



La resistenza agli antibiotici

Mariolina De Angelis*



Gli antibiotici sono una risorsa per la cura di malattie infettive e rappresentano uno dei maggiori successi della medicina moderna. L'antibiotico-resistenza è un fenomeno per cui i patogeni sviluppano dei meccanismi di resistenza nei confronti del farmaco, che è una vera e propria minaccia sia in termini economici sia per quanto riguarda la salute. Il fenomeno in Italia è particolarmente presente, cosa molto negati-

va perché il nostro paese è posizionato tra i peggiori in tal senso. Da un'indagine effettuata è emerso che la popolazione è consapevole del rischio connesso a tale fenomeno. Ecco perché i dati sono ancora più allarmanti. Un campione di persone avvicinate infatti dichiara di assumere antibiotici anche senza il parere del medico, e peggio ancora, quasi un terzo del campione dichiara di interrompere il trattamento antibiotico alla scomparsa dei primi sintomi senza proseguire l'intera terapia quotidianamente. In Italia si consumano circa 20 classi di antibiotici ogni 1000 abitanti al

giorno. La formazione di carattere sanitario quindi costituisce un elemento dirimente. Gli studenti di medicina e chirurgia o di farmacia risultano essere molto più informati sul fenomeno, e ciò fa capire quanto sia importante la conoscenza per apportare i cambiamenti agli stili di vita e la cura. E' importante sottolineare, conoscere e comprendere come sono realmente le malattie e i disturbi che vanno trattati con l'antibiotico terapia, raffreddore, influenza così come mal di denti, escluse ovviamente le complicanze quali gli ascessi. L'antibiotico-resistenza non è un'intolleranza ac-

quisita del corpo nei confronti del medicinale, bensì un fenomeno naturale che può essere considerato un meccanismo di difesa da parte dei batteri. Ciò può avvenire in maniera diversa espellendo l'antibiotico dal citoplasma, rendendo la membrana semipermeabile all'antibiotico, modificando la struttura del farmaco, rendendolo inattivo e non ultimo modificando la parte proteica con la quale l'antibiotico deve interagire. Comportamenti e conoscenze scorrette quando si parla di antibiotico-resistenza possono rappresentare una vera e propria minaccia alla salute pubblica.

Determinante in questo contesto il ruolo del farmacista: l'assunzione di antibiotici infatti doveva avvenire sempre su prescrizione medica. Ma è una pratica molto diffusa quella di continuare con antibiotici di trattamenti precedenti consigliati da amici e familiari. La farmacia resta il primo presidio sanitario a cui si rivolge il cittadino, in questo senso ha un ruolo fondamentale, dovendo effettuare un opportuno counselling a riguardo nel tentativo di arginare per quanto possibile questo fenomeno riconducendo il cliente ad un uso corretto del medicinale.

*Farmacista

**► ALIMENTAZIONE.** *La dieta dovrebbe includere acidi grassi saturi, insaturi e polinsaturi in un rapporto di un terzo ciascuno*

Laura Melzini*



Carboidrati e proteine sono da sempre considerati macronutrienti importanti vivendo, infatti, fasi alterne di popolarità tra diete mediterrane e diete proteiche; i grassi, invece, sono solitamente demonizzati, perché hanno un apporto calorico maggiore. In un regime alimentare sano sono sicuramente da tenere sotto controllo, ma ce ne sono alcuni che apportano molti benefici all'organismo.

Quali sono i grassi sani e quali sono invece da evitare? Le linee guida stabiliscono un apporto di energia fornita da questi macro nutrienti tra il 20 e il 35 per cento dell'apporto quotidiano di calorie. Ma non tutti i grassi sono uguali: la nostra dieta dovrebbe idealmente includere acidi grassi saturi, insaturi e polinsaturi in un rapporto di un terzo ciascuno.

Gli acidi grassi saturi sono molecole che derivano principalmente da alimenti di origine animale. Strutturalmente non hanno doppi legami e quelli a lunga catena sono considerati non buoni in quanto tendono ad innalzare i livelli di colesterolo LDL nel sangue, favorendo l'insorgenza di patologie cardiovascolari.

Alimenti ricchi di acidi grassi saturi sono burro, latte, formaggio, carne e salumi, ma anche olio di palma e di cocco. Le linee guida consigliano di assumerne massimo il 10 per cento dell'apporto calorico giornaliero. Gli acidi grassi insaturi, possono avere uno o doppi legami e per questo si dicono mono e polinsaturi. Gli acidi grassi monounsaturati aiu-

I grassi sani che aiutano l'organismo



tano l'organismo ad assimilare le vitamine liposolubili A, D, E e K. Questi acidi grassi sono facilmente digeribili. Sono contenuti in avocado, olio d'oliva, olio di colza, arachidi, mandorle, pistacchi. Secondo le linee guida, il 10-15 per cento dell'apporto calorico giornaliero deve essere dato da questo tipo di grassi.

Gli acidi grassi polinsaturi si dividono principalmente in acidi grassi omega-3 e omega-6. Sono essen-

ziali e pertanto devono essere assunti in quantità sufficiente attraverso l'alimentazione. L'omega-6, ad esempio, è importante per la crescita e per il sistema immunitario. È fondamentale che gli acidi grassi omega-3 e omega-6 siano consumati in un rapporto equilibrato di 1:4 (quello di una dieta tipica dei nostri tempi è di 1:10 a 1:20). Questo principio è facile da applicare nella vita di tutti i giorni, se si esamina il rapporto tra omega-3 e

omega-6 nel cibo. Questo rapporto è di 1:8 nell'olio d'oliva vergine e di 1:120 in quello di girasole.

