Leggere è terapeutico

Mariolina De Angelis*

Che leggere aiuti le abilità intellettuali è noto, ora addirittura studi scientifici evidenziano come alcuni testi siano determinanti nei processi cognitivi tanto da far diventare la loro lettura una vera terapia.

Dedicarsi ad un libro quindi con la lettura assume un significato complesso e poliedrico. Leggere non è solo un piacere ma un'esperienza.

L'effetto protettivo della lettura sulle funzioni cognitive è cosa evidente che ha permesso e permette all'uomo un evoluzione psicologica e mentale. Infatti le storie che leggiamo aumentano le nostre capacità anche di leggere le menti degli altri, e la scelta di ciò che leggiamo riesce a darci quell'interazione quotidiana che contribuisce a renderci partecipi e protagonisti della storia.

Immergersi in un altro mondo come in un testo narrativo fa viaggiare la nostra mente nel passato, nel presente o nel futuro, e ciò ci permette di immaginare e di interagire con altri mondi, con nuovi esseri che sono alternativi a quelli reali.

Un processo di immaginazione che conferisce le emozioni e nel contempo un apprendimento che allena la nostra mente rendendola tonica ed elastica. La lettura quindi come palestra della mente, di quel giardino complesso e complicato che offre opportunità quotidiane di sviluppo e crescita.

La lettura di un romanzo fa si che le nostre opinioni e visioni si amplifichino e si nutrono.

Avere una mentalità aperta rende i nostri pensieri liberi. La lettura ci fa crescere e spesso può diventare un'alleanza terapeutica.

Se quindi fino a qualche decennio fa lo slogan usato per stimolare la lettura era: "un libro allunga la vita", ora esiste ed è dimostrata la correlazione tra pagine sfogliate e aspettativa di vita.

Ciò che importa è diversificare il genere tenendo conto dell'età e delle inclinazioni soggettive. Però è importante sottolineare che la negligenza della memoria, come diceva Platone, può condurre all'oblio dell'anima.

Scegliamo quello più intrigante, per titolo, copertina, autore, ma è importante recarsi in questa palestra della vita ogni giorno e vi assicuro, per mia diretta esperienza, che dall'oblio della memoria con costanza e tenacia si ritorna ad essere presenti alla "vita" e partecipi di ogni azione del vivere comune.

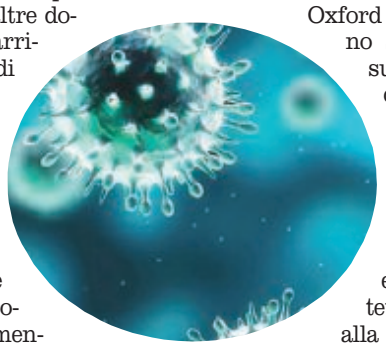
*Farmacista

L'ANALISI. *Le perplessitù legate alla durata dell'immunità*

Vaccino, ma quanto ci manchi

Attilio SPidalieri*

Una pandemia che continua a progredire nel mondo. Dei nuovi confinamenti ricomparsi in regioni che ritenevano di aver superato il problema. Una popolazione che resta malgrado tutto poco immunizzata, e dunque vulnerabile, anche nelle zone più colpite. Di fronte a questa crisi che non finisce, un vaccino è ormai per molti la migliore speranza per bloccare il Covid-19, in modo da ritrovare la vita di prima. Negli Stati Uniti il presidente Donald Trump ne ha fatto un affare di indipendenza nazionale. L'Europa non è da meno. La Francia, la Germania, l'Italia, e l'Olanda hanno messo in campo delle iniziative, ed altre dovrebbero arrivare. Più di 160 progetti, secondo le statistiche dell'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), si trovano attualmente in cantiere. Gli esperimenti clinici nell'uomo sono già iniziati, e molte industrie (Astra Zeneca, Moderna, etc.) promettono delle dosi entro l'anno. Questo fervore farebbe quasi dimenticare l'essenziale: sarà messo a punto un vaccino veramente efficace? Secondo molti esperti necessita prudenza nel cantare vittoria dato che tutta una serie di problemi scientifici restano senza risposta. Nel passato altre malattie infettive come l'AIDS, la malaria, la bronchiolite causata dal virus sinciziale, hanno resistito agli sforzi dei ricercatori, malgrado le promesse di alcuni vaccini. Certe iniezioni hanno un'efficacia limitata (notoriamente l'influenza), quando non generano effetti secondari gravi (come il vaccino sviluppato da Sanofi contro la dengue). Naturalmente ci sono anche delle buone ragioni per essere ottimisti. Infatti si sa che il Covid-19 determina una risposta immunitaria, dato che sparisce dall'organismo, e non è il caso per esempio dell'HIV. Il numero importante dei progetti in corso aumenta le possibilità di una riuscita. Ma il Covid-19 resta una malattia non ben compresa. L'immunità determinata dal virus non ha svelato tutti i suoi misteri, e pertanto molte tecnologie utilizzate non sono ancora sfociate nella introduzione nel mercato di un prodotto. Secondo Frédéric Tangy, responsabile del laboratorio dell'innovazione vaccinale dell'Istituto Pasteur, i primi dati, piuttosto parcellari, pubblicati dai diversi gruppi di ricerca, hanno dimostrato allo stato solo una protezione parziale. I vaccini, già allo stadio di esperimenti clinici, determinano certamente la comparsa di anticorpi neutralizzanti che hanno la capacità di stoppare il virus, ma la loro presenza potrebbe non bastare a prevenire la malattia. Allo stato nessuno conosce la quantità di anticorpi necessaria per evitare l'infezione e se il vaccino ne genererà a sufficienza. E non è possibile riferirsi ad altre patologie per saperne di più, in ragione del fatto che



che i dati sono propri a ciascun virus. In uno studio pubblicato dai ricercatori di Oxford (il cui vaccino sarà messo sul mercato dal gruppo Astra Zeneca), le scimmie vaccinate, e poi esposte al virus, erano protette riguardo alla polmonite, il che è già importante, ma non riguardo all'infezione. Le cavie che avevano ricevuto un'iniezione si ritrovavano con la stessa quantità di virus nelle prime vie respiratorie rispetto a quelle che avevano ricevuto solo un placebo. Questi risultati, se confermati, dicono che i soggetti vaccinati potrebbero continuare a diffondere la malattia. Per aumentare l'efficacia, la maggior parte dei gruppi testa degli schemi vaccinali con due dosi a distanza di alcune settimane. Questa soluzione non sarebbe molto adatta ad una situazione pandemica necessitante una risposta valida. Una spiegazione possibile a questa efficacia limitata è che questi vaccini puntano soltanto su di una piccola parte del virus per stimolare una risposta immunitaria, la proteina S, che forma delle punte sulla superficie del virus patogeno, il che potrebbe non essere sufficiente. Inoltre non si sa ancora se alcuni di questi vaccini determinano un'immunità a livello delle mucose nasali che rappresentano la porta di entrata del virus. Rispetto alle prime generazioni dei vaccini, necessiteranno evidentemente miglioramenti ulteriori allo scopo di ottenere una protezione più forte. Sarà necessario sapere anche come le persone anziane, che rischiano maggiormente di sviluppare forme gravi di Covid-19, risponderanno a questa vaccinazione. Vi è tutta una gradazione tra il prodotto ideale che proteggerebbe tutti, compresi gli anziani, e il vaccino mediocre che immunizzerebbe solo i giovani. Nello scenario peggiore costoro, vaccinati, beneficiando di un falso sentimento di sicurezza, potrebbero ignorare le raccomandazioni del distanziamento fisico, ed accelerare così l'epidemia. Il che accade già senza la vaccinazione. Più inquietante, non può essere scartato il rischio di un aggravamento della malattia causato dalla vaccinazione. Alcuni scienziati temono che l'iniezione possa determinare la formazione di anticorpi detti "facilitanti" che, lungi dal bloccare il virus, l'aiuterebbero ad entrare nelle cellule dell'ospite. Si tratta di un fenomeno già osservato nell'animale durante gli esperimenti per individuare un vaccino contro la Mers e contro la Sras, due altri Coronavirus. Negli anni 1960 questo effetto indesiderato era comparso in occasione dei test clinici con dei candidati vaccini contro il VRS (l'agente della bronchiolite). Dei bambini morirono e i test furono interrotti. Più recentemente lo stesso problema si è avuto, come accennato sopra, con il vaccino Dengvaxia di Sanofi contro la dengue. Inoltre bisogna tener conto che i recettori cellulari dei primati, sui quale vengono praticati gli esperimenti, sono un poco differenti da quelli degli umani. Gli esperimenti clinici della fase 3, su grande scala, saranno dunque cruciali. Essi sono cominciati per due prodotti, quelli di Astra Zeneca e di Sinovac, un fabbricante cinese. Nella stessa fase si trovano delle aziende americane e dei centri di ricerca russi, che hanno, questi ultimi, un'esperienza decennale nel campo, in ragione della presenza di importanti laboratori situati oltre gli Urali, in Siberia. Ma una cosa è certa, questi esperimenti non risponderanno ad una questione essenziale: la durata dell'eventuale immunità conferita da queste iniezioni. Se la malattia immunizza per un breve periodo, ci sono poche possibilità che il vaccino faccia meglio. I pazienti affetti da Covid-19 presentano certo degli anticorpi, ma nessuno sa allo stato per quanto tempo gli stessi saranno presenti nel sangue. A confermare le nostre perplessità, negli ultimi giorni è arrivata la notizia che Astra Zeneca ha sospeso gli esperimenti a causa di eventi avversi accaduti ad alcuni volontari arruolati nello studio. Occorrerà pertanto una rigorosa sorveglianza nell'intento di produrre un vaccino che determini, in sicurezza assoluta, una immunità di durata accettabile.

