibre adregeneriche e anticolinergiche, sono possibili effetti collaterali quali offuscamento del visus, secchezza delle fauci, stipsi e ritenzione urinaria, ipotensione ortostatica, tachicardia sinusale ed altre aritmie di origine ventricolare. (...) La trimipramina è un metabolita dell'imipramina con caratteristiche molto simili a quelle della nortriptilina, ma con una minore biodisponibilità e una minore affinità per le proteine plasmatiche. (...) Questo dimostrerebbe che la storia naturale dell'acufene non può essere modificata dalla trimipramina e che gli antidepressivi triciclici in generale non sarebbero realmente più utili del placebo.” (...) (\*) pag. 13.

Sono in corso ricerche insistenti sulle “Prostaglandine Sintetiche E<sub>1</sub> (PGE<sub>1</sub>).” (...) “Per quanto riguarda il loro utilizzo nel trattamento degli acufeni si può partire dalla osservazione che l'aspirina ed altri FANS, attraverso l'inibizione della ciclo-ossigenasi e quindi la riduzione del livello della prostaglandina, possono causare l'ipoacusia temporanea e acufeni. Da questo deriva l'ipotesi che la riduzione delle prostaglandine endogene giochi un ruolo importante nella genesi degli acufeni. A conferma dell'ipotesi è stato trovato che la furosemide (...), già utilizzata nel trattamento degli acufeni, esercita parte della sua azione sull'orecchio interno attraverso i recettori del trombossano (anch'esso del gruppo degli eicosanoidi), e influenza il metabolismo delle prostaglandine in altri distretti.” (...) Ma non vi sarebbero sinora riscontri sufficienti a sostenerne l'uso terapeutico. (\*) pag. 14.

“Terapia sostitutiva. (...) Si è notata una significativa riduzione del livello ematico dello zinco nei pazienti con acufeni rispetto al gruppo di controllo. Il trattamento sostitutivo con 34-68 mg di Zn al giorno per 2 settimane ha indotto una significativa riduzione di intensità dell’acufene ( $p < 0,01$ ). Una interessante osservazione con possibili implicazioni terapeutiche deriva da uno studio di Shemesh ed altri sulla relazione fra deficit di Vitamina B<sub>12</sub> ed insorgenza di acufeni o ipoacusia da rumore. Su 113 soggetti, gli Autori hanno osservato che i pazienti con ipoacusia ed acufeni nel 47% dei casi presentavano un deficit vitaminico; i pazienti con sola ipoacusia presentavano lo stesso deficit nel 27% dei casi ed infine quelli del gruppo di controllo nel 19%. Questi dati suggeriscono che vi è una relazione tra i disturbi delle vie uditive e la deficienza di vitamina B<sub>12</sub>; inoltre in 12 pazienti sottoposti a terapia sostitutiva sono stati osservati notevoli miglioramenti.” (...) (\*) pag. 15.

*[Nel mio caso, ho sempre fatto cure vitaminiche comprensive di B<sub>12</sub>, -ed infatti non soffro di ipoacusia-, cura che ho potuto riprendere solo ora dopo mesi di peregrinazioni e privazioni di questa ed altre comodità da “grand hotel”, come dice il Ministro.]*

**“3. Mascheramento e Protesizzazione.** Come già detto, sembra che l’idea originale di mascherare l’acufene con un altro suono o rumore, al fine di distrarre l’attenzione e rendere più tollerabile il fastidio, risalga addirittura ad Ippocrate. A questo proposito va citato un recente studio spagnolo che riprende la nota classificazione di Feldmann che suddivide gli acufeni a seconda delle caratteristiche audiometriche in rapporto con la curva mascherante in:

- 1) Convergente,
- 2) Divergente,
- 3) Congruente,
- 4) Distanziata,
- 5) Dispersa,
- 6) Resistente;” (...)

“La percentuale di successi con l’utilizzo di mascheratori è secondo Vernon e Meikle del 60-80 %, a patto che il suono mascherante sia scelto in modo appropriato, in base alla soglia audiometrica e alla composizione frequenziale dell’acufene. (...) i risultati più stabili nel tempo si ottengono quando l’ipoacusia non è rilevante, la frequenza dell’acufene può essere identificata con precisione” [ma oggi esistono apparecchi elettronici programmabili dall’utente, a frequenza quindi variabile] “ed esso è completamente mascherabile con un rumore a banda di frequenza uguale o vicina.” (...) “Secondo Kitajima ed altri il mascheratore non comprensivo della frequenza dell’acufena (band-erased filtered maser) non risulta più efficace di quello convenzionale; in 117 pazienti infatti, il grado di repressività è stato del 72% nel primo tipo e del 70% nel secondo. (...) Un contributo recente è stato dato dall’introduzione di modelli di mascheratori a banda stretta e a frequenza programmabile, più adattabili alle esigenze del singolo paziente, quali il Microtek 321 Q, sul cui impiego clinico non si hanno però ancora risultati attendibili. In una casistica relativa a 600 giapponesi l’efficacia del mascheramento con rumore a banda (BNM), in termini di soppressione dell’acufene, è stata del 66% e in particolare, l’effetto era evidente a carico della loudness dell’acufene e non del pitch. L’efficacia del BNM è risultata nettamente superiore è risultata nettamente superiore nel gruppo di pazienti presbiacustici rispetto ai casi di ipoacusia improvvisa, mentre non vi era alcuna correlazione tra grado di inibizione residua (RI) ed efficacia del mascheramento; in nessun caso infine è stato osservato un peggioramento della soglia uditiva. Con un occhio anche ai costi, Al Passim propone una soluzione di minima per il mascheramento dell’acufene, l’utilizzo cioè di un comune riproduttore portatile stereo di musica (“walkman”) che, in uno studio su 50 pazienti, si è dimostrato alquanto efficace (86,7%) dei più costosi mascheratori, qualunque fosse il tipo di cuffia utilizzato.” *[Nel mio caso la copertura delle voci arriva al 20% ma non ad eliminarle.]* “Sirimanna e Stephens invece introducono l’utilizzo di piccoli altoparlanti, da posizionare sotto il guanciale (pillow speakers), che permettono l’ascolto della radio, della televisione o della musica senza disturbare” il/la compagno/a “e con la possibilità di usufruire di un timer che eviti l’esposizione prolungata alla fonte sonora.” “Poiché molti pazienti attribuiscono all’acufene le proprie difficoltà uditive, con l’applicazione di una protesi adeguata si ottiene in alcuni casi il duplice scopo di mascherare l’acufene e ridurre la componente ansiosa riguardo la capacità uditiva. Vernon sostiene che l’acufene invalidante spesso lamentato dai ménierici” (affetti

da vertiginite) “in fase avanzata possa essere efficacemente alleviato dall’ utilizzo del mascheramento a mezzo di protesi acustiche.” (...) (\*) pag.16.

