

Salute & Benessere



Malnutrizione, quali conseguenze

Mariolina De Angelis*



uno stato di squilibrio cellulare tra il rifornimento di nutrienti ed energia e il fabbisogno del corpo per assicurare le funzioni, la crescita e la riproduzione.

Il termine quindi comprende sia i danni da deficienza alimentare sia quelli da alimentazione eccedente frequenti nei paesi industrializzati.

L'equilibrio tra i nutrienti assunti e spesa energetica garantisce solo la stabilità tra massa grassa e massa magra di un individuo ma è fondamentale per il mante-

nimento dello stato di salute. E; importante sottolineare che il 16% del peso di un individuo è dovuto alle proteine, il 15% dalla cute, il 40% dai muscoli. Il collagene invece rappresenta il 25%.

Le proteine, presenti nell'organismo sono coinvolte sia nei processi di sintesi che di degradazione. Ogni proteina ha una sua funzione specifica che può essere strutturale, di protezione, trasporto, enzimatica o come comunicazione intercellulare. Una carenza proteica quindi può avere varie manifestazioni.

Potremmo assistere ad una depressione viscerale che vedrà coinvolti organi quali fegato, pancreas e intestino, e nei casi più gravi il cervello e il cuore. È quindi importante, che non si perda di vista nel programma di nutrizione una valutazione delle esigenze clinico meta-

bolici. Spesso infatti pazienti malnutriti potrebbero sfuggire all'attivazione. Soggetti affetti da patologie croniche infatti presentano forme di PEM (sindrome da malnutrizione proteica energetica) che ha come conseguenza l'instaurarsi di meccanismi di difesa immunitaria che comportano un elevato dispendio energetico.

Quali le conseguenze di una malnutrizione.

Anzitutto un ritardo nella guarigione delle ferite chirurgiche, un deficit della risposta immunitarie e quindi il conseguente aumento della suscettibilità delle infezioni e aumenta della complicità.

Un'altra causa della PEM sono i disturbi del comportamento alimentare che comprendono un insieme di patologie caratterizzate da alterazioni psicologiche e organiche come anoressia e

bulimia.

Farmaci, ad esempio gli inibitori di pompa protonica (pantoprazolo, esomeprazolo etc.) la cottura non adeguata dei cibi, una non corretta masticazione soprattutto nella senescenza o correlata a problemi dentari, creano malnutrizione. Una malnutrizione quindi può essere deleteria a tutte le età. Pertanto sostenere una corretta sintesi proteica permette all'organismo di svolgere le regolazioni di base.

Già nel '900 fu chiara l'importanza degli aminoacidi e quindi delle proteine nell'alimentazione tenendo conto che esse non sono altro che delle sequenze aminoacidiche, e costituiscono la struttura primaria dell'organismo. Potremmo definire le proteine i muri portanti del nostro corpo e le loro funzioni sono importanti e specifiche.

Esse sono assorbite senza

essere scisse, i legami chimici vengono rotti all'interno dello stomaco ad opera dei succhi gastrici; successivamente giungono nell'intestino tenue ove vengono assorbiti e utilizzati dall'organismo. È assolutamente importante un apporto bilanciato degli aminoacidi; così come è importante un inquadramento funzionale del soggetto, che coinvolga la conoscenza della qualità e dello stile di vita, la presenza di copatologie, utilizzo di farmaci.

Solo una valutazione attenta potrà apportare i dovuti correttivi all'alimentazione al fine di evitare conseguenze di una malnutrizione che potrebbero risultare gravi con rischi nei pazienti anziani con massa muscolare bassa, potrebbe avere come conseguenza un'incidenza di cadute e fratture ossee.

*Farmacista



► **METODOLOGIE.** *Svolge un ruolo fondamentale grazie all'immediatezza della diagnosi*

L'ecografia gastro-intestinale nel neonato

Luigi Monaco*



L'evoluzione tecnologica e le caratteristiche proprie dell'ecografia rendono la metodica l'indagine di elezione per lo studio di alcune patologie del tratto gastro-intestinale (funzionali, infiammatorie, ostruttive e neoplastiche). Quando la diagnosi di patologia riguarda il neonato ed il bambino, l'ecografia svolge un ruolo fondamentale grazie all'immediatezza della diagnosi, all'innocuità della metodica (assenza di radiazioni ionizzanti) e all'approccio di esecuzione dell'esame che risulta sostanzialmente ben tollerato dai piccoli pazienti.

REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO.

È un fenomeno fisiologico dovuto al passaggio di contenuto gastrico nell'esofago e nei lattanti è solitamente associato a rigurgito visibile dell'alimento ingerito. Più della metà degli episodi di reflusso, in tutti i neonati, avviene nei primi tre mesi di vita ma, al massimo, regredisce tra i 12 e i 24 mesi.

Solo un ristretto numero di neonati manifesta sintomi gravi in questo caso il reflusso va distinto dalla malattia da reflusso gastroesofageo responsabile di sintomi severi che necessitano di terapia medica e può determinare complicanze (es. esofagite, polmonite da aspirazione); nei lattanti e nei bambini risulta però molto difficile differenziare clinicamente le due condizioni per la notevole variabilità dei sintomi.

Negli anni numerose tecniche sono state impiegate per lo studio del reflusso gastro-esofageo.

Il protocollo diagnostico attuale prevede, come metodica di riferimento, la pH-metria con registrazione continua nelle 24 ore che ha la possibilità di stabilire la presenza di reflusso acido anormale calcolando la frequenza e la durata degli episodi di reflusso esofageo; l'endoscopia (EGDS) che permette di visualizzare direttamente eventuali alterazioni della mucosa associate alla malattia da reflusso gastroesofageo; la radiografia con pasto baritato del tratto esofago-gastrointestinale superiore che può identificare anomalie anatomiche fornendo importanti informazioni sulla giunzione esofago-gastrica ed i suoi rapporti con il diaframma; tuttavia la radiografia con pasto baritato ha un'attendibilità diagnostica inferiore al 50%.

