

# I tanti benefici della camomilla



Mariolina De Angelis\*



La camomilla, il cui nome scientifico è *matricaria camomilla*, è una pianta erbacea annuale appartenente alla famiglia delle *asteraceae*. La sua derivazione è conservata nel nome spagnolo *Manzanilla* che vuol dire mela. Il nome del genere invece, *matricaria* deriva dal latino. *Matrix*, in latino vuol dire utero in riferimento all'azione calmante espletata dalla camomilla nei disturbi mestruali.

La Herbal Research foundation ha stimato che ogni giorno vengono con-

sumate ogni giorno un milione di tazze di camomilla. Sono più di 5000 anni che l'uomo riconosce i benefici di questa pianta a riprova dell'affidabilità della stessa e dei risultati ottenuti nella cura di diversi disturbi e per scopi terapeutici differenti. Generalmente la camomilla è assunta sotto forma di infuso ma sono in commercio compresse colliri e pomate che contengono percentuali differenti dei componenti di questa specie. Procediamo per ordine: la pianta, è ricca di flavonoidi e antiossidanti presenti nei capolini, l'infiorescenza tipica di questo gruppo di piante. La bevanda che si ottiene bevuta, aiuta a migliorare la qualità del sonno.

Altresì, la camomilla risulta utile contro i malanni di stagione. Le sue proprietà antinfiammatorie e antibatteriche infatti sono molteplici, sono in grado di alleviare i fastidi delle irritazioni nasali e della gola. Basterà inalare i vapori dell'infuso di camomilla per veder alleviare i sintomi influenzali. Un rimedio antico utile e non dannoso. La camomilla la si ritrova inoltre in molti colliri per la sua azione addolcente e, in molte formulazioni topiche quali pomate gel e creme. Questa pianta erbacea così come la malva infatti risulta utile nel trattamento di eczemi e rash cutanei riducendo fastidi quali prurito, bruciore e rossore. La presenza di sostanze antiossi-

danti e antinfiammatorie conferisce alla camomilla questa proprietà è doveroso ricordare anche che questa azione antinfiammatoria la camomilla la esplica anche a livello dell'apparato gastrointestinale. Infatti questa pianta è utilizzata per ridurre l'acidità gastrica e in presenza di ulcere duodenali. Inoltre la camomilla previene danni al pancreas organo che produce insulina ed esplica questa azione protettiva regolando il tasso glicemico presente nel torrente circolatorio. Studi scientifici hanno infatti dimostrato che persone diabetiche che consumano giornaliero della camomilla, beneficiano di un abbassamento del livello di zucchero nel san-

gue. I flavonoidi, metaboliti secondari delle piante presenti controllano l'assetto lipidico regolando il colesterolo. Quindi, la camomilla è ricca di proprietà ed essendo una pianta tranquilla sono minimi i suoi effetti collaterali. Come sempre essi dipendono dalla quantità assunta. Prediligere un farmaco naturale ad uno sintetico è certamente cosa buona ma è necessario considerare le possibili controindicazioni. In soggetti ipersensibili la camomilla può amplificare il suo effetto ipnoinducente e a dosi elevate provocare sonno e vomito. Attenzione quindi tutto va usato e dosato affinché possa dare gli effetti voluti.

\*Farmacista





► **PREVENZIONE.** *Le posizioni scorrette producono deformazioni della colonna vertebrale non irreversibili*

# Cattiva postura e scoliosi

*La diagnosi viene fatta con l'osservazione del paziente sia frontalmente che dorsalmente*

Mario ed Alessandro Ciarimboli \*

Spesso genitori particolarmente attenti alla crescita dei propri figli chiedono al Fisiatra se la cattiva postura (ad esempio causata dall'uso dello zainetto scolastico o dal modo di stare seduti o dalla conformazione del banco di scuola) possa causare la scoliosi. In realtà le posizioni scorrette o l'uso dello zainetto producono deformazioni della colonna vertebrale non irreversibili e che scompaiono nel momento in cui la posizione cambia. Quindi le deformazioni indotte non sono strutturali e non possono causare deformità permanenti come la scoliosi. A questo punto è però indispensabile chiarire che cos'è la scoliosi. Questa è una alterazione della forma della colonna vertebrale caratterizzata da curvatura laterale e rotazione dei corpi vertebrali. Questa situazione si manifesta con una sporgenza della gabbia toracica conosciuta come gibbo. A tutto ciò si associa una rotazione dei corpi vertebrali della parte di colonna vertebrale interessata dalla scoliosi che assumono una forma "a cuneo". Queste alterazioni anatomiche (cuneizzazione e rotazione) distinguono la scoliosi vera e propria (dismorfismo) dall'atteggiamento (paramorfismo) scoliotico. Entrambi le situazioni hanno caratteristiche simili con asimmetria delle spalle e deviazione (alla RX) della colonna. Ma il paramorfismo, cioè l'atteggiamento scoliotico, non manifesta il gibbo costale che non si riscontra alla osservazione né tantomeno la rotazione dei corpi vertebrali che non si riscontra alla radiografia. La scoliosi ha una incidenza molto ridotta (circa il 2%) e peraltro solo per lo 0,5% ha particolare importanza clinica. La più frequente è la forma adolescenziale (tra i 10 e i 16 anni) con localizzazione più frequente a livello toracico e maggior interessamento nel sesso femminile. Nonostante numerosi studi abbiano chiarito molti aspetti della patologia tuttora dobbiamo definirla "idiopatica", cioè senza una causa conosciuta e definita. Si sa che in alcuni casi vi è una incidenza familiare che fa pensare ad ereditarietà legata al cromosoma X, in altri ad una influenza esercitata da ghiandole endocrine come l'ipofisi con l'Ormone della crescita (GH) o l'epifisi con la melatonina. In realtà al momento non abbiamo ancora certezza sulle cause che sembrano molteplici e prestabilite. Un recente interessantissimo studio svolto da ricercatori Canadesi (dott. Moreau) ha svelato la presenza nel sangue di ragazzi scoliotici di una proteina che, se aumentata, è indice di scoliosi e della sua gravità. In altri termini più è presente tale proteina più indica evolutività della patologia. Tanto ci consentirà in un futuro non lontano di fare diagnosi di scoliosi in laboratorio e soprattutto di prevederne la evoluzione stabilendo la tipologia del trattamento in particolare valutando la necessità di fisiochinesiterapia o di busto ortopedico o di terapia chirurgica.

