

## BLACK NOVEMBER

Per tutto il mese di Novembre

Fino al **-25%** su montature  
da vista e occhiali da sole selezionati\*

MONTELLA

Via Verteglia, 58 P - Tel. 082769128 - Seguici su 

VisionOttica  Iannaccone

\*Regolamento all'interno del Centro ottico.

# Il tetano cos'è e come prevenirlo

Mariolina De Angelis\*



**I**l tetano è una malattia infettiva acuta e non contagiosa che colpisce il sistema nervoso. Si manifesta con spasmi dolorosi e contrazioni muscolari che partendo dalle mascelle dal volto possono arrivare a compromettere anche la funzionalità respiratoria dell'individuo mettendo in serio pericolo la vita. La malattia insorge a seguito della contaminazione di ferite e tagli profondi da parte del Clostridium tetani, un batterio gram positivo presente in ambienti "ostili" come polvere, terreni e metalli. Questo batterio una volta entrato attraverso la ferita è in grado di rilasciare una potente neurotossina responsabile dell'insorgenza nella paralisi spastica muscolare. Il Clostridium tetani è un bacillo ed è protagonista

di un ciclo vitale caratteristico che gli consente di sopravvivere anche in condizioni ambientali estreme. Esiste in natura in due forme diverse: - una forma vegetativa che si replica solo in anaerobiosi, ossia in assenza di ossigeno che è responsabile di produrre la tetanospasmina o tossina tetanica. Questa provoca il classico quadro clinico del tetano.

- La seconda forma vitale del batterio è quella spora che rappresenta lo "stato dormiente" che può sopravvivere in presenza di ossigeno e resistere a temperature estreme. Inoltre può resistere all'azione di agenti antisettici come il fenolo e l'etanolo.

Per queste caratteristiche il Clostridium tetani può definirsi ubiquitario, ovvero presente in svariati ambienti in entrambe le forme. La resistenza di cui sono dotate le spore consente loro di sopravvivere in serbatoi (metalli, polveri, feci)

per anni, prima di trasformarsi in una forma vegetativa e infettare l'organismo. È una falsa credenza anche se molto diffusa, che il tetano si contraiga ferendosi con oggetti arrugginiti, identificando la ruggine come responsabile della malattia. In verità la ruggine è una delle tante superfici potenzialmente contaminate da Clostridium tetani che è il vero responsabile della malattia.

Le vie di ingresso delle spore batteriche sono le ferite cutanee sporche e profonde, provocate da lacerazioni con vetro, metallo, legno o punture con filo spinato, chiodi appuntiti nonché spine di rose, fiori spesso concimati con sterco di vacca o di cavallo. Seppur meno comuni, anche le bruciature, i morsi di animali, le scottature, i piercing, e il taglio del cordone ombelicale, se fatto con strumenti non sterilizzati, possono potenzialmente far accedere

le spore nell'organismo. Ciò che è importante sottolineare è che affinché si verifichi l'insorgenza del tetano, l'area della ferita deve essere chiusa, cioè deve mancare l'ossigeno, solo ciò potrebbe favorire la germinazione della spora e poi produrre la tossina tetanica. Quest'ultima raggiunge S.N.C. attraverso il sangue e attraverso il sistema linfatico, interferendo con i neurotrasmettitori che regolano la contrazione muscolare. Sono interessati tutti i muscoli e una volta raggiunta ogni sede muscolare, è caratteristica la postura anomala incurvata (epistotono) con deglutizione e respirazione compromessi. A questo punto cosa fare per evitare il tetano? Nell'ipotesi di un incidente che abbia provocato una ferita profonda, è necessario rimuovere lo sporco e il tessuto necrotico. L'acqua ossigenata è un eccellente disinfettante in quanto au-

menta l'ossigeno disponibile ed evita la germinazione delle spore.

La somministrazione di immunoglobuline antitetaniche umane, ossia anticorpi specifici estratti dal plasma, hanno un'azione profilattica e sono capaci di bloccare la corsa dell'eventuale tossina. È necessario spesso associare, per via orale o intramuscolare, antibiotici, sedativi e anestetici. Ma la vera cura è la prevenzione, ossia la vaccinazione antitetanica. L'attuale calendario vaccinale prevede dalla nascita tre dosi di vaccino entro il primo anno di vita, poi un richiamo a 6 anni e successivamente una dose ogni 10 anni. Lungo il tempo che trascorre tra una dose e l'altra, sarà comunque opportuno nel caso di ferite, far valutare al proprio medico curante se è opportuno somministrare l'immunoglobulina specifica.

\*Farmacista

**► ECZEMA.** La malattia rende la quotidianità difficile e spesso si risolve solo in età scolare

# Dermatite atopica nei bambini



Antonio Limongelli\*



**N**on appena si parla di dermatite atopica (anche nota come eczema atopico) è sorprendente notare quanto sia elevato il numero dei genitori

che hanno figli con questa problematica. Nei Paesi sviluppati, si stima che una percentuale di bambini compresa fra il 10 e il 20% svilupperà la dermatite atopica nel corso della propria vita.

Questa malattia, a decorso cronico, rende la quotidianità difficile a tutta la famiglia e, spesso, si risolve solo in età scolare. Il dato positivo è che solo il 4% della popolazione adulta oltre i 15 anni di età soffre di dermatite atopica. Nella maggioranza dei casi, la malattia quindi scompare durante l'infanzia.

Vediamo cosa comporta alla pelle dei bambini questo tipo di dermatite:

La pelle dei bambini su guance e braccia diventa molto secca (condizione cutanea che in campo medico si chiama xerosi), spesso risulta desquamata (viene eliminato lo strato più superficiale della pelle a causa della disidratazione) e a volte compaiono chiazze rosse che si infiammano. Il bambino si gratta, è irrequieto, piange spesso e si addormenta con difficoltà.

• Il prurito intenso che induce a grattarsi è uno dei principali sintomi dell'atopia.

• Molto spesso, questa malattia cutanea compare nei neonati attorno ai 2/3 mesi di vita. Le chiazze rosse eczematose si manifestano dapprima sulle guance e, successivamente, su braccia, gambe, cuoio capelluto e glutei.

• Dopo il primo anno di vita, la crescita del bambino è accompagnata da chiazze che si insediano nelle pieghe cutanee (collo, parte posteriore delle ginocchia, parte interna dei gomiti, dietro le orecchie), intorno alla bocca e sulle mani.

L'andamento è alterno con periodi di benessere e periodi di acuzie: all'improvviso le chiazze ricompaiono sulla pelle con un colore rosso che diventa progressivamente sempre più rosso e accompagnato da rigonfiamenti e vescicole.

L'infiammazione cutanea provoca un prurito intenso ed in seguito all'azione di grattarsi dalle chiazze può fuoriuscire del liquido. Si può notare la presenza di vesciolette piene di liquido e la successiva formazione di piccole croste. L'intera zona può anche gonfiarsi (edema). L'istinto a grattarsi induce la formazione di piccole ulcere, tagli che complicano ulteriormente la situazione: è a questo punto che il rischio di infezione batterica (stafilococco aureo) diventa alto e richiede una terapia specifica.

Ma qual è l'origine della dermatite atopica?

Lo sviluppo di una dermatite atopica può essere determinato da fattori genetici. Il rischio per un bambino di sviluppare una dermatite atopica è del 30% se uno dei genitori ne è o ne è stato affetto da piccolo. La percentuale sale al 70% se entrambi i genitori soffrono o hanno sofferto di questo disordine cutaneo.

L'importanza del profilo genetico è evidente ma non sufficiente a spiegare l'esplosione del numero di casi di dermatite atopica negli ultimi 40 anni. Anche il ruolo dell'ambiente circostante può essere importante: alcuni esperti l'addebitano ad una detersione eccessiva della pelle con prodotti "sgrassanti" non idonei, abitazioni poco ventilate e troppo isolate termicamente, esposizione a fumo di sigarette e all'inquinamento urbano.

Il meccanismo con cui si determina questa malattia è stato appurato di recente: il difetto genetico crea un'alterazione di una proteina presente nella pelle (la filaggrina) che è importante per mantenere la funzione "barriera" della pelle, la cute si "sgrana" quindi lo strato cutaneo superficiale è più permeabile. Ciò comporta perdita di acqua per cui la pelle diventa molto secca e carente sia di acqua sia di lipidi (deve quindi essere nutrita con un trattamento idratante adeguato).

La pelle a questo punto consente la penetrazione degli allergeni (agen-

ti esterni quali polvere, acari...) e continua a rimanere secca e va comunque idratata.

• Il prurito se intenso può essere controllato con antistaminici specifici.

Vediamo le misure quotidiane da prendere

1) L'igiene:

La pelle va pulita ma dobbiamo stare attenti ad una detersione troppo aggressiva, agli sfregamenti, alle immersioni prolungate in acqua e stare attenti agli allergeni presenti nell'ambiente. Qualsiasi fattore che possa indebolire la funzione di difesa della pelle può anche scatenare episodi acuti di eczema.

Quindi per la pelle ed i capelli, utilizzare un detergente idratante privo di saponi oppure un olio detergente con un'intensa azione idratante che rispetti il pH fisiologico cutaneo di 5.5.

La temperatura dell'acqua per il bagno non deve essere caldissima ma tra i 35/36 gradi.

Asciugare la pelle tamponandola delicatamente con un asciugamano pulito, in cotone

quarto e il sesto mese di vita, inserendo gradatamente tali alimenti, ogni pediatra saprà consigliare il divezzo adeguato.