***Specialista in Endocrinologia e Diabetologia**

LA RIPRESA DENTRO IL RAPPORTO ISTRUZIONE-SANITÀ

Tra i banchi si ripartirà davvero in sicurezza?

Graziella Di Grezia*

Il grande interrogativo di fine estate sta coinvolgendo e sconvolgendo buona parte del Paese, che vive una condizione di precarietà mentale sia per il timore del prosieguo della didattica a distanza, sia per le remore della ripresa scolastica in presenza.

A fronte del diritto inalienabile dell'istruzione, vi è un rapporto scuola-sanità complesso e di difficile gestione. A questo si aggiungono gli interrogativi di dirigenti, personale docente e non, discenti e famiglie circa l'evoluzione della pandemia da Covid: ci sarà un aumento dei contagi? Andremo incontro a un secondo lockdown?

La sanità italiana che ha mostrato anche in questa occasione una sua solidità nonostante i tagli a personale e strutture, deve sostenere il comparto scolastico affinchè l'istruzione possa riprendere nel modo più sereno possibile.

Gli pneumologi propongono quattro interventi strategici:

1- Costante monitoraggio dello stato di salute del personale docente e non docente mediante tampone ed eventuale, successivo, esame sierologico.

Si Raccomanda il controllo quotidiano della temperatura all'ingresso della scuola per studenti e per insegnanti con successiva registrazione di quanto rilevato su Cartella Clinica Digitale appositamente creata.

2 - Ogni istituto scolastico deve avvalersi della figura del Medico di Lavoro Competente che sia un Pediatra e/o un Medico di Medicina Generale che operi in qualità di Medico Responsabile. L'istituto deve inoltre poter contare sulla consulenza di uno specialista Pneumologo di riferimento in caso di situazioni di allarme e di cluster sospetti.

3 - Il Medico Competente nominato dall'istituto scolastico deve essere tempestivamente avvisato dalle famiglie, tramite mail o messaggi, in caso di segnali di malessere che possano essere segnale di potenziali nuovi focolai.

4 - Si consiglia la creazione di flussi di mail ufficiali che assicurino un contatto costante con le famiglie per garantire una corretta educazione sanitaria ed esaminare l'insorgere di eventuali criticità.

I pediatri sostengono che non ci sia necessità di ritornare al "medico scolastico", quanto piuttosto di contare su di un Infermiere di Comunità che possa fare da ponte tra le due istituzioni.

Tutto ciò anche per ottimizzare le risorse umane disponibili; non dimentichiamo che i medici nelle strutture ospedaliere sono in costante sotto-organico nei reparti e che la situazione di emergenza non consente di pianificare in breve tempo una formazione dedicata.

Oltre al supporto di un Infermiere coordinato dal Dipartimento di Prevenzione delle ASL, poche semplici regole da rispettare:

•l'utilizzo delle mascherine, da evitare solo in caso di importanti disabilità,

•il distanziamento fisico tenendo conto dell'età degli studenti e

•il continuo e accurato lavaggio delle mani.

***Radiologo PhD**

DIAGNOSI. *Un ruolo di notevole importanza clinico-diagnostica viene svolto dall'ecografia con sonda rotante*

Un'arma preziosa per individuare il cancro del retto

LUIGI MONACO*

Le tecniche ecografiche "dedicate" rappresentano un campo di applicazione dove la tecnologia utilizzata e la specifica competenza del medico sono fondamentali per una corretta valutazione diagnostica.
Tra le metodiche " dedicate", un ruolo di notevole importanza clinico-diagnostica viene svolto dall'ecografia con sonda rotante a 360° integrata dalla ricostruzione tridimensionale per lo studio delle patologie del canale anale e del retto medio-basso.
La possibilità di valutare i tumori intestinali per via endorettale nasce nel 1952 grazie a John Jiulian Wild considerato il vero fondatore della diagnostica tissutale ad ultrasuoni, il quale, insieme a John Reid, un ingegnere elettronico, individuò la possibilità di impiego di sonde transrettali per lo studio tissutale degli organi.
Lo studio del canale anoretto, eseguito ponendo la sonda rotante a contatto diretto con la parete del viscere da studiare, rappresenta attualmente un'indagine essenziale nella diagnostica delle patologie organiche e funzionali ano-retto. La metodica permette di studiare in modo accurato i diversi tessuti e strutture in particolare il complesso sfinteriale e l'eco-struttura della parete del retto basso e dell'ano necessario per la valutazione delle neoplasie (stadiazione) e dei processi flogistici e funzionali del canale anale.
Lo studio ecografico viene eseguito in ambito ambulatoriale e risulta rapido, innocuo (non utilizzo di radiazioni ionizzanti) e ben tollerato dal paziente; si richiede come preparazione un clistere di pulizia del retto basso alcune ore prima dell'esecuzione dell'esame.
L'evoluzione tecnica inoltre permette, grazie ad un software presente nell'ecografo, l'elaborazione e la ricostruzione delle immagini acquisite in tempo reale permettendo un'ecografia tridimensionale grazie alla quale si ha un significativo miglioramento della diagnosi delle patologie del canale ano-rettale.