La diagnosi di scoliosi clinicamente viene fatta con l'osservazione sia frontalmente che dorsalmente al giovane Paziente. Si valuta in particolare la posizione reciproca di punti di repere (spalle, scapole, spine iliache, ecc.) e la posizione del "filo a piombo" che in condizioni normali deve essere posizionato tra l'occipite e la linea interglutea. Una deviazione del filo a piombo può essere significativa di scoliosi. Si cerca inoltre la eventuale presenza di gibbo (sporgenza costale o lombare). Naturalmente attualmente è possibile utilizzare la



tecnologia con indagini posturali di tipo videografico che offrono alta precisione nel definire qualitativamente e quantitativamente asimmetrie da cui si può risalire ad una precisa diagnosi di scoliosi. Indispensabile naturalmente è una valutazione radiografica del rachide che consente di misurare l'ampiezza della curva scoliotica in gradi Cobb e la evolutività in base alla età scheletrica a cui si risale dalla valutazione delle ali iliache (test di Risser).

Se il test di Risser non evidenzia completo sviluppo scheletrico ed in base all'ampiezza della curva scoliotica si possono schematizzare le modalità di intervento:

Età: 10 - 16 anni - Gradi Cobb: < 10° - Intervento: Osservazione e attività sportiva (sport terapia)

Età: 10 - 16 anni 10 - Gradi Cobb: 20° - Intervento: Osservazione attenta (clinica e radiografica) e monitoraggio, esercizi di ginnastica e/o attività sportiva (sport terapia).

Età: 10 - 16 anni 20 - Gradi Cobb: 40° - Intervento: trattamento con busti (corsetti) ortopedici

Età: 10 - 16 anni - Gradi Cobb: >40° - Intervento: trattamento chirurgico della deformità (correzione della curva con barre metalliche, uncini o viti nelle vertebre). Di recente introduzione è l'uso di viti nelle vertebre con strisce acriliche che correggono molto positivamente la curva scoliotica.

In conclusione, è molto importante che la diagnosi, la prognosi e l'eventuale trattamento siano affidati al Medico specialista e non alla empirica osservazione di personale non qualificato. È indispensabile distinguere la diagnosi di dismorfismo (scoliosi), bisognevole di trattamento specifico ed adeguato, dalla diagnosi di paramorfismo (atteggiamento) che necessita semplicemente di educazione fisica e posturale che, se eseguite in maniera corretta e costante, sono più che sufficienti a mi-

gliorare la postura degli adolescenti. In altre parole, l'adolescente affetto da scoliosi va seguito e curato con criteri specialistici rigidi che prevedono vari livelli di intervento (FKT, corsetto, chirurgia) a seconda della entità e del livello di patologia. L'adolescente con semplici alterazioni dell'atteggiamento posturale deve svolgere attività ludico sportiva e frequentare palestre o piscine, affidato a personale competente (laurea in Scienze motorie o personale garantito dalle Federazioni aderenti al CONI). In questo senso tutte le attività sportive offrono adeguate garanzie, anche i cosiddetti sports asimmetrici che, come ad esempio il tennis, non sono causa di dismorfismo (scoliosi in particolare) né possono influenzare negativamente l'evoluzione di una scoliosi già strutturata e che segue un suo andamento evolutivo già predeterminato da fattori biochimici, genetici ed endocrini.

\*Fisiatri

## Spasticità: chirurgia funzionale all'arto inferiore

Paolo Zerbinati\*



La chirurgia funzionale applicata alla spasticità trova una particolare azione nei pazienti con esiti di ictus soprattutto all'arto inferiore. È importante sottolineare che l'ictus è la terza causa di morte in Italia e la prima per quanto riguarda la disabilità.

I pazienti colpiti da ictus con una paresi spastica, si vedono costretti a rinunciare alle normali attività quotidiane. Il loro cammino è instabile e difficoltoso per tanto sono alti i rischi di cadute. Il paziente fa fatica a muovere l'arto e ciò a causa dell'ipertono dei muscoli posteriori della coscia e della gamba, diretta conseguenza è la difficoltà a piegare il ginocchio e ad avere una deambulazione corretta.

Spesso il cammino avviene solo con l'ausilio di presidi ortopedici, tutori, scarpe ortopediche e spesso anche deambulatori. Ciò vuole dire perdita dell'autonomia deambulatoria. La spasticità spesso associata all'ipertono fa sì che il paziente non tolleri in presidio utilizzato e lamenti do-



lori e difficoltà. La chirurgia funzionale con gesti chirurgici fatti di piccole e precise incisioni a livello di diversi segmenti interessati, ha lo scopo preciso di allentare le rigidità fibrose che si sono formate nell'interno dei muscoli e ciò per permettere la correzione delle deformità. Il paziente, dopo la valutazione del cammino che analizzerà le varie componenti muscolari, verrà sottoposto all'intervento che avviene generalmente con anestesia

spinale. La durata dello stesso è di circa un'ora ed il paziente già il giorno successivo all'intervento è trasferito in riabilitazione e sottoposto per un mese ad un percorso riabilitativo personalizzato. Tutto ciò serve per ottenere una maggiore autonomia del paziente e una stabilità nel cammino.