Alimenti ricchi di omega 3: pesce grasso come il salmone, olio di colza, olio di semi di lino, noci, verdure a foglia. Alimenti ricchi di omega 6: olio di girasole, olio di germe di mais, carne, burro, latte e latticini. Secondo le linee guida di lo 0,5 - 2 per cento circa dell'apporto calorico giornaliero deve provenire dagli Omega 3, e il 2,5-9 per cento dell'apporto calorico giornaliero dagli Omega 6.

Gli omega 6 sono molto più presenti negli alimenti rispetto agli omega 3 e per questo motivo è molto più semplice assumerli nella normale alimentazione, mentre dobbiamo cercare di prestare più attenzione agli omega 3.

I semi di lino sono davvero un aiuto prezioso; assumere i semi di lino ogni giorno aiuta a bilanciare il corretto apporto di omega 3 e di omega 6 nella nostra dieta. I semi di lino possiedono anche molte proprietà benefiche per l'organismo. Oltre ad avere un buon contenuto di Omega 3, sono ricchi di mucillagini, proteine, minerali, vitamine B1, B2, E e F e, dunque, contribuiscono alla formazione delle mem-

brane cellulari e contrastano i processi infettivi. Grazie alla presenza di fibre e lignani composti da estrogeni vegetali, contribuiscono a normalizzare i livelli di glucosio nel sangue, migliorando i livelli di diabete, ed inoltre aiutano a regolarizzare l'intestino poiché migliorano la peristalsi. Inoltre danno un senso di sazietà, per questo molto consigliati nelle diete ipocaloriche. È consigliabile assumere tre-sei cucchiaini di semi di lino, che equivale alla quantità di omega 3 da assumere ogni giorno per assicurare al nostro organismo il quantitativo corretto di acidi grassi essenziali. L'ideale sarebbe dunque assumere da 3 a 6 cucchiaini di semi di lino al giorno, dopo averli macinati, in modo che il nostro corpo possa assimilarli in modo corretto.

Il modo più semplice per utilizzare i semi di lino ogni giorno è aggiungerli a colazione dopo averli tritati ai cereali, nelle macedonie, nei frullati, o estratti di frutta e verdura. Mentre a pranzo e a cena potremo aggiungere i semi di lino ad alcuni contorni o primi piatti. I semi di lino daranno un tocco saporito e salutare in più a ciò che mangiate e potete anche aggiungerli a insalate, verdure crude o cotte, minestroni; da aggiungere sempre a crudo, poiché la maggior parte delle proprietà benefiche dei semi, si perde con la cottura.

Un altro modo per beneficiare delle proprietà dei semi di lino è l'olio, che si ricava dai semi. L'olio di semi di lino rappresenta un'ottima fonte di omega 3, omega 6 e di vitamina E, che ha un'azione antiossidante importante.

L'ideale sarebbe, quindi, aggiungerlo quotidianamente nella nostra alimentazione.

***Specialista in scienza dell'alimentazione**



GUARDIAMO AVANTI
COSTRUIAMO IL FUTURO INSIEME

FACENDO LA NOSTRA PARTE
DIETRO LE QUINTE
PER IL BENE DI TUTTA L'ITALIA.

#alberghiero
#gdo
#industria
#museale
#residenziale
#ristorazione
#sanità
#scuola

RANIERI
Impiantistica

ranierimpiantistica.it
info@ranierimpiantistica.it
tel. 081.5295421



- PREPARAZIONI GALENICHE E MAGISTRALI
- FARMACI VETERINARI
- PUNTOBLU. PRENOTAZIONE & TICKET

Farmacia Amodeo
Via Tagliamento, 42/44 - 83100 Avellino - Tel. 0825 36917
www.farmaciamodeo.it - farmaciamodeo@libero.it

- CONTROLLO DELLA PRESSIONE
- CONSULENZE DERMOCOSMETICHE
- FIDELITY CARD CIRCUITO IPERNETWORK

► **LA PATOLOGIA.** Una localizzazione respiratoria della malattia è la pleurite

Biagio Campana*



L'impegno polmonare nelle malattie reumatiche autoimmuni sistemiche rappresenta da sempre una sfida per il medico

in termini di diagnosi e di terapia. Tale sfida è ancora più importante adesso e nel prossimo futuro grazie alle metodiche diagnostiche più accurate a nostra disposizione e alle maggiori possibilità terapeutiche che ci vengono offerte da nuovi farmaci in fase avanzata di sperimentazione e dai farmaci biotecnologici.