“**4. Stimolazione elettrica ed elettromagnetica.** È noto come la stimolazione nervosa transcutanea a bassa frequenza (2 Hz), applicata distalmente ai nervi periferici, induce un prolungato sollievo dal dolore in aree vaste e non-segmentali, accompagnato da un miglioramento del microcircolo per inibizione della componente ortosimpatica.” (...) Risultati incostanti su questo settore di ricerca. “Secondo Vignon, invece, la scomparsa dell’acufene è da attribuire alla vasodilatazione indotta dallo stimolo elettrico, che contrasta quella indotta dalla stimolazione del plesso cervicale da parte degli osteofiti. Giordano ed altri hanno ottenuto un 62,5% di risultati positivi con l’elettrostimolazione transcutanea per elettroanalgesia in sede auricolare (transcutaneous electrical nerve stimulation: TENS). I casi erano selezionati fra i pazienti con acufene associato a cervicgia da almeno un anno, esame obiettivo cervicale positivo senza segni di interessamento radicolare e positività radiologica per cervicoartrosi. La tecnica di elettrostimolazione si basava sull’ utilizzo di stimolatori per l’ elettroanalgesia ANTALDEM ad impulsi monofasici rettangolari, di ampiezza 0-90 V con durata di 20-200  $\mu$ s, frequenza 50-400 Hz, intensità 0-25 mA. Venivano inviati treni di impulsi di 5 s con 5 s di pausa, e l’ intensità della corrente subiva un incremento fino a dare luogo ad un parestesia locale senza contrazione della muscolature facciale. (...) Kaada ed altri riferiscono risposte positive al trattamento con TENS in 9 pazienti su 29, mentre Rahko e Kotti in 7 su 26. In entrambi i gruppi i risultati migliori riguardavano pazienti con acufeni a bassa frequenza.” (...) [L’ Aspirina, TENS per eccellenza, è da qualche anno “bandita” dalle carceri, ove va in voga ancora l’ Aulin, riconosciuto cancerogeno.] “Pilgramm ed altri riportano invece risultati discreti (20%) con l’ elettrostimolazione esterna in reduci di guerra esposti a trauma acustico cronico da esplosioni ripetute, mentre ne sconsigliano l’ uso in caso di trauma acustico acuto. Nel 1985 Shulman ha introdotto un nuovo tipo di stimolatore detto THEREBAND, capace di inviare alla mastoide stimoli transdermici non udibili, riportando una percentuale di successo del 60%. (...) Secondo lo stesso Shulman è cruciale la selezione dei pazienti da trattare con il Thereband, in particolare la lesione deve essere periferiche (cocleare), il test di mascherabilità deve essere positivo e non devono concomitare patologie attive dell’ orecchio né scompenso vestibolare o deficit neurologici. (...) Studiando la possibilità di stimolare elettricamente l’ udito in pazienti con sordità profonda, Portmann ed altri hanno osservato invece l’ effetto mascherante della stimolazione elettrica della coclea sugli acufeni. (...) Analogamente Okusa ed altri hanno valutato l’ efficacia della stimolazione elettrica del promontorio (EPS) sull’ acufene, in pazienti con ipoacusia neurosensoriale, stilando una graduatoria decrescente: 100% negli acufeni da trauma acustico, 87,5% nei casi da ipoacusia improvvisa, 83% dei ménieri, 75% nelle labirintiti, 66,6% nell’ ototossicità, 76% nei casi idiopatici, e solo 8,3% nei neurinomi dell’ VIII [nervo cranico]. (...) Poiché il potenziale d’ azione composito (CAP) rappresenta una misura del numero di fibre nervose che scaricano simultaneamente, l’ effetto terapeutico della stimolazione elettrica potrebbe dipendere da un’ azione di sincronizzazione sulle fibre nervose del nervo cocleare. Matsushima ed altri riferiscono dell’ efficacia di uno stimolatore alloggiato in parte nell’ involucro della protesi acustica e in parte nella mastoide, in un caso di intenso acufene in una paziente con otite media cronica bilaterale. La stimolazione del nervo acustico veniva effettuata a domicilio, due volte al giorno, e la riduzione dell’ acufene si verificava anche controlateralmente. Recentemente, lo stesso gruppo giapponese ha sperimentato un nuovo modello di Stimolatore Elettrico Extracocleare, con buoni risultati in particolare per la possibilità di autogestione dell’ apparecchio da parte dei pazienti, che riferivano migliore qualità del sonno, rilassamento e, in 3 casi su 4, miglioramento della soglia uditiva. (...) Salah ed altri riportano l’ efficacia dell’ elettrochock.” [alla faccia !] (\*) pag.18.

Per l’ossigenoterapia iperbarica ci sono delle possibili complicanze ai danni a carico dell’ orecchio medio, del polmone, dei seni paranasali e dell’ intestino, possibili intossicazioni e malattia da decompressione.

“**6. Biofeedback emig e termica.** La correlazione tra acufene e disordini craniomandibolari è dimostrata secondo Rubinstein dall’ alta incidenza di cefalea, faticabilità e succulenza dei muscoli masticatori nei pazienti con acufene; circa un terzo di questi riferisce infatti variazioni dell’ acufene con i movimenti della mandibola e con la pressione sull’ articolazione temporo-mandibolare (ATM). Ne deriva l’ indicazione, nei casi selezionati, alla terapia ortodontica ma anche un approccio teso ad ottenere il rilassamento muscolare, con tecniche di biofeedback. I casi più responsivi sono stati secondo l’ Autore quelli con acufene relativamente lieve e/o fluttuante, normoacusia ed alcuni segni o sintomi di sofferenza dell’ ATM.”