\*Neurochirurgo ortopedico  
Ospedale Santa Maria Multimedita (Varese)



► **PATOLOGIE.** La sintomatologia compare entro due ore dall'assunzione di piccole quantità di aspirina o di antinfiammatori

# Aspirina e crisi asmatiche

*Tutti i pazienti devono essere informati sui rischi connessi all'assunzione del medicinale*

**Biagio Campana**



L'asma indotto da aspirina conosciuta anche come Aspirin-induced asthma (A.I.A.) o Aspirin-exacerbated respiratory disease si sovrappone generalmente a un quadro di asma grave e si caratterizza per la presenza di poliposi nasale, rino-sinusite cronica e broncocostrizione. In realtà questa associazione è conosciuta da quasi 100 anni. Nel lontano 1922, infatti, Fernand Widal (Delys, 9 marzo 1862 - Parigi, 14 gennaio 1929) un noto medico e batteriologo francese, descrisse una curiosa associazione tra asma, poliposi nasale e intolleranza all'Aspirina (acido acetil-salicilico o ASA). Solo successivamente si notò che di tale sindrome, presente soprattutto nella popolazione asmatica adulta e più raramente nei bimbi, non fosse responsabile solamente l'Aspirina, ma altresì tutta una serie di farmaci denominati FANS (farmaci antinfiammatori non steroidei) che, come l'Aspirina, potevano scatenare una reazione acuta più o meno grave. Le prime manifestazioni ca-

ratterizzate da rinorrea e congestione nasale si verificano generalmente nella terza-quarta decade di vita. La sintomatologia compare entro due ore dall'assunzione di piccole quantità di aspirina o di antinfiammatori non steroidei (FANS). Nelle forme più gravi si manifesta la riacutizzazione asmatica,

spesso accompagnata da rinorrea, irritazione congiuntivale e eritema del capo e del collo. Considerando la diffusione dell'aspirina e la prevalenza dell'asma il problema risulta essere di una certa rilevanza. Secondo i più recenti dati disponibili in letteratura l'asma indotto da aspirina coinvolge il 7% dei pazienti asmatici, raddoppiando quando si considera la popolazione dei pazienti affetti da asma grave. La diagnosi dell'asma indotta da aspirina si basa su prove di provocazione con

acido acetil-salicilico, assunte per via orale e in ambiente ospedaliero protetto in presenza di un anestesista per questioni di sicurezza del paziente. Esse prevedono la somministrazione per os di dosi progressivamente crescenti di acido acetil-salicilico secondo protocolli diagnostici

standard, fino a dimostrazione delle crisi che rapidamente vengono controllate al primo accenno di comparsa (dose soglia) con la somministrazione di farmaci atti ad interrompere (antiasmatici inalatori a rapida azione e cortisonici). Una modalità diagnostica considerata meno pericolosa prevede la somministrazione di salicilato in forma inalatoria. Si procede quindi ad un esame spirometrico ed il test viene considerato positivo laddove si assiste ad una riduzione del volume espiratorio forzato al primo secondo (FEV1) o del flusso espiratorio di picco (PEF) di almeno il 15% rispetto a quello di partenza, qualo-



standard, fino a dimostrazione delle crisi che rapidamente vengono controllate al primo accenno di comparsa (dose soglia) con la somministrazione di farmaci atti ad interrompere (antiasmatici inalatori a rapida azione e cortisonici). Una modalità diagnostica considerata meno pericolosa prevede la somministrazione di salicilato in forma inalatoria. Si procede quindi ad un esame spirometrico ed il test viene considerato positivo laddove si assiste ad una riduzione del volume espiratorio forzato al primo secondo (FEV1) o del flusso espiratorio di picco (PEF) di almeno il 15% rispetto a quello di partenza, qualo-



ra compaiano sintomi di ostruzione nasale o di asma (broncospasmo) o di interessamento oculare (congiuntivite), o di almeno il 20% dei due parametri, nel caso in cui il paziente non manifesti invece la comparsa di sintomi nasali, bronchiali od oculari durante la prova. Infine un'ulteriore possibilità diagnostica prevede il dosaggio del leucotriene LC4 nelle urine. La terapia prevede innanzitutto la completa astensione dal contatto con i salicilati. Tutti i pazienti asmatici devono quindi essere preventivamente informati circa i possibili rischi connessi all'assunzione di aspirina e di altri inibitori della COX-1, e educati ad assumere farmaci alternativi ogni qual volta questo sia possibile. Il paracetamolo è considerato il farmaco più sicuro come analgesico e antipiretico, gli inibitori selettivi della COX-2 (Coxib) i più sicuri come antinfiammatori. Oltre a ciò, lo specialista prescriverà la terapia inalatoria ed orale già prevista per la condizione asmatica associata

eventualmente a quella per l'ostruzione nasale. Indispensabile una valutazione otorinolaringoiatra per l'opportunità di procedere ad un intervento chirurgico di rimozione dei polipi nasali qualora presenti (polipectomia nasale). Quest'ultimo intervento va comunque valutato attentamente per il rischio di recidive. Infine andrebbe posta massima attenzione per alcuni alimenti o prodotti naturali e/o industriali che contengono salicilati. Va osservata una vera e propria dieta "ASA" free che prevede delle restrizioni nell'assunzione di diversi alimenti contenenti salicilati seppur in minima quantità, come le mandorle, mele, albicocche, prodotti in salamoia, cetrioli o prodotti contenenti lo stesso come additivo come ad esempio gomme da masticare, gelati, distillati o ancora prodotti industriali come dentifrici alla menta, saponi, profumi e collutori.

**Specialista in Malattie dell'apparato Respiratorio**

► **TERAPIE.** I germi di origine intestinale rappresentano i principali responsabili delle infezioni vescicali

## Combattere le cistiti batteriche

*Le infezioni urinarie sono tra le più frequenti patologie infettive*

**Annarita Cicalese\***



Le infezioni urinarie sono tra le più frequenti patologie infettive nel nostro paese e si stima che siano responsabili di circa il 15% delle prescrizioni di farmaci antibiotici.

Attualmente il tasso crescente di resistenza agli antibiotici, soprattutto quelli ad ampio spettro, come i chinolonici e le cefalosporine, rappresenta il dato più significativo. Questo è legato al crescente utilizzo di questi farmaci in ambito urologico. In ragione di ciò, le linee guida internazionali invitano ad un uso prudente e parsimonioso dei farmaci, individuando questa strategia come l'unica in grado di fronteggiare l'incremento delle resistenze batteriche. Queste, infatti, potrebbero rendere più complesso il trattamento delle infezioni urinarie e inefficace la profilassi in ambito di chirurgia urologica.

In questo scenario le infezioni vescicali ("cistiti") assumono un ruolo cruciale sia dal punto di vista epidemiologico, poiché estremamente frequenti nella popolazione, sia dal punto di vista terapeutico, poiché sempre più trattate con farmaci antibiotici, spesso in maniera non ben



ponderata. Esistono ormai abbondanti evidenze del fatto che, nella maggior parte dei casi, la colonizzazione della vescica avviene per via retrograda attraverso l'uretra, in particolare per quanto riguarda i germi di origine intestinale, i quali rappresentano i principali responsabili delle infezioni vescicali.