L'artrite reumatoide è una malattia delle articolazioni che provoca dolore e rigidità e, talvolta, deformità delle articolazioni periferiche. Le problematiche a carico dell'apparato locomotore sono molteplici e complesse. Oltre al costante impegno delle articolazioni, l'artrite reumatoide è gravata da una notevole frequenza di complicanze reumatiche extra-articolari (tendini, guaine tendinee, borse, ossa) e sistemiche. Le localizzazioni sistemiche sembrano più probabili qualora il fattore reumatoide sia presente con un titolo elevato nel siero. Nell'ambito delle complicanze sistemiche, quella pleuro-polmonare sicuramente risulta essere tra le più frequenti. Una localizzazione respiratoria della malattia è la pleurite. L'infiammazione della pleura può essere in qualche modo spiegata con la somiglianza embriologica della

L'interessamento polmonare nell'artrite reumatoide



pleura (ma anche del pericardio) con la membrana sinoviale, una struttura dell'articolazione dove nasce primariamente la malattia reumatoide. Non è infrequente fare diagnosi di artrite partendo da un versamento pleurico. Nel polmone dei soggetti affetti da artrite reumatoide sono presenti, tra le altre sostanze, tutta una serie di immunocomplessi, rilevabili e quantificabili attraverso il lavaggio bronco-alveolare (BAL) praticato in corso di broncoscopia. Gli immunocomplessi provocano una patologia dell'in-

terstizio polmonare, cioè il tessuto che costituisce le pareti degli alveoli polmonari, caratterizzata da vari gradi di infiammazione e che può progredire fino alla fibrosi che si sostituisce al polmone sano compromettendo gli scambi gassosi. Nelle fasi iniziali, ancora asintomatiche sul piano clinico respiratorio, l'unica alterazione rilevabile consiste in una riduzione degli indici spirometrici ed in particolare della diffusione alveolo-capillare da cui la necessità di sottoporre tutti i pazienti con artrite reumatoide alle

prove di funzionalità respiratoria. Se questo esame, unitamente alla radiografia standard del torace, conferma il sospetto di interstiziopatia, diventa opportuno valutare o escludere il grado di fibrosi polmonare attraverso una TAC ad alta risoluzione. In generale, in un paziente che mostri segni di fibrosi polmonare sono già presenti i sintomi o i segni a carico delle articolazioni. Ma occasionalmente il percorso diagnostico può risultare invertito e, partendo da rilievi clinici o strumentali a carico del polmo-

ne, si procede con indagini reumatologiche. Dal punto di vista clinico. Il paziente lamenta soprattutto dispnea da sforzo, la cosiddetta fame d'aria, a insorgenza graduale, talora associata a tosse e dolore di tipo pleurítico. Col tempo, la dispnea potrebbe divenire più intensa qualora si instauri ipertensione polmonare, che si potrà stimare attraverso l'esame ecocardiografico. La fibrosi polmonare, in questo caso secondaria alla artrite reumatoide, mostra aspetti radiologici e istologici simili alla fibrosi polmonare primitiva o idiopatica. Il decorso clinico è variabile, in generale meno rapido in confronto alla fibrosi primitiva, tuttavia può condurre in egual maniera alla insufficienza respiratoria. Il trattamento dovrebbe essere sempre multidisciplinare con la stretta collaborazione di reumatologi, radiologi e cardiologi e pneumologi esperti.

*Specialista dell'Apparato Respiratorio



Casa di Cura VILLA MARIA
MIRABELLA ECLANO AV

PER INFORMAZIONI E PRENOTAZIONI

TEL. **0825 407301**

www.casadicuravillamaria.it

REPARTI

convenzionati col S.S.N.

• **CHIRURGIA**

GENERALE

• **ORTOPEDIA**

• **OCULISTICA**

• **UROLOGIA**

• **ONCOLOGIA**

SERVIZI:

• **DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**
TC MULTISTRATO (128) REVOLUTION EVO GE

La TAC con minima esposizione alle radiazioni

RMN SIGNA Explorer GE

La rivoluzionaria Risonanza per tutti i pazienti!

• **FISIOPATOLOGIA DIGESTIVA**

ENDOSCOPIA DIGESTIVA AD ALTA DEFINIZIONE CON NBI

MANOMETRIA ESOFAGEA

PH IMPEDENZIOMETRIA ESOFAGEA DELLE 24 H

• **RADIOTERAPIA**

AD ALTA

SPECIALIZZAZIONE

UPMC HILLMAN
Vila Maria CANCER CENTRE

• **SERVIZI SANITARI ALL'AVANGUARDIA**

• **UN TEAM ALTAMENTE SPECIALIZZATO**

• **TEMPI DI ATTESA BREVI PER TUTTE**

LE PRESTAZIONI



► **GLI STUDI.** La sfida è accorciare i tempi tra la diagnosi e la terapia

Malattie del cuore e medicina fai da te

Fiore Candelmo*



La cura delle malattie è sempre più affidata al paziente stesso (o a chi lo assiste, i cosiddetti caregiver), allontanandosi dagli operatori sanitari.

Ciò vale certamente per le terapie croniche più semplici (la classica pillola), vale ancora quando la dose della pillola deve essere adattata ad un cambiamento della situazione (pensiamo alla riduzione della pressione arteriosa in questi periodi dell'anno più caldi), vale per esempio per i casi più importanti come i diabetici i quali devono adattare la dose di insulina alle misurazioni della glicemia.

Vale per tutti quelli che fanno terapia anticoagulante a permanenza con il classico Coumadin, la cui dose deve essere adattata al risultato delle analisi di laboratorio: con un po' di esperienza. Di recente sono state introdotte in commercio alcune specialità farmaceutiche per usi più particolari: il naloxone per il trattamento di emergenza delle overdosi da eroina, il glucagone per le ipoglicemie gravi. Avere a disposizione questi farmaci può fare la differenza tra la vita e la morte.