Le indicazioni clinico-diagnostiche:
•Patologie settiche del canale anale (fistole ed ascessi);
•Valutazione anatomo-funzionale dell'apparato sfinteriale del canale anale
•Stadiazione del cancro del retto-basso e del canale anale.
PATOLOGIE SETTICHE.
Nello studio della patologia suppurativa del canale anale risulta altamente affidabile soprattutto se associata all'uso del mezzo di contrasto introdotto attraverso l'apertura cutanea esterna del tramite fistoloso (sensibilità della metodica fino al 94%). L'esame consente di eseguire una precisa mappatura del tramite fistoloso ed il suo rapporto con gli sfinteri, valutazione fondamentale per la decisione del programma chirurgico; inoltre consente di individuare, in una percentuale elevata di casi, la comunicazione del tramite fistoloso con il canale anale differenziando così le fistole anali da quelle perianali.
APPARATO SFINTERIALE: nei pazienti con ostruita defecazione o con incontinenza fecale , consente di valutare alterazioni dello spessore, della continuità e della struttura degli sfinteri interno ed esterno del canale anale. La valutazione della sede e dell'estensione delle lesioni sfinteriali rappresenta una valutazione molto utile ai fini di eventuale approccio chirurgico da eseguire.
STADIAZIONE DEL CANCRO DEL RETTO BASSO E DEL CANALE ANALE: l'ecografia con sonda rotante è considerata metodica altamente affidabile per la individuazione e stadiazione dell'estensione locale del tumore raggiungendo un'accuratezza diagnostica del 94-96%.
Il riconoscimento del coinvolgimento della parete ano-rettale consente di distinguere le lesioni che possono essere trattate con una escissione locale dalle lesioni che devono essere sottoposte ad interventi più estesi. Inoltre il grado di infiltrazione della parete permette di selezionare i pazienti candidati ad un trattamento neoadiuvante prevalentemente radioterapico.
CONCLUSIONI
L'ecografia " dedicata" allo studio delle patologie del canale anale e retto raggiunge un' elevata sensibilità e specificità nei centri dove l'indagine è eseguita in modo corretto e con costanza negli anni. Inoltre in questo campo specifico la collaborazione con il Clinico risulta fondamentale per il corretto percorso terapeutico del paziente.

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

LA DIAGNOSI. *Il rischio è quello di caricare ulteriormente il servizio sanitario nazionale*

Riconoscere e curare le sindromi influenzali

Biagio Campana*

In piena pandemia Covid si renderà indispensabile la diagnosi differenziale con l'influenza e con tutte le altre sindromi influenzali che da qui a breve inizieranno ad imperversare su tutto il nostro territorio nazionale con ricadute in termini di costi e perdite di vita non trascurabili. Negli ultimi anni l'Italia ha registrato picchi di mortalità anche elevati, in particolare tra gli anziani, durante la stagione invernale ed in correlazione soprattutto all'epidemia influenzale. Il numero di morti associate all'influenza risulta essere altamente variabile e dipende soprattutto dall'efficacia del vaccino nei confronti del ceppo circolante. Nel quinquennio 2013-2018 si sono verificati ben 68.000 decessi collegabili, direttamente o indirettamente all'influenza ed alle altre sindromi influenzali. Tutto ciò potrebbe generare ulteriore stress su un servizio sanitario nazionale che già sarà impegnato a contrastare Il Sars Covid 2. A differenza dell'influenza che ha una precisa etiologia, essendo determinata da specifici virus influenzali A, B e C che appartengono alla famiglia Orthomyxovirus, i virus alla base della sindrome influenzale sono molto più eterogenei comprendendo il virus respiratorio sinciziale, i metapneumovirus, gli adenovirus, i virus parainfluenzali ed i coronavirus. La trasmissione è aerea attraverso aerosol e/o droplet. Sia l'influenza che la sindrome influenzale presentano un esordio rapido, colpiscono ogni fascia di età ed i sintomi sono sovrapponibili e difficilmente distinguibili tra loro. La febbre può anche raggiungere i 41°C ed è spesso accompagnata da brividi. Possono essere presenti tosse, mal di gola, rinorrea, dolori muscolari e osteo/articolari.

Quasi sempre il paziente lamenta un senso di prostrazione e di marcata astenia associata a scarso appetito. Nei bambini sono presenti sintomi gastrointestinali come nausea, vomito e diarrea mentre il lattante presenta pianto ed irritabilità. In particolari categorie a rischio come anziani con patologie pregresse, bambini e pazienti immunocompromessi si possono verificare delle complicanze anche di gravità tali da richiederne un'ospedalizzazione immediata. Se sinusiti, otiti e bronchiti possono anche essere gestite a domicilio, l'insorgenza di una polmonite, virale o da sovrapposizione batterica, rappresenta sicuramente una complicanza potenzialmente anche letale e va' quindi in gran parte dei casi sottoposta ad osservazione in ambiente ospedaliero. La terapia della sindrome influenzale ha come scopo quello di alleviare i sintomi piuttosto che combattere i virus sia per la difficoltà di identificazione precisa del virus responsabile e sia perché i farmaci antivirali attualmente in commercio sono efficaci solamente contro i virus dell'influenza e non contro tutti gli altri. Gli antibiotici sono sconsigliati almeno che non si siano presenti complicanze batteriche e comunque vanno soggetti a prescrizione medica e non ad auto prescrizione. La prevenzione può essere sia farmacologica che non farmacologica. Quella non farmacologica si basa su un accurato lavaggio delle mani e su tutte quelle norme igienico-sanitarie che riducono il rischio di trasmissione degli agenti virali. La prevenzione farmacologica dell'influenza può essere effettuata tramite vaccini; tali vaccini risultano inefficaci nei confronti delle sindromi influenzali sostenute da virus diversi da quelli influenzali, come il virus respiratorio sinciziale e i virus parainfluenzali. La campagna di vaccinazione antinfluenzale quest'anno inizierà prima del solito, per cercare di prepararci al meglio ad una possibile seconda ondata di Covid. L'AIFA, agenzia italiana del farmaco, raccomanda di partire con le prime iniezioni già a inizio ottobre, quasi un mese prima della data ordinaria, e di offrire i vaccini ai soggetti eleggibili durante tutta la stagione influenzale.

***Specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio**

LE TECNICHE. *Una pratica da imparare per ottenere risultati attendibili*

Misurare la pressione, troppe le variabili

Fiore Candelmo*

Tra le più comuni misurazioni dei "parametri vitali", i numeretti che indicano se stiamo bene o meno, quella della pressione arteriosa è comunissima, a disposizione di chiunque sappia premere un bottone: non serve una laurea insomma. E allora, diranno i miei venticinque lettori, il titolo di questo appuntamento ???

Avete ragione. Il titolo è giusto, ma non si riferisce solo alla pressione del bottone, di cui sopra, ma alle condizioni nelle quali questa misurazione viene fatta. E quindi alla attendibilità dei risultati ottenuti.

Da molto tempo ormai si è compreso che la misurazione domiciliare dei parametri (e tra questi la pressione è tra i più semplici) è molto più affidabile, in media, di quanto si possa ottenere dal proprio medico o in farmacia o altrove. Soprattutto se la pressione, davanti al medico, tende a "schizzare" e ad aumentare senza controllo. Cosa abbastanza comune (ipertensione da camice bianco, dicono i medici, quelli esperti).

Certamente si deve apprendere la tecnica di misurazione, ma come farebbero i diabetici se non sapessero controllare la propria glicemia ? Nulla di difficile dunque.

La pressione arteriosa cambia moltissimo a seconda delle condizioni nelle quali essa viene misurata. Ecco il motivo del titolo: si deve avere una certa abilità a misurarla nelle opportune situazioni per evitare di avere un dato falsato che, e qui sta il peggio, comporterebbe preoccupazioni inutili. Innanzitutto la misurazione può, anzi direi, deve avvenire con gli apparecchi elettronici, di buona marca (evitiamo le cinesate a prezzo poplare) ed affidabili: oggi gli apparecchi (si chiamano sfigmomanometri) a mercurio non sono più in vendita, essendo questo metallo altamente inquinante. Quelli ad aneroide (con l'orologino a lancetta che indica la pressione) sono soggetti a facile staratura e quindi sono poco affidabili. E poi si deve avere una certa manualità, saper ascoltare la scomparsa e la ricomparsa del polso.

Quelli elettronici purtroppo sono apparecchi che non godono di buona fama tra la gente: mi danno risultati sbagliati, la pressione cambia sempre, si rompono subito, sono alcune delle obiezioni più comuni. Niente di più sbagliato. Se la marca è buona (il vostro farmacista o rivenditore saprà consigliarvi) questi dispositivi sono molto affidabili, precisi e soprattutto sicuri.