Questo spiega anche perché queste infezioni siano estremamente più frequenti nella donna rispetto all'uomo e perché la probabilità di svi-

luppate un'infezione si accentui in seguito a cateterismi e manovre strumentali sulle vie urinarie. I casi di diffusione ematogena sono riconducibili a particolari microrganismi che causano primariamente un'infezione sistemica che raggiunge solo secondariamente l'apparato urinario. Premesso che esiste una variabilità nella capacità dei diversi ceppi batterici di generare una infezione clinicamente significativa, i principali fattori coinvolti sono riconducibili

li alla compromissione dei meccanismi di difesa dell'ospite. In particolare l'ostruzione al deflusso urinario con o senza presenza di ristagno vescicale è da considerarsi tra i principali fattori di rischio.

Le cistiti acute non complicate femminili rappresentano episodi sporadici o ricorrenti, osservati spesso in donne senza anomalie anatomiche funzionali del basso tratto urinario e senza sostanziali comorbidità.

Almeno una donna su tre ha avuto esperienza nella propria vita di un episodio di cistite. Sono stati evidenziati possibili fattori predisponenti quali il rapporto sessuale, l'incontinenza urinaria, l'atrofia vaginale, il prolasso vescicale con residuo urinario post minzionale, il cateterismo, il diabete mellito. Escherichia coli è responsabile in una percentuale di casi che può raggiungere il 95%.

La diagnosi viene solitamente effettuata sulla base di una sintomatologia composta da urgenza minzionale, stranguria, aumento della frequenza minzionale e senso di incompleto svuotamento. Un valido supporto alla diagnosi viene offerto dall'esame delle urine, riservando l'urinocoltura e altri esami strumentali ai casi resistenti ai trattamenti di primo livello oppure laddove esistano delle situazioni concomitanti che richiedano maggiore attenzione (sesso maschile, gravidanza, comorbidità).

In seguito al trattamento antibiotico non è utile effettuare esami di controllo in pazienti asintomatici.

Quando gli episodi sono ricorrenti (almeno 3 in un anno) la diagnosi richiede l'esame colturale e la valutazione del residuo post minzionale.

In questi casi si è evidenziata l'utilità di una terapia di profilassi che riduca il numero di infezioni e che consenta una marcata riduzione dell'utilizzo di farmaci antibiotici con conseguente vantaggio economico e biologico in termini di tassi di resistenza. La terapia di prevenzione delle cistiti ricidivanti è rappresentata in primo luogo da una terapia comportamentale.

Questa consiste nella modifica dello stile di vita relativamente all'assunzione di liquidi, all'igiene personale, allo svuotamento vescicale dopo i rapporti sessuali e all'utilizzo di indumenti intimi e/o presidi sintetici. Obiettivi utili nell'ambito della profilassi possono essere il ripristino di una adeguata flora batterica vaginale ed intestinale e il trattamento dell'atrofia vaginale.

L'utilizzo di prodotti contenenti proantocianidine (cranberry) oppure D-mannosio, ha dimostrato nella pratica clinica una sostanziale riduzione degli episodi infettivi. L'assunzione può essere continuativa o strutturata in cicli mensili in base alle esigenze specifiche. Questi integratori, in associazione a una corretta diagnosi, all'esclusione di fattori di rischio specifici, e a una adeguata terapia comportamentale, sono in grado di limitare sostanzialmente l'utilizzo di antibiotici e di ridurre la frequenza e l'intensità degli episodi acuti.

**\*Urologa**





► SOCIETÀ' Non allentare le misure di sicurezza

# La minaccia dell'eterno ritorno

L'umanità vive in modo ciclico da qualche mese la lotta contro il Covid

Gianpaolo Palumbo\*



“**C**he accadrebbe se, un giorno o una notte, un demone strisciante furtivo nella più solitaria delle tue solitudini e ti dicesse: 'Questa vita, come tu ora la vivi e l'hai vissuta, dovrai viverla ancora una volta e ancora innumerevoli volte, e non ci sarà in essa mai niente di nuovo, ma ogni dolore e ogni piacere e ogni pensiero e sospiro, e ogni indicibilmente piccola e grande cosa della tua vita dovrà fare ritorno a te, e tutte nella stessa sequenza e successione...!'” La prospettiva dell'eterno ritorno dell'uguale, il più abissale dei pensieri, come lo definì lo stesso Nietzsche nell'aforisma 341 della “Gaia Scienza”, sembra essere molto affine alla nuova situazione che tutta l'umanità, già da qualche mese, vive in modo ciclico: la lotta contro il coronavirus. Tutta un'altra epoca quella di fine '800 rispetto ad oggi, è vero; ma come allora l'odierno “demone furtivo”, il nostro virus con la corona, ogni giorno ci vincola a lui in un cerchio di continuo ritorno: ritorno al già vissuto, a scene già viste, a sentimenti già provati! Nel testo del filosofo tedesco ricorrono anche concetti come quello di superuomo e di grande salute; essi, interpretati in chiave moderna rievocano l'uomo ipertecnologico contemporaneo alla ricerca spasmodica della “grande salute”, un super uomo che deve porsi come volontà di potenza! Ma il virus è più potente di lui, sta mutando in un super-virus dai tanti volti che ha intenzione di rendere a tutti la vita più complessa e complicata di quanto si pensi. A rischio sono gli sforzi che gli scienziati di tutto il mondo hanno messo in campo per ottenere un vaccino in tempi record; si teme tutto il contrario di quel che sarebbe stato logico aspettarsi: la paura “grande” di riombare nell'incubo, di vedersi travolgere dall'irruzione delle “varianti”.