“**7. Psicoterapia.** L’ importante del fattore psicologico nella valutazione e nel trattamento del paziente con acufeni è nota fin dai tempi antichi ed è confermata indirettamente da aspetti clinici di comune osservazione

(...) sopraggiungere di eventi stressanti o il cambiamento di abitudini di vita (...). Inoltre tra i disturbi più spesso si ritrovano l'insonnia, la difficoltà di concentrazione e le alterazioni del tono dell'umore quali depressione, frustrazione e irritabilità. Occorre però precisare che nonostante **l'impatto dell'acufene sulla persona sia principalmente di tipo psicologico**, non tutti i pazienti necessitano di un supporto di questo tipo. In letteratura sono presenti numerosi contributi in tema di psicoterapia, tra cui l'approccio comportamentale, correlato a tecniche di rilassamento e di biofeedback, di cui è stato già detto. Il nucleo centrale di questa terapia consiste nell'insegnamento dell'autocontrollo e della tolleranza del sintomo. La psicoterapia basata sul rilassamento e il training autogeno danno generalmente buoni risultati a breve scadenza, mentre il protrarsi di questo tipo di terapia può addirittura essere controproducente, in quanto può fissare l'attenzione sul sintomo e precipitare il conflitto psicologico. La terapia individuale sempre comunque dare risultati superiori a quella di gruppo." (...) (\*) pag.19.

**"8. Retraining.** Un recente modello patogenetico di tipo neurofisiologico interpreta l'acufene come una "minaccia" che in alcuni pazienti può esaltare la componente emotiva, mediata dal sistema limbico, attraverso la paura di gravi malattie o la rabbia legata alla persistenza del sintomo. Questa reazione può facilmente risultare rinforzata in caso di intervento terapeutico inappropriato. In base alla teoria della plasticità neuronale, il cervello dovrebbe però mantenere la potenzialità di riapprendere i pattern neuronali in grado di de-enfaticizzare l'impatto corticale dell'acufene. Scopo della terapia nota come retraining (ri-allenamento) è dunque la rimozione graduale della componente di risposta emotiva e, in un secondo tempo, la percezione stessa dell'acufene che non verrebbe più percepito come un segno di allarme, ma tollerato come un'entità innocua e insignificante. In base a questo tipo di approccio, il mascheramento tradizionale sarebbe addirittura controproducente, in quanto, affinché il soggetto possa abituarsi al suono, esso deve essere percepito durante le sedute di cosiddetto "allenamento". (...) Lo schema terapeutico del retraining ha gradualmente guadagnato la fiducia di molti specialisti, in particolare dopo la presentazione dei risultati al Seminario Internazionale sugli Acufeni tenutosi a Portland nel 1995. Si tratta in ogni caso di un approccio multidisciplinare, in cui sono coinvolti l'otolaringologo, l'audiologo, il neurofisiologo e lo psicologo, nell'intento di personalizzare quanto più possibile lo schema terapeutico per ogni singolo caso. Non vengono utilizzati farmaci né provvedimenti chirurgici, se non indicati per altri motivi. Il primo passo è invariabilmente quello della approfondita e corretta informazione del paziente (counseling direttivo), al quale verranno dati ragguagli circa la fisiologia dell'apparato uditivo e la probabile patogenesi dell'acufene, sottolineando la benignità della prognosi e la possibilità di controllo parziale e completo del sintomo. Molti pazienti si presentano infatti in preda ad ansia, depressione, timore di essere etichettati come psicopatici, e non bastano pochi minuti per eradicare convinzioni errate e preoccupazioni di lunga data; al contrario si programmeranno sedute successive, in un lasso di tempo piuttosto lungo, fino a 1 anno e mezzo. Secondo Jastreboff e Hazell nel 15% dei pazienti si ottengono risultati soddisfacenti già con questa prima fase (cognitiva). Negli altri casi si passa alla seconda fase, quella del retraining, in cui si introducono i presidi acustici atti a ridurre la percezione dell'acufene e a facilitare l'instaurarsi dell'abitudine. A questo scopo viene somministrato un rumore bianco continuo, a bassa intensità, non mascherante, che interferisca con la detenzione dell'acufene e faciliti l'instaurarsi dell'abitudine, senza disturbare la percezione degli stimoli sonori esterni. La profonda differenza di un approccio teorico rispetto alla classica tecnica del mascheramento è confermata dalla pratica clinica: pazienti, in cui non si era ottenuto un buon mascheramento dell'acufene, hanno tratto giovamento dal retraining (...). Secondo Baguley tale terapia" [psicologica cognitiva] "resta invece l'unica in grado di riuscire ad entrare nel difficile tunnel del trattamento degli acufeni e di bloccare il circolo vizioso che si scatena dopo l'individuazione da parte del paziente del proprio acufene, cui consegue, generalmente, la comparsa della preoccupazione e quindi dell'ansia che rende infine vano qualsiasi tipo di trattamento. In contrapposizione al modello neurofisiologico di Jastreboff, che rappresenta la parte fondamentale della retraining therapy, Wilson ed altri spiegano quali siano i problemi fondamentali di questo approccio in un recente lavoro del 1998. Gli Autori parlano della distinzione fra counseling e terapia cognitiva, che deve essere adeguata al singolo, e pongono dei seri dubbi sulla validità della valutazione dell'efficacia di un tale modello terapeutico, essendo essa legata sia all'aspetto psicologico che audiologica, mascherante." (\*) pag.20.

**"9. Agopuntura.** (...) Andersson e Lyttkens hanno esaminato in dettaglio la letteratura sull'argomento, concludendo che l'efficacia reale dell'agopuntura sugli acufeni non si può considerare dimostrata e che i parziali successi riportati in studi non controllati sono da attribuire alla componente psicologica."

**"10. Ultrasonoterapia.** Pochi sono gli studi sull'efficacia della terapia con ultrasuoni a basso livello in pazienti con acufeni (...)"

“**11. Laser-Terapia.** (...) Il raggio LASER veniva applicato ad 1 cm dalla mastoide, due dita sopra la punta, verso la parete laterale dell’orbita controlaterale. Non si sono verificate variazioni dell’acuità uditiva e solo 2 pazienti su 28 (7%) riferivano miglioramenti dell’acufene. (...)”(\*) pag.21.

Tralascio di riportare il paragrafo sul “Placebo”, poiché non è orientato diversamente dal disprezzo verso la malattia e la sofferenza (“*A noi è sembrato curioso osservare come in una buona parte dei lavori letti, la percentuale di risposta positiva si aggirasse intorno al valore faticoso del 60%. Se fosse la percentuale di pazienti disposti a guarire ?*”).

“**Conclusioni.** Con le parole di Vesterager, ricordiamo in conclusione che ‘l’effetto terapeutico in sé stesso è ottimo per qualunque trattamento, purché il paziente abbia la sensazione che un medico abbia più di 10 minuti di tempo da perdere per ascoltarlo e rassicurarlo’ e che ‘sebbene a nessun paziente debba essere detto che dovrà sostanzialmente convivere col proprio acufene, questo è tuttora fundamentalmente vero e di fatto la maggioranza dei pazienti finisce per abituarsi al sintomo’ [Posto che acufene sia, io non mi abituerò mai !]