Sceglietene però uno che si indossi al di sopra della piega del gomito, non al polso, posizione che soffre di maggiore imprecisione. Mettete il bracciale (o fatevi aiutare) ben aderente, ma non stretto, con il velcro che mantiene la chiusura accuratamente aderente, ovviamente sulla nuda pelle e non sui vestiti. La misurazione a questo punto può iniziare.

I valori ottenuti risentono moltissimo delle condizioni, anche e soprattutto psicologiche, nelle quali essi vengono rilevati. Si deve pertanto essere seduti in ambiente tranquillo, con TV spenta, non si deve aver fumato nell'ora precedente (fumatori attenti !!!), niente caffè preso da poco (mezz'ora), non ci deve essere trambusto, bambini, rumori, traffico di auto, ci si deve essere messi seduti già da un quarto d'ora in posizione confortevole (niente strapuntini o seggiole improvvisate ma meglio una comoda poltrona o un divano). Non si deve avere fretta: se avete appuntamenti in programma meglio rinunciare: dovete avere il vostro tempo a disposizione. Tutto questo può influire sulla pressione !!!

Si esegue una prima misurazione e si annotano i valori. Trascorsi alcuni minuti (cinque, dieci ?), se ne esegue una seconda e se necessario dopo altri 5 o 10 minuti una terza. E se ne annotano ancora i valori.

Questi dati hanno una certa attendibilità, ma devono essere valutati da un medico competente. Tenete presente che:

1) variazioni nelle varie misurazioni, anche di diversi millimetri di mercurio (mmHg è l'unità di misura della pressione) possono essere normali: se la prima ci dà 140/80 e la seconda 130/70 e la terza 120/80 (o simili), questi cambiamenti sono normali e indicano che man mano che è passato il tempo, vi siete rilassati sempre più (e la pressione è diminuita !): bene !

2)differenze tra le due braccia sono normali se contenute tra 10-15 mmHg. Valori più elevati dovrebbero essere valutati e confermati dal medico.

3)la misurazione nel tempo, più volte al giorno (mattina, pomeriggio e sera) può essere indicata solo se non si sa ancora se dovrete prendere una cura per la pressione oppure se la cura che state facendo sembra inefficace: non si può essere "tossicodipendenti" dallo sfigmomanometro, non dobbiamo (ed è pure inutile) stare a controllarla ogni momento, la vita nel frattempo passa e abbiamo perso chissà quante altre cose belle.

Questa disamina, breve per lo spazio che abbiamo a disposizione, ci fa capire che sono così tante le variabili in gioco che possono influire sulla pressione, che ottenere dei valori attendibili può essere difficile. Con il tempo, l'esperienza della misurazione ci consente di capire se la stiamo misurando in modo corretto o non piuttosto in modo errato. Resta tuttavia questa pratica così importante che un apparecchio per la pressione dovrebbe essere presente in tutte le case come il frigorifero o la TV.

***Cardiologo**

SOCIETA'. *Il direttore dell'Asl Morgante racconta la sfida per il centro di Sant'Angelo Lombardi*

Il nostro impegno per i ragazzi autistici

Cara dottoressa Maria Morgante, questa volta i numeri parlano da soli: oltre 6 milioni e mezzo in due anni. Circa 200 ragazzi autistici con le loro famiglie saranno presi in carico. Non era mai successo, è un'ottima scelta. Come è matura?

"La presa in carico e cura dei bambini e dei ragazzi autistici è stata una delle mie priorità fin da subito. Ho conosciuto alcune persone con storie che mi hanno molto toccato e da madre, oltre che da direttore generale, ho deciso che andava fatto di più. Il rapporto con i genitori è andato sempre più crescendo fino a quando siamo riusciti a trovare un'intesa, rispetto alle istanze che provenivano dalle famiglie, ad esempio, prevedendo all'interno del nuovo bando un numero maggiore di ore ABA a domicilio rispetto a quelle già erogate. Inoltre, fino ad oggi in Irpinia non c'è mai stato un Centro per l'Autismo, per cui abbiamo pensato di realizzare una struttura all'avanguardia anche per i pazienti in regime semiresidenziale in un'area autonoma all'interno del P.O. "Criscuoli" di Sant'Angelo dei Lombardi, i cui lavori sono stati completati nel mese di giugno."

Maria Morgante

Finalmente una programmazione di eccellenza che interessa l'intera provincia. Una sua valutazione in merito.

"Grazie anche alla collaborazione dei genitori, siamo riusciti a realizzare un modello che prevede la presa in carico tempestiva dei bambini, attraverso i NNPIA (Nuclei di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza), che verranno seguiti in tutto loro percorso da un'equipe multidisciplinare che accompagnerà i terapisti nel loro lavoro quotidiano in ambiente familiare e scolastico, mentre per gli adolescenti e gli adulti abbiamo previsto 30 posti in regime semi-residenziale all'interno di una struttura pensata per rispondere ai loto bisogni."

E' un periodo molto difficile ma quali sono i tempi?

Nonostante l'emergenza sanitaria legata al COVID abbiamo completo i lavori per la realizzazione del Centro per l'Autismo e completato l'iter per l'affidamento del servizio; contiamo a breve di inaugurare la nuova struttura.

Centro Autismo

I due centri per l'autismo, prima Sant'Angelo dei Lombardi e poi Avellino (Valle) potrebbero soddisfare l'intera domanda in Irpinia? Sappiamo che potremmo avere diagnosi precoci funzionali che costituiscono il primo esempio in tutta la Campania. Sarà così?

Per quanto concerne Sant'Angelo dei Lombardi, parliamo di una realtà concreta e tangibile che aspetta solo di partire. Per ciò che concerne il Centro per l'Autismo di Valle, possiamo dire che abbiamo dato la nostra disponibilità a suo tempo, nel corso del tavolo in Prefettura, a gestire la struttura, di proprietà del Comune di Avellino, al fine di realizzare due Centri per l'Autismo a Sant'Angelo e ad Avellino così da coprire l'intero territorio provinciale.

L'EMERGENZA. *Grande l'incertezza che accompagna la ripresa delle scuole*

Covid - 19 e scuola: una complessità

Alfonso Leo*

Una volta il ritorno a scuola era visto come un evento di routine, tipico della ripresa autunnale. Quest'anno è vissuto, invece, con incertezza. Problematico per le famiglie, sia per i rischi sulla salute, sulla produttività lavorativa che per i possibili benefici, sia dal punto di vista della qualità dell'insegnamento, dopo mesi di difficile Didattica a Distanza (DAD), che sociale-psicologico, grazie al ritorno in presenza degli studenti a scuola. Lo scorso 5 Marzo, infatti, un decreto del presidente del consiglio imponeva la chiusura delle scuole di ogni ordine e grado, a causa della pandemia da COVID 19. Ora si parla di un ritorno a scuola il 24 settembre, in Regione Campania. Tuttavia, la pandemia da COVID 19 continua ad espandersi a livello mondiale. il lockdown ha sicuramente determinato un rallentamento della diffusione del virus, ma ha comportato dei costi elevati, sia dal punto di vista economico che dal punto di vista sociale e psicologico, tale da imporre un ritorno alla vita normale. La forzata chiusura ha comportato problemi logistici ai lavoratori che non potevano accedere allo smart working, come ad esempio i lavoratori della sanità o di altre professioni d'aiuto, o lavoratori coinvolti in produzione essenziali quali energia o alimentazione. Non bisogna trascurare i danni a carico della salute mentale e fisica, dello sviluppo e dell'educazione dei bambini e degli adolescenti derivanti dall' isolamento sociale, dal ridotto supporto sociale, come ad esempio il servizio mensa, e da un aumento dell'esposizione alla violenza domestica. Altro problema emerso durante il lockdown sono state le differenze nell'accesso alla DAD, legate alla mancanza di una rete efficiente o alla mancanza di supporti informatici. Tutto ciò ha portato ad un ulteriore handicap, per gli studenti provenienti da famiglie disagiate.