Ruolo dell'ecografia. Secondo le recenti raccomandazioni della NASPGHAN (North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition) e la ESPGHAN (European

Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition) l'ecografia può fornire informazioni non ottenibili con altre metodiche. L'ecografia infatti consente di dimostrare l'ingresso di materiale gastrico nell'esofago, di calcolare la lunghezza dell'esofago distale addominale, la posizione dello sfintere esofageo inferiore rispetto al diaframma, di calcolare l'angolo di His e di identificare la presenza di reflussi anche non acidi. Le informazioni morfologiche e funzionali vengono ottenute rapidamente, con tecnica relativamente non dispendiosa, senza utilizzo di radiazioni ionizzanti e senza significativa sofferenza del bambino.

Se necessario l'indagine può essere anche ripetuta a breve distanza di tempo sia nello stesso giorno prima e dopo il pasto sia dopo eventuale terapia medica per monitorare il risultato terapeutico morfo-funzionale.

La metodica presenta una elevata sensibilità, ma bassa specificità nel diagnosticare la Malattia da Reflusso Gastro-Esofageo e per tale motivo non è ancora raccomandata come metodica di routine per la diagnosi di Malattia conclamata, ma, per la sua semplicità e sensibilità, risulta utile nelle fasi diagnostiche iniziali prima di ricorrere a metodi-

che più invasive.

STENOSI IPERTROFIA DEL PILORO

È una patologia dovuta all'ipertrofia della muscolare dello sfintere pilorico dello stomaco. La stenosi ipertrofica del piloro può causare un ostacolo quasi completo allo svuotamento gastrico.

Essa colpisce 2-3 su 1000 neonati ed è più diffusa tra i maschi in una proporzione 5:1, in particolare i primogeniti maschi con un'età che varia da 2 a 6 settimane.

I piccoli pazienti presentano vomito a getto (non biliare) che avviene subito dopo i pasti. Finché non compare la disidratazione, i bambini si alimentano voracemente e peraltro appaiono in buone condizioni cliniche, contrariamente a molti dei bambini che presentano vomito causato da una malattia sistemica.

Come per il reflusso gastroesofageo, l'ecografia ha il compito di effettuare uno studio morfologico (struttura del piloro ed in particolare la lunghezza della regione pilorica e lo spessore della muscolare pilorica) ed uno studio funzionale (peristalsi e svuotamento gastrico).

I dati ecografici, in particolare lo spessore della muscolatura (superiore a mm. 3) permette una diagnosi di stenosi ipertro-



fica del piloro con un'accuratezza del 100%. La risoluzione della patologia è di pertinenza chirurgica.

APPENDICITE

È la principale causa di emergenza addominale chirurgica nei bambini.

La sensibilità dell'ecografia nella diagnosi di appendicite acuta è compresa tra l'80 ed il 94% e i dati ecografici risultano particolarmente significativi se valutati anche con integrazione dello studio della vascolarizzazione dell'appendice con il color Doppler ed inquadri nel contesto clinico-laboratoristico del paziente.

A volte la diagnosi di appendicite risulta difficoltoso per la presenza di meteorismo intestinale, ma l'esperienza dell'operatore, in particolare la capacità di eseguire un'opportuna compressione mirata e graduale della zona in esame, permette di visualizzare la patologia appendicolare e l'eventuale presenza di raccolta ascessuale secondaria

alla complicità di perforazione del viscere.

Quando l'ecografia non identifica alcun segno di appendicite acuta, bisogna studiare con attenzione l'addome e la pelvi in quanto alcune patologie di altri apparati (ginecologico, urinario, intestinale) possono essere la causa dell'addome acuto simulando un quadro di appendicite acuta.

CONCLUSIONI: nel neonato e nel bambino la possibilità di effettuare una diagnosi ecografica rappresenta l'esaltazione delle caratteristiche proprie della metodica.

È necessario però che alcuni parametri vengano rispettati:

- Tecnologia affidabile
- Esperienza dell'operatore nello studio ecografico in neonatologia e pediatria
- Dovuta dedizione alla metodica.

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

► **ALIMENTAZIONE.** *Il betacarotene è un antiossidante utile a contrastare l'invecchiamento*

Le proprietà benefiche della zucca, regina d'autunno

Maria Luisa D'Amore*



Simbolo più celebre della notte di Halloween, la zucca rappresenta uno degli ortaggi più famosi del periodo autunnale.

Dal caratteristico colore arancione e dalla grande versatilità culinaria, la zucca riceve vasti

consensi anche dal punto di vista nutrizionale.

Appartenente alla famiglia delle Cucurbitacee, la zucca è composta per il 95% di acqua, mentre la restante parte è rappresentata in ordine decrescente da zuccheri (3,5%), proteine (1,1%) e grassi (0,1%): tale caratteristica la colloca tra gli alimenti altamente ipocalorici, rendendola un cibo "amico" anche per pazienti diabetici.

Essendo arancione, è facile intuire come la zucca contenga quantità importanti di betacarotene, un antiossidante con forte potere antinfiammatorio, utile a contrastare la formazione di radicali liberi e l'invecchiamento cellulare, oltre che a prevenire problemi cardio-circolatori.

Il betacarotene, inoltre, sembrerebbe possedere anche qualità anti-tumorali e protettivi di processi degenerativi maculari.



L'abbondante quantità di acqua rende la zucca un ortaggio che stimola la diuresi, mentre l'elevato apporto di fibre aiuta a riequilibrare la flora intestinale endogena.

Ma le proprietà benefiche di questo "allegro" ortaggio interessano anche gli stati emotivi: grazie alla presenza dell'aminoacido triptofano (coinvolto nella sintesi della serotonina), la zucca esercita un vero e proprio effetto calmante, utile a contrastare stati di ansia, insonnia o stress.

Il potassio la rende una valida alternativa nelle diete per chi pratica sport, in quanto stimola la contrazione muscolare e regola il bilancio elettrolitico dell'organismo.