“Per tutti quei pazienti che non riescono a convivere col proprio acufene potrebbe essere utile l’incisiva frase di Wilson nella sua critica contro il modello di Jastreboff, che pure ha ottenuto tanto clamore sia in Italia” [?] “ma anche in Inghilterra ed in Germania, ‘**fight or flight**’ (lotta o fuggi)”. (...) “rimane valido” [Grazie!] “l’appello alla pazienza e alla dedizione che questo tipo di malati così ‘scomodi’” [mai termine fu così appropriato] “o ‘poco gratificanti’ ha diritto di ottenere da parte nostra. È comunque evidente che l’eziologia dell’acufene è alla base della scelta del trattamento. Non è possibile individuare un farmaco o un protocollo terapeutico standard che l’otoiatra possa con certezza destinare a questo tipo di pazienti; ma quanto più l’indirizzo diagnostico è chiaro tanto maggiori saranno le possibilità di un successo terapeutico. La conclusione è quindi la stessa di Simpson e Davies: la ricerca clinica è tanto vasta per la reale assenza di una metodica che valuti la presenza e l’entità di questo sintomo e per la differente reazione e sopportazione dell’acufene da parte dei singoli pazienti. (...) (\*) pag.21.

#### Bibliografia sintetica:

Del Bo M, Giaccai F, Grisanti G: Manuale di audiologia, Milano, Masson, 1995.

Feldmann H, Homolateral and contralateral masking of tinnitus by noise-bands and pure tones, Audiology n.10, 1971, pagg.138-144.

Giordano C, Bona Galvagno M, Brosio R, Schieronni MP, Revello MP: Il trattamento con stimolatore TENS degli acufeni nei pazienti cervicoartrosici. Risultati preliminari, Min Med n.78, 1987, pagg.861-864.

Gonzales Mendez MV, Sainz Quevedo M, Ruiz-Rico R : Acoustic masking and feldmann curves in tinnitus. Clinical study, Acta Otorrinolaringol Esp, n.47, 1996, pagg.438-440.

Kaada B, Hognestad S, Havstad J: Transcutaneous nerve stimulation (TNS) in tinnitus, Scand Audiol n.18, 1989, pagg.211-217.

Maurizi M, Audiovestibologia clinica, Il pensiero scientifico ed. 1987; Malattie e sindromi otorinolaringoiatriche, Piccin, Padova, 1997.

Motta G, Iengo M, Cassandro G, Motta G jr, Salzano F, Sequino L: Gli anestetici locali, in Gli acufeni, Relazione Ufficiale al LXX Congresso Nazionale di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale, 1983, pagg.248-276.

Motta G, Iengo M, Motta G jr, D’angelo L, de Maio V, Salzano F: I farmaci vasoattivi, cit., pagg. 285-294.

Motta G, Iengo M, de Maio V, Motta G jr, Tranchino G: I farmaci anticonvulsivi, cit., pagg. 277-284.

Rendell RJ, Carrick DG, Fielder CP, Callaghan DE, Thomas KJ: Low-powered ultrasound in the inhibition of tinnitus, Br J Audiol n.21, 1987, pagg.289-293.

(Pubblicazione del 20 novembre 1999, a cura del prof. F.Ottavini, Istituto di Clinica ORL, Università Cattolica del Sacro Cuore, largo Agostino Gemelli 8, 00168 Roma)

### 9.3. SINDROME DA ADATTAMENTO SUO CONTRASTO DI RESISTENZA UMANA

Una volta trovati dei metodi per governare in qualche modo l’ingovernabile follia contenutistica delle voci che oramai da un mese assaltavano la mia tranquillità quotidianamente costruita con

l'esperienza di anni ed anni di galera, per circa 1 mese ho dovuto lottare contro una tendenza a rilassarmi eccessivamente. Inizialmente la ho attribuita ad un necessario recupero del sonno perduto. Successivamente, collegando questa tendenza al persistere del disturbo uditivo (voci) ed al sopravvenire di un secondo disturbo (fischio permanente all'orecchio sinistro) mi sono preoccupato di non lasciarmi andare alle conseguenze di una accettazione fisica (sia pure rifiutata mentalmente) di tali disturbi. Ecco cosa ho letto sui processi di adattamento del corpo in condizioni diverse dal normale.

“SINDROME GENERALE DA ADATTAMENTO: insieme delle manifestazioni generali provocate nell'organismo dall'azione, prolungata nel tempo, di stimoli che tendono a modificare le normali condizioni di vita; essi sono di diverso ordine, chimico, fisico, psichico, e provocano anche reazioni particolari. Nella evoluzione della sindrome generale di adattamento si hanno diverse fasi:

1) reazione di allarme, in cui si distingue un periodo di shock durante il quale l'organismo subisce passivamente l'azione dello stimolo ed un periodo di contro-shock in cui si mobilitano le difese organiche.

2) fase di adattamento in cui l'organismo si è abituato all'azione dello stimolo.

3) fase di esaurimento, non obbligatoria, in cui si ha una progressiva riduzione delle facoltà di adattamento.

NEL CORSO DELLA SINDROME GENERALE DI ADATTAMENTO È COSTANTE E CARATTERISTICO L'AUMENTO DI VOLUME E DI ATTIVITÀ NELLA PRODUZIONE DI ORMONI DELLA PORZIONE CORTICALE DELLE ghiandole surrenali, IN SEGUITO AD AUMENTATA PRODUZIONE DA PARTE DELL'IPOFISI DELL'ORMONE (DETTO A.C.T.H.) DESTINATO A STIMOLARE LA FUNZIONE DELLE ghiandole surrenali STESSE.”