Lo sanno bene i soggetti allergici che hanno a disposizione la penna di adrenalina in frigorifero, da usare subito in caso di shock anafilattico. Questa tendenza si basa sull'idea di accorciare i tempi tra la diagnosi e la terapia, al fine di ridurre le conseguenze di un trattamento ritardato. Ad esempio, chi soffre di aritmie, fibrillazione atriale su tutte, sa bene che può assumere un farmaco per os, ad una certa dose, a volte senza neanche consultare il medico se è stato ben istruito a riconoscere i sintomi, in aggiunta alla dose normalmente già assunta. E' la strategia "pill in the pocket", scusate la citazione in inglese, che in italiano tradurremmo come "pillola in tasca", nel senso di avere una scorta di emergenza per l'uso estemporaneo in caso di necessità. Stranamente però, la minaccia di un attacco cardiaco improvviso in pazienti con malattia coronarica sospetta o già nota non sembra innescare alcuna richiesta specifica di un'opzione di trattamento auto-somministrabile. La maggior parte delle persone sa che dovrebbe preoccuparsi se avverte un improvviso fastidio al torace. In effetti, negli anni '90 si sono svolte massicce campagne pubbliche per informare il pubblico in generale che "il tempo è muscolo" e che dovrebbero immediatamente richiedere assistenza medica quando si manifestano tali sintomi. Eppure, ancora oggi, al paziente in difficoltà in attesa di assistenza medica non viene offerto altro che masticare un'aspirina, che è una strana raccomandazione per loro che sono già trattati con l'aspirina, almeno nel contesto della prevenzione secondaria.

Ciò avviene probabilmente perché alcune linee guida affermano che la diagnosi di sindrome coronarica acuta deve essere stabilita con certezza solo da un operatore sanitario autorizzato e che nessun trattamento deve essere intrapreso prima di questo. Infatti il nostro servi-

zio 118 è dotato di elettrocardiografo portatile per eseguire il tracciato al letto del paziente, nel corso dei sintomi. Questo tracciato può essere inviato h24 (per via telematica) alla Cardiologia del Moscati per essere interpretato e per organizzare la terapia più adeguata, anche per un eventuale ricovero di urgenza. Ma la domanda più importante è: possiamo offrire di più al paziente cardiaco che soffre di dolore in attesa di aiuto medico? La prima risposta potrebbe essere: sì, certamente. Ma diverse sono le obiezioni che potrebbero essere poste.

Innanzitutto, è davvero un dolore cardiaco? Non è sempre facile stabilirlo, anche per il medico più esperto. E, soprattutto quando l'elettrocardiogramma non è dirimente, la sfida si fa difficile per il cardiologo, figurarsi per il paziente. Come non ricordare che il reflusso gastroesofageo o l'aneurisma aortico sono in grado di mimare i sintomi coronarici e la somministrazione di un farmaco antitrombotico potrebbe peggiorare la situazione?

E poi: quali farmaci usare? Quelli che agiscono sul trombo che potrebbe essere responsabile dei sin-



tomi, quel coagulo che impedisce il flusso di sangue nelle coronarie, sono potenzialmente pericolosi (emorragie) e certamente questa complicanza potrebbe essere perniciosa.

La sfida si può vincere solo usando una combinazione di farmaci con pazienti molto selezionati e altrettanto addestrati a riconoscere i propri sintomi, combinazione compli-

cata da ottenere. Ma lo stesso accade ad esempio anche per i soggetti allergici: essi sanno bene quando sta per iniziare una reazione anafilattica, lo stesso non potrebbe avvenire per i cardiopatici? La ricerca di un farmaco adeguato a questo contesto, efficace ma di breve durata, somministrabile con semplicità, è in fase avanzata: è ben noto che interrompere la catena di danno al

miocardio è decisivo.

Nell'attesa di questo nuovo farmaco e degli scenari che si potranno aprire, non ci resta che ricordare che chiamare un medico possibilmente esperto nel ramo, in caso di insolito dolore toracico, può fare la differenza. Ritardare il soccorso cardiologico, tramite il 118, è pericoloso e talora addirittura mortale.

*Cardiologo

Cosa offrire al paziente che soffre in attesa di aiuto?



LA RIVOLUZIONE

Patologie complesse, la diagnosi affidata alle nuove tecniche ecografiche

LUIGI MONACO*



Negli articoli precedenti (ecografia nutrizionale ed ecografia dell'intestino), ho più volte rimarcato la rivoluzione tecnologica dell'ecografia che ha permesso di studiare organi e malattie prima altrimenti non valutabili.

Negli anni '60 Karl Theodore Dusik introduce l'ecografia in ambito clinico; da allora l'ecografia ha avuto una crescita esponenziale grazie alle caratteristiche proprie della metodica, cioè il basso costo, l'immediatezza della diagnosi e l'innocuità.

La vera metamorfosi dell'ecografia inizia alla fine degli anni '80 con l'avvento della tecnica Doppler per lo studio vasale qualitativo ma anche quantitativo; nasce così una diagnostica non solo qualitativa, ma anche quantitativa, cioè meno soggettiva.

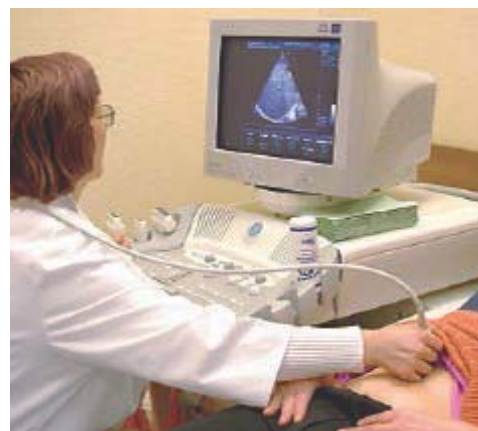
L'ecografia raggiunge il suo massimo sviluppo tecnologico alla fine degli anni '90 con la CEUS e con l'ELASTOSONOGRAFIA. CEUS (Contrast-Enhanced Ultrasound).