In ultimo, ma non per ultimo, i suoi semi contengono cucurbitina che previene le infezioni del tratto intestinale maschile e femminile. Insomma, della "zucca non si butta via niente" ... ma non dimentichiamoci di Jack! Che ne sarà della sua lanterna?

*Biologa

► **TERAPIE.** Indicata l'infiltrazione di acido ialuronico

Quando la spalla si "congela"

Al dolore si associa intensa rigidità articolare che limita i movimenti

Mario ed Alessandro Ciarimboli*

La "spalla congelata" è una delle tante patologie che causano dolore alla spalla ma è anche una delle più frequenti soprattutto in età pre-geriatrica e geriatrica. Al dolore, nel caso della "spalla congelata", si associa intensa rigidità articolare che limita fortemente i movimenti della spalla stessa. Più corretto sarebbe definirne la "capsulite adesiva della spalla" perché colpisce la capsula che circonda l'omonima articolazione cicatrizzando ed ispessendo i tessuti che compongono la capsula articolare cioè il manicotto di tessuti (tendini, fasce, ecc.) che circonda l'articolazione sostenendo i capi ossei (omero e scapola) che la formano. Normalmente la spalla è in grado di fare molti movimenti (flessione, estensione, rotazione, abduzione) che consentono di portare la mano dietro la nuca o dietro la schiena e di svolgere con agilità tutte le attività di vita quotidiana proprie del braccio e della mano. Se si verifica la capsulite adesiva della spalla o "spalla congelata", la capsula diventa rigida e forma delle aderenze tra i vari tessuti con dolore e limitazione dei movimenti sia quando si muove attivamente il braccio, sia quando questo viene mosso dal medico o dal fisioterapista. In altre malattie della spalla è presente un dolore analogo ma il movimento, pur doloroso, è possibile.

La "spalla congelata" insorge spesso senza una causa apparente o, più raramente, a seguito di un evento di natura traumatica. Vi sono numerose condizioni predisponenti che sono rappresentate dal sesso (molto più frequente nella donna), dall'età (fascia tra 40 e 65 anni), da malattie sistemiche (M. di Parkinson, malattie dismetaboliche come diabete ed ipercolesterolemia), da un trauma pregresso con prolungato periodo di immobilità della spalla stessa, uso

prolungato di alcuni farmaci (ad esempio chemioterapici). Come già detto il sintomo più significativo di capsulite adesiva è la rigidità o mancanza di movimento anche passivo della spalla. A questo si associa il dolore che però non è caratteristica esclusiva di questa patologia ma può essere presente anche in altre situazioni come le tendiniti dei rotatori o la borsite sottoacromiale o la lesione della cuffia dei rotatori ecc. La limitazione del movimento è quindi l'elemento caratteristico della spalla congelata: il movimento è impossibile sia quando vuole effettuarlo la Persona che ne è affetta sia quando il Medico o il Fisioterapista cercano di provocarlo. La rigidità colpisce (...stranamente!) prevalentemente la spalla dell'arto non dominante, talora entrambe le spalle contemporaneamente. Il Paziente non riesce a radersi o pettinarsi o ad allacciare il reggiseno. E' presente inoltre un dolore intenso, acuto, qualche volta con gonfiore della parte superiore ed esterna della spalla. Il dolore aumenta di notte soprattutto se si giace sul lato dolente. La malattia evolve in tre momenti:

1. Fase di raffreddamento, iniziale, molto dolorosa, con progressivo aumento del dolore e limitazione sempre più accentuata del movimento sino a perderlo nel giro di 10 - 12 settimane;

2. Fase di congelamento: dura circa 6 mesi, il dolore è ridotto ma la spalla non ha movimenti, è, appunto, congelata;

3. Fase di scongelamento: miglioramento graduale della durata di 12 mesi circa

La diagnosi è clinica, cioè la fa il Medico con un esame dei movimenti della spalla e con manovre specifiche. Altre indagini come la radiografia, la ecografia o la RMN sono utili per escludere altre patologie. Naturalmente vanno ricercate altre alterazioni che potrebbero essere state, come detto, predisponenti come le malattie dismetaboliche

(diabete, ipercolesterolemia, disfunzioni tiroidee ecc.). Nella prima fase è indispensabile un trattamento medico con farmaci antiflogistici anche per via intraarticolare (infiltrazioni con cortisone ritardo). L'infiltrazione deve essere fatta all'interno della articolazione mentre non particolarmente utile è la somministrazione di cortisone in sede periarticolare con aghi da insulina, spesso abusata e impropriamente definita mesoterapia. Può

essere di grande aiuto la somministrazione di onde d'urto (sia focali che radianti). Utili sono le applicazioni precoci di calore con termoterapia endogena, in particolare TECARTERAPIA ed IPERTERMIA. Il calore riduce il blocco articolare mediante una vasodilatazione locale cui può far seguito la mobilizzazione. Infatti, ottenuto un parziale controllo del dolore va fatto un trattamento di mobilizzazione con tecniche e metodiche specifiche (Cod-

man) e di allungamento ("stretching") dei muscoli rotatori cui vanno associati movimenti volontari per migliorare il trofismo muscolare. Anche nella fase di congelamento e quando il dolore è più intenso sono sempre utili occasionali infiltrazioni di cortisone (forme ritardo) e assunzione di farmaci antinfiammatori non steroidei (aspirina, indometacina, chetoprofene, ibuprofene cc.).

Indicata è la infiltrazione di acido ialuronico che ri-

duce i fenomeni di adesione tra gli elementi capsulari della spalla.

Il riposo assoluto non è indicato, tuttavia vanno evitati movimenti bruschi o con carichi eccessivi come con il sollevamento di pesi.

In conclusione, la cura della "spalla congelata" è di pertinenza squisitamente fisiatrica e richiede tempi piuttosto lunghi di trattamento ma con risultati generalmente molto positivi.