“Nel possibile tutto è possibile”, diceva Søren Kierkegaard, il filosofo dell'an-

goscia, e tenerne conto vuol dire, in ultima analisi, tenere conto che nella vita tutto può accadere, tutto è possibile e imprevedibile. Così viviamo nell'attesa di risvegliarci all'indomani pensando ai nostri bei programmi da realizzare; ma questo valeva fino a un po' di mesi fa, quando eravamo noi a scegliere di comportarci in un certo modo. Il problema è che adesso noi non possiamo più scegliere cosa preferire pensare, siamo costretti a pensarci sopraffatti dal virus, perché ce l'abbiamo davanti in tutta la sua imponenza.

Siamo partiti abbastanza bene con i vaccini ed avevamo accelerato sull'utilizzo degli anticorpi monoclonali, ma iniziamo ora a subire gli attacchi di chi ha paura delle varianti del virus, che vengono considerate più aggressive e veloci dei nostri attuali...“padroni”. Eppure il miracolo scientifico di organizzare i vaccini ci ha permesso di farlo in sette/otto mesi, per cui l'evento prevedibile dell'emergere di varianti del virus non dovrebbe destare particolari preoccupazioni, soprattutto perché il “nostro” è un Sars-CoV-2 quanto mai stabile. Dal novembre del 2020 già sono ben 76mila le varianti che i ricercatori hanno catalogato, errori legati alla lunghezza del genoma (cioè dal testo da ricopiare). Molti errori sfuggono ad una attenta catalogazione, ma sono sempre errori che capitano per caso, sempre di “scrittura” genetica.

Tutti parlano della variante cosiddetta “inglese”, che è già presente in Italia nel 20% dei contagi ed è anche quella che potrebbe appropriarsi dello scettro di reginetta del coronavirus. E' molto diffusa in Danimarca, Africa, Stati Uniti d'America Canada ed Australia e non viene, tutto sommato, considerata particolarmente pericolosa. I vaccini in commercio sono diretti verso la proteina Spike e le numerose varianti virali di quest'ultima settimana sono caratterizzate da una trasmissibilità molto veloce e da un tasso di letalità particolarmente elevato. I cittadini londinesi, sottoposti al test, hanno dichiarato di aver perso molto poco olfatto e gusto mentre la tosse è diventata

più problematica.

La variante “inglese” è comparsa nel settembre u.s. ed il virus è stato più contagioso dal 30 al 50%, con mortalità superiore al 70%. Anche nel nostro paese le varianti d'oltre manica hanno una forte presenza in Lombardia (30% dei casi), in Campania (nel 25%) e nel Veneto (nel 20%). Dai vari studi emerge che si stanno completando il quadro epidemiologico e che a livello nazionale un positivo su cinque è...“inglese”, variante, ostacolata nel diffondersi dai vaccini

anti-covid. Quindi la popolazione vaccinata non deve temere ulteriori problemi e dubbi sui vaccini, che al momento, non sono stati ancora individuati. Anzi c'è il “caso India” dove, nelle ultime settimane, sono crollati i contagi (neppure undicimila nelle ultime 24 ore) con una media di ottantacinque vittime al giorno su una popolazione di un miliardo e 340 milioni di abitanti. Ci sono vari motivi perché il paese asiatico si sia fermato, prima di tutto ha “corso moltissimo” in numero di contagi nelle

prime fasi ed oggi si “gode” una probabile immunità di “gregge”, sottolineando due preziosissimi dati: il 50% della popolazione ha meno di 25 anni di età, e gli ultrasessantacinquenni sono solo il 6,5% della popolazione.

Su migliaia di varianti, quelle che si tengono d'occhio fin dagli ultimi mesi dello scorso anno, in particolare, sono solo tre, oltre quella inglese, la brasiliana e la sudafricana. Nelle regioni di Abruzzo, Marche, Toscana, Umbria e Trentino Alto Adige oltre il

40% dei positivi presenta la variante inglese, riscontrata in una piccola zona rossa in “Piemonte” con 37 positivi. In Liguria c'è un solo caso di “brasiliana” ed il 21% di “inglese”.

Comunque, al di là delle vaccinazioni, si deve continuare a stare distanti ed a stare attenti. Non si devono allentare le misure di sicurezza. Tutto il lavoro fatto e le restrizioni subite in questi lunghi mesi diventerebbero inutili: un vero peccato.

\*Medico Federazione medici sportivi italiani



## LE PROBLEMATICHE DEL PAZIENTE

# Il Radiologo e la Diagnosi

Graziella Di Grezia\*



**I**l processo diagnostico è un evento complesso, centrato sul paziente, che comprende la raccolta di informazioni con lo scopo di identificare in modo puntuale e preciso il problema del paziente.

La diagnosi non coincide con la semplice esecuzione di un esame, ma è un processo che richiede tempo, impegno e in alcuni casi professionalità condivise; spesso è necessario adottare un modello decisionale che integri informazioni e interpretazione delle immagini per la formulazione di un giudizio conclusivo. Un esame completo non può prescindere dall'anamnesi del paziente, prima ancora del quesito diagnostico, che spinge uno specialista o il medico di medicina generale a prescrivere una indagine.

L'associazione di dati anamnestici, l'esame obiettivo ed eventualmente esami di laboratorio orientano verso un dubbio diagnostico che si traduce in un “quesito clinico” che lo specialista dovrebbe indicare nella prescrizione di un esame diagnostico.

Talvolta è necessario coinvolgere familiari del paziente per ottenere ulteriori informazioni importanti nella storia clinica o più specialisti che possano escludere una patologia o orientare verso un percorso diagnostico adeguato.

In relazione ai dati a disposizione, è la scelta dell'esame o il tipo di esami e la sequenza con cui vengono svolti il primum movens verso una corretta diagnosi.

Aiutano nel processo le diagnosi



di esclusione nonché la presenza di esami pregressi confrontabili. Avere a disposizione precedenti radiologici (in buono stato di conservazione) spesso evita approfondimenti diagnostici anche con procedure invasive, grazie alla stabilità di reperti nell'arco temporale trascorso tra due esami. Ad oggi la digitalizzazione dei propri esami radiologici può semplificare l'archiviazione degli esami e renderli ancora più semplicemente confrontabili.

Se la detection delle lesioni richiede l'alta professionalità di un radiologo (soprattutto in ambito di diagnostica senologica), la caratterizzazione delle lesioni identificate non è sempre un processo immediato, ma rappresenta spesso la composizione di un puzzle che il radiologo può completare se ha a disposizione tutti i “fascelli”.