(Mario Governa, Dizionario dei termini medici di uso comune, ERI 1967)

#### 9.4. ORMONI

A partire dal 10 maggio, soprattutto dopo le nottate più insonni a causa dei disturbi uditivi, sia a Biella che a Livorno e poi via via sempre meno fino alla metà di luglio, notavo una polvere biancastra morbida ed appiccicosa che mi teneva quasi incollate le palpebre quando mi alzavo la mattina. Non soffrivo della consueta allergia ai pollini, avevo una sollecitazione sessuale molto più alta e mi sentivo molto più forte del normale. Questi cambiamenti improvvisi, peraltro considerando alcuni giorni (12-14 maggio) di sciopero della fame e (15-18 maggio) di rifiuto del vitto dell'amministrazione penitenziaria, possono coincidere con gli effetti di una carica ormonale, a voler escludere l'ipotesi di psicofarmaci vista nel capitolo 11. Tra gli ormoni che generano meccanismi di questo tipo, ho riscontrato l'FSH e l'ACTH. Cosa potrebbe aver provocato, diversamente da fantasmagoriche ma non escludibili per principio iniezioni sottocutanee non chieste né previste di queste sostanze o di sostanze analoghe, la aumentata produzione di ormoni come il FSH o come il ACTH nel mio organismo ? Partiamo dall'inizio: che cosa sono questi ormoni ?

L' ormone follicolo-stimolante FSH (*follicle-stimulating hormone*) e l'ormone luteinizzante, LH (*luteinizing hormone*) sono due gonadotropine particolarmente importanti, prodotte dall'ipofisi. L'ormone follicolo-stimolante stimola nell'uomo la produzione di spermatozoi, mentre nella donna promuove nelle ovaie la maturazione del follicolo di Graaf. L'ormone luteinizzante stimola nell'uomo la produzione di testosterone da parte dei testicoli, mentre nella donna induce la maturazione e la successiva liberazione della cellula uovo da parte del follicolo. Questi ormoni svolgono anche una funzione di **stimolazione da parte delle gonadi di alcuni steroidi sessuali**.

Ho poi notato un ulteriore effetto coincidente nell'ACTH (ormone adrenocorticotropo). Infatti l'ACTH è un ormone secreto dal lobo anteriore dell'ipofisi, con la funzione specifica di stimolare la secrezione di numerosi altri ormoni da parte delle ghiandole surrenali corticali. Una di queste secrezioni è, ad esempio, costituita dal cortisolo, un ormone attivo nel metabolismo dei carboidrati e delle proteine e **nell'alleviare la sintomatologia delle forme allergiche e infiammatorie**.

Infatti io, che da 30 anni soffrivo maggio come il peggiore tra i mesi dell'anno a causa dell'allergia ai pollini dei pioppi, e che curavo tale allergia con Dirahist (antistaminico cortisonico, una o due capsule al giorno, a volte tre nei giorni più pesanti), quest'anno ho avuto bisogno di tale farmaco in pochissime giornate, dimenticandomi del tutto di utilizzarlo nonostante mi fossi premunito di acquistarne ben tre confezioni nella Casa Circondariale di Biella onde non rimanerne privo in caso di bisogno, ancora nel mese di aprile.

Inoltre, le svariate escoriazioni che le mie intemperanze fisiche in cella causate dalla rabbia del non capire cosa mi stava succedendo (pugni sul muro, testate sulla finestra o sul muro), intemperanze che le avevano prodotte durante il primo impatto ed il periodo più pesante di questi disturbi uditivi - ossia nei periodi 10-25 maggio a Biella e 1-10 maggio a Livorno- nonché quelle causate dai pestaggi delle guardie subito il 26 maggio -partenza da Biella- e il 11 e 12 giugno a Livorno, avevano la particolarità rispetto a quanto acquisito nella mia esperienza, di andarsene molto presto, troppo presto, anche nel giro di una sola giornata, nonostante fossero anche di un certo rilievo in alcuni casi con versamento di sangue. L'ormone che sostiene la tiroide agevola la produzione di globuli bianchi e può favorire processi di recupero di questo tipo.

L'ACTH, noto anche come corticotropina, è una molecola proteica lineare di 39 amminoacidi e di peso molecolare pari a circa 5000 dalton. Nonostante la sequenza degli amminoacidi vari alquanto da specie a specie, l'attività biologica dell'ACTH nelle diverse specie animali è simile a quella svolta nell'uomo.

ORMONE	GHIANDOLA	ORGANO BERSAGLIO	FUNZIONE
Adrenocorticotropo (ACTH)	Ipofisi anteriore (adenoipofisi)	Corteccia surrenale	Stimola la secrezione di idrocortisone dalla corteccia surrenale
Follicolo-stimolante (FSH)	Ipofisi anteriore (adenoipofisi)	Ovaie e testicoli	Stimola la maturazione delle cellule uovo e la produzione degli spermatozoi
Luteinizzante (LH)	Ipofisi anteriore (adenoipofisi)	Ovaie e testicoli	Stimola l'ovulazione nella donna e la secrezione di testosterone nell'uomo
Ormone tiroe-stimolante (TSH o tireotropina)	Ipofisi anteriore (adenoipofisi)	Ghiandola tiroide	Stimola la secrezione degli ormoni tiroidei

## 9.5. CORRISPONDENZA CON IL DIRIGENTE DI AUDIOLOGIA DELL'OSPEDALE DI SPOLETO

1. Egregio Dr. Prozzi, sono stato da Lei visitato il 19.8.2002 presso la CR di Spoleto, ove mi ha anche sottoposto a visita audiometrica tonale; ho appurato che la sua terapia, che serve a guarire la sindrome di Ménière (vertiginite), è del tutto inadeguata e fuori luogo. Lei mi ha chiesto se soffrivo di vertigini, io Le ho risposto di no. (a)

Ciò nonostante questo farmaco secondo Lei avrebbe avuto il compito di stabilizzare le disfunzioni del sistema uditivo da me sofferte IN CONDIZIONE DI UDITO PERFETTO, peraltro in condizioni del tutto diverse di quelle di chi normalmente soffre questo tipo di patologia.

Inoltre Lei non mi ha sottoposto al controllo della tromba di Eustachio da me richiestoLe (b).

Dopo due giorni di assunzione del Fluxarten da Lei prescrittomi, i disturbi non erano affatto cessati, e anzi notavo a più riprese e per periodi prolungati uno stato d'eccitazione ansiosa del tutto in antitesi con il mio sentimento. Ossia, il fisico e la circolazione davano dei segnali di nervosismo che a livello cosciente io non esprimevo; questo addirittura studiando in tutta calma seduto in biblioteca. Per cui ho avuto la necessità di sospendere l'assunzione di detto farmaco (c)



Paolo Dorigo, Controinchiesta su una operazione di controllo mentale totale nelle carceri italiane del XX e XXI secolo, 7° e ultima edizione

Poi ho avuto l'informazione che la flunarizina è usata in preparati per la sindrome vertiginosa e per l'emigrania e ho capito il suo errore di incredulità o semplicismo nei riguardi di quanto Le ho accennato (d), disturbi duplici di tipo uditivo non di natura psicologica o neuropsichiatria (voci in permanenza da 3 mesi con diversi aspetti e modalità e capacità dialettica quindi escludenti l'ipoacusia e altri tipici disturbi di natura mentale) da una parte, e tinnito (fischio insistente) che perdura da oltre un mese dall'altra.