2. È meglio seguire una dieta che aiuti a contrastare la comparsa di infiammazione attraverso l'utilizzo di grassi selezionati: olio di oliva di prima spremitura. Come pure i grassi contenuti nel pesce aiutano al ripristino della barriera cutanea (i famosi Omega 3)

Limitare l'assunzione di zuccheri semplici che rendono la sudorazione più acida: dolci come snack, caramelle, bibite varie. Attenzione: non è necessario usare obbligatoriamente un latte senza proteine del latte vaccino o con proteine idrolizzate (a meno che non ci sia una provata allergia) questo perché la dermatite atopica non equivale automaticamente all'allergia da latte vaccino!

3) L'ambiente: interno ed esterno  
La pelle del bambino atopico abbiamo visto che è molto sensibile all'ambiente circostante e consente la penetrazione di tutte le particelle

• Prestare attenzione a elastici, etichette che a volte provocano sfregamento e abbigliamento troppo attillato.

• Se necessario, far indossare al bambino la canottiera con la parte interna all'esterno, per evitare lo sfregamento delle cuciture.

• Lavare tutti i nuovi capi di abbigliamento prima di indossarli. Bucato

• Utilizzare detersivi liquidi e risciacquare bene. Non sovraccaricare la lavatrice.

• L'ammorbidente è un prodotto aggiuntivo ma che rende i capi meno irritanti a contatto con la pelle. Fare alcune prove per deciderne l'eventuale uso e verificare che cosa è meglio per il bambino.

• Anche l'utilizzo di un'asciugatrice contribuisce ad ammorbidire la biancheria.

Clima stagionale

Il freddo può peggiorare la dermatite atopica del bambino ed occorre mantenere la pelle del bambino sempre ben idratata durante tutto l'inverno. Viceversa il 90% dei tipi di pelle atopica reagisce meglio al sole. Tuttavia, è importante ricordare che l'esposizione diretta al sole è consigliabile al mattino e nel tardo pomeriggio, evitandole ore più calde della giornata in cui i raggi ultravioletti sono anche più dannosi, ma sempre dopo aver indossato un filtro solare SPF 50+.

4) Prurito e irritazione

Poiché subisce un disagio cronico, il bambino atopico piange molto più frequentemente del normale, anche di notte, per esprimere la propria irritazione. La sofferenza continua e la difficoltà a dormire possono indurre ansia nel bambino che dovrà essere rassicurato facendolo sentire protetto e al sicuro. Anche i genitori possono essere esausti a causa di questo, per cui usare farmaci per ridurre il prurito può essere utile.

5) Sport: precauzioni da adottare

Per i bambini più grandicelli con pelle atopica, l'attività sportiva è particolarmente positiva per sviluppare relazioni sociali e stimolare la crescita. Inoltre, lo sport distrae il bambino dal suo problema e ne riduce lo stress. Durante il gioco, il bambino dimentica i propri problemi cutanei e il prurito. Occorre però seguire i seguenti consigli:

1. La sudorazione deve essere eliminata velocemente con una doccia seguita da una crema idratante. Il bambino deve utilizzare solo prodotti specifici perché la pelle non è in grado di tollerarne altri.

2. Spesso l'abbigliamento sportivo è realizzato con tessuti tecnici e sintetici potenzialmente irritanti. Lavare sempre i capi sportivi prima di indossarli quando nuovi e dopo ogni utilizzo. Prima che il bambino li indossi, applicare una crema emolliente che agisca da barriera e prevenga le irritazioni.

3. I bambini con pelle atopica possono praticare il nuoto. L'eczema non è contagioso! Utilizzare occhiali protettivi e cuffia da bagno in silicone. Applicare una crema idratante prima che il bambino si tuffi per proteggerne la pelle dall'acqua troppo calda e dagli effetti irritanti del cloro.

\*Pediatra di Famiglia - Segretario Provinciale della FIMP Avellino



ti esterni quali polvere, acari...) e l'organismo diventa progressivamente più sensibile a questi, con una conseguente reazione eccessiva e anomala del sistema immunologico: l'allergia è quindi una conseguenza non la causa della dermatite atopica come si credeva un tempo.

L'organismo si auto-difende dalle pseudo-aggressioni attivando un'infiammazione cutanea: la comparsa della manifestazione eczematosa.

Il trattamento della pelle va posto in primo piano poiché abbiamo visto che la genesi si è spostata dal versante allergico a quello puramente dermatologico.

• Il cardine è il ripristino della barriera cutanea per cercare di ridurre l'infiammazione e la successiva sensibilizzazione che può sfociare in una vera e propria allergia. La pelle deve essere idratata quotidianamente con formule emollienti. I trattamenti anti-infiammatori (corticosteroidi topici) sono utili nella fase acuta e favoriscono l'attenzione delle chiazze, ma la cute

morbido, evitando ogni tipo di frizione.

Eliminare ogni traccia di sudorazione quanto più rapidamente possibile. Il suo livello di pH è irritante e peggiora la dermatite.

Mattina e sera, applicare regolarmente un prodotto emolliente (crema idratante) su tutto il viso e il corpo. Utilizzare generose quantità di crema e trasformare ogni momento in un attimo di tenerezza e gioco con il bambino.

L'emolliente deve essere adatto alla stagione (es. un balsamo in inverno e una crema in estate) su tutto il corpo e non solo sulle chiazze eczematose, anche nei giorni in cui al bambino non viene fatto il bagno o la doccia.

2) La dieta

Anche se la dieta non è una delle cause scatenanti della dermatite atopica, si raccomanda comunque di seguire alcuni principi base.

1. Prestare molta attenzione, durante lo svezzamento, all'introduzione di cibi allergenici nella dieta del bambino. Attualmente, si raccomanda di iniziare il divezzo fra il

d'aria e reagisce in modo abnorme a ogni tipo di stress.

In casa

Combattere polvere e acari, che amano vivere nei materassi, cuscini, coperte, tende, tappeti e moquette... e anche i giochi in peluche dei bambini! Gli acari detestano il freddo: areare le camere ogni giorno, eccetto nella stagione dei pollini, mantenere il riscaldamento basso e lavare i peluche regolarmente. Evitare profumatori per ambiente o spray e l'uso di tappeti.

Abbigliamento

È importante capire che lo sfregamento dei capi di abbigliamento sulla pelle è uno dei principali fattori scatenanti dell'eczema

• Non far indossare un abbigliamento troppo caldo al bambino poiché la sudorazione peggiora sia l'eczema sia il prurito.

• Scegliere capi di abbigliamento morbidi, in fibre naturali (cotone). Evitare i capi in lana perché troppo irritanti.

• Per sicurezza, sono consigliabili anche capi di abbigliamento bianchi, privi di tinte industriali.

► **SOCIETÀ'.** Non ci resta altra scelta che rispettare le regole, accettando smartworking e restrizioni del lockdown

# Coronavirus, se la pazienza è la virtù dei forti

Gianpaolo Palumbo\*



**N**on abbiamo fatto altro che correre, andare di fretta, risparmiare tempo, arrivare prima. Oggi in casa, oltre alla lavatrice c'è l'obbligo dell'asciugatrice; ma anche di un televisore in ogni parte della casa, di un computer su ogni scrivania o tavolo che sia. Non bisogna perdere tempo: questo è l'imperativo categorico. L'obiettivo è fare tutto e di più nel minor tempo possibile. Non c'è tempo per l'attesa, per la riflessione. Basta che non si aspetti. Ha detto bene nel sottolineare questo aspetto il politico scozzese Paul Sweeney: "Come può una società - che si fonda sui sughi pronti, ricette di torte veloci, cene surgelate e fotocamere istantanee - insegnare la pazienza ai suoi giovani?"