*Fisiatra



COLPISCE PREVALENTEMENTE I SOGGETTI CON PELLE CHIARA

Tumori della pelle, lotta al carcinoma

Maria Assunta Baldassarre*



Grazie alle varie campagne di prevenzione, effettuate con impegno e dedizione, è impressa, ormai, nella nostra mente l'esistenza di un tumore maligno

della pelle chiamato melanoma.

Accanto a questa neoplasia, però, esiste anche il carcinoma basocellulare, che rappresenta il tumore maligno più frequente, pur avendo una malignità pressoché locale.

Colpisce prevalentemente i soggetti con pelle chiara, ma non risparmia gli altri fototipi. Le persone immunodepresse sono le più a rischio di sviluppare queste neoplasie.

Capita, spesso, infatti di osservare in pazienti trapiantati o in donne affette da carcinoma mammario e che hanno effettuato chemioterapia carcinomi basocellulari.

Questi ultimi tumori sono tipici della quarta decade di vita e la loro incidenza aumenta con l'età. L'esposizione solare può rappresentare il primus movens nella genesi della neoplasia perché altera il DNA cellulare e il sistema immunitario.

Le sedi principalmente interessate sono il viso e il collo seguite dal tronco.

Le modalità di presentazione del

carcinoma basocellulare sono diverse. Esiste un carcinoma basocellulare superficiale, tipico del tronco che nasce come una placca rossastra, ricoperta da squame e crosticine e circondata da un orletto perlaceo; un carcinoma

basocellulare nodulare, che appare come una papula o un nodulo, di colore bianco rosato, solcato da teleangectasie. La varietà sclerodermiforme si mostra come un'area di cute dura, di colore bianco giallastro. Le



varie forme di carcinoma basocellulare possono evolvere verso la pigmentazione ed in questo caso entrano in diagnosi differenziale con il melanoma oppure verso l'ulcerazione. Le forme ulcerate sono le più pericolose perché sono le più aggressive; tendono ad estendersi distruggendo la cartilagine fino ad arrivare all'osso. Queste ultime di solito si localizzano al naso oppure all'orecchio. La

diagnosi clinica di carcinoma basocellulare è abbastanza agevole, ma con l'aiuto della dermatoscopia lo diventa ancor di più.

La terapia di elezione consiste nell'asportazione chirurgica della neoplasia.

Esistono, però, terapie alternative come la crioterapia con azoto liquido, indicata soprattutto per i carcinomi basocellulari del dorso e terapie sistemiche nelle forme localmente avanzate o metastatiche anche se rare. La radioterapia trova la sua applicazione quando esistono delle controindicazioni alle

escissione chirurgica. Un'altra valida alternativa terapeutica, soprattutto in soggetti anziani, è la terapia con un immunomodulatore topico, l'imiquimod, che consente di ottenere ottimi risultati.

Si tratta di una crema che, appena applicata sulla lesione tumorale, causa l'insorgenza di numerose croste e di conseguenza un peggioramento temporaneo della lesione iniziale. È utile spiegare al paziente le modalità di azione di questo farmaco per evitare che si spaventi e che interrompa erroneamente il trattamento. Il carcinoma basocellulare è una neoplasia molto frequente, ma facilmente aggredibile se correttamente diagnosticato per cui è opportuno far ricorso sempre ad un consulto medico quando sulla pelle compaiono delle lesioni che non regrediscono e durano nel tempo.

*Dermatologa

**► WORLD OBESITY DAY. Fondamentale nell'adolescenza intervenire con un approccio integrato**

“Cambiare lo sguardo sull'obesità”

Francesca Finelli*



Il 10 ottobre è stata celebrata in tutto il mondo la Giornata Mondiale contro l'Obesità (Obesity day), una giornata dedicata alla sensibilizzazione e alla prevenzione dell'obesità e del sovrappeso, promossa dalla World Obesity Federation, che vede concentrati gli sforzi di diverse organizzazioni nazionali e regionali unite perché "Insieme, possiamo cambiare la narrativa sull'obesità".

Quest'anno, progetti di sensibilizzazione già esistenti e di grande impatto tra cui la Giornata europea dell'obesità e la Giornata mondiale dell'obesità hanno deciso di far fronte comune e realizzare iniziative e attività nella stessa data e in sinergia per ispirare, impegnarsi e informare su quella che è ormai, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, l'epidemia non infettiva di più vaste proporzioni del terzo millennio. In Italia la Nuova Giornata è stata promossa dalla Società Italiana dell'Obesità (SIO) e dall'Italian Obesity Network (IO-NET) in partnership con Open-Obesity Policy Engagement Network (OPEN) e Amici Obesi Onlus, in collaborazione con Changing ObesityTM e con il patrocinio del Ministero della Salute e dall'Intergruppo parlamentare Obesità e Diabete.

Secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità l'obesità e il sovrappeso interessano 2,3 miliardi di persone nel mondo e l'obesità da sola 650 milioni di persone con un costo complessivo pari a circa duemila miliardi di dollari - impatto economico sovrapponibile a quello del fumo di sigaretta o a quello di tutte le guerre, atti di violenza armata e di terrorismo - ed è causa quasi di 5 milioni di decessi. L'obesità infantile rappresenta, in modo particolare, soprattutto per i Paesi industrializzati, un'emergenza sanitaria e l'Italia, purtroppo, continua a detenere il primato negativo europeo di bambini e adolescenti con un peso eccessivo. Un occhio particolare è stato rivolto, infatti, al tema dell'obesità in età evolutiva che è in forte aumento in tutti i Paesi occidentali. L'Italia e specialmente la Campania, oltretutto, possiede il triste primato di essere il Paese europeo in cui l'obesità infantile e adolescenziale è maggiormente diffusa. Sono stati infatti superati i numeri della Spagna e della Grecia, e in alcune regioni (Puglia, Basilicata, Campania) la percentuale dell'obesità e del sovrappeso in età evolutiva tocca il 35%. Ma come è possibile che ciò sia acca-

duto proprio nella terra della dieta mediterranea?