La gravità della mia situazione dal punto di vista psicologico conseguente al non esserci una diagnosi ancora oggettivamente fondata (ancora non mi è stata effettuata la risonanza magnetica o Tac né l'encefalogramma (e) ) ed al non essere creduto, somandosi agli effetti nefasti di una duplicità o triplicità uditiva, mi spingono a chiederLe di potermi indirizzare verso un centro di ricerche in Italia ove siano possibili esami più specifici, da effettuare in caso di mancanza di riscontri oggettivi dopo la risonanza magnetica o Tac encefalogramma. (f)

Eventualmente avesse dei problemi a scrivermi direttamente, potrà farlo al mio avvocato più vicino, Paolo Favini, che è residente a Foligno.

La ringrazio per l'attenzione

Paolo Dorigo Militante comunista prigioniero Spoleto, 23.8.2002

2. Servizio Sanitario Nazionale – Regione Umbria  
ASL n.3 Spoleto – Ospedale S.Matteo degli Infermi  
Via Loreto n.3 – 06049 Spoleto PG  
Modulo di **Audiologia e Foniatria**  
Dirigente Responsabile  
Dr.Graziano Brozzi

Egregio Sig.Paolo Dorigo,  
c/o CR di Spoleto.

Vengo a rispondere alla Sua lettera sia per motivi di correttezza che per correggere delle imprecisioni ivi contenute.

Mi permetto di allegare il più recente testo in italiano sulla terapia degli acufeni, organo ufficiale della Società di Otorinolaringoiatria Italiana, che spero sia cosa gradita al fine di farsi una cultura personale del problema, date le Sue attitudini di ricerca scientifica.

Riguardo al punto a) noterà che a pag. 8 di detta pubblicazione i calcio-antagonisti, ivi comprendendo la flunarizina, sono riportati per primi nella terapia degli acufeni per cui la mia decisione terapeutica non è certo peregrina.

Al punto b) faccio cortesemente ricordare di averle fatto sentire dei suoni con una seconda cuffia munita di un tappino giallo che le ho inserito nei condotti uditivi; detto esame è l'impedenzometria [*non l'impedenzometria in cabina insonorizzata, ndr*] con cui si può valutare la pervietà tubarica, al momento è risultata normale.

Al punto c) ricordo che **un possibile effetto collaterale della flunarizina è la sedazione**, tanto che al paziente viene fatta assumere la sera, prima di coricarsi, però è pur vero che tutti gli individui non rispondono alla stessa maniera per cui ha fatto bene a sospenderla.

Al punto d) esprimo l'affermazione sulla mia parola d'onore che mai abbia pensato di non prendere sul serio quello che mi riferisce un paziente e tanto meno nel Suo caso.

Al punto e) ritengo che un esame per immagini (TAC o RMN) non fornisca **di norma** indicazioni utili **in caso di acufeni** e, **tanto meno, un esame EEG.**

Se del caso sarà cura dello specialista Neurologo richiederLe detti esami.

Per quanto attiene all'ultimo punto f) è ben difficile indicare un Centro specifico che tratti la materia in oggetto; ogni Clinica Otorinolaringoiatrica dei più importanti capoluoghi italiani può occuparsi del Suo caso e comunque nella bibliografia della pubblicazione allegata [ *ACTA, numero sugli*

*acufeni del 2000* ] potrà attingere i nomi degli Specialisti mondiali che si sono interessati della materia.

Il rapporto tra medico e paziente è di fiducia reciproca, io credo di aver fatto del mio meglio e se non ci sono riuscito me ne scuso.

Nella speranza comunque di esserLe stato, sia pur minimamente, di una certa utilità riceva i miei più distinti saluti.

Dott. Graziano Brozzi  
Spoleto, 28.8.2002

3. Dr. Graziano Brozzi  
Dir. Resp. Audiologia  
ASL 3 SPOLETO  
Spoleto, 1.9.2002

Egregio dr. Brozzi,

innanzitutto le mie scuse per aver udito male il suo nome. Mi succede spesso, e mi sembra strano visto che il mio udito appare perfetto all'esame audiometrico. Mi accade da qualche mese di fraintendere le parole (b e p si confondono spesso in arabo, lingua che ho studiato).

Ho ricevuto con interesse la Sua lettera e mi scuso anch'io se il tono della mia lettera poteva sembrarle troppo caratteriale. Non a caso i contenuti della Sua risposta pur così dettagliata non hanno ancora spostato i termini della mia patologia in atto, ed è questo il motivo, e non la brevità del nostro colloquio post ambulatoriale, ad avermi in questi mesi così radicato nella assai dolorosa cognizione dell'incomprensione.

Io soffro da 3 mesi e mezzo, in maniera moderata da 9 mesi, di un disturbo che non giudicherei assimilabile agli "acufeni", ma non posso escludere che lo sia, dato che non sono uno specialista. Da 2 mesi e mezzo poi soffro di fischi (acufeni), che dalla metà di luglio sono PERMANENTI.

Le riflessioni che seguiranno, io spero La convinceranno della necessità audiologica e non neurologica di una serie di accertamenti che incontrovertibilmente possono delimitare la natura dei disturbi di cui soffro, ma innanzitutto di un diverso approccio tra Medico e paziente, e quindi di un nuovo colloquio con Lei. Infatti, l'approccio delle terapie psichiatriche lo si destina nell'articolo da Lei inviati "ai molto ansiosi ed ai depressi" (pag.6). Sono molto più moderatamente ansioso rispetto a quanto non sia stato all'esplosione di questa patologia, e non sono depresso: ne ho sofferto per alcuni mesi tra il '95 e il '96, ma sono guarito già da allora e non ho mai seguito terapie psichiatriche, peraltro conosco molto bene i danni irreversibili di dette "terapie" sulle persone sane che la società a volte lascia distruggere dai servizi sanitari e psichiatrici delle istituzioni totali. Peraltro il neurologo qui si è posto fin da subito con un atteggiamento dilatorio e la sua latitanza (il 2/8 mi rinviava al 6/8 l'osservazione dei Rx craniali del 16/7, e a tuttora lo sto attendendo !), sicché ci stiamo già movendo per vie legali nei confronti dell'Amministrazione Penitenziaria onde ottenere quegli accertamenti clinici che, dopo un approccio MULTIDISCIPLINARE, permettano di fornirmi quelle cure e assistenza di cui abbisogno, e ogni altra misura specifica (apparecchi mascheratori per es.) che si rendesse necessaria.