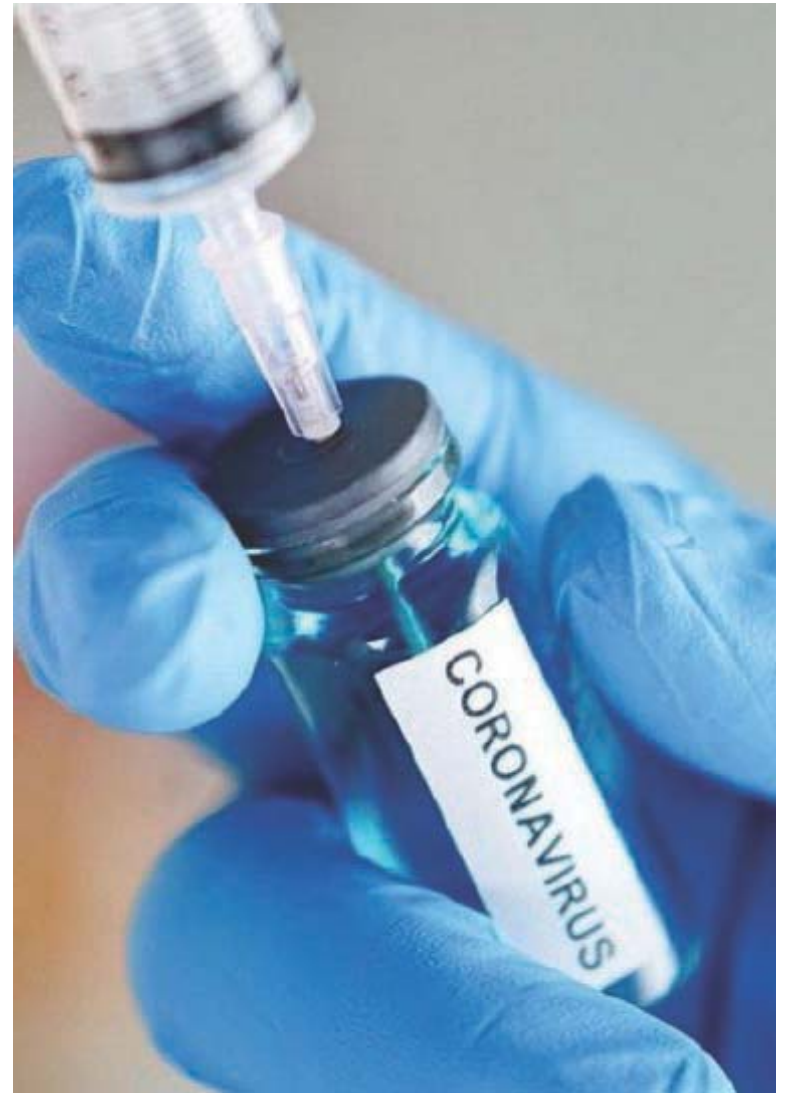
Oggi, che pure tutto il pranzo si compra già cucinato, rimanere in casa in pieno lock-down diventa una cattiveria senza fine. E la pazienza diventa "la più eroica delle virtù" (Giacomo Leopardi), anche se non ha nessuna apparenza di eroico. Sembrerebbe un ossimoro la pazienza del nostro "giovane favoloso"; la pazienza che rimanda al "non fare" e all'essere cauto viene, invece, associata alla forza del fare eroico che per definizione implica azione. Eppure bisogna averla la pazienza, e allora di che pazienza parliamo? La parola pazienza deriva dal latino "patire" e dal greco "pathos", dunque avere pazienza significa autocontrollo, sopportazione e accettazione. Proverbiale è la pazienza di Giobbe, personaggio biblico, famoso per aver saputo sopportare le peggiori avversità della vita. Eppure, non sempre siamo stati capaci di riconoscere il giusto valore alla pazienza. Soprattutto quando ogni giorno la società ci veicola immagini di persone potenti, di uomini d'affari che per l'appunto non hanno pazienza, vivono frettolosamente ogni rapporto; dunque il ritmo frenetico della loro vita li condanna al rischio della superficialità, ad essere "dormienti". Ricorre, a tal proposito, il pensiero di Eraclito di Elea, filosofo del divenire, che divide l'umanità in due classi: la classe dei "desti" saggi, che hanno la comprensione profonda della realtà, e quella dei "dormienti", degli sciocchi, che vivono tutta la loro vita come "sonnambuli ottusi". In questa ottica, chi sa essere paziente dimostra di sapersi comportare con misura e saggezza per raggiungere il suo scopo; questa è la grande manifestazione di potere, di virtù e di forza, perché rimanere vigile e ricettivo a ciò che ci circonda consente di accumulare conoscenze ed esperienze, osservare e analizzare gli eventi, aspettando che arrivi il momento per distillarli lentamente nel corso della vita, per portare a compimento obiettivi di cambiamento. Dunque sta a noi decidere come affrontare la sfi-

da ai tempi del coronavirus, se in modo scomposto oppure mantenendo sempre la calma, la pazienza. "Se ho fatto qualche scoperta di valore, ciò è dovuto più ad un'attenzione paziente che a qualsiasi altro talento", riconosceva qualche tempo fa, Isaac Newton. Ipse dixit, allora possiamo fidarci!

Di questi tempi si comprende che possa essere inattuabile, ma rallentare il ritmo farebbe bene a tutti. La cattiveria del virus, infido perché si cela nel corpo dell'uomo senza avvertirlo in nessun modo della sua presenza, ci costringe ad essere pazienti ma non pazienti "malati". Ci costringe a vivere calmi in smart working, da remoto, insomma, lontani dalla nostra cattedra o dalla nostra scrivania in ufficio che ci è stata sempre da anni antipatica. Oggi ne abbiamo la nostalgia. Invece la necessità di evitare di incontrare gli altri ci costringe ad avere la famosa pazienza che, come dice il proverbio, è la virtù dei forti. Oggi essere pazienti ci giova ancora di più perché ci aiuta a combattere il nemico.

Secondo Cesare Cantu' il male sopportato con ragionevolezza e calma diminuisce della metà, mentre

"l'impazienza raddoppia tutti i pesi, infistolisce le piaghe." E pazienza ne hanno avuta tanta i nostri eroi di oggi. I medici, le caposale, gli infermieri, gli operatori sanitari. Si è utilizzata quest'arma per avere ragione di un nemico forte e brutale. Ancora oggi mancano i farmaci antivirali dedicati, i vaccini (l'arma più attesa), ma loro non si sono scomposti, lavorando con grande passione, possedendo le armi della pazienza, della comprensione e dell'amore. Rappresentavano e rappresentano l'unico contatto tra ammalato e famiglia o persone care. Di fatto hanno costruito un ponte di solidarietà con i pazienti ricoverati e le loro famiglie. Hanno continuato a farlo nelle terapie intensive e subintensive nelle quali il telefonino - per ovvi motivi - non lo si può usare, per le condizioni scadute del paziente. I pazienti (non per nulla si chiamano proprio così) hanno saputo imporsi una capacità insospettata di essere...pazienti. Per i soggetti non curarizzati ed intubati la loro collaborazione e la forza di stare calmi, che si sono dati in autonomia, ha fatto sì che potessero essere curati con adeguatezza.



Abbiamo parlato degli angeli delle corsie, ma dobbiamo giustamente registrare altre "pazienze importanti". La prima di queste ultime sono quelle dei giovani senza la scuola. Stare lontano dalla propria maestra è pesante soprattutto per i più piccoli. Fare i compiti davanti ad uno schermo o sostenere un esame da remoto è molto impersonale e non piace. Ma anche stare lontani dai propri amichetti per i bambini non è stata una cosa "digerita". Veniamo alla "categoria" dei più

colpiti in assoluto: quella degli anziani. Sono rimasti soli, senza nessun affetto che possa aiutarli, distrarli, curarli. In più, soffrire da tempo di altre malattie li ha fatti entrare ancora di più nella disperazione e nella paura. Nel loro caso la pazienza deve essere infinita, anche perché in casi come questi diventa "il baluardo dell'anima, e la presidio e difende da ogni perturbazione" (S. Antonio da Padova).

\*Medico Federazione medici sportivi italiani

## I pazienti sintomatici e il delicato ruolo dei medici di base

Maria Assunta Baldassarre\*



**S**iamo in piena pandemia da COVID-19. La televisione ci bombardava continuamente sul numero di nuovi casi, sui contagi e sui decessi. Non passa giorno che non sentiamo nominare le terapie intensive, i ventilatori, il numero di posti letto, i Covid hospital. Ma cosa sta realmente succedendo? La voce di chi è in prima linea in un momento così difficile per il mondo intero non si sente. Si fanno tamponi. La gente parte e pretende di sottoporsi senza una logica ai test con la convinzione di operare bene, ma non è così. Per riuscire ad individuare una positività è necessario rispettare i tempi, valutare la comparsa di un'eventuale sintomatologia e soprattutto tener conto delle indicazioni fornite dai medici. Eppure nessuno parla di chi si assume la responsabilità di tutto ciò, di gestire a casa i pazienti sintomatici senza certa diagnosi e i pazienti positivi con sintomatologia. Al medico di base, a lui spetta il ruolo di colloquiare con il paziente, capire telefonicamente l'eventuale gravità della situazione

ne e la necessità di ospedalizzare il malato. Il suo studio deve essere aperto perché deve effettuare le visite, le mille pratiche burocratiche, le prescrizioni, le vaccinazioni senza avere a disposizione alcun presidio che possa tutelare la propria salute. Ma tutti tacciono se non qualche articolo neanche adeguatamente diffuso. Ogni tanto si apprende dai media che alcuni colle-

andando anche oltre ciò che compete loro pur di supportare i medici e i pazienti. Eppure neanche di loro nessuna notizia! E cosa dire dei sindaci pressati dai cittadini per poter effettuare i tamponi o per sopprimere alle necessità di famiglie in difficoltà. Non minore il lavoro della polizia municipale che cerca in ogni modo di collaborare pur di evitare la diffusione del virus. Ed in ultimo è obbligatorio descrivere situazioni reali di persone in isolamento, sintomatiche e non, con familiari ricoverati in ospedali diversi, con bambini costretti a restare a casa senza i genitori perché entrambi ospedalizzati. Questo è quello che si sta verificando anche in Irpinia ed è doveroso da parte mia, che ho vissuto tutto ciò in prima linea e in qualità di sostituto di medico di medicina generale, parlarne. Un'esperienza difficile, ma importante sia dal punto di vista lavorativo e formativo che dal punto di vista umano per la creazione di quel legame tra medico e paziente che dovrebbe sempre instaurarsi nell'esercizio della professione e di una rete di collaborazione tra colleghi, autorità e gente comune scaturita dal grande senso di dovere e di solidarietà in un momento così critico tanto da poterlo paragonare ai tempi del terremoto del 1980.