All'inizio della pandemia si era ritenuto Irrilevante la trasmissione del virus nei bambini e gli adolescenti, ora invece, con l'aumento dell'esecuzione dei tamponi, si è visto che i bambini più piccoli di 10 anni possono essere degli "ottimi" portatori asintomatici e che la trasmissione tra bambini e giovani è equivalente a quella tra adulti. il recente aumento dei casi, associato alla diminuzione dell'età media dei positivi al coronavirus, ne è la prova. Si pone, allora, il problema della sicurezza del ritorno a scuola, con un possibile rilassamento delle misure di distanziamento sociale, tenute in questi mesi di interruzione delle normali attività. L'Istituto Superiore di Sanità ha pubblicato il 21 agosto delle indicazioni operative per la gestione dei casi e focolai nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia. Nell'introduzione si afferma: "La questione centrale delle decisioni di riapertura scolastica non e se le scuole debbano riaprire o meno, ma piuttosto come procedere con una riapertura scolastica più sicura attraverso la comprensione e la consapevolezza dei rischi per la salute pubblica, non solo sui bambini, sul personale scolastico e sui loro contatti sociali immediati, ma anche su un aumento della trasmissione a livello di virus comunitari". Si afferma inoltre che non esistono modelli validi per prevenire possibili focolai per cui, se da una parte è ormai ben assodato che esistono strategie di prevenzione, identificazione rapida dei focolai "non e noto al momento quale sia il livello di trasmissione, ad esempio in termini di numero di focolai, che i sistemi di prevenzione riescono a gestire efficacemente". Altro problema deriva dalla probabile circolazione del virus dell'influenza e delle sindromi parainfluenzali durante l'autunno. Tenendo presente che un bambino si ammala almeno 2-3 volte nel corso di un anno scolastico, ci si rende conto della necessità di distinguere tra una forma influenzale e una possibile infezione da COVID 19, che può manifestarsi in forma lieve, data la giovane età del soggetto, ma con il potenziale rischio della creazione di un focolaio. Si impone, allora, la necessità del controllo della temperatura corporea a domicilio, e la necessità di lasciare il giovane a casa con temperatura superiore a 37,5°. E quando la febbre arriva a scuola? Ancora il documento dell'I.S.S.: "stabilire procedure definite per gestire gli alunni e il personale scolastico che manifestano sintomi mentre sono a scuola, che prevedono il rientro al proprio domicilio il prima possibile, mantenendoli separati dagli altri e fornendo loro la necessaria assistenza utilizzando appositi DPI". La direttiva prevede la necessità di individuare un referente scolastico per COVID-19. Non sarebbe stato meglio prevedere l'infermiere scolastico, come avviene in altre nazioni? Si è parlato dell'assunzione di medici scolastici, proposta impossibile da realizzare, data la difficoltà di reperire medici anche in ospedale, trascurando la possibilità concreta di avere un referente sanitario ben formato, l'infermiere scolastico, parliamo di laureati! Invece di affidarli a professori spaventati, formati con un "ottimo" corso sul COVID, di qualche ora, quando va bene.

Un recente studio, pubblicato negli USA sul Journal of American Medical Association, ha evidenziato che quasi un terzo dei genitori non ha intenzione di far ritornare i propri figli a scuola.

Si tratta, stranamente, delle famiglie più povere, cioè proprio quelle famiglie che avrebbero più difficoltà nella didattica a distanza. Tutto ciò è comprensibile se si analizza che si tratta di bambini che vanno in scuole con minori risorse economiche, quindi con maggiori difficoltà nel distanziamento sociale e nel tenere misure igieniche efficaci. Sappiamo bene che una scuola in quartieri periferici delle nostre città avrà maggiori difficoltà ad accedere alle necessarie risorse rispetto ad un prestigioso liceo del centro. Il ministero ha promesso 11 milioni di mascherine al giorno per il personale scolastico e per gli studenti… speriamo… Sarà necessaria la collaborazione con i pediatri di base, settore che ha rivelato qualche criticità durante il periodo della pandemia. Si è visto, ad esempio, che solo il 50% dei medici di base ha aderito alla richiesta del S.S.N. di praticare il test sierologico rapido per i docenti, delegando alla ASL il compito dell'altro 50%. E si trattava dei docenti! Quando si tratterà di fare i tamponi agli studenti per permettere loro di essere riammessi alle lezioni dopo un'assenza per malattia, chi si presterà? L'ASL non potrà sopportare tale carico, servirebbe la collaborazione dei pediatri di base, ma il documento dell'ISS indica ancora l'ASL come unica abilitata all'esecuzione di tali esami. Sicuramente la ripresa delle lezioni a distanza sarebbe più sicura dal punto di vista del COVID-19, ma sarebbe deleteria dal punto di vista della qualità dell'educazione e dell'istruzione, scaricherebbe un ulteriore peso sulle famiglie, soprattutto quelle più disagiate.

Il recente rapporto di Save The Children La Scuola che verrà evidenzia che, proprio che nelle regioni più disagiate, le famiglie devono assumersi più oneri e responsabilità. Solo il 20% delle scuole sono a tempo pieno, Inoltre, la presenza del servizio di ristorazione scolastica in poco più della meta delle scuole italiane (56.3%) penalizza soprattutto i bambini che vivono in nuclei familiari svantaggiati economicamente, e quindi con minor risorse per garantire loro una corretta alimentazione. Si comprende che la scuola non può ripartire scaricando sulla famiglia tutti i problemi e puntando solo alla risoluzione dei problemi sanitari (i famosi 11 milioni di mascherine o i litri di gel idroalcolico) o la distanza tra i banchi o la fornitura dei celebri banchi a rotelle, che tanta ironia hanno destato.

L'inchiesta di Save the Children ha evidenziato che ben il 63% degli studenti manifesta incertezza e timore riguardo alla riapertura delle lezioni, mentre solo il 27% manifesta entusiasmo riguardo al ritorno a scuola, soprattutto tra i bimbi più piccoli, i più ingenui.

Quello che i giovani chiedono è il ritorno alla normalità, ad abbracciarsi, a stare insieme, ma tutto ciò, per ora, non è possibile.

L'invito del rapporto suddetto è a ripensare a delle scuole "resilienti", non più rigide, inamidate, nell'applicazione dei programmi, ma in grado di offrire un'offerta formativa differenziata e ben calibrata sulle necessità del territorio, paradossalmente, ma non tanto, più aperta.

Potrebbe sembrare una contraddizione in tempi di pandemia e di distanza sociale, invece sono proprio queste motivazioni che inducono a tenere le scuole più aperte e più a lungo, usando anche gli strumenti della DAD (didattica a distanza) ma non trascurando la scuola in presenza, in quanto abbiamo ben compreso durante il lockdown, che non tutti gli studenti hanno la possibilità di accedere alla DAD.

Di sicuro la lentezza con cui le direttive ministeriali stanno arrivando in periferia non aiuta nella ripartenza, ma si creano anche opportunità per ridefinire i progetti educativi delle varie scuole.

È necessaria una inversione di tendenza negli investimenti sulla scuola. Finora la scuola, come la sanità, hanno sofferto di tagli lineari nei finanziamenti, ritenendo che fossero settori in grado di creare solo passività. Ora si comprende bene che investire in istruzione e sanità significa investire sul futuro!

Una scuola migliore è una risorsa per il paese, in quanto è in grado di generare conoscenza e sviluppo, anche economico.