Le cause principali sono da ricercare nel cambiamento degli stili di vita: si mangia sempre più fuori casa, si cucina sempre meno e più velocemente, sono in aumento cibi preconfezionati e l'attività fisica per i bambini e per gli adolescenti si è ridotta moltissimo. Inoltre, sempre più frequentemente il cibo assume la connotazione di "valvola di sfogo" a cui i ragazzi ricorrono per gestire alla meno peggio le ansie e le difficoltà della crescita. Molti ragazzi obesi soffrono di un disturbo alimentare: il disturbo da alimentazione incontrollata, nell'ambito del quale, dinanzi alle difficoltà, l'abbuffata alimentare risulta apparentemente la soluzione. La complessità dei fattori che intervengono nello sviluppo dell'obesità in età pediatrica, associata alle complicanze già presenti in questa fase della vita, pongono la necessità di

occuparsi del problema il più precocemente possibile e a livelli multidisciplinari. Sono tre le fasi della vita a maggiore rischio che i genitori dovrebbero tenere d'occhio: la gravidanza, i primi due anni di vita e la pubertà. Durante la gravidanza il feto acquista progressivamente maturità anatomica e funzionale delle strutture di regolazione metabolica e del peso corporeo nel rispetto del corredo genetico individuale e della situazione ambientale in cui si trova. Il ruolo dell'ambiente metabolico materno-fetale è determinante perché i geni esprimano o meno, contribuendo così a modulare il funzionamento delle strutture di regolazione nel lungo periodo. Questa sorta di "imprinting" continua anche nei primi due anni di vita. Di qui l'importanza determinante di una adeguato intervento di prevenzione. Fondamentale l'alimentazione al seno o, in caso di sua impossibilità, l'uso di latte adattati evitando il latte vaccino sino ai 12 mesi compiuti. Importante anche procedere con uno svezzamento equilibrato secondo le raccomandazioni nutrizionali. E' stato rilevato da molti studi clinici che l'obesità nei bambini trova la sua origine in alcune dinamiche familiari che spesso mantengono la patologia fino all'età adolescenziale. Tra le dinamiche familiari più frequenti si riscontrano sia i comportamenti alimentari sia gli atteggiamenti culturali che i genitori trasmettono nel contesto familiare ed educativo, sia le problematiche di comunicazione e interazione tra genitori e figli. Il cibo è il primo canale comunicativo tra genitore e figlio, di conseguenza, rappresenta la prima modalità del bambino di poter entrare in relazione con i propri genitori. Alcuni genitori, spesso, inconsciamente, tendono a so-

stituire il ruolo del cibo a quello della relazione, stimolando il bambino a nutrirsi in modo eccessivo e sregolato. La nutrizione acquista quindi un valore emotivo e si configura come un ulteriore mezzo per esprimere il proprio affetto o alle volte per sopperire a qualche senso di colpa. Quando questi comportamenti diventano piuttosto frequenti nel tempo diventano un modo del bambino stesso di sopperire a cure e attenzioni: "mangio perché mi annoio, perché mi sento solo, perché non so con chi comunicare...". Gli studi sui disturbi alimentari dell'età evolutiva evidenziano, inoltre, come all'interno delle relazioni familiari sia assente una corrispondenza tra gli stili autoregolativi e di comportamento del bambino e le aspettative dei genitori, i quali adottano stili educativi e modelli di pensiero ereditati dalle proprie fa-

miglie di origine. È dunque fondamentale essere consapevoli di come un disagio fisico, quale l'obesità, nasconda in realtà un disagio più profondo relazionale e psicologico. Nutrirsi quindi non è visto come un semplicemente un momento di soddisfazione di un bisogno fisiologico, ma è un'attività a cui l'individuo attribuisce molteplici significati. Nel neonato l'alimentazione assume forti connotazioni comunicative e simboliche: la relazione madre-bambino, che si sviluppa nel momento dell'alimentazione, è centrale sia per la formazione del legame di attaccamento sia per la strutturazione dei rapporti di reciprocità, base del futuro sviluppo della comunicazione intenzionale e dell'articolarsi della conoscenza di sé e del mondo. bambino obeso cresce solitamente in un ambiente ipercontrollato e restrittivo, in cui il ci-

bo diviene il mezzo per esprimere l'affetto e per placare ansia e sensi di colpa.

Quindi, approfondendo il significato che l'assunzione del cibo ha nella patologia dell'obesità, la complessità delle dinamiche familiari e i profondi conflitti psichici che il soggetto obeso deve affrontare, entrando in quel delicatissimo periodo evolutivo che è l'adolescenza, si sottolinea come un approccio integrato divenga fondamentale in ottica sia preventiva sia terapeutica. La diagnosi e la cura dei disturbi in età evolutiva necessitano del coinvolgimento dei familiari del paziente sia per una adeguata comprensione dei disturbi stessi, sia per allestire programmi di intervento mirati, in cui l'alleanza terapeutica con il genitore svolge un ruolo essenziale.

*Biologa Nutrizionista



Il cancro coloretale è il più comune male dell'apparato digerente

Luigi Pasquale*



Il 2 dicembre del 2003 il Consiglio d'Europa, considerato l'articolo 152 del trattato che stabilisce che l'azione della Comunità completi le politiche nazionali e si indirizzi al miglioramento della sanità pubblica, alla prevenzione delle malattie e delle affezioni ed all'eliminazione delle fonti di pericolo per la salute umana, ha deciso di avviare programmi di screening dei tumori da attuare in conformità alla legge nazionale ed alle responsabilità nazionali e regionali per l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari e assistenza medica. Già all'epoca il tumore coloretale rappresentava il 14% delle neoplasie. Al pari degli screening mammografico e della cervice anche questi programmi sono stati individuati come Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), dunque devono essere assicurati a tutti i cittadini italiani ovunque essi risiedano. L'indicazione data dal Ministero della Salute è che entro la fine del 2007 almeno il 50% della popolazione maschile e femminile fra i 50 e i 70 anni, residente nelle singole Regioni doveva essere coperto da tali programmi. L'elemento di equità contenuto nel fatto che gli screening sono individuati come LEA non si può esaurire con la sola offerta del test di primo livello: va garantita la qualità di tutto il percorso diagnostico-terapeutico attivato dalla lettera di invito.