\*Dermatologa





► **ALIMENTAZIONE.** *Mangiare con calma, assaporando il gusto di ogni boccone, è il primo passo*

# Combattere la Fame nervosa masticando

Francesca Finelli\*



Sei abituato a masticare lentamente o ingoi i cibi in un sol boccone? Spesso formulo questo quesito ai miei pazienti e mi soffermo a ricordare che il benessere non passa solo da una alimentazione sana ed equilibrata, ma anche da una corretta masticazione. Proprio così, mangiare velocemente fa male viceversa, masticare i cibi a lungo fa bene alla salute e aiuta a fermare la fame nervosa. Quindi il vero segreto per dimagrire è appunto imparare a rispettare i tempi legati alla masticazione. La masticazione è la prima fase della digestione degli alimenti. Apparentemente questa fase sembra poco interessante, ma in realtà nasconde interessanti fenomeni biologici. La masticazione è il processo mediante il quale il cibo viene frantumato dai denti. Il cibo tritato dai denti e amalgamato con la saliva e i suoi costituenti viene reso morbido, caldo e quindi deglutito permettendo allo stomaco di lavorare meglio. Alla luce di ciò

c'è la necessità di abbandonare la dannosa voracità che ci spinge a consumare il cibo in maniera famelica, compulsiva e in pochi minuti con tutti i suoi effetti deleteri, specialmente quelli legati all'aumento ponderale. La raccomandazione di masticare a lungo, lentamente, ogni boccone trova il suo fondamento in uno studio effettuato presso l'Università di Rhode Island, i cui risultati sono stati recentemente esposti nell'importante convegno nazionale dell'Obesity



Society ad Orlando. Le ricercatrici hanno dimostrato che chi mangia più lentamente introduce meno calorie ad ogni pasto: i più voraci divorano 88 grammi di cibo al minuto, i più tranquilli se ne gustano solo 57 grammi al minuto. Masticare len-

tamente, quindi è la prima regola per limitare il senso di fame e per poter dimagrire o mantenere il proprio peso forma. Mangiare con calma, assaporando il gusto di ogni boccone, permette al nostro organismo di rendere meno frequente il ripresentarsi nel corso della giornata di quel senso di fame che ci spinge a ricorrere in maniera più o meno frequente ad uno spuntino molto spesso calorico. Quindi mangiare piano significa, assumere meno calorie. Ciò accade perché, masticando con lentezza, permettiamo al cervello di registrare la sensazione di sazietà prima di aver introdotto troppo cibo nello stomaco. Stando alle ricerche, i "mangiatori veloci", così chiamati, ingeriscono in media 88 grammi di cibo al minuto, contro i 70 dei "mangiatori intermedi" e gli appena 57 di chi mastica lentamente. Inoltre, gli uomini che mangiano più piano consumano il cibo con una velocità pari a quella delle donne più rapide nel masticare. Questo perché i primi sono mediamente molto più veloci rispetto alle donne e finiscono per introdurre circa 80 calorie al minuto contro le 52 del sesso femminile. Nasce il concetto legato al "mangiare in



modo intuitivo": La logica è quella di smettere di mangiare quando ci si sente appagati, ascoltare il proprio corpo, mangiare quando si ha fame e fermarsi quando ci si sente sazi. In questa ottica, appunto, è nascosto il segreto per perdere peso. Fermarsi, appunto, non appena ci si sente sazi, anziché quando sei pieno è un'ottima strategia. In questo modo si è in grado anche di ridurre l'apporto di calorie inutili. La sensazione di gratificazione è uguale alla mancanza di appetito, a un leggero disinteresse verso il cibo o a un repentino senso di sazietà dopo un paio di bocconi. Il senso di sazietà somiglia più a una percezione di pienezza dello stomaco, quindi è bene evitare di mangiare fino a questo punto. Questo modo di "vivere il proprio Nutrimento", permette appunto di gestire quella classica e fastidiosa fame nervosa, chiamata dagli esperti del comportamento alimentare "Emotional Eating" che indica la

tendenza ad utilizzare il cibo come strategia per fronteggiare eventi stressanti. Il desiderio di cibo non è legato a un reale senso di fame, ma ad un improvviso bisogno di mettere qualcosa in bocca, per questo motivo si mangia in modo compulsivo, vorace, senza gustare i sapori. Fame e appetito non sono sinonimi. Mentre il primo termine è utilizzato per indicare quella sensazione istintiva e incontrollabile che ci spinge all'immediata ricerca di cibo, l'appetito dedica maggiore attenzione all'aspetto qualitativo del cibo. Quindi in un percorso nutrizionale che affonda radici nell'educazione alimentare, le possibilità per modulare comportamenti alimentari sregolati partono proprio dall'adottare strategie per una masticazione più "consapevole" e di conseguenza nel controllo della fame emotiva. Nella mia esperienza professionale, i consigli che lascio ai miei pazienti sono quelli di posare le posate tra un morso e l'altro, oppure di bere un bicchiere d'acqua prima di un pasto, oppure di fare bocconi più piccoli, proprio nel rispetto dei tempi dedicati al "nutrimento". Ma anche focalizzarsi sulla scelta dei cibi è fondamentale, la fame nervosa può essere stimolata da alcuni alimenti e controllata da altri. Nella lista dei cibi sazianti, che mantengono più a lungo il senso di sazietà, ricordiamo la Frutta: ananas, arancia, kiwi, mandarino, papaia e pompelmo, la Verdura: cavolo rosso, carota, cicoria, lattuga, rucola, spinaci e zucca gialla, le Spezie: pepe, peperoncino, paprica, zenzero e cannella ecc, un pezzetto di cioccolato fondente, ma sicuramente non dimenticando di avere un occhio attento alle proprie dinamiche interiori e alla propria emotività. Una dieta personalizzata, le giuste strategie che il professionista può mettere in campo e una attività fisica mirata permettono di governare al meglio il meccanismo fame-sazietà nel tempo, oltre che ad ottimizzare i tempi dedicati alla masticazione, al metabolismo, diminuendo il senso di ansia e disagio legati allo stress. Endorfine, serotonina e numerose altre sostanze regolatrici prodotte durante l'attività fisica e stimolate da una corretta alimentazione, favoriscono il buon umore e una maggiore stabilità emotiva.

**\*Biologa Nutrizionista - Perfezionata nei disturbi del Comportamento Alimentare - Nutrizionista presso U.O. Pediatria A.O.S.G. Moscati - Consulente HACCP, Igiene e Sicurezza Alimentare - Studio di Medicina Olistica Estetica e Nutrizione Clinica**

► **L'ESAME.** *Consentirebbe di aumentare la diagnosi precoce*

## La mammografia in tomosintesi

*Le apparecchiature si stanno diffondendo in numerosi reparti di Diagnostica*

Graziella Di Grezia\*



Che la tomosintesi sia la naturale evoluzione della mammografia digitale, così come quest'ultima lo è stata per la mammografia analogica, è un concetto lapalissiano che è entrato facilmente nella quotidianità dei controlli senologici.

Le apparecchiature di mammografia in tomosintesi si stanno diffondendo in numerosi reparti di Diagnostica per Immagini degli Ospedali Italiani e rappresentano un valore aggiunto nei Centri diagnostici privati e convenzionati, al punto tale che è spesso proprio la donna a richiedere questa prestazione anziché la mammografia digitale 2D.

Fino ad ora l'utilizzo della mammografia in tomosintesi, definita anche "quasi tridimensionale", è stata di utilizzo quasi esclusivo da parte degli ambulatori di senologia diagnostica, ma il suo utilizzo in ambito di screening (mammografia gratuita ogni 2 anni - in Campania nelle donne di età compresa tra 50 e 69 anni) è stato frenato dal mancato vantaggio dimostrato in termini di carcinomi intervallo e quindi di mortalità [Hovda - Radiology, 2019]. È di recente pubblicazione sull'importante

rivista radiologica americana "Radiology" un editoriale che cambia la storia della mammografia in tomosintesi [Bae - Radiology 2020].

Lo studio della dr.ssa Caumo nel "Verona Pilot Study" [Caumo F- Radiology 2020] dimostra per la prima volta gli effettivi benefici dello screening mammografico in tomosintesi.

Gli autori infatti hanno dimostrato che l'esame in tomosintesi è in grado di ridurre il tasso di richiami, di aumentare la diagnosi pre-

coce e soprattutto di diagnosticare lesioni invasive in uno stadio più precoce rispetto alla mammografia digitale 2D; questo da un lato consente di ridurre il problema della sovradiagnosi e dall'altra di diminuire la diagnosi di lesioni mammarie di stadio II o successivo, ossia lesioni più invasive.

Il vantaggio dello screening in tomosintesi quindi è legato alla maggiore sensibilità e specificità e al più alto valore predittivo positivo dell'esame migliorando così l'accuratezza diagnostica dei programmi di screening.

Questa conclusione del lavoro ci lascia però un interrogativo: quanti centri di screening potranno adeguarsi in tempi brevi all'aggiornamento o alla sostituzione dei mammografi per consentire una prestazione sovrapponibile alle donne a cui sono destinati i programmi di screening? Poiché l'esame in tomosintesi ha tempi di lettura più lunghi e richiede un training dedicato per i radiologi, sarà possibile un adeguamento/aggiornamento di tutto il personale radiologico?

Gli interrogativi sono tanti, ma l'obiettivo uno soltanto: quello legato al miglioramento della performance per una diagnosi precoce che permetta, lì dove possibile, la guarigione dal tumore più frequente nella donna.