Il tempo di refertazione di un esa-

me dunque, non è quello della mera valutazione di una iconografia scorpolata dal paziente e dalla sua storia, ma un processo complesso che richiede attenzione e tempo e che dovrebbe concludersi, quando e se possibile, con la comunicazione al paziente del risultato.

È proprio la consapevolezza del paziente e il coinvolgimento anche di medici di medicina generale e di altri specialisti che possono rappresentare un'unica forza medica che porti alla diagnosi corretta nel modo più appropriato e completo possibile.

Soltanto a quel punto, l'approccio terapeutico potrà essere adeguato e personalizzato. Se il radiologo non è parte del processo terapeutico, è pur vero che ne è il testimone, attraverso la valutazione dei controlli post-terapia medica o chirurgica che dimostrino l'evoluzione della patologia.

\*Radiologo PhD



► **TERAPIA.** *Se non diagnosticati in tempo ed in modo corretto, evolvono in lussazione*

# Anche e displasia congenita

Luigi Monaco\*



La Displasia Congenita dell'Anca (DCA) ha inizio in epoca fetale ed ha un andamento evolutivo determinando esiti permanenti ed invalidanti dell'articolazione interessata. Si caratterizza da un complesso di dismorfismi della cavità acetabolare, del femore e delle strutture capsulo-legamentose che, se non diagnosticati in tempo ed in modo corretto, evolvono in lussazione.

## EPIDEMIOLOGIA

L'incidenza totale della DCA è stimata tra lo 0,5 ed il 3% con netta prevalenza del sesso femminile (rapporto di 5 a 1). È ammessa una familiarità. La sede interessata dalla patologia è il lato di sinistra a causa della posizione intrauterina del feto che determina una posizione forzata di adduzione dell'anca per via della stretta vicinanza con il rachide lombo-sacrale della madre.

## EZIOLOGIA

Attualmente l'insorgenza della DCA viene rapportata a: fattori predisponenti genetici (teoria elaborata da Wynne-Davies R. J Med Gen 1982): la probabilità che un neonato sia portatore di displasia dell'anca è del -6% se i genitori non hanno una storia di DCA, ma un fratello colpito dalla patologia; -12% se vie è un genitore colpito, ma nessun precedente fratello; -36% se vi sono un genitore ed un precedente fratello colpito  
Fattori ambientali: tutti i fattori che determinano una riduzione dello spazio libero attorno al feto obbligandolo ad una adduzione forzata delle anche:  
-Presentazione podalica  
-Gemellarità  
-Macrosomia fetale  
-Primogenitura riduzione di elasticità dei muscoli addominali della madre)  
-Oligoidramnios/anidramnios.

## CLINICA

Allo stato attuale il programma di screening per la DCA prevede il ruolo centrale del neonatologo che alla nascita, sulla scorta dell'esame clinico e dei dati anamnestici (particolare importanza alla familiarità per DCA, alla presentazione podalica ed all'oligodramnios) individua i neonati "a rischio" cioè che necessitano una diagnosi di patologia entro la 4°-6° settimana di vita.

## DIAGNOSI

L'esame ecografico rappresenta l'indagine diagnostica d'elezione per un programma di screening della DCA. Anche una valutazione in termini di costo-benefici giustifica ampiamente l'utilizzo dell'ecografia. La metodica ecografica, innocua, ben accettata dai piccoli pazienti, di rapida esecuzione, consente di studiare accuratamente tutte le componenti le articolazioni. In mani esperte presenta un'elevatissima sensibilità e specificità con attendibilità diagnostica vicina al 100%.

La possibilità di effettuare l'ecografia sin dalle prime ore di vita permette di raggiungere una guarigione completa in tempi brevi anche da forme gravi di displasia. In età neonatale infatti il grado di tensione muscolo-scheletrica è decisamente inferiore rispetto ai mesi successivi e l'elasticità dei tessuti osteo-cartilaginei permette un rapido adattamento alla posizione corretta dell'articolazione ottenuta terapeuticamente.

È stato dimostrato (Ramset et.al. JBJS (Am) 1976) che la relazione tra precocità della diagnosi e durata del trattamento è strettamente correlato, infatti se la diagnosi di DCA avviene:  
-nel 1° mese di vita la durata del trattamento



per la guarigione è di 3,6 mesi  
-tra il 1° ed il 3° mese di vita la durata aumenta fino a 7 mese  
-tra il 3° ed il 6° mese di vita fino a 9,3 mesi.  
I motivi di ritardato trattamento sono:  
-errato trattamento in altra sede;  
-errata diagnosi  
-ritardo della diagnosi e quindi del

trattamento necessario. Oltre che per lo screening, l'ecografia viene impiegata con successo nei follow-up dei pazienti in trattamento. Di solito l'intervallo di tempo necessario per identificare delle differenze morfologiche significative nelle componenti dell'articolazione è di 4-6 settimane.

## TERAPIA

Il trattamento è strettamente in relazione al grado di gravità della DCA. Ci sono tuttavia alcuni principi generali ai quali tutti gli ortopedici pediatri si attengono.

La prima distinzione riguarda la collocazione della testa del femore. E' ancora contenuta nell'acetabolo (displasia)? Alloggia impropriamente al di fuori dell'acetabolo (lussazione)? E se la testa del femore è lussata è possibile manualmente ricondurla nella sua posizione naturale (lussazione riducibile) oppure no (lussazione irriducibile)?

Quando l'anca è "soltanto" displasica è generalmente richiesta l'applicazione di un tutore ortopedico che mantenendo le anche in posizione divaricata (a rana) consente di centrare la testa del femore nel cotile. Esistono in commercio molti e diversi dispositivi ortesici (cuscini morbidi e semirigidi, bretelle, divaricatori statici e dinamici) ciascuno con i suoi limiti e le proprie indicazioni. Nel neonato molto piccolo e nelle displasie più lievi è possibile applicare un cuscinio diva-

La metodica ecografica diventa strumento prezioso



Pertanto è fondamentale:

-Screening clinico a tutti i neonati per verificare l'eventuale instabilità delle anche;  
-Esame ecografico alla nascita: in presenza di segni clinici positivi o dubbi, in presenza dei fattori di rischio universalmente riconosciuti senza distinzione di sesso  
-Screening ecografico a tutti i neonati tra la 4° e 6° settimana di vita anche in assenza di segni clinici sospetti o fattori predisponenti in quanto la clinica non sempre permette una diagnosi di displasia e nel caso di displasia grave attuare un trattamento precoce è fondamentale per ottenere la risoluzione della patologia  
Considerando l'alta potenzialità dell'ecografia nel percorso di inquadramento di tale patologia, sembra opportuno porre l'attenzione sulla necessità di eseguire tale indagine in centri qualificati con esperienza documentata e con tecnologia adeguata.