Il cancro coloretale oggi è il più comune cancro dell'apparato digerente. In Italia attualmente vivono circa 500 mila persone che hanno ricevuto la diagnosi e sono state trattate per questo tipo di neoplasia. Annualmente si diagnosticano circa 50 mila nuovi casi annui più o meno equamente distribuiti tra i due sessi anche se con una predominanza nel sesso maschile.

Precisamente si colloca al terzo posto negli uomini, dietro al cancro della prostata e del polmone, rispettivamente al primo e secondo posto di questa triste

graduatoria. Nelle donne subito dopo la mammella. Negli uomini l'età d'insorgenza è dopo i 50 anni e la sua incidenza si mantiene stabile con il passare degli anni, nelle donne dopo i 70 anni si assiste ad un incremento dei casi.

Il cancro coloretale, comunque, è da annoverare come la seconda causa di morte per tumore tra i due sessi, circa 20 mila decessi/anno. Nonostante le raccomandazioni di politica sanitaria espresse precedentemente analizzando i dati pubblicati dall'Osservatorio Nazionale degli Screening si evidenziano delle incongruenze tra le varie regioni d'Italia.

Gli inviti a sottoporsi allo screening nelle regioni del Nord sono pari a circa il 94%, quelle del Centro grossomodo sulla stessa percentuale mentre nelle regioni Sud/insulari la percentuale è decisamente più bassa pari a circa il 43%, a questi valori corrispondono percentuali di adesioni che per le macroaree Nord-Centro sono rispettivamente 50%, 36% e l'ultima 31% portando in tutto il territorio nazionale la percentuale ad un valore di poco superiore al 40%. Questi valori evidenziano una spiccata differenza nel gradiente Nord-Sud.

In questo contesto, dal mese di Marzo a quello di Maggio, causa pandemia Covid c'è stata una sospensione o riduzione dello screening CCR in tutte le regioni. Non sono stati eseguiti circa

600.000 test e si ipotizza che in questo lasso di tempo, causa un ritardo medio della diagnosi di circa 3 mesi, non siano stati diagnosticati 645 tumori e non siano stati asportati circa 4000 polipi, universalmente riconosciuti come lesioni pre-cancerose. Se il ritardo nell'esecuzione dei test dovesse essere compreso tra i 6 e i 12 mesi rischieremo di trovare tumori in uno stato avanzato con una percentuale superiore al 3% che innalzerebbero il tasso di mortalità al 12%; per tale motivo si auspica una ripresa delle attività di screening, rammentando alla classe politica che non esiste solo il Covid e sperando in una maggiore sensibilizzazione della popolazione generale.

*UOC di Gastroenterologia Ospedale Frangipane di Ariano Irpino



► **SONDAGGIO.** Ha definito improbabile la possibilità che un cittadino britannico su sei acconsenta ad essere vaccinato contro SARS-CoV-2

Gli anti vaccino ai tempi dei social e del Coronavirus

Biagio Campana*



Un sondaggio commissionato dal Center for Countering Digital Hate (CCDH) ha definito improbabile la possibilità che un cittadino britannico su sei acconsentisse ad essere vaccinato contro SARS-CoV-2. Il sondaggio, che ha interessato ben 1663 persone, ha rilevato che coloro che facevano affidamento ai social media per ottenere informazioni sulla pandemia erano più titubanti riguardo al potenziale vaccino. Titoli con contenuti sensazionalisti possono attrarre anche gli utenti di Internet più esperti e diversi studi hanno dimostrato che tendono a generare un maggiore coinvolgimento degli utenti. Di conseguenza, gli algoritmi di personalizzazione dei contenuti possono esporre ripetutamente le persone a contenuti e annunci uguali o simili anche sulla base della disinformazione.

In generale l'atteggiamento dell'opinione pubblica nei confronti dei vaccini può essere di tre tipi. Da una parte ci sono persone che sono state persuase dai benefici tangibili delle vaccinazioni (vedi la scomparsa dei bambini striscianti in gran parte del mondo grazie alla vaccinazione anti-polio); questo gruppo rappresenta, sia Regno Unito che negli Stati Uniti, il 70-90% della popolazione. Poi ci sono i gruppi anti vaccinisti (anti vaxxers o no vax a seconda dalla latitudine), dogmatici, persone che non cambieranno mai le loro opinioni. Tra i due gruppi si inserisce un terzo gruppo composto da persone indecise. "Queste persone hanno domande legittime... Vogliono fare la cosa giusta, ma nutrono dei dubbi". È qui che si gioca la partita ed il movimento degli anti-vaccinisti sembra averlo capito bene. Un documento pubblicato su Nature all'inizio di quest'anno ha mappato online le opinioni degli utenti riguardo le vaccinazioni. Gli autori hanno concluso che "sebbene di dimensioni compressive più piccole, i cluster anti-vaccinisti riescono a diventare fortemente intrecciati con i cluster degli indecisi nella rete online principale, mentre i cluster pro-vaccini risultano essere più periferici e quindi meno accessibili". Un nuovo rapporto del Center for Countering Digital Hate ha criticato le società di social media per aver consentito al movimento degli anti-vaccinisti di rimanere sulle loro piattaforme. Gli autori hanno notato che gli account sui social media detenuti dai cosiddetti anti-vaxxer hanno aumentato il loro consenso di almeno 7,8 milioni di persone dal 2019 e la pande-