1. Parto dalla fine dell'articolo che mi ha così gentilmente inviato:

*"Con le parole di Vesterager, ricordiamo in conclusione che 'l'effetto terapeutico in sé stesso è ottimo per qualunque trattamento, purché il paziente abbia la sensazione che un medico abbia più di 10 minuti di tempo da perdere per ascoltarlo e rassicurarlo'. Si dice poi di evitare di rappresentare al paziente l'inguaribilità della malattia, e invece io la ringrazio per avermi parlato chiaramente sulla teoria medica attuale. Ma l'articolo da Lei inviati invece mi suggerisce, dato che da 2 mesi sto studiando questi problemi, alcune riflessioni "senza la pretesa di individuare il filone d'oro" con cui si conclude l'articolo.*

2. Se avessi la possibilità di spiegarLe a 4 occhi, con calma, l'esperienza che sto vivendo, Lei probabilmente converrebbe con me sul fatto che degli esami "più approfonditi, con macchinari che in Italia ci sono solo a Padova e a Ferrara" come Lei mi ha detto a voce, sarebbero auspicabili.

Lei non farebbe solo una verifica dovuta quindi a potermi incontrare, ma probabilmente la Sua esperienza potrebbe essere arricchita.

Dico questo perché sono convinto che la natura del I° disturbo dei due di cui soffro abbia caratteristiche ben diverse dagli acufeni e questo per una serie di considerazioni che Le farò pervenire e che qui le accenno.

### **I° disturbo**

**a)** Ho la netta impressione, che del resto era tale all'inizio del I° disturbo (mentre il II°, un classico tinnito-fischio, lo sopporto abbastanza, ha certo origine interna), che la sua origine abbia riscontro in una sorgente sonora nell'ambito carcerario, a me esterna, questo meno a Biella, di più a Livorno, e massivamente a Spoleto (anche se non come dal 1 al 10 giugno a Livorno); il carcere di Maiano-Spoleto è al centro di numerosi campi elettromagnetici e sono molto vicini i ripetitori di molte stazioni radio come a Sulmona).

Ho quindi optato in passato per varie sperimentazioni pratiche che attestano questa ipotesi, cioè che io sia sensibile oltre il *range* da Lei rilevato (150 Hz – 8 KHz) che era il massimo, come da Lei affermato, del macchinario nella Vostra disponibilità.

- a) 1) A volte ho l'impressione che i citofoni presenti in ogni cella non siano estranei a questi disturbi, a volte sento queste voci come se si trovassero in una grande sala o in un corridoio e questo potrebbe essere derivante dall'effetto cassa sonora dei citofoni, che sono indirizzabili sulla singola cella.

[ *Ogni cella nelle carceri speciali è dotata di un sistema di citofono che è attivabile automaticamente dalla 'sala regia' e che quindi si trasforma sia in microfono che in altoparlante. In via teorica, "sparando" sistematicamente di notte in determinati orari messaggi subliminali oppure rumori molesti onde svegliare o destare di colpo le persone nelle celle, con rumori particolarmente secchi, si possono svegliare singole persone più sensibili a queste particolari frequenze; inutile dire che è una forma di tortura* ]

Questo effetto lo noto con più precisione quando sono in una cella o stanza chiusa. Quando sono all'aperto, il "volume" di questo disturbo, non arriva al 40 - 50 % di quando sono all'interno degli edifici del carcere. Durante le traduzioni in furgone, non percepisco alcun disturbo. (Invece nella traduzione da Spoleto a Sulmona il disturbo è continuato come da Spoleto a Pisa e vic.).

- a) 2) La qualità (molteplicità di persone diverse di ambo i sessi) delle voci, la variabilità dei loro

toni e il collegamento non solo a ciò che faccio o che leggo e che scrivo, ma anche ai miei pensieri indiretti relativi a ciò che avviene nell'ambiente a me circostante, è variabile a seconda della mia forza d'animo. In questo senso, leggendo il "retraining", in realtà ne deduco che credo di essere in presenza di fonti radio esterne che io odo direttamente e proporzionalmente in base al mio stato d'animo e al grado di impegno che riesco a dedicare ad una cosa o ad un'altra.

- a) 3) Parlando con terzi, sento molto meno queste voci (-50% di intensità, come attenzione riesco

a "staccare").

- a) 4) Mettendo tappi acustici in genere EAR o in cera, attutisco del 30% il volume.

- a) 5) Mettendo una cuffia in lana in testa, attenuo queste voci del 30-40% del volume.

- a) 6) Di notte, tenendo al buio più completo la cella e tappando eventuali fessure del blindato, tenendo le finestre aperte ottengo una riduzione del volume, e se sto in bagno con la porta di legno chiusa ottengo un'ulteriore modesta riduzione del volume. Anche appena mi sveglio sia che succeda di notte che di mattina, il disturbo riappare immediatamente.

- a) 7) Mettendo musica in cuffia da un walkman riduco del 20% il disturbo.

- a) 8) Emettendo un suono a bocca chiusa dal profondo, simile ad un "MMM", ottengo un

mascheramento temporaneo (alcuni secondi del suono).

- a) 9) Desintonizzando una radio tra due frequenze FM (pag.6 2° colonna), ottengo una forte

riduzione delle voci (-80%), ma ho come l'impressione che tali voci "si inseriscono" nella radio stessa. Se metto le cuffie, tale impressione non viene meno, ma la riduzione è del 70-75%.

(...)

- a) 10) Riportando in sintonia la stessa radio FM la riduzione del fastidio è minore.  
a) 11) Quando mangio (masticazione) le voci paiono molto attenuate (- 60-70 %).  
a) 12) Le voci, e questo è il massimo, interferiscono ed entrano nel merito con commenti bonari o

pesanti, non solo su ciò che dico, faccio o sento, ma anche su ciò che penso, leggo e scrivo, a bocca chiusa, riuscendo spesso a produrre in me distrazione, confusioni, scambi di memorie, amnesie.

Infine vi è la possibilità che tali disturbi abbiano origine in una capsula di amalgama con galena (vedi nei siti [www.luigigaudio.monrif.net/radiocomunicazioni/radioagalena.htm](http://www.luigigaudio.monrif.net/radiocomunicazioni/radioagalena.htm) e [www.pepper.it/num0/incred](http://www.pepper.it/num0/incred)).