**\*Radiologo PhD**



▶ 20 NOVEMBRE. Si è celebrata la giornata mondiale della BPCO

# Broncopneumopatia cronica ostruttiva

*E' una delle patologie più diffuse, ampiamente sottovalutata e sotto diagnosticata*

Biagio Campana\*



Il 20 novembre si è celebrata la Giornata mondiale della Broncopneumopatia Cronico-Ostruttiva conosciuta anche con l'acronimo di BPCO. In quest'occasione l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ribadendo l'importanza di stili di vita corretti per un'efficace prevenzione, ha dichiarato la BPCO come una delle patologie più diffuse, ampiamente sottovalutata e sotto diagnosticata e soprattutto tra le principali cause di morte e di invalidità a livello mondiale. In Italia l'incidenza della patologia dopo i 40 anni è del 5-10% ma sale al 20% dopo i 70 anni. È al terzo posto tra le cause di decesso, dopo le malattie cardiovascolari e quelle neoplastiche. Parliamo di una malattia abbastanza comune, caratterizzata da sintomi respiratori persistenti e da limitazione al flusso aereo. Si tratta di una patologia dovuta ad anomalie delle vie aeree o alveolari, di solito causate da una significativa esposizione a particelle nocive o gas. I sintomi respiratori più comuni sono la dispnea, la tosse o l'espettorazione e purtroppo in molti casi si tratta di sintomi che non sono considerati a sufficienza dai pazienti che ritardano la diagnosi e fanno sì che non si possa intervenire precocemente sugli stadi iniziali della malattia sia in senso farmacologico che non. Si è visto infatti che un intervento in questa fase permette al paziente di conservare più a lungo la sua capacità respiratoria, meno eventi di riacutizzazioni che si traducono ovviamente in una migliore qualità di vita. Il principale fattore di rischio è il fumo di tabacco, ma altre esposizioni ambientali come l'esposizione a combustibile da biomassa e l'inquinamento atmosferico possono contribuire alla sua insorgenza. Come appena detto il fumo rappresenta la principale causa della malattia e smettere di fumare rimane al momento la soluzione più efficace per ridurre nelle persone interessate il rischio di sviluppare BPCO o arrestarne la progressione. In Italia i fumatori sono circa 12,2 milioni (28,6 per cento dei maschi e 20,3 delle femmine), rispetto ai 47 milioni degli Stati Uniti. Le ricerche hanno dimostrato che circa il 30 per cento dei fumatori oltre i 40 anni presenta una limitazione al flusso aereo e circa il 40-50 per cento dei fumatori sviluppa BPCO. La diagnosi di BPCO dovrebbe essere sospettata soprattutto in caso di anamnesi positiva per fattori di rischio come il fumo ogni qualvolta un individuo adulto o anziano riferisca una sintomatologia respiratoria ca-



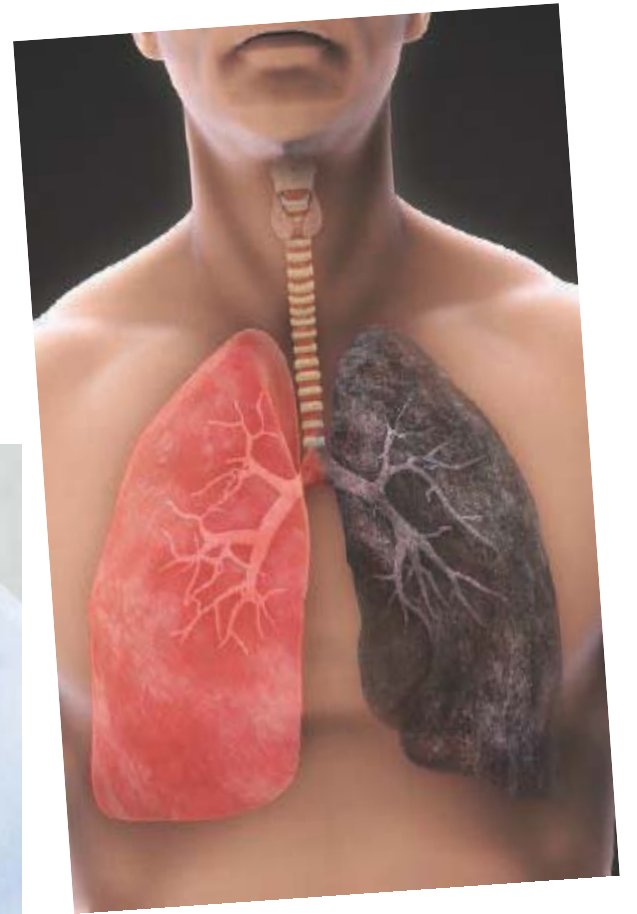
ratterizzata da dispnea cronica associata eventualmente a tosse produttiva. A supporto del dato clinico risulta indispensabile l'esecuzione delle prove di funzionalità respiratoria. Già una spirometria basale ci permetterebbe, in caso di rilevazione di un quadro ostruttivo, di fare diagnosi. Nei casi dubbi si ricorre alle prove di funzionalità di secondo livello come la prova pletismografica che evidenzia la presenza di iperinsufflazione polmonare o la misurazione della diffusione del monossido di carbonio (DLCO). Dal punto di vista terapeutico ci sono misure

di carattere farmacologico ed altre di tipo non farmacologico. Rientrano nelle prime l'utilizzo di farmaci broncodilatatori e steroidei per via inalatoria saggiamente mixati dallo specialista di riferimento in base allo stadio della patologia e della sintomatologia. In caso di riacutizzazione, laddove accertata l'etiologia batterica, si ricorre all'antibiotico terapia ed eventualmente agli steroidi per via sistemica. La riabilitazione pneumologica rientra invece tra le misure non farmacologiche e vale il concetto, che in presenza di patologia respiratoria cronica più è

precoce la presa in carico, migliori sono i risultati. Per i pazienti con malattia polmonare cronica bisogna realizzare un'attività riabilitativa personalizzata che può avvenire in strutture dedicate tipo il codice 56 (riabilitazione post fase acuta), in ambulatorio e perfino a casa in presenza o anche in tele riabilitazione. Quest'ultima metodologia è sicuramente consigliabile in questa fase pandemica, non esponendo pazienti, di per sé delicati, ed operatori al rischio di contagio. Il programma di tele riabilitazione prevede esiste una tecnologia appropriata ed un co-

stante monitoraggio dei pazienti, in modo da verificarne il grado di aderenza al programma, ma anche controllare alcuni parametri vitali. Inoltre questi sistemi forniscono la possibilità di modificare in tempo reale il piano riabilitativo del paziente, in caso di problemi o difficoltà adeguandolo alle esigenze dei pazienti. Infine risulta indispensabile per questa tipologia di pazienti la vaccinazione antinfluenzale, quella pneumococcica e a breve sicuramente anche quella anti-covid.

\*Specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio



## TERAPIE

### Onde d'urto: radiali o focali? Chi le pratica?

Mario e Alessandro Ciarimboli\*

Come è ben noto, le onde d'urto sono onde sonore ad alta energia in uso da tempo in medicina, dapprima utilizzate per la risoluzione dei calcoli (renali e biliari) e successivamente per la cura di patologie di articolazioni e muscoli. In particolare, sono efficaci in caso di lesioni flogistiche acute e croniche di ambito ortopedico, in particolare dei tendini (epicondiliti, tendiniti dell'achilleo, del rotuleo, dei rotatori della spalla, fasciti ecc.). L'azione delle onde d'urto si svolge riducendo l'infiammazione e il dolore, dissolvendo le calcificazioni, migliorando così la mobilità articolare. Ma esistono diversi tipi di onde d'urto? Sì, sono le onde d'urto radiali o balistiche e le focali o focalizzate. Le radiali si irradiano su tutta la superficie trattata mentre nel caso delle focali l'energia viene concentrata ("focalizzata" appunto) su un punto preciso della parte anatomica trattata. Il trattamento con onda d'urto radiale ricorda nella erogazione l'attività di una pistola, o, meglio, si tratta di un manipolo che ne ricorda la forma. Nella canna di questo manipolo, la "pseudo pistola", scorre un proiettile d'acciaio che viene spinto ritmicamente con aria compressa ad alta pressione (2 - 5 bar) contro una chiusura metallica



della canna, simile al tappo di una pistola giocattolo. Da questo urto viene prodotta un'onda acustica, l'onda d'urto radiale, che va ad investire il tessuto in trattamento, penetra allargandosi a forma di cono e perdendo forza ed efficacia man mano che entra. L'effetto è pertanto limitato alla parte superficiale e la terapia radiale trova indicazione nelle situazioni caratterizzata da infiammazione immediatamente sotto la pelle. L'onda d'urto focale è pur sempre un'onda acustica ma che viene invece indirizzata verso un preciso piccolo punto della porzione anatomica in trattamento e penetra in

forma cilindrica, cioè senza allargarsi e senza disperdersi "a cono" come avviene al contrario per la radiale. L'effetto naturalmente è più penetrante e colpisce efficacemente zone poste a diversi centimetri dalla superficie cutanea. Il trattamento con onde d'urto focali permette pertanto di concentrare l'impulso su zone millimetriche con un'azione locale molto ristretta in grado di raggiungere tessuti profondi. Per questo motivo la terapia focale è decisamente più efficace e (questo non dispiace per niente!) meno dolorosa del trattamento con onde d'urto radiali. Le macchine che producono onde focali sono essenzialmente di tre tipologie: a generazione elettromagnetica, piezoelettrica ed elettroidraulica. Presso i centri di fisioterapia e riabilitazione possono essere eseguiti trattamenti sia focali che radiali ma con una importante ed essenziale differenziazione: i trattamenti con onde d'urto focali sono di esclusiva applicazione "manu medica", cioè vanno effettuati dal Medico giacché esse sono invasive e, come tali, efficaci se ben indirizzate con competenza e nel rispetto di eventuali indicazioni e controindicazioni date dalla diagnosi medica. Le onde d'urto radiali possono invece essere praticate dal Fisioterapista ma, ben inteso, su indicazione del Medico dopo attenta valutazione diagnostica.