Non va trascurata anche la problematica legata agli studenti con disabilità. Proprio durante il periodo del lockdown, loro hanno maggiormente sofferto della mancanza della scuola in presenza. Durante la pandemia i bambini con disabilità hanno lottato per avere accesso ai servizi da remoto. I servizi di insegnamento speciali e di riabilitazione, forniti normalmente dagli insegnanti di sostegno, sono molto più difficili da erogare in ambiente virtuale. A causa delle misure di sicurezza sanitaria necessarie e della mancanza di personale, non vi è stata un'assistenza adeguata a questa popolazione studentesca fragile, a domicilio. Tutto ciò costituisce un ulteriore problema per le famiglie con bambini con disabilità. Hanno le stesse difficoltà degli altri ragazzi, legate alle nuove condizioni in cui si svolgeranno le lezioni, sia in presenza che da remoto, ma sono più alto rischio di contrarre il COVID-19 o le complicazioni da esso derivanti. Sarà necessario prevedere risorse aggiuntive sia in termini di personale che di misure di sicurezza per assicurare un ritorno in sicurezza degli studenti con disabilità. La scuola ha la necessità di essere sia resiliente come affermato da Save the Children, ma anche di occuparsi degli studenti, a 360°, inseriti nel loro contesto sociale, familiare e non solo sanitario. Ha la necessità di agire in sintonia, con il terzo settore del territorio, per avere risorse aggiuntive, non solo in termini di denaro, grazie al Recovery fund, ma anche in termini di impegno sinergico con le risorse sociali presenti sul territorio. L'esperienza dei campi estivi, sicuramente lodevole, ad esempio, andava coordinata con le scuole del territorio, non agendo a compartimenti stagni!

Il corpo docente, inoltre, si troverà quest'anno davanti a nuove realtà, a nuove sfide. Forse sono proprio loro quelli che hanno più bisogno di un supporto, anche psicologico, il burnout è alle porte. Ma questa è un'altra storia da raccontare.

***Psicoanalista**

UROLOGIA . *Sindrome della vescica dolorosa è una debilitante malattia cronica, le cui cause sono tuttora sconosciute*

Quando la cistite produce dolore

Anna Rita Cicalese*

La cistite interstiziale, nota anche con il nome di sindrome della vescica dolorosa e sindrome del dolore vescicale, è una debilitante malattia cronica, le cui cause sono tuttora sconosciute.

Gli studi epidemiologici disponibili suggeriscono che la patologia colpisce le donne dieci volte più frequentemente che gli uomini.

La sindrome è caratterizzata da dolore generalmente avvertito come pressione vescicale, percepito in correlazione al grado di riempimento vescicale, la cui intensità incrementa con l'aumento del volume. E' localizzato spesso a livello sovrapubico e può irradiarsi alla vagina, al retto, al sacro, all'inguine, alle cosce e solitamente è accompagnato da frequenza ed urgenza minzionale diurne e notturne. Il dolore può insorgere già a bassi volumi di riempimento vescicale e si allevia con lo svuotamento per poi riproporsi più o meno rapidamente. Solitamente i rapporti sessuali sono dolorosi, in alcuni casi impossibili. Molto frequentemente, negli stadi inziali della malattia (che spesso evolve molto lentamente negli anni), le pazienti riferiscono esclusivamente uno stimolo minzionale estremamente frequente, diurno e notturno, in grado di alterare sensibilmente la qualità di vita.

Nonostante i sintomi possano essere riconducibili a svariate condizioni patologiche, tutti gli esami diagnostici non rilevano la presenza di alcuna patologia che possa spiegare la sintomatologia. Quest'ultima ha spesso un notevole impatto sulla qualità di vita dei pazienti, al punto da condurre, alcuni, a situazioni di isolamento, depressione, comportando in molti casi una significativa riduzione delle attività relazionali e sessuali e una riduzione della produttività lavorativa e personale. Questa situazione viene aggravata dal fatto che la patologia è spesso misconosciuta e i pazienti aspettano in media fino a cinque anni prima di ottenere una diagnosi.

Per effettuare una corretta valutazione diagnostica vengono comunemente utilizzati test di laboratorio e strumentali. Ma ulteriori elementi, in grado di confermare la diagnosi di cistite interstiziale possono emergere dall'esecuzione di ulteriori procedure invasive, come la cistoscopia con idrodistensione, la biopsia vescicale e il test di sensibilità al cloruro di potassio.

Oggi la terapia della cistite interstiziale si pone l'obiettivo di alleviare i sintomi e migliorare la qualità di vita dei pazienti. Nessun farmaco è efficace in tutti i casi ed è per questo motivo che la terapia è altamente individuale e si avvale di numerosissime molecole.

L'approccio terapeutico alla patologia si avvale in prima battuta di una terapia comportamentale che consiste essenzialmente nel limitare l'apporto di cibi acidi e nel modulare l'introduzione di liquidi. In alcuni pazienti sono indicati trattamenti fisici e riabilitativi in associazione o meno a trattamenti orali con o senza l'utilizzo di farmaci endovescicali. Solo in rari casi selezionati sono indicati trattamenti di tipo chirurgico.

Con il Decreto Ministeriale n°279 del 2001, la cistite interstiziale è stata inserita tra le malattie rare. Non esistono ancora dati precisi sulla prevalenza della patologia nel nostro Paese.

Purtroppo quello che emerge dai dati attualmente disponibili è che la cistite interstiziale sia attualmente sottodiagnosticata e quindi sottostimata. Ovviamente tutto ciò comporta che molti pazienti non ricevono i trattamenti appropriati e la sintomatologia non viene adeguatamente controllata con un impatto molto negativo sulla qualità di vita del paziente e delle persone a loro vicine.

***Urologa**

PAROLA DI ESPERTO . *Come gestire il binomio alimentazione e nutrizione. Aspetti della dieta mediterranea*

Il microbiota, questo sconosciuto

Francesca Finelli*

Il mondo della medicina e della gastroenterologia in particolare, ha assistito negli ultimi anni a una rapida evoluzione delle conoscenze in campo nutrizionale e alimentare. Grazie a ciò, è stato possibile comprendere molti meccanismi che chiariscono perché alcuni alimenti possono sostenere lo "star bene", mentre altri agiscono in senso opposto e addirittura mettere a rischio lo stato di salute. La possibilità di studiare il DNA di tutti i batteri intestinali ha spalancato le porte a nuove conoscenze potenzialmente utilissime. Grazie anche all'avanzamento deglistudi genetici sul microbioma(termine che designa il patrimonio genetico del microbiota), si sta chiarendo la funzione centrale di questo amplissimo genoma come supporto per il genoma umano. Inun recente articolopubblicato dalla rivista PNAS si traccia una panoramica di questi anni di studi approfonditi sul microbioma, e, soprattutto, si mostra la fecondità di questo ambito di ricerca: oggi, infatti, le conoscenze acquisite possono essere utilizzate perl'implementazione di innovative tecnologieper la cura delle molteplici condizioni patologiche che,come è stato dimostrato, sono legate al benessere del microbiota intestinale. Iniziative di manipolazione del microbiota, comela tecnica del trapianto di microbiota attraverso le feci(FMT:Fecal Microbiota Transplant), implementata negli ultimi anni, hanno certamente un grande potenziale – ad esempio nella cura di infezioni intestinali croniche – manascondono anche alcune insidie. Il microbiota è composto da una quantità immensa di microrganismi (batteri, virus e funghi) tale da superare di ben 10 volte il totale delle cellule dell'organismo. Alcuni ricercatori hanno proposto di parlare di superorganismo, studiando quindi l'insieme formato da essere umano e microbiota. È un approccio sostanzialmente rivoluzionario. Oggi del resto sappiamo che lo stato del microbiota è in grado di condizionare, sia in meglio sia in peggio, la salute di tutto l'organismo: vale a dire non solo dell'apparato gastrointestinale, ma anche di quello cardiocircolatorio, respiratorio e dei sistemi immunitario e metabolico. Gliacidi grassi a catena corta, infatti,prodotti dai batteri intestinali, specialmente l'acido butirrico, sono utili a mantenere in salute l'intestino, proteggendolo dalleinfiammazionie dall'insorgenza ditumori.Inoltre, il microbiota mantiene in«allenamento»ilsistema immunitario. Questo, infatti, stimola il sistema immunitario localizzato lungo tutto il tratto gastrointestinale, ricchissimo di cellule deputate alle difese dell'organismo (linfociti, macrofagi, cellule dendritiche e così via), mantenendolo in piena efficienza e pronto a reagire ad aggressioni esterne, anche se dirette verso altri apparati, come quello respiratorio o cutaneo. Per fare sì che questo rapporto affascinante e complicato funzioni, però, la barriera intestinale dev'essere integra e il microbiota in salute. Qui il cerchio si chiude, tornando all'assunto di partenza: come gestire il binomio alimentazione e nutrizione, volto al mantenimento del benessere e della salute.