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

ricatore morbido In questi casi il rapido accrescimento dell'articolazione in età neonatale, sfruttando le straordinarie potenzialità di rimodellamento spontaneo proprie dell'età, è in grado di promuovere in pochi mesi la progressiva normalizzazione dell'anatomia articolare.

Quando la diagnosi non è fatta nelle prime settimane di vita o la severità della malformazione impongono un tempo protratto di trattamento, il cuscinio divaricatore morbido deve essere sostituito da un dispositivo rigido, sia esso statico o dinamico, in grado di garantire l'adeguata centrazione della testa del femore per tutto il tempo necessario ad ottenere la normalizzazione della morfologia articolare.

## CONCLUSIONI

La DCA rappresenta una patologia evolutiva e anche nei casi più lievi non trattati alla nascita, è stata dimostrata l'evoluzione pressoché costante in una artrosi dell'anca secondaria giovanile.

## L'ANALISI

# Il sarcoma di Kaposi e l'infezione da herpes

Maria Assunta Baldassarre



Il sarcoma di Kaposi è un tumore multifocale che probabilmente origina dalle cellule endoteliali ed è correlato ad un'infezione da herpes virus di tipo 8 (HHV8).

Ciò è stato dimostrato mediante tecnica PCR che ha consentito di evidenziare il virus nelle lesioni. Dal punto di vista clinico si distinguono quattro forme: una forma classica con papule e noduli violacei in corrispondenza degli arti inferiori, associati molto spesso a linfedema; una forma iatrogena tipica di soggetti sottoposti a terapie immunosoppressive a causa di trapianti d'organo; una forma endemica dell'Africa che interessa soggetti giovani ed è molto aggressiva ed una forma epidemica che si presenta in pazienti HIVpositivi. In questo caso si tratta soprattutto di uomini omosessuali. La forma classica di solito si manifesta in soggetti anziani ed ha un'evol-



uzione lenta.

Istologicamente il sarcoma di Kaposi è caratterizzato dalla proliferazione di cellule fusate ed angiogenesi, responsabili della comparsa delle lesioni.

Clinicamente si osservano chiazze eritemato-violacee o rosso brunastre, di dimensioni

variabili da pochi millimetri a diversi centimetri o noduli a superficie liscia o mammellonata di colore violaceo o brunastro che tendono a confluire.

Oltre che gli arti inferiori le lesioni in fase iniziale si possono riscontrare a livello del cavo orale o dei genitali, soprattutto in soggetti con immunodeficienza acquisita. In questi ultimi è possibile assistere anche ad un interessamento dei linfonodi, dell'apparato digerente e dell'apparato respiratorio.

A livello polmonare è frequente il riscontro di noduli basali e versamento pleurico per cui è necessario porre una diagnosi.

Nelle forme localizzate la terapia si avvale dell'exeresi chirurgica, della radioterapia o dell'utilizzo di chemioterapici intrasistolici. Si può far ricorso, inoltre, alla crioterapia con azotoliquido.

In caso di Kaposi insorto in soggetti in trattamento immuno-

soppressivo per trapianto d'organo si può cercare di ridurre l'immunosoppressione utilizzando farmaci nuovi.

Nelle forme sistemiche è utile l'utilizzo di chemioterapici quali vinblastine, bleomicina o di farmaci antiretrovirali.

\*Dermatologa



► **L'EMERGENZA.** *L'impatto sulla nostra vita del Covid durerà per anni*

# Creare una nuova coesione sociale

*Chi non si è ammalato ha subito un peggioramento della sua salute nell'ultimo anno*

Alfonso Leo\*



I negozi sono aperti, i saldi sono iniziati eppure le vendite non decollano. In un articolo apparso sul «New York Times» si discute del recente conio del termine hatewear, l'abbigliamento dell'odio: artisti, cantanti, influencer indossano vestiti sformati, senza alcuna velleità estetica. Le vendite al dettaglio hanno subito un rapido declino, mentre sono aumentate le vendite online ma l'abbigliamento è sempre di tipo pratico, confortevole, utile per il lavoro da casa. In Inghilterra invece la rivista «Esquire» ha parlato di sadwear indicando un abbigliamento comodo, colorato, che non bada a coordinare i capi ma si appella a un generico "whatever", termine ormai entrato nel vocabolario anche della politica. Questo fenomeno si verifica, non a caso, nel 2021, un anno che costituisce un vero e proprio spartiacque di carattere psicologico. Si sospettava la pandemia un evento drammatico ma di breve durata; si è compreso, invece, che le conseguenze saranno di sicuro durature. Sia l'hatewear che il sadwear derivano dalla situazione di incertezza che stiamo vivendo. L'hatewear rappresenta una sorta di anti-abbigliamento, una resistenza al ritorno alla normalità; il sadwear rappresenta il vestito della depressione, comodo, sformato, morbido, facile, con cui coprirsi per evitare la realtà ritenuta ancora in bilico. Il problema, come detto, si pone perché si è compreso che l'emergenza non finirà in tempi brevi ma quanto durerà? Un articolo pubblicato su «Medscape» il 27 gennaio afferma che potrebbe protrarsi ancora per anni.

È ormai trascorso un anno da quando si è parlato dei primi casi di COVID-19 in Italia. Sembra una vita fa; entravano nell'uso comune termini come lockdown e smart working, mentre la prassi quotidiana imponeva mascherine, coprifuoco e distanziamento sociale. La sanità ha subito una profonda trasformazione, ci si è resi conto della necessità di rilanciare il sistema sanitario nazionale, dopo anni di tagli lineari nel personale. L'ospedale ora ha forze nuove, ma ancora il sistema è sovraccaricato da emergenze continue e l'attività di routine non è tuttora ristabilita. Tutto il sistema industriale ha subito un rallentamento, settori come le attività congressuali, i concerti, lo sport, il turismo, la ristorazione, i cinema, il teatro hanno subito tagli pesanti.