\*Fisiatri

**► CAMBIAMENTI.** La vita in queste condizioni diventa mera sopravvivenza

# La libertà e il bisogno dell'altro

*L'uso dei mezzi informatici finisce per mettere in discussione l'identità*

Alfonso Leo\*



“**L**a vita è bella, e degna che severamente e magnificamente la viva l'uomo rifatto intiero dalla liberta'; l'uomo intiero è colui che sa

ogni giorno inventare la sua propria virtù per ogni giorno offrire ai suoi fratelli un nuovo dono; il lavoro, anche il più umile, anche il più oscuro, se sia bene eseguito, tende alla bellezza e orna il mondo.”

Gabriele d'Annunzio scriveva queste parole nella costituzione, mai applicata, della Reggenza Italiana del Carnaro nel settembre 1920. L'anno precedente, infatti, disobbedendo ai quadri governativi, gruppi di arditi e granatieri entrarono nella città di Fiume, contesa tra Croazia e Italia, mentre D'Annunzio si proclamava Comandante, poeta e legislatore. L'avventura avrebbe avuto fine con il “Natale di sangue” in cui lo stato liberale italiano pose fine al folle esperimento dannunziano. Saranno 100 anni il prossimo Natale dalla conclusione dell'impresa di Fiume, città di vita e di inedite sperimentazioni politiche. Ho scoperto questo aspetto di D'Annunzio grazie agli studi di mio figlio (attualmente in Belgio per un dottorato di ricerca sulla letteratura italiana a Fiume). In Italia, al contrario, pregiudizi radicati in merito alla personalità dannunziana rendono difficile un dibattito scientifico sereno e ostacolano la conoscenza della breve parentesi di governo legionario. Basterebbe pensare che proprio nella costituzione fiumana si afferma: “I cittadini della Reggenza sono investiti di tutti i diritti civili e politici nel punto in cui compiono il ventesimo anno di età. Senza distinzione di sesso diventano legittimamente elettori ed eleggibili per tutte le cariche.” In Italia ciò avverrà ben 26 anni dopo nel 1946.

Le parole di D'Annunzio, in apertura dell'articolo, sono uno spunto interessante per parlare delle modalità attraverso cui si declina il lavoro ai tempi dell'emergenza COVID. Si può parlare di libertà riacquistata nell'ambito lavorativo? Il concetto di smart working ci conduce ad un'apparente nuova libertà, ma si tratta di un'arma a doppio taglio. Come afferma il filosofo tedesco di origine coreana Byung-Chul Han, nel libro *La società della stanchezza*: “Nell'epoca della timbratura del cartellino era possibile una chiara distinzione tra lavoro e non lavoro.



ro. Oggi casa e bottega si confondono. Così il lavoro diventa possibile ovunque.”

Il senso di libertà aumenta, posso fare quello che voglio, sono io a stabilire i miei tempi di lavoro e di vita. Si è, in un certo senso, servo e padrone al tempo stesso, sfruttato e sfruttatore. Ancora Byung-Chul Han: “L'auto sfruttamento è più efficace dello sfruttamento estraneo, perché si accompagna al senso di libertà”. All'inizio vi è l'euforia, finalmente il lavoro con i propri tempi, ma alla fine si crolla. Non c'è più l'Altro a sfruttarci, siamo noi stessi carnefici, come possiamo ribellarci se siamo noi stessi gli sfruttatori? La “libertà del potere”, citando ancora l'autore, produce addirittura più costrizioni del dovere disciplinare, che esprime ordini e divieti.

Apparentemente la libertà dovrebbe essere l'opposto della costrizione, invece produce una costrizione diversa e forse maggiore. Da ciò deriva un incremento del Burnout, dello stress correlato al lavoro. Mentre prima vi era una società costruita sulla repressione ora, invece, si è ancora meno liberi, perché non ci si può ribellare a se stessi.

“Come sfruttatore qui non c'è l'Altro, che mi costringe a lavorare e mi sfrutta, piuttosto mi sfrutto io stesso volontariamente nella convinzione di realizzarmi. Mi realizzo fino alla morte. mi ottimizzo fino a morire. In questo contesto non è possibile alcuna resistenza, alcuna rivolta alcuna rivoluzione.” Dice Byung-Chul Han.

Attualmente dal lavoro più ci

si aspetta soprattutto il piacere e si dipende poco dal comando dell'Altro, si dà retta soprattutto a sé stessi. Tuttavia, lo smart working ci conduce a un mancato riconoscimento da parte dell'Altro; e, dal momento che ognuno di noi si riconosce attraverso lo sguardo dell'Altro, stando da soli allora non si esiste. Il Burnout è alle porte.

Di Burnout si parla ormai da cinquant'anni; è un termine inventato da uno psicanalista newyorkese, Herbert Freudenberg. Rappresenta una sindrome caratterizzata da un logorio psicofisico ed emotivo, con vissuti di demotivazione, di delusione e disinteresse in ambito lavorativo. Tuttavia, porta conseguenze non solo in ambito professionale ma anche personale, sociale. Di Burnout se n'è parlato tanto anche in rapporto all'emergenza COVID. Ma se n'è parlato sempre con un approccio di tipo quantitativo, poco dal punto di vista qualitativo.

Nelle ricerche sul Burnout emergono due temi fondamentali: il problema della comunicazione interpersonale e quello dell'identità professionale. Lo smart working agisce ad entrambi i livelli. Passare 6-8 ore davanti allo schermo di un computer comporta un sovraccarico lavorativo a cui si associa il mancato riconoscimento sociale. Se a questo si aggiunge la mancata inte-

razione con i colleghi, si comprende che il Burnout è molto probabile. Gli studi sul Burnout danno una visione unitaria del fenomeno ma ognuno ha la sua maniera di star male; questo è quello che ci insegna la psicoanalisi. Non bisogna tenere conto delle lamentele sul burnout delle persone ma bisogna comprendere l'azione del soggetto in relazione alle richieste dell'Altro. È necessario rompere invece il lavoro ripetitivo e cercare nuove vie per poter essere riconosciuti dagli altri. Nello smart working spesso le aspirazioni dei sogget-



ti e il loro idealismo sono tralasciati, rendendo tutto noioso e privo di senso. L'obbligo prestazionale costringe a realizzare sempre di più, non giungendo mai allo stadio tranquillizzante della gratificazione, il soggetto vive prevalentemente in un sentimento di mancanza e di colpa. Fa concorrenza a sé stesso. Subisce un collasso psichico... in po-

che parole Burnout. In un'epoca come la nostra dove si assiste a quello che Lacan definì “l'evaporazione del nome del Padre”, cioè la scomparsa di ogni autorità riconosciuta, la libertà di cui parlavamo all'inizio dell'articolo si trasforma in oppressione. La società della prestazione smantella i limiti della società della repressione, della società disciplinare. A differenza di quella libertà precedente, da conquistare scalzando l'autorità, nell'attuale società il soggetto è logorato dalla lotta con sé stesso. Citando ancora Byung-Chul Han: “Il soggetto si consuma come una ruota da criceto, che gira sempre più velocemente su se stessa”. L'uso dei mezzi informatici esclude la presenza dell'altro, scompare sempre di più quell'universo di riferimenti che permetteva la costruzione al lavoratore della propria identità.”

La società attuale ci spinge ad una flessibilità senza limite, in maniera tale da aumentare la produttività. Tuttavia, tale obbligo di prestazione ci costringe ad una interdizione del linguaggio: non si ha più il tempo di dedicarsi a se stessi, di interrogarsi e dialogare. Diventa molto più facile ricorrere ai farmaci che alla parola per sottrarsi alla depressione e alla frustrazione.

Il Soggetto di prestazione sfrutta se stesso fino alla consumazione. Ne deriva una auto aggressività che può condurre fino al suicidio.

La vita in queste condizioni diventa allora mera sopravvivenza.

Come dice Byung-Chul Han: “Siamo troppo morti per vivere e troppo vivi per morire.”

Vale la pena di ritrovare un luogo per la parola, per il contatto con l'altro, stavolta con la lettera minuscola, il nostro pari, per permetterci di comprendere che di certo non dobbiamo andare alla ricerca di un Io ideale, perfetto e senza mancanza. Dovremmo accettare il nostro essere mancanti, soprattutto in un periodo critico come questo. Bisogna accettare l'incontro con l'altro anche se, talvolta destabilizzante ma sempre in grado di darci nuova vita. In tempi di pandemia lo smart working può essere una soluzione, ma solo temporanea. Abbiamo bisogno dell'altro per “esistere”!

\*Psicoanalista

► **IL CARDIOPATICO.** *Il dentista può essere costretto a sospendere alcune terapie*

# Quando un dente fa male al cuore

Fiore Candelmo\*



**I**l cardiopatico è un paziente che può dover ricorrere al dentista come qualunque altra persona. La sua peculiarità (del car-

diopatico, non del dentista...) sta nel fatto che egli è spesso trattato con più farmaci per tenere sotto controllo la propria condizione clinica.