E' una tecnica che abbina l'immagine ecografica tradizionale a quella dopo infusione per via endovenosa di mezzo di contrasto, con lo scopo di esaltare la micro-vascolarizzazione degli organi.

Il mezzo di contrasto è costituito da microbolle contenenti gas di dimensioni molto piccole in modo da poter superare la barriera del circolo polmonare e raggiungere tutti gli organi. Il gas viene eliminato attraverso il respiro e viene definito fisiologicamente innocuo.

L'esecuzione della CEUS avviene in ambito ambulatoriale, al paziente viene richiesto solo il digiuno di otto ore dall'esame (come una semplice ecografia dell'addome).

La CEUS nasce per lo studio delle lesioni a fo-



colloio del fegato, ma attualmente i campi di applicazione sono diversi e riguardano sia organi addominali che strutture superficiali.

Indicazioni alla CEUS:

-Lesioni a focolaio del fegato, pancreas, milza, rene e testicoli

-Valutazione delle cisti complesse renali secondo classificazione di Bosniack

-Valutazione delle lesioni traumatiche del fegato, della milza e dei reni

-Valutazione dopo intervento chirurgico di endoprotesi dell'aorta addominale (EVAR)

-Valutazione dell'ileo distale per la diagnosi di attività di malattia e per diagnosi differenziale tra stenosi intestinale su base flogistica o fibrotica.

-Valutazione della flogosi articolare
Quando sembrava che lo sviluppo tecnologico avesse raggiunto i suoi limiti, nel 2000 nasce una nuova tecnica che analizza la visco-elasticità dei tessuti (ELASTOSONOGRAFIA STRAIN) e nel 2010 nasce l' ELASTOSONOGRAFIA SHEAR WAVE che analizza l'elasticità del fegato.

L'elastasonografia permette la valutazione in

modo diretto dell'elasticità dei tessuti e si basa sul presupposto che le patologie in particolare di tipo tumorale determinano un cambiamento della rigidità tissutale. La valutazione dell'elasticità di un tessuto diventa pertanto un fattore basilare per la caratterizzazione di una lesione.

L'elastasonografia strain valuta in modo qualitativo l'elasticità dei tessuti superficiali: tiroide, mammella, osteoarticolare, cartilagine, collagene del derma, testicoli permettendo di identificare la presenza di aree di rigidità significative per lesioni maligne; inoltre ha un'alta sensibilità e specificità nel caratterizzare strutture in fase flogistica e strutture liquide (versamenti articolari, raccolte); una nuova applicazione di tale tecnica è lo studio per via endorettale delle lesioni nodulari a carico della porzione periferica della prostata.

L'elastasonografia Shear Wave studia il parenchima epatico definendo in modo quantitativo (cioè indicando un valore numerico) il grado di rigidità.

La stadiazione di un'epatopatia, quale ne sia la causa, è momento diagnostico essenziale per formulare correttamente la prognosi e definirne la più idonea strategia terapeutica necessaria ad impedirne l'evoluzione verso la cirrosi. La migliore risorsa diagnostica per definire l'entità del danno fibrocicatrizzale che accompagna le forme più severe di epatopatia cronica è la biopsia epatica: purtroppo tecnica invasiva, non scevra di complicanze e pertanto da praticare in ambito ospedaliero.

L'elastasonografia epatica ha il compito di ridurre la necessità di eseguire la biopsia in quanto permette di "pesare" l'effettiva entità del danno cicatrizzale dovuto all'epatopatia cronica, indicando un valore numerico che viene rapportato al grado di danno cicatrizzale del fegato. L'esame è del tutto innocuo e richiede solo il digiuno.

In conclusione, oggi la diagnosi di patologie complesse si ottiene grazie all'integrazione di diverse informazioni soggettive e di dati numerici oggettivi, cioè grazie all'analisi multiparametrica, ottenute con apparecchiature ecografiche di alto livello, dotate delle più avanzate soluzioni tecnologiche.

*Medico specialista in Radiologia
Responsabile Unità operativa
di Ecografia Azienda Moscati di Avellino

► **SOCIETÀ'** In gioco c'è il futuro di tanti popoli della terra

Il Covid 19 ha fermato il progresso?

Il dato

Investire nel potere ad ogni costo genera conseguenze negative

La priorità

Gli scienziati lavorino insieme per il bene dell'umanità

Gianpaolo Palumbo



Erano anni che non si parlava più di coronavirus o di uno dei suoi sottotipi. Era già stato dimenticato. Nessuno ricorda le sindromi respiratorie acute che hanno causato migliaia di morti nel mondo, tutte da

ascrivere a diversi tipi di coronavirus. Tra le più note la prima è stata la S.A.R.S. del 2002 in Cina trasmessa agli uomini dalle civette delle palme, e poi la M.E.R.S. in Arabia Saudita nel 2012, trasmessa dai dromedari. Eravamo tutti sicuri che il coronavirus non esistesse più in giro ed invece è bastato qualche trasmissione all'uomo attraverso i pipistrelli in un "umido" mercato cinese di carni, e sono almeno sei mesi che si dorme poco e non si dorme affatto, in tutto il mondo. Fase 1, fase 2, lockdown e via di seguito e non si parla di altro che del covid-19. Davanti a sua maestà, già incoronata per l'aspetto, si è inginocchiato il mondo intero. Al momento in cui scriviamo ci sono sulla terra venti milioni di contagi con 770mila decessi.