Ero in attesa in settimana di potermi far togliere una capsula in amalgama ma forse c'è stato un altro inghippo burocratico verso il dr. Testaguzza (dopo oltre un mese per l'autorizzazione, ed un ora e mezza di attesa per mancanza di assistenza infortunistica, non vorrei ci fosse stato qualche altro problema).

- b) Ho notato (pag.5) che le cause dell'acufene soggettivo e dell'acufene oggettivo sono molteplici e molto diverse.

Avendo letto tutto il capitolo sull' "approccio terapeutico", intanto mi permetto di evidenziare alcune cause in cui mi potrei riconoscere qualora anche il primo mio disturbo, (DOPO TUTTI GLI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, compresa RMN o TAC, utili ad evidenziare eventuali lesioni subcorticali e cerebrali), AUDIOMETRIA da 1 Hz sino agli ultrasuoni (ben sopra gli 8 Mhz), IMPEDENZOMETRIA IN CABINA INSONORIZZATA), non potesse essere ricondotto che ad un acufene, solo a quel punto evidentemente diagnosticabile come "soggettivo".

Soffro di lievi problemi vascolari (varicocele al testicolo sx, ho subito l'asportazione della vena safena destra nel 1997, ho evidenti segni di capillari rotti sia a livello toracico che ai piedi).

Soffro di lievi disfunzioni dell'articolazione temporo mandibolare, sento scricchiolio quando spalanco più del solito le mandibole, a volte ho l'impressione di un accavallamento osseo.

Soffro di cefalee, più persistenti d'estate, e di cefalee più forti nei periodi invernali, che dovrebbero avere origine in queste lievi forme artritiche, che d'inverno colpiscono anche il dorso delle mani.

Soffro sin dal 1989 di cervicali e di lievi forme artritiche.

Ho una lieve scoliosi al 4° anello della dorsale sin da ragazzino.

[ *Ho ricevuto il 11.6.2002 un pugno diretto al giro temporale sinistro ed alcuni colpi di manganello alla testa; ho subito il 12.6.2002 uno schiacciamento prolungato della carotide durante una colluttazione con guardie carcerarie a Livorno; mi sono quindi accorto che ho dei problemi a produrre certi toni fischiando, che sono sempre stato in grado di produrre in passato* ]

L'articolo parla di un approccio terapeutico particolarmente complesso ed insidioso.

Il disturbo di cui soffro è fortemente "scompensato" ed influisce sulla qualità della vita, ma gli sforzi da me attuati sono riusciti a contenerlo dopo un mese di forti sofferenze (meccanismo fisiologico della tolleranza, pag.6).

Tuttavia vi sono giornate in cui l'uso delle tecniche di rilassamento e training autogeno sono per me necessarie, a volte col rischio di "abituarmi" al disturbo, cioè di "accettarlo", ma cerco

di moderare il ricorso a questo tipo di cura perché porta ad un'accettazione della condizione di uomo incompreso nella sua sofferenza, per cui il problema di una diagnosi adeguata è per me essenziale onde evitare di cadere in qualche forma di malessere generale o addirittura di disperazione ben descritta a pag.6.

Leggo che esiste il Tinnitus Questionnaire. Me ne può inviare subito una copia ? Gliela restituirò completata.

Un disturbo che ho notato chiaramente è questo:

- parlando con gli altri in tono normale, non vengo sentito e devo quasi urlare per farmi sentire, in genere questo accade quando parlo con qualcuno dopo un periodo di silenzio, più spesso restando in cella verso l'esterno.
- Se invece sono di umore buono, alzo la voce e riesco a parlare facendomi sentire.
- *[A volte dei rumori improvvisi, come due bussi sul blindato, o una voce improvvisa che mi chiama a tono normale, mi causano dei contraccolpi al cuore, come se li sentissi con molta maggiore intensità che in passato].*

Gli incontri con una psicologa ricercatrice mi hanno aiutato a trovare un maggiore equilibrio in un periodo abbastanza difficile per me. Così per quanto riguarda i colloqui con l'avvocato. La lontananza dei miei compagni e l'impedimento a vari colloqui che effettuavo a Biella hanno influito. Sento molto forte l'aspetto della necessità di essere compreso in questo tipo di malattia, se è tale, ma innanzitutto di questo disturbo che, se non è riconducibile a me stesso, è una forma di tortura e di annientamento psico-fisico.

Giungendo ora al termine di questa mia, Le pongo alcuni quesiti che spero Lei potrà chiarire in un incontro per iscritto:

- Posso contare su di lei per il Tinnitus Questionnaire ?
- Quale frequenza ha l'acufene di cui soffro ?  
(Essenziale per un apparecchio di mascheratura, che sia Microtek 321 Q o Amplifon)
- Sapeva che tra i detenuti ci sono moltissimi sordi ad un orecchio solo, ed io invece ho questo udito più che "perfetto" ?
- Qual è la funzione dell'elettrococleografia ?
- Conosce la terapia del dr.C.Giordano (stimolatore TENS). Secondo lei questa tecnica di elettrostimolazione potrebbe essere utile nel caso la mascheratura con un apparecchio succitato si rivelasse inutile ?
- Mi può spiegare cosa sono (quali frequenze) gli ultrasuoni di basso livello ? Tipo le frequenze dei telefonini ?
- Qual è la Sua opinione sull'approccio multidisciplinare (otoiatra, audiologo, neurofisiologo e psicologo) presentato al Seminario Internazionale Sugli Acufeni di Portland, 1995, di cui alle pagine 19-20 dell'articolo ?
- Non trova che prima di delegare ad un neuropsichiatria tale materia, occorrerebbe pensarci bene ?
- Potrebbe indicarmi, nel caso di una Sua impossibilità ad affrontare questo mio problema fino in fondo, il nominativo del Primario di audiologica di Padova o di Ferrara ?

Per quanto riguarda lo psicologo, ho già conoscenza di alcuni professionisti.

Psichiatri, dopo la recente esperienza, non ne voglio, li reputo pericolosi per sé e per gli altri, quando hanno un approccio folle e pazzesco verso terapie con effetti collaterali gravissimi sulle persone. Andrebbero messi, a mio parere, qualche mese in galera, per capire.

Un cordiale saluto Paolo Dorigo, paziente (e militante comunista prigioniero)

Non ha mai risposto a questa lettera. L'ha ricevuta ?