A volte queste cure confliggono con gli interessi clinici del dentista. Tra i farmaci più controversi, ci sono gli anticoagulanti, sia i "vecchi" Coumadin o Sintrom, oppure i "nuovi" (Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana). Metto i nomi commerciali per chiarezza con il lettore meno addentro alla materia.

Questi farmaci sono prescritti al paziente per ridurre la capacità coagulante del suo sangue. Sono diverse le condizioni nelle quali questa necessità si concretizza. Le principali sono due: la presenza, nel cuore, di una protesi meccanica valvolare impiantata in sostituzione di una valvola nativa malata, e la fibrillazione atriale, una aritmia che aumenta il rischio di ictus cerebrale per la tendenza a favorire la formazione di trombi nella circolazione. Esistono altre situazioni per la verità, ma queste sono certamente le più frequenti.

Non di rado il dentista consiglia al paziente di sospendere questa terapia e di praticare, in sostituzione, l'eparina per via iniettiva, le "siringhe sulla pancia", come molti pazienti mi dicono.

Il dentista non vuol far correre al paziente il rischio di una emorragia, correlato con l'intervento chirurgico da farsi.

Il rischio emorragico è conosciuto dal dentista, il quale sa il tipo di intervento programmato e ovviamente anche la sua complessità, la necessità di approfondirsi nei tessuti, la vicinanza con strutture a rischio emorragico. La sua cautela è quindi ampiamente giustificata.

Inoltre la bocca è sede di tessuti ampiamente e diffusamente vascolarizzati, quindi una certa perdita di sangue è da mettere in conto. Infine la saliva ha una blanda azione anticoagulante: insomma tutto trama contro di noi!

Tuttavia, sull'altro piatto della bilancia, c'è il rischio di trombosi, che aumenta dal momento della sospensione della terapia e che è limitato solo parzialmente dalla eparina proposta per via sottocutanea. Questa infatti è strutturalmente diversa dall'anticoagulante orale e la dose generalmente proposta è insufficiente allo scopo.

In base ai dati disponibili, per i pazienti in trattamento anticoagulante il rischio di sanguinamento significativo, non controllabile mediante misure emostatiche locali, in seguito a semplici interventi ambulatoriali quali l'estrazione di un dente, appare modesto, oscillando tra lo 0% e il 2%, e non giustifica la sospensione del farmaco nel periodo perioperatorio. (www.informazionisuifarmaci.it)

Il rischio quindi è basso. L'emorragia significativa, che provoca conseguenze lo-

cali o generali tali da richiedere il ricorso al Pronto Soccorso, è piuttosto rara. La trombosi da sospensione dell'anticoagulante invece è molto più frequente e, soprattutto,

potenzialmente grave o addirittura letale. Per

le protesi

valvola-

ri la

forma-

zione

di

trom-

bi sul-

la val-

vola è

molto

pericolo-

sa, per i fi-

brillanti, au-

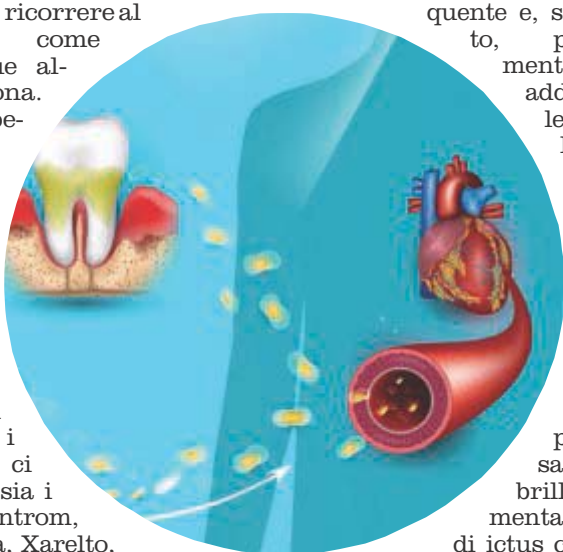
menta il rischio

di ictus cerebrale.

Insomma, lo sbilancio

del rischio appare evidente.

E' quindi opportuno che il paziente faccia presente al dentista la sua condizione di cardiopatico e che il trattamento anti-



coagulante è indispensabile. Il professionista sarà certamente in grado di operare per ridurre al minimo o azzerare la complicità emorragica.

Discorso simile si può fare per l'aspirina, spesso assunta dal cardiopatico. La sua sospensione è generalmente controindicata, soprattutto quando da poche settimane o mesi è stata eseguita una angioplastica coronarica. In questi casi potrebbe verificarsi una recidiva di angina o di ischemia miocardica estesa. Diverso il caso invece quando il tempo dalla angioplastica è superiore a 6 mesi. Il rischio in questo caso è molto più ridotto (anche se non zero).

Invece l'aspirina potrebbe essere sospesa con sicurezza in tutti quei casi (e sono tanti) nei quali essa ha funzione "preventiva". Su questo argomento abbiamo già

pubblicato un articolo qualche settimana fa, nel quale abbiamo chiarito che il suo ruolo, con questa funzione, è sempre più marginale. Molti sono infatti i pazienti genericamente cardiopatici ma che non hanno mai avuto una espressione conclamata della malattia (nessun infarto, nessun ictus, nessuna vasculopatia periferica) che per "stare tranquilli" adottano l'assunzione del farmaco. La prescrizione ovviamente è stata del medico, ma non ha un forte supporto scientifico. In questi casi, la sospensione dell'aspirina può avvenire con maggiore tranquillità.

Per ora ci fermiamo qui. Nel prossimo appuntamento, vedremo altre problematiche "pratiche" da affrontare con il nostro odontoiatra.

\*Cardiologo

## I malati presentano analogie genetiche con i nostri antenati

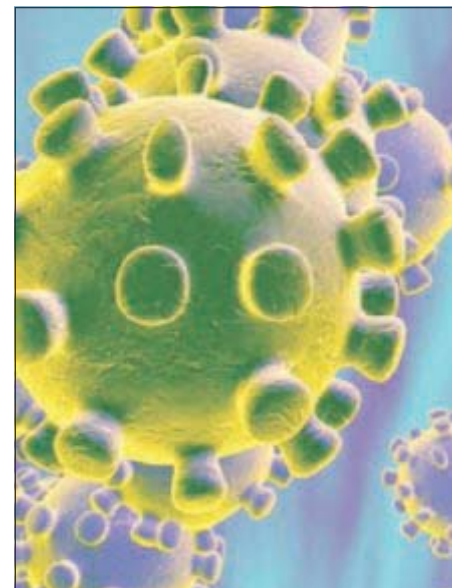
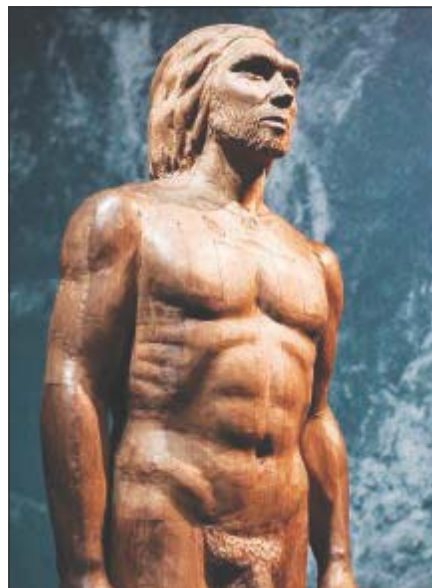
# Neanderthal e Covid 19

Attilio Spidalieri\*



**S**e alcuni pazienti sviluppano delle forme gravi di Covid-19, può darsi che sia colpa del nostro lontano cugino, l'uomo di Neanderthal. Questa ipotesi, che non ha niente

di strano, viene sollevata da un gruppo di ricercatori europei, in uno studio apparso nella prestigiosa rivista scientifica "Nature". Uno dei ricercatori è il biologo svedese Svante Paabo dell'istituto Max-Planck di Lipsia (Germania), che è considerato il "Papa" della paleogenetica, scienza che analizza gli antichi genomi. Fondandosi su diversi risultati scientifici che hanno paragonato il patrimonio genetico di pazienti affetti da forme severe di Covid-19 con quello estratto dai resti dell'uomo di Neanderthal trovati in Siberia ed in Croazia, questi scienziati constatano che i malati presentano delle analogie genetiche con i nostri lontani antenati. In alcuni casi è stata ritrovato lo stesso tipo di variazioni di una parte del genoma (quella riguardante 6 geni sul cromosoma 3), cioè le stesse mutazioni con 50.000 anni di scarto. Svante Paabo non ha dubbi. Dopo aver analizzato e incrociato molti studi, egli stima che questa parte del Neanderthal che è in noi è senza dubbio la chiave che spiega perché, di fronte al Covid-19, alcune persone reagiscono, mentre altre



soccombono. Colpisce il fatto che il patrimonio genetico dei Neanderthal possa determinare delle conseguenze così tragiche nel corso della pandemia attuale. Bisogna studiare questo fenomeno il più rapidamente possibile. Questa pista è interessante, e merita di essere approfondita, anche se altri elementi possono essere evocati riguardo all'eccessiva risposta del sistema immunitario constatata in alcuni pazienti: l'età, il sesso, lo stato di nutrizione, l'epigenetica che è l'influenza dell'ambiente sul nostro patrimonio genetico. Ciò che intriga i ricercatori, nel caso del Covid-19, è la differenza di reazioni di fronte al vi-

rus, e perché, in alcune zone geografiche vi è una maggiore mortalità, ed in altre minore come ad esempio in Africa. E se è molto semplicemente perché questi geni, ereditati dall'uomo di Neanderthal, non sono presenti dappertutto nello stesso modo? I ricercatori constatano così nei loro studi che le mutazioni genetiche, che ritengono implicate nella risposta immunitaria esagerata, sono presenti nel 16% della popolazione in Europa, nel 50% nel sud dell'Asia, mentre sono inesistenti in Africa e nell'Est dell'Asia.