Come è possibile che il progresso si è fermato davanti a questo virus? La medicina tutta è stata messa in ginocchio. E' corsa ai ripari troppo tardi, anche perché le "difese" farmacologiche non esistono, sono solo sostituti dei sostituti. Almeno per il momento. A dire il vero, tra i risultati più confortanti all'Ospedale Covid dell'Azienda "Moscati" di Avellino, sono stati quelli ottenuti con la somministrazione del plasma iperimmune assemblato dalla stessa struttura grazie alle donazioni di medici, infermieri, operatori sanitari ammalatisi all'inizio dell'epidemia.

Forse aveva ragione Jean Jacques Rousseau quando scriveva, nella sua opera "Discorso sulle scienze e sulle arti" (1749), che "Le scienze e le arti devono ... la loro nascita ai nostri vizi... il difetto della loro origine ci è rivelato fin troppo chiaramente dai loro scopi." Se all'epoca una tale affermazione appariva fortemente paradossale e scandalosa per un illuminista, oggi ai tempi del Covid costringe la cultura ad interrogarsi su se stessa, sul proprio senso ed in particolare a riflettere su quanto il progresso delle scienze abbia effettivamente contribuito a migliorare la civiltà e la qualità della vita di ognuno.

"L'uomo civilizzato non ha altri mali se non quelli che egli stesso si è procurato!" affermava ancora Rousseau. Allora è indubbio che le scienze, avendo origine dai vizi dell'uomo (l'ambizione, l'adulazione, l'orgoglio), in una società sempre più



competitiva ed ingiusta, offuscano la percezione del senso autentico della nostra esistenza e minacciano la felicità del genere umano.

I colossi farmaceutici ricercano di tutto e di più e si fermano davanti "soltanto" alle donne in gravidanza ed ai bambini al di sotto dei tre o dei dodici anni, nel senso che non perdono tempo, neanche per la sperimentazione, verso questi due raggruppamenti di persone, per non investire denaro in un progetto che non potrebbe rivelarsi un ottimo riscontro economico. Probabilmente i costi diventano proibitivi ed i guadagni lontani.

A tutto ciò si deve aggiungere anche che tanta gente, senza studi confacenti alla cultura medica attuale ma imperversanti su Google, spiegano l'infezione agli altri e cosa fare, come comportarsi e quali farmaci assumere per la prevenzione. Non c'è il farmaco cosiddetto "diretto", figuriamoci fare prevenzione con molecole che servono a ben altro. Ed a proposito

chiamiamo in causa Trump e le sue idee, il quale per non essere infettato si è... autosomministrato (?) farmaci per l'ebola, che creano tra l'altro problemi all'apparato visivo.

Negli ultimi cinquant'anni la scienza, in genere, e quella medica in particolare, hanno compiuto progresso straordinari che hanno inciso fortemente sulla storia dell'uomo e sulla sua permanenza sul globo terrestre. Insieme all'aspetto positivo, però, si è arrivati a costruire armi nucleari. Sembra un gran bel progresso, ma realizzato per il male dell'umanità. Il male per il "bene" di un popolo, di una ideologia è ancora più pericoloso del covid-19. Dopo quanto successo è giusto ricordare, in momenti come questi, il ruolo fondamentale della scuola nel far comprendere alle future generazioni, che investire nel "potere ad ogni costo" determina conseguenze funeste.

I latini chiamavano "progredior" (andare avanti) lo sviluppo e le scoperte innovati-



Medici in prima linea

ve anche in campo culturale e tecnico scientifico. In quest'ultimo settore l'ingegneria e l'architettura romana erano talmente progredite che ancora oggi sono considerate straordinariamente all'avanguardia come i ponti, le strade, i luoghi di culto e gli anfiteatri. Con il trascorrere dei secoli questo "andare avanti" è stato chiamato giustamente progresso.

Occorre ripensare al progresso riprendendo un'idea di cultura collaborativa, come descritta da Francis Bacon nella "Nuova Atlantide". Il filosofo inglese, nell'affrontare il problema dell'influsso delle scoperte scientifiche sulla vita umana, afferma che "gli uomini hanno il sacro dovere di organizzarsi per migliorare e per trasformare le condizioni di vita", quindi scienziati e ricercatori devono collaborare e lavorare insieme non per raggiungere traguardi personali ma per migliorare le condizioni di vita degli uomini.

Il coronavirus ci ha presi in contropiede perché, per come è stato affrontato da paesi anche ricchi, e meglio organizzati del nostro paese, e per come si continua ad affrontarlo in Europa ed in America del Nord, sembra proprio che il progresso si è bloccato e ci ha bloccato.

Al di là della malattia in sé, è anche il progresso economico che si ferma allo "stop". Pertanto non è solo un problema scientifico/culturale/medico ma è un problema di futuro per tanti popoli della terra.

Il covid-19 allora ha fermato il progresso? Ha creato nuove forme di potere?