Iniziamo dall'integrità della barriera intestinale. L'allattamento al seno fornisce dal canto suo i nutrienti più adatti non solo alla crescita dell'organismo del neonato, ma anche alla selezione del microbiota migliore per il suo intestino. Se il "core" del microbiota non si modifica per tutta la vita, la gran parte della sua composizione è invece destinata a cambiare, in funzione dei diversi fattori ambientali, l'alimentazione su tutti: ecco perché il microbiota si diversifica da continente a continente , da nazione a nazione. L'alimentazione che difende il microbiota è corretta, diversificata ed equilibrata, così da garantire un microbiota sano, abbondante, in cui sono presenti e proliferano più generi e famiglie (phylum). Anche su questo versante, tutti gli studi pubblicati finora indicano nei principi della dieta mediterranea quelli più idonei a selezionare batteri a valenza positiva. Perché? Un'alimentazione ricca in cereali come frumento, riso, mais, avena, farro, con frutta e verdura fornisce i substrati ideali per la proliferazione di batteri "buoni", come i lattobacilli e bifidobatteri. Anche pesce, carne, formaggi, oltre a fornire proteine nobili e oligoelementi come zinco e selenio, stimolano la proliferazione di batteri altrettanto importanti. Un microbiota ricco di batteri capaci di digerire e fermentare iflavonoidicontenuti nella frutta e nella verdura promuove la produzione di sostanze che hanno effetti protettivi sullasalute cardiovascolare.Cibi ricchi di acidi grassi saturi e alimenti molto calorici stimolano invece la proliferazione di ceppi di batteri che promuovono l'infiammazione. Alcune sostanze prodotte dal microbiota intestinale sembrano coinvolte nellaregolazione dell'appetitoe nell'aumento di peso. Se la dieta è povera difibra, diminuisce la popolazione deiBacterioides, aumenta quella deiFirmicutese diversi studi che suggeriscono che il rapporto tra Bacterioides e Firmicutes sia un fattore importante per l'obesità.In generale, è preferibile un'alta diversità del microbiota, cioè lapresenza di molti ceppi microbici diversi. Ma è nell'equilibrio di questi nutrienti che si gioca la partita della salute. Il messaggio positivo della dieta mediterranea è questo e non sta certo nella proibizione di un alimento o nella difesa esclusiva di un altro. La rappresentazione grafica della piramide alimentare è stata infatti ideata per far cogliere rapidamente quale alimento debba essere consumato di più e quale di meno, grazie a migliaia di studi scientifici portati a termine in vari paesi del mondo in un equilibrio educativo che hanno permesso di certificarne i benefici sullo stato di salute. Un'alimentazione ampia nella scelta, onnivora, frazionata (si ricorda il frazionamento in 5 occasioni tra prima colazione, snack, pranzo, merenda e cena), frugale, che rispetti gli orari e i tempi dei pasti, si armonizza inoltre con i ritmi circadiani che governano i tempi della digestione, dell'assorbimento e del metabolismo. È ormai dimostrato che la gestione dei nutrienti è più semplice e più funzionale nella prima parte della giornata, soprattutto per quando riguarda i carboidrati. Tutto questo complesso di buone abitudini, che dovrebbero essere acquisite nell'infanzia, favorisce per tutta la vita non solo l'adesione a un apporto di nutrienti corretto (nella qualità e nei modi), ma anche la difesa della salute del microbiota. Al contrario, non rispettare il timing dei pasti e la varietà di scelta degli alimenti, può favorire nel tempo la comparsa di obesità, sindrome metabolica, diabete e disturbi gastrointestinali. Nella visione olistica delle conoscenze scientifiche legate alla nutrigenetica,nutrigenomicaemetagenomical'elaborazione di interventi individuali, mirati ad una nutrizione personalizzata, obiettivo della mia professione, non può non tenere conto anche del tipo di microbiota della persona interessata.

***Biologa Nutrizionista - Perfezionata nei disturbi del Comportamento Alimentare e in Nutrizione Pediatrica - Nutrizionista presso U.O. Pediatria A.O.S.G.Moscati**

LA RIFLESSIONE /. *Per i primi mesi della diffusione del cronavirus siamo stai davanti agli schermi televisivi in attesa di numeri del giorno*

Pandemia: una nebbia che avvolge il futuro

Gianpaolo Palumbo*

"Queste tre specie di tempi esistonoin qualche modo nell'animo e non le vedo altrove: il presente del passato è la memoria, il presente del presente la visione, il presente del futuro l'attesa". Nella citazione tratta dalle "Confessioni" di Sant'Agostino, la riflessione sul tempo acquista un valore straordinario e soggettivo: il tempo quale "distentio animi" acquisisce consistenza psicologica. Nel tentativo di chiarire la natura del tempo, infatti, Agostino precisa che il tempo stesso non può propriamente esistere se non nell'anima: ad esempio il futuro del presente non può che coincidere con la dimensione interiore dell'attesa.

In un periodo come questo estremamente nefasto delCoronavirusche ha causato tanti lutti occorre più che mai recuperare il tempo dell'attesa, o perlomeno riflettere su un senso (quello di aspettare) che sembriamo aver dimenticato; tutti ci nutriamo di attesa, ma ognuno di noi in maniera diversa, perché l'attesa è uno degli stati più peculiari che un essere umano possa provare.

Tra le tante emozioni che il coronavirus ci sta trasmettendo c'è la nebbia che avvolge il nostro futuro con un groviglio di idee, pensieri belli (speranze) o meno (paure). A volte un senso di frustrazione ci toglie equilibrio , eppure spesso si irride delle precauzioni adottate per sopravvivere.

Si pensi semplicemente al"Sabato del villaggio"del nostroGiacomo Leopardi, dove il giorno che precede la noiosa domenica, giorno d'attesa per antonomasia per ladonzelletta, è percepito dal poeta come più gioioso dell'ora che si attende. La giovinetta con la sua giusta (quasi materialistica) idea di futuro si contrappone, con il suo attendere felice il giorno dopo, al pensiero pratico della vecchina sulla scala che rimembra i perduti anni giovanili. La sua attesa è opposta perché il suo pensiero è rivolto al deprimente epilogo della sua esistenza.

Ma attendere è stato sempre un gesto ripudiato perché legato alla
perdita di tempo, l'espressione "non c'è più tempo" ne è un esempio. Oggigiorno l'attesa dilata il tempo, l'attesa assume la dignità di un tempo percepito dal punto di vista di chi sta attendendo, con un proprio significato, una specifica portata emozionale. Pensiamo all'attesa spasmodica di un futuro che deve arrivare il prima possibile: un vaccino o un farmaco contro il Covid 19; all'attesa angosciosa dei risultati di un tampone mentre sei in isolamento domiciliare oppure all'attesa disincantata dei dati giornalieri forniti dai media sulla pandemia.

Per i primi mesi della diffusione del cronavirus, tutti noi siamo stai davanti agli schermi televisivi in attesa che il Dottor Borrelli, Capo della Protezione Civile, leggesse in diretta il terribile bollettino pomeridiano con i numeri dei contagi e dei decessi. La preoccupazione per i contagi sempre in aumento come per i decessi, è salita sempre più, tanto che, dopo un certo tempo, non è stata più riproposta. In questo modo la tensione emotiva dei telespettatori nell'attendere comunicazioni ufficiali è andata scemando fino ad annullarsi.