\*Specialista in Endocrinologia e Diabetologia

**► COVID.** Centrale il ruolo dell'ecografia per la valutazione del grasso viscerale

# Obesità, fattore di rischio nei pazienti



Luigi Monaco\*



Il sovrappeso e l'obesità sono definiti come un accumulo di grasso eccessivo che può nuocere alla salute.

Il rapporto tra il peso e l'altezza definisce l'indice di massa corporea (BMI); per gli adulti l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce soggetto in sovrappeso se il BMI è maggiore o uguale a 25; obesità se BMI maggiore o uguale a 30.

L'obesità ormai viene considerata una vera e propria malattia; negli ultimi 40 anni, in molti paesi, si è avuto un significativo e preoccupante aumento del sovrappeso e dell'obesità nei bambini e negli adulti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha stabilito che il numero delle persone obese è triplicato dal 1975.

Nel lockdown per la pandemia di COVID 19 il problema si è accentuato per i cambiamenti degli stili di vita che hanno determinato un'alimentazione sregolata, basata molto su cibi non salutari (cibi grassi, alimenti con molti zuccheri, carboidrati) ed una limitazione dei movimenti, dell'attività fisica.

Nella riunione organizzata dall'OMS il 22 ottobre 2020 è stato definito che l'obesità (specie nei giovani adulti) è un fattore di rischio significativo nei pazienti affetti da COVID 19.

**VALUTAZIONE ECOGRAFICA DEL TESSUTO ADIPOSO NEI PAZIENTI IN SOVRAPPESO-OBESI**

L'accumulo del grasso può interessare diverse aree anatomiche del corpo; in relazione alla distribuzione corporea si distinguono due differenti biotipi:

-Distribuzione del tessuto adiposo prevalentemente sottocutaneo

-Distribuzione del tessuto adiposo prevalentemente viscerale.

Tale differenza è fondamentale dal punto di vista Clinico, infatti mentre nel primo tipo si ha prevalentemente un problema di tipo estetico, nel secondo tipo, come ormai è assodato da numerosi studi clinici epidemiologici e fisiopatologici, l'accumulo viscerale si correla ad un aumento del rischio cardio-vascolare, delle malattie dimetaboliche, della mortalità in generale.

**ECOGRAFIA NELL'ACCUMULO DEL TESSUTO ADIPOSO SOTTOCUTANEO**

L'accumulo delle cellule adipose a livello sottocutaneo determina una compressione dei vasi sanguigni e linfatici presenti. La microcircolazione del sangue e della linfa nei capillari sottocutanei risulta quindi parzialmente compromessa e provoca un accumulo di liquidi negli spazi intercellulari.

Con il tempo il tessuto adiposo si infiamma e comprime ulterio-

*L'accumulo delle cellule adipose determina una compressione dei vasi sanguigni e linfatici*



mente i vasi rallentando ancora di più il drenaggio dei liquidi, innescando quindi un circolo vizioso che autoalimenta questa patologia.

Dal punto di vista metodologico, clinico ed evolutivo si distinguono due forme della cosiddetta "cellulite":

-l' adiposità localizzata (AL) rappresentata da accumulo di tessuto adiposo in regioni dove è normalmente rappresentato e la superficie cutanea è omogenea e di colorito normale, liscia per assenza di scabrosità alla palpazione, senza edema e dolore.

-la pannicolopatia edemato-fibrosclerotica (PEFS) patologia microcircolatoria in continua evoluzione (microangiostasia) del tessuto adiposo sottocutaneo.

In relazione all'evoluzione di tale patologia si distinguono 4 stadi di evoluzione della PEFS:

**STADIO 1:** rappresentato dall'edema dovuto a stasi dei liquidi nell'ipoderma ed accumulo di tessuto adiposo. La sintomatologia è unicamente senso di peso agli arti inferiori.

Obiettività: la pelle comincia a perdere elasticità a causa dell'edema interstiziale.

Ecografia: il quadro ecografico si caratterizza da un'ecostruttura del sottocute conservato ma con

un prevalenza dell'ipoecogenicità per fenomeni di edema.

**STADIO 2:** l'evoluzione dell'edema tissutale determina la comparsa di fibrosi reattive intorno alle cellule adipose.

Obiettività: la cute appare pallida e presenta teleangectasie ed aspetto a buccia d'arancia.

Ecografia: la struttura del sottocute si modifica per la fibrosi con tralci connettivali ispessiti.

**STADIO 3:** la grave compromissione del microcircolo determina il quadro della fibrosclerosi con presenza di micro-noduli.

Obiettività: All'ispezione si osserva l'aspetto "a buccia d'arancia" e si ha dolore alla palpazione ed al pinzamento dei tessuti.

Ecografia: al quadro della fibrosi si associano strutture nodulari che determinano compressione ed interruzione dei tralci connettivali.

**STADIO 4:** i micro noduli confluiscono a formare i macronoduli.

Obiettività: all'ispezione si evidenzia la cosiddetta "cute a materasso". Alla palpazione si apprezzano i macronoduli duri e dolenti.

Ecografia: sovertimento completo dell'ecostruttura del sottocute.

I quadri ecografici permettono una valutazione oggettiva della

sofferenza del sottocute utile al Clinico per un inquadramento della patologia e per indicare la necessaria terapia mirata allo stadio di sofferenza.

**ECOGRAFIA NEL TIPO VISCERALE**

L'obesità viscerale è caratterizzata da una prevalente localizzazione del tessuto adiposo in sede intra-addominale e mediastinica.

Le metodiche strumentali utilizzate per la valutazione del grasso addominale vengono distinti in tecniche indirette e dirette.

La misurazione indiretta maggiormente utilizzata è la misurazione del girovita; il girovita rappresenta la parte più stretta dell'addome e normalmente si trova appena al di sopra la porzione superiore del bordo

laterale della cresta iliaca. Qualora tale zona non fosse ben evidente, la misura viene presa a livello dell'ombelico; nell'uomo il valore massimo è di cm.102, nella donna cm.88. Si tratta di un metodo indiretto pratico ed economico, ma essendo una misurazione indiretta, cioè non misura direttamente la quantità di grasso presente in addome, risulta grossolana, inficiata da fattore indipendenti dal grasso viscerale e pertanto non del tutto affidabile. La misurazione diretta del gras-

so viscerale rappresenta la valutazione più affidabile e le tecniche gold standard sono la TAC e la RMN; purtroppo entrambe presentano significativi limiti per la valutazione in ambito Clinico (alti costi e nel caso della TAC utilizzo di radiazioni ionizzanti).

L'ecografia grazie alle proprietà proprie della metodica (approccio immediato, innocuità e basso costo) rappresenta una valida tecnica per la valutazione diretta del grasso viscerale. L'importanza della misurazione diretta del grasso viscerale e la possibilità di monitorare nel tempo la risposta al trattamento terapeutico mirato, è dovuta alla significativa associazione che c'è tra obesità viscerale e l'insulina-resistenza, la dislipidemia, l'ipertensione, l'aumento dei marker infiammatori e la diatesi trombotica. L'espressione fenotipica di queste anomalie cardio-metaboliche trova il suo paradigma nella sindrome metabolica (fattore di rischio nei pazienti con COVID 19).

La definizione quantitativa del grasso a livello viscerale e le sue ripercussioni a livello Clinico, sono state sviluppate ad Avellino dall'Unità di Ecografia dell'Azienda Ospedaliera Moscati, diretta dal dott. Luigi Monaco, in collaborazione con il gruppo di lavoro Nutriketo dell'Università di Fisciano responsabili dott. Luca Rastrelli e dott. Giuseppe Castaldo; i dati di affidabilità della metodica sono stati pubblicati sulla rivista AM.J. Sci. nel 2014 "Aortomesenteric fat Thickness With ultrasound predicts metabolic diseases in obese patients". In tale studio si è visto che:

- esiste una sostanziale correlazione tra il grasso viscerale e la Sindrome Metabolica

-Il grasso viscerale è significativamente presente in pazienti obesi, ma è possibile il riscontro di un maggiore accumulo del tessuto adiposo viscerale anche in pazienti leggermente in sovrappeso;

-L'ecografia mirata, cioè effettuata nelle sedi anatomiche indicate dal lavoro scientifico, risulta oggettiva e non inficiata da altre variabili quale il tessuto adiposo sottocutaneo e particolarmente il meteorismo intestinale

-Grazie alla misurazione oggettiva è possibile monitorare il paziente nei tempi successivi e valutare la risposta ottimale al trattamento terapeutico.

**CONCLUSIONI**

Affrontare in modo corretto l'obesità rientra nella definizione di salute indicata dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS): "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia", definizione particolarmente significativa in questo periodo di pandemia da COVID-19.

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