Jonathan Swift scrisse nel 1736 una satira contro i pregiudizi ed i falsi valori dell'umanità: "I viaggi di Gulliver", in cui dipinge l'uomo sradicato dalla vita di tutti i giorni. Gulliver è il coronavirus, il terribile gigante e noi siamo i piccolissimi lillipuziani, incapaci di vedere in lontananza. Così non siamo in grado di guardare al futuro perché troppo immersi nella ridotta dimensione del presente. Ciò implica prospettive differenti. In Italia ed in molti paesi occidentali i governi producono farmaci diventati orfani per le malattie rare, così bisogna pensare alla ricerca di farmaci e vaccini contro quelle malattie la cui diffusione mette in ginocchio tutti.

Quindi il progresso non si è fermato del tutto, ma il potere deve lasciare spazio alla civiltà. Nella diversità e non contro la diversità si forma la saggezza e la grandezza degli uomini.

*Medico Federazione medici sportivi italiani

**► SOCIETÀ'. E' fondamentale continuare ad informarsi e seguire le indicazioni degli esperti**

Prevenzione, la guardia resti alta

Alfonso Leo*



In questi giorni si parla di ripresa dei contagi. I numeri dei casi non sono assolutamente paragonabili a quelli dei primi mesi sembra, soprattutto legati a casi di importazione, giovani di ritorno da vacanze all'estero. Il timore è quello di una ripresa dei contagi, anche se la percezione era che la pandemia fosse già finita. Altre considerazioni da fare è che ci si prepara ad una nuova fase della convivenza col coronavirus. La riapertura delle scuole preoccupa, le risorse insufficienti per permettere un sufficiente distanziamento sociale, i banchi che forse non arriveranno per l'inizio della scuola. Si parla tanto dei problemi legati ai trasporti, la polemica sui treni a lunga percorrenza, sulla possibilità di riempire i treni al 100% della capacità. Tuttavia, non bisogna dimenticare che il grosso problema riguarderà i trasporti locali, tutti sappiamo del super affollamento dei bus per gli studenti e i pendolari. Tanti problemi originati dalla pandemia da COVID 19.

Bisogna ricordare che il paragone che può essere fatto è quello con la famosa epidemia di Spagnola, avvenuta all'inizio del '900. Si dirà ma era un secolo fa! Faccia-

mo qualche considerazione. L'epidemia si diffuse alla fine della Prima guerra mondiale grazie alla mobilità delle truppe che avevano combattuto e, ritornate a casa, permisero la diffusione del virus. Allora non esistevano cure, mentre invece oggi invece per il COVID 19... non esiste nessuna cura riconosciuta.

L'epidemia di Spagnola determinò più morti dei combattimenti della Prima guerra mondiale!

È evidente che oggi le terapie di supporto di un paziente affetto da COVID 19 sono decisamente migliori e quindi la sopravvivenza è decisamente più alta. Allora perché combattere per arginare la pandemia, tanto vale aspettare, come accadde per la spagnola, un paio d'anni, qualche milione di morti e poi la pandemia passerà, allora non vale la pena adottare tante precauzioni, evitare i contagi, acceleriamo anzi, così la fine della pandemia.

Non è proprio così!

Vi sono considerazioni dal punto di vista pratico, etico ed epidemiologico.

In questo ci viene aiutato un articolo comparso su medscape a firma di un medico americano F.P. Wilson.

Ritardando l'espansione

della pandemia si guadagna tempo, non soltanto per evitare l'affollamento degli ospedali. Sicuramente ricordiamo tutti i giorni drammatici vissuti a marzo in Lombardia, con la necessità di decidere chi intubare e chi no.

Non possiamo permetterci di dover scegliere chi far so-



pravvivere e chi no!

In questa maniera siamo riusciti ad abbassare la curva delle infezioni, non ad eliminarla ma a renderla fronteggiabile.

Ma dovremmo tutti infettarci, anche se in tempi differenti?

Senza distanziamento sociale e senza Presidi di prevenzione individuale (mascherine, igiene delle mani), si raggiunge facilmente. Quanta più gente si infetta, tanta più gente diventa immune, allora bisogna che si infetti il 65-70% della popo-

lazione prima che l'epidemia cessi di propagarsi.

Tenendo presente che attualmente, secondo gli epidemiologi, circa il 2,5% della popolazione italiana, poco meno di un milione e mezzo di persone, con circa 35.000 morti da COVID. Basta fare le opportune proporzioni per comprendere che sarebbe un prezzo inaccettabile.

Vale la pena di abbassare la curva giusto per evitare che gli ospedali siano troppo affollati e anche perché avere più tempo ci ha fatto comprendere che poteva essere utile porre in posizione prona i pazienti in terapia intensiva e prevenire le complicazioni trombotiche possibili da COVID 19. Permetterci di fare studi più approfonditi sulle possibili terapie e soprattutto darà tempo per le sperimentazioni dei vaccini.

All'inizio della pandemia il problema avanzato da alcuni ricercatori fu, che dato che non esistevano studi sui farmaci per il coronavirus non era etico provare farmaci a caso. Ovviamente esisteva una logica dietro tali tentativi, ma poi la verifica era possibile solo in vivo. I primi pazienti hanno pagato un prezzo alto, in quanto all'inizio non si avevano dati, se non i pochi risultati provenienti



dalla Cina. L'Italia ha fatto "esperienza" e ha fatto scuola per gli altri paesi.

Di certo la sopravvivenza da COVID 19 è migliorata rispetto a marzo, ma a un prezzo molto alto.

Avere più tempo ci permette di sperare di arrivare al vaccino senza che il coronavirus combini troppi danni, oltre quelli che ha già causato.