mia da coronavirus viene vista come una grande opportunità dagli stessi. Il rapporto ha rilevato che 31 milioni di persone seguono gruppi anti-vaccinisti su Facebook, con 17 milioni di persone che si iscrivono ad account simili su YouTube. Il CCDH ha calcolato che il movimento anti-vaccinisti potreb-



be realizzare 1 miliardo di dollari di entrate annuali per le aziende dei social media. Nel 2019, diverse società di social media si sono impegnate ad agire contro il movimento anti-vaccinisti. Face-

book ha annunciato che non consiglierebbe contenuti che contenessero informazioni errate sui vaccini. YouTube ha rimosso gli annunci pubblicitari dai video anti-vaccinisti e Twitter ha assicurato che il Servizio Sanitario Nazionale o il Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani sarebbero apparsi come primo risultato per chiunque cercasse argomenti relativi ai vaccini sia nel Regno Unito che negli Stati Uniti. Nell'agosto 2020, Facebook ha cancellato un video pubblicato dal presidente degli Stati Uniti, Donald J. Trump, in cui suggeriva che i bambini fossero "quasi immuni" alla SARS-CoV-2, basandosi sul fatto che conteneva "informazioni errate e dannose sul COVID". Twitter ha sospeso l'account della campagna di Trump, che ha pubblicato lo stesso video. Facebook, inoltre, utilizza i "fact-checker" (controllori) per identificare ed etichettare infor-



mazioni false sul COVID-19 ed ha anche offerto spazio pubblicitario gratuito all'OMS e alle autorità sanitarie nazionali. Dando per scontato che tutto ciò non può bastare, esperti a vario titolo di comunicazione propongono diverse soluzioni al problema. Si va da quelli, non molto numerosi, che propongono il cosiddetto de-platforming ossia la cancellazione di contenuti, pagine o profili presenti nelle piattaforme ad altri più moderati secondo cui bisogna adottare strategie intelligenti in grado di ribattere punto su punto con contenuti scientifici solidi quanto affermano i movimenti anti vaccinisti dimostrando agli occhi dell'opinio-

ne pubblica la scarsa scientificità delle loro tesi. Fermare i teorici della cospirazione e gli attivisti anti vaxxers rischia di trasformarli in martiri amplificando e santificando le loro argomentazioni. Parliamo di convinzioni molto radicate e se gli porti via il palco, troveranno semplicemente un altro stadio per rappresentare e diffondere le loro idee. Se tutto ciò non fosse sufficiente, in meno di un decennio, il movimento anti-vaxxers potrebbe sopraffare online le voci a favore della vaccinazione e le conseguenze si estenderebbero ben oltre il COVID-19.

*Specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio

E' l'era di Dottor Google: se la medicina diventa virtuale

Francesco Di Grezia*
Graziella Di Grezia**

La modalità più semplice per il paziente di formulare domande e tentare di ottenere risposte è diventata, purtroppo la rete. Sia per l'immediatezza del gesto, sia probabilmente per la libertà di interrogare un motore di ricerca tutte le volte che si desidera.

Ma l'effetto collaterale di un gesto semplice e apparentemente banale è purtroppo da un lato la falsa rassicurazione di alcune ricerche e dall'altra, il terrore di essersi ammalato di patologie serie.

A questo si aggiungono talvolta terapie autoprescritte che possono risultare non soltanto errate ma anche pericolose per la vita dei pazienti.

Come se, complice anche la pandemia da Covid-19, il medico virtuale o meglio, un motore di ricerca generico, avesse addirittura maggiore credibilità del proprio medico.

La difficoltà del medico è in primo luogo quella di riavvicinare il paziente chiarendo che la diagnosi è un processo complesso che richiede spesso un impegno multidisciplinare nonché il supporto di diagnostica per immagini e laboratorio e che le terapie oggi sono sempre più adeguate al paziente e alle eventuali prescrizioni farmacologiche concomitanti.

Anche gli stessi siti medici certificati non possono e non potranno sostituire



l'operato medico, l'anamnesi, la visita clinica e le conclusioni diagnostiche e terapeutiche in quanto ogni paziente è un mondo, ogni paziente è diverso da un altro e ha caratteristiche cliniche differenti anche in relazione ad un preciso momento della sua vita.

Oggi il medico deve adeguarsi al paziente che pone una serie di domande più specifiche in relazione al bagaglio di informazioni provenienti dalla rete; è per questo importante rendere il paziente sempre più consapevole del percorso dia-

gnostico, della patologia di cui è affetto e delle possibilità terapeutiche a sua disposizione.

È sempre l'empatia il motore principale del rapporto medico-paziente che consente a quest'ultimo di sentirsi preso in carico e al medico di avere di fronte una persona che si fida di lui e si affida a lui.

Perché la preparazione medica spesso da sola non basta; sta al medico saper comunicare e interfacciarsi con il paziente.

* Geriatra, MD
** Radiologo Phd



► **L'EMERGENZA.** Secondo alcuni studi sono contagiosi una percentuale del 25-30% in meno dei malati con sintomi

Covid-19: perché tanti asintomatici?



Gianpaolo Palumbo*



Avendo studiato a Napoli conosco le abitudini dei simpatici partenopei soprattutto a livello di fortuna e

sfortuna. I proverbi ed i modi di dire in dialetto sono migliaia ed uno più simpatico dell'altro. A coloro i quali capitava qualcosa di spiacevole si accusava il malocchio/sfortuna di perseguitarlo con la famosa frase "ma teniss' l'ucchie 'ncuoll"? In questo periodo di pandemia la fortuna "genetica" per quanto riguarda i soggetti che sono positivi al tampone, ma non presentano la malattia, è di moda. La cosiddetta "ciorta" o fortuna sfacciata è all'ordine del giorno.

Noi pensiamo che l'esistenza di un numero sempre più elevato di asintomatici non è proprio una gran bella cosa, perché ci sono tra noi persone che diffondono la malattia senza sapere assolutamente di farlo. Questi inconsapevoli diffusori -parliamo in questo caso solo di trasmettitori presintomatici- creano i piccoli focolai familiari o scolastici e fino a due giorni prima di manifestare i sintomi tipici sono in apparente buona salute. Oltre questo gruppo, anche gli asintomatici sono cresciuti in maniera esponenziale. La nostra domanda è ovvia: "come è possibile tutto ciò?"