I miei professori dicevano sempre che nella vita il tempo era un bene prezioso, ma bisognava imparare ad attendere; e quel sapere aspettare veniva considerata una giusta regola di vita. Loro consigliavano di distrarsi, pensando ad altro o discorrendo con altri; un poco come si fa nelle stazioni ferroviarie, negli aeroporti, negli ambulatori dei medici di famiglia. Posti dove quando va male si leggono gratuitamente guide e rotocalchi. Si esaltava il valore della lentezza perché rallentare permette, secondo Gianfranco Zavalloni ("La pedagogia della lumaca") di vedere meglio, conoscere di più, assoporare tutto.

Nel tempo dell'attesa di oggi non si ha la capacità di mettersi in ascolto di noi stessi. Oggi c'è la paura di una risposta diversa dall'aspettativa. Il "terribile" tampone può essere positivo in chi sta bene senza sintomi e negativo in chi ha una semplice influenza o una polmonite non importante. Quindi questo tipo di attesa è in realtà: paura, ansia, preoccupazione per se stessi, per i propri familiari e per gli altri.

Non certo per ridurre l'ansia dell'attesa, l'Organizzazione Mondiale della Sanità sta insistendo per non utilizzare più il sistema del doppio tampone negativo, per non considerare più un positivo malato e contagioso. Anche gli illustri virologi italiani Professori Silvestri e Spada chiedono al governo l'abbandono del tampone di controllo, al di là del fatto che con 28milioni di contagi solo quattro sono i casi di reinfezione.

L'evidenza scientifica dice che il periodo di contagiosità che inizia due giorni prima della comparsa della sintomatologia, ha un suo picco nei primi giorni fino a scomparire entro i primi dieci. La positività del tampone può rimanere tale, dovuta solo a tracce di materiale genetico del virus già non attivo e privo di trasmissibilità.

I motivi della richiesta di adattamento alle norme OMS ha tre ragioni: la prima perché non è utile in quanto il paziente è in isolamento pur essendo non contagioso. Un paziente al "Moscati" di Avellino è stato positivo per mesi in inutile distacco dalla famiglia e dal mondo.

La seconda ragione è che l'economia soffre senza le braccia che lavorano e che possano essere utilizzate senza timore.

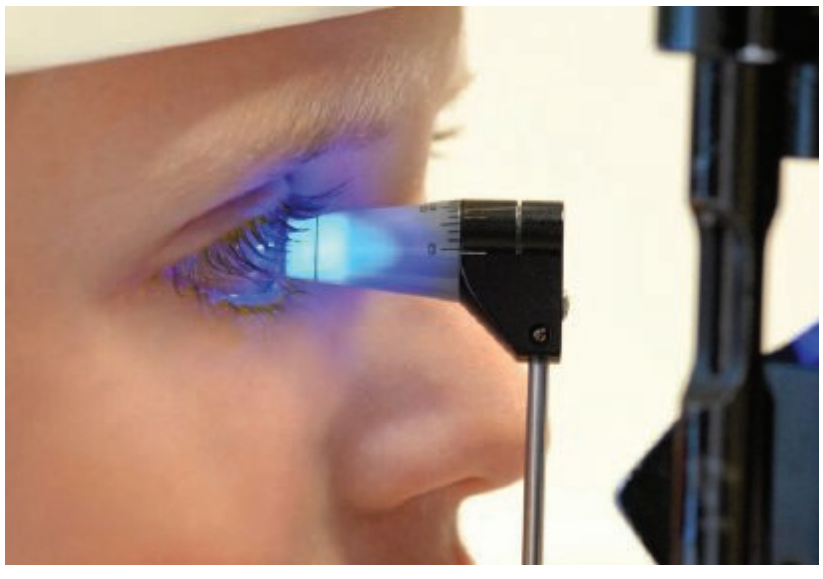
Il terzo motivo è emozionale nel senso che il timore dell'isolamento costringe il paziente a non segnalare in pieno i propri sintomi per essere trasferito al proprio domicilio con le conseguenze del caso.

Molti dicono che bisogna fare come gli scandinavi: imparare ad aspettare. Ma quando c'è in gioco il proprio io, non intellettuale ma fisico, l'attesa diventa spasmodica e le ore non passano mai ed il sonno non esiste più.

L'OCULISTA: LE CONSEGUENZE DELLA PRESSIONE DELL'OCCHIO TROPPO ALTA

Glaucoma: "ladro silenzioso della vista"

Vincenzo Salerno*



Il glaucoma è una patologia oculare correlata generalmente ad una pressione dell'occhio troppo alta. In condizioni normali all'interno dell'occhio è presente un liquido chiamato umore acqueo che viene continuamente prodotto e riassorbito. Pertanto, l'occhio si può paragonare ad un piccolo serbatoio con un rubinetto ed una via di deflusso sempre aperti. Se quest'ultima è però ostruita si avrà un aumento di pressione all'interno del serbatoio, ovvero una maggiore pressione intraoculare. Se la pressione è troppo elevata, a lungo andare, il bulbo oculare si danneggia a livello della testa delnervo ottico, determinando così una progressiva riduzione del campo visivo. L'evoluzione della malattia infatti, se non trattata, è progressiva: il campo visivo si danneggia inizialmente nelle sue parti più periferiche, poi anche nella parte centrale, fino alla cecità.

Generalmente, la pressione intraoculare è considerata normale nel range 10-21 mmHg, con escursioni diurne di 2-6 mmHg. Questi valori vanno tuttavia correlati ad altri parametri come lo spessore della cornea e l'iniziale danno del nervo ottico.

Esistono diverse forme di glaucoma, le più frequenti sono il glaucoma cronico ad angolo aperto, il glaucoma ad angolo chiuso, il glaucoma secondario a sfaldamento del cristallino e il glaucoma congenito.

Come nel caso di molte altre malattie, il fattore tempo è fondamentale, non solo per identificare la patologia, ma soprattutto per intervenire tempestivamente e bloccare la degenerazione del nervo ottico.Per questo motivo la diagnosi precoce diventa l'unica, vera arma per individuare i segnali del glaucoma.In particolare, il protocollo proposto dalla Società Oftalmologica Italiana per la prevenzione del glaucoma prevede una visita oculistica all'età di 40 anni e successivamente una visita ogni 4 anni fino ai 50 anni. Dopo i 50 anni, l'osservazione medica si intensifica con una visita oculistica ogni 2 anni.Maggiore deve essere la frequenza degli screening periodici in presenza di particolari fattori di rischio come, ad esempio, la miopia, l'assunzione di farmaci steroidei, il diabete e una familiarità nei confronti di questa malattia. Misurare periodicamente la pressione oculare è un'altra strategia efficace per scongiurare il pericolo glaucoma.

L'esame essenziale per il monitoraggio del glaucoma è il campo visivo, perché permette di valutare direttamente la funzionalità del nervo ottico. Un monitoraggio che deve continuare per tutta la vita, al fine di tenere sotto controllo l'andamento della malattia e intervenire tempestivamente in caso di peggioramento.

Purtroppo, nel momento in cui il paziente si rende conto di avere difficoltà nel guardare lateralmente, in alto o in basso, il danno al nervo ottico è già in stadio avanzato. La visione centrale viene in genere colpita per ultima, ed è per questo che una persona affetta daglaucoma può mantenere una acuità visiva alta e non accorgersi di nulla.

Il trattamento delglaucomaè differenziato a seconda del momento di diagnosi, dello stato di danno presente e della gravità della situazione. Il primo approccio è generalmente farmacologico, vengono utilizzati alcuni colliri che abbassano la pressione all'interno dell'occhio. Quando la cura farmacologica non riesce a ridurre adeguatamente la pressione intraoculare è possibile ricorrere, in relazione alla tipologia di glaucoma, a trattamenti Laser eseguibili ambulatorialmente. Nei casi in cui il danno continui invece a progredire diventa necessario l'intervento chirurgico.

***Oculista**