Abbiamo imparato ad isolare i focolai ad attuare un monitoraggio più stretto dei focolai, anche se sappiamo bene che le esplosioni di infezioni non sono assolutamente prevedibili.

Tutto ciò ci spinge a non mollare sulle misure di prevenzione per l'infezione da coronavirus, a non abbassare la guardia, a continuare ad avere comportamenti responsabili.

L'abbassamento dell'età media dei contagiati ci porta a considerare che l'allentamento delle misure di conte-

nimento non ci deve spingere ad avere comportamenti poco consoni al perdurare della pandemia.

Non scordiamoci mai che l'infezione è sempre possibile, prevenibile, ma non impossibile, non offriamo occasioni in più.

Dal punto di vista epidemiologico il raggiungimento dell'immunità di gregge, cioè quel 65-70% di cui si parlava prima, non garantisce assolutamente che l'infezione cessi, anzi, vi saranno sempre elementi vulnerabili e con un virus così facilmente trasmissibile, soggetti fragili possono infettarsi.

Questo può avvenire anche tenendo alta l'attenzione sul Coronavirus, combattendo l'infodemics, cioè l'infezione informatica che punta allo svilimento delle evidenze scientifiche sulla pandemia, puntando alla negazione dell'utilità delle mascherine o negando che la pandemia sia ancora attiva.

Le teorie cospirative sul coronavirus hanno avuto testimonial autorevoli, da Madonna, al presidente Trump, con il suo famoso virus cinese. Cosa fare?

Il compito dei medici non è di certo di eliminare i medici difensori di tali cause cospirazioniste, servirebbe solo a creare degli pseudo-martiri della causa negazionista. Compito fondamentale è fare informazione, con tutti i mezzi, come ad esempio con un articolo di giornale, ma anche favorendo il dibattito o non sottraendosi ad esso. Di certo, non dicendo che tali teorie sono stupide o folli, ma controbattendo punto per punto alle argomentazioni dei negazionisti. L'alleanza con i giornalisti è fondamentale poiché solo così si può combattere la disinformazione.

Si comprende allora che è fondamentale continuare ad informarsi e seguire le indicazioni degli esperti.

Dal punto di vista etico, per un medico la battaglia contro la morte è fondamentale, anche se è una guerra che, si sa già, si perderà, alla fine. Tutti dobbiamo morire.

La missione di ogni medico è di portare questo destino ineluttabile quanto più lontano possibile, ogni giorno guadagnato alla vita è prezioso.

*Geriatra, MD
**Radiologo PhD

*Psicoanalista

► IL DECRETO. Poche fino ad oggi le tutele per il personale sanitario, costretto a subire offese e aggressioniFrancesco Di Grezia*
Graziella Di Grezi**

DDL antiviolenza: un atto di civiltà per un paese che finora ha tutelato gli utenti senza però tutelare il personale sanitario, spesso costretto a subire offese verbali o aggressioni fisiche, soprattutto in condizioni di urgenza.

Un decreto che, approvato dal Senato il 25 settembre 2019 e lo scorso 21 maggio alla Camera, oggi diventa legge a due anni dalla sua presentazione con l'unanimità da parte dell'Aula di Palazzo Madama.

Sanzioni fino a 5.000 euro e pene fino a 16 anni e procedibilità d'ufficio in caso di percosse.

E' stato inoltre istituito un osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, demandato ad un decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell'interno e dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni.

L'organismo deve comprendere la presenza di: rappresentanti delle organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative a livello nazionale; delle regioni; un rappresentante dell'Agenas; rappresentanti dei Ministri dell'interno, della Difesa, della Giustizia e del Lavoro; degli ordini professionali interessati, delle organizzazioni di settore e delle associazioni di pazienti e di

Ddl antiviolenza, un atto di civiltà



un rappresentante dell'Inail. Inoltre, l'Osservatorio dovrà essere costituito, per la sua metà, da rappresentanti donne.

All'Osservatorio il compito di - monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni, anche acquisendo i dati regionali relativi all'entità e alla frequenza del fenomeno ed alle situazioni di rischio o di vulnerabilità nell'ambiente di lavoro;

- monitorare gli eventi sentinella che possano dar luogo a fatti commessi con violenza o minaccia ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni.

Il Ministro della salute dovrà trasmettere annualmente al Parlamento, entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento, una relazione sull'attività svolta dal nuovo Osservatorio.

In caso di condotte violente, ingiuriose, offensive, è prevista una sanzione amministrativa da 500 a 5000 euro; in caso di lesioni gravi o gravissime è prevista la pena aggravata, con reclusione fino a 16 anni. Le pene sono da applicare quando le lesioni gravi o gravissime siano procurate in danno di: personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria nell'esercizio delle sue funzioni o a causa delle funzioni o del servizio, nonché a chiunque svolga

attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, nell'esercizio o a causa di tali attività, sia essa in regime pubblico o privato.

Sono inoltre previsti specifici protocolli operativi con le forze di polizia per garantire interventi tempestivi, al fine di prevenire episodi di aggressione e di violenza.

Con lo scopo di sensibilizzare la popolazione, il decreto prevede anche l'istituzione della "Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari".

Una vera e propria svolta per il personale sanitario che si ritrova spesso a pagare di persona disservizi dovuti a sistemi organizzativi datati o all'impossibilità di accoglienza e assistenza di un numero di utenti superiore a quello che le strutture possono ospitare, in seguito a tagli all'economia sanitaria di cui l'esperienza Covid ne è soltanto la punta dell'iceberg.