Il Covid-19 elude ogni sorveglianza e si diffonde subdolamente. Ma queste caratteristiche sono le stesse del virus dell'influenza stagionale e del banalissimo raffreddore, ma il nostro attuale nemico si permette di contagiare soggetti che non presentano in seguito i sintomi tipici e gravi della malattia.

L'esperienza di questi ultimi mesi a contatto con i positivi sintomatici ci ha permesso di sapere che in genere il virus colpisce le persone avanti con gli anni ed affetti da più patologie. In particolare gli anziani, gli obesi, i diabetici ed i bronchitici cronici sono quelli che sviluppano le forme gravi.

La difficoltà che gli studiosi hanno nell'affrontare la vera e propria guerra contro il virus è quella di conoscere le percentuali e la frequenza: perché chi non ha sintomi non si sottopone al tampone. Sono i riscontri degli asintomatici, sempre più numerosi, visto il numero altissimo di test che si praticano quotidianamente, che fanno fallire le previsioni di diffusione.

Occorre prevedere le sue mosse per sconfiggerlo, pianificando nuove contromisure



In Italia e nel mondo le diffusioni iniziali sono legate alla non conoscenza del problema dell'esistenza degli asintomatici. Nessuno pensava che una malattia così seria e così aggressiva potesse avere un numero molto alto di contagiati con la particolarità di non presentare sintomi dell'infezione di chi è ammalato.

Allo stato non abbiamo farmaci diretti, non abbiamo vaccini ma non abbiamo neppure la consapevolezza di quanto gli asintomatici possano realmente infettare gli altri uomini. Secondo studi che ci vengono dagli Stati Uniti gli asintomatici sono contagiosi di una percentuale del 25-30% in meno dei malati con sintomi. Altri studi ci indicano la via della ridotta carica virale di questi "fortunati" soggetti, altri paragonano il loro sistema di difesa immunitaria a quello dei pipistrelli che trasmettono il virus e basta, senza mai sviluppare -ammesso che siamo in grado di comprenderlo - qualsivoglia sintomatologia o malattia.

Ci sono in letteratura altri studi, tutti

viziati da un errore iniziale, e che sono su di un ridotto numero di positivi asintomatici. Non c'è una ricerca fatta su larga scala e ci sono scienziati che propendono per la "forza" immunitaria degli asintomatici, capace di averla vinta sul covid-19. Altri sottolineano che il soggetto senza sintomi hanno nella scarsa produzione anticorpale (?) la loro capacità di essere indenni dai sintomi gravi dell'infezione. Altre ipotesi sono legate al fatto che i giovani si ammalano spesso di infezioni delle alte vie respiratorie e che questi precedenti "attacchi" siano una difesa sufficiente a non essere travolti dal coronavirus.

Quasi a voler sottolineare la bontà degli ospedali di casa nostra - leggi Cotugno/Monaldi -, va detto, che questi ultimi hanno sviluppato un decalogo per gli asintomatici che possono diventare presintomatici, accorgendosi così in tempo che la malattia avanza. La prima cosa è un picco febbrile di un solo giorno ed il respiro corto. Sono i primi due segnali della massima allerta. A questi si aggiunge la

manca, molto strana, di fame d'aria, probabilmente legata all'inibizione virale nei confronti della sensazione di privazione di ossigeno. Per evitare tutto ciò, afferma Beppe Fiorentino, Primario al Monaldi ed oggi al Covid Hospital del Cotugno "utilizziamo l'integratore L-Arginina per proteggere l'endotelio ed aumentare la disponibilità di ossigeno nel microcircolo". Noi, da medici sportivi abbiamo sempre consigliato questo tipo di integratore, che è un aminoacido cosiddetto "essenziale", presente nelle proteine, ed utilizzato per la crescita ed il recupero muscolare, per l'infiammazione e per l'emicrania.

Ritornando alle fila dell'esercito di portatori silenziosi del virus che continuano ad aumentare sempre di più, noi abbiamo sposato le idee delle Università di Boston e di Harvard. Nelle loro pubblicazioni sottolineano che i positivi ed i presintomatici sono custodi di una quantità cospicua di recettori del virus. Questi recettori sono gli ACE2 e costituiscono l'ingresso nelle cellule del nostro corpo del covid-19. Più recettori di questo tipo possediamo e più diamo possibilità al virus di penetrare nel nostro organismo per infettarci.

I dati fin qui analizzati restituiscono le dimensioni del problema "asintomatici"! Essi sono ovunque e, oggi più che mai, bisogna tenere alta la guardia! Abbiamo capito che il virus si serve di questi soggetti per continuare a sorprendere; occorre dunque prevedere le sue mosse per

sconfiggerlo, pianificando nuove contromisure nei campi dell'igiene e della profilassi. Proprio come in una partita di scacchi!

Ad essere combattuti tra impulsi dionisiaci e apollinei, tra la voglia di ebbrezza e la rigida razionalità, sono proprio i giovani. Sono loro a dover scegliere tra il fare i "propri interessi" o, innanzitutto, quelli degli altri. Diventa necessario che facciamo un bilancio tra costi e benefici delle loro azioni. Ci vuole nobiltà di animo e coraggio per scegliere di essere altruisti, ed è questo il motivo per cui chiamiamo "eroi" i pochi che, nonostante tutto, lo fanno.

Ovviamente ci vuole ancora tempo, forse anche solo per il vaccino, per chiudere questo discorso sulla maledetta pandemia. Questo "brutto" periodo per l'umanità e per la scienza, fattasi trovare largamente impreparata, deve pur finire e, come dicono sempre a Napoli: "Addà passà 'a nuttata".

*Medico Federazione medici sportivi italiani