Gli esperti dicono che l'impatto di questi eventi sulla nostra vi-



ta durerà per anni, forse per decenni. È ovvio che il virus non abbia avuto un'influenza solo su coloro che si occupano del virus direttamente attraverso la pratica medica o la ricerca biologica, ma sulla vita di ognuno. Quando torneremo alla nostra vita normale? Probabilmente mai, per alcuni aspetti vi saranno alcune conseguenze che dureranno per sempre; non sarà facile tornare ad una percezione inedita riguardo possibili nuove infezioni. Ma non solo. L'impatto sull'insegnamento è stato notevole non solo per la comparsa della didattica a distanza, percepita, all'inizio, come la modalità più comoda di insegnare, ma si è compreso, successivamente, che gli effetti a lunga scadenza sono devastanti. La scuola non è solo

nozione ma è anche interazione sociale, acquisizione di regole. L'anno perduto non verrà recuperato facilmente. L'idea che il tempo guarisce tutte le ferite non è cosa che convenga ai giovani, una cicatrice rimane. Si è visto in un recente studio dell'OCSE che queste mancanze nella qualità dell'apprendimento hanno degli effetti finanziari: gli studenti guadagneranno il 3% in meno per tutta la vita a causa della chiusura delle scuole. È importante che le persone che rivestono funzioni di custodia e tutela nei confronti dei bambini, si si dimostrino fiduciosi e coltivino l'ottimismo dei ragazzi riguardo al proprio futuro, per continuare a desiderare, a sognare. Mantenere vivo questo ottimismo non aiuta solo

i minori ma anche gli adulti che sono loro vicini.

È dimostrato che almeno una persona su 10 guarita dal COVID ha sintomi per settimane o mesi dopo la negativizzazione del tampone. Ci ritroveremo con migliaia di persone che vivranno questa condizione come una malattia cronica. Chi non si è ammalato COVID ha subito un peggioramento della sua salute nell'ultimo anno. Uno studio cinese ha mostrato che nei bambini tra i 6 e gli 8 anni si è registrato un aumento della miopia dal 40 al 300%, legato alle lezioni online e alle ore passate davanti allo schermo durante la quarantena. Una recente inchiesta apparsa sui maggiori quotidiani nazionali ha segnalato un netto aumento delle chiamate ai servi-



zi di emergenza e un incremento degli accessi ai servizi di neuropsichiatria infantile. È un dato oggettivo il calo significativo dell'indice di natalità dopo l'inizio della pandemia. I pazienti affetti da demenza sono peggiorati in maniera più rapida, a causa dell'isolamento sociale. Gli esperti dicono che le persone verranno fuori dalla pandemia più malate, sia perché è diventato più difficile l'accesso ai medici di base, sia per l'aumento dello stress: va tenuto presente anche che sebbene si sia mangiato meglio, in media, poiché si avuto più tempo per preparare il cibo a casa, si è assistito tuttavia ad un netto incremento dell'obesità, in almeno 1/3 della popolazione, legato al consumo maggiore di alimenti calorici e alla minore frequenza dell'attività sportiva. Oltre alla banale esigenza di comprare vestiti più comodi, ciò comporta anche problemi di salute seri, quali ipertensione, malattie cardiache, diabete e cancro. Le conseguenze si vedranno per anni.

I vaccini saranno la soluzione? Certamente contribuiranno alla lotta contro il virus. Resta vero che ne usciremo soltanto quando sarà possibile passeggiare senza problemi, abbracciare i cari e stare insieme ad altre persone senza troppi pensieri. Ci vorrà ancora del tempo; per ora ci tocca indossare mascherine, sostituire alla stretta di mano un saluto che eviti il contatto diretto e adottare un comportamento responsabile. La peste nera del 1300 determinò la morte di 1/3 della popolazione europea, ma il mondo che ne venne fuori maturava la coscienza che preluse al Rinascimento. Sta a noi creare dopo questo trauma una nuova rinascita. Di sicuro il nostro comportamento nei confronti dell'altro evolverà, potenzialmente in meglio: Abbiamo compreso che per venir fuori da un'emergenza come quella che stiamo vivendo attualmente abbiamo bisogno della collaborazione di tutti. Il COVID-19 ha dimostrato che non esistono confini per il virus, che bisogna allo stesso modo affrontarlo: le soluzioni o sono condivise o non sono soluzioni. Parte del Recovery Fund dovrà essere indirizzato proprio a creare una nuova coesione sociale, con particolare attenzione ai territori e alle famiglie più vulnerabili. Investire sul futuro significa investire sui nostri giovani che sono tra i soggetti più fragili, arginare quella povertà educativa di cui tanto si parla e che porta come conseguenza anche ad un aumento degli episodi di delinquenza giovanile. Bisogna, insomma, darsi da fare! Nasce da queste premesse la necessità di creare strutture che si occupino di queste problematiche e che avranno da lavorare per gli anni a venire.

\*Psicoanalista



► **ALIMENTAZIONE.** Sono a tutti gli effetti da considerarsi Superfood con proprietà adattogene

# Nutrizione, funghi e micoterapia

Francesca Finelli\*



Il mio costante aggiornamento professionale mi ha spinto ad approfondire il tema della Micoterapia correlato alla Nutrizione. Un

viaggio in una disciplina antichissima, infatti, già 4.000 anni fa la Micoterapia costituiva uno dei "gioielli" della Medicina Tradizionale Cinese. La Micoterapia è un vero e proprio metodo di cura che si prefigge di migliorare la salute dell'uomo e dell'animale attraverso l'impiego di Funghi Medicinali. I Funghi dotati di queste proprietà, nella letteratura scientifica mondiale si chiamano Funghi Medicinali "Medicinal Mushrooms". Un'altra espressione utilizzata è "healing mushrooms" funghi curativi, che è indicativa della loro capacità di prendersi cura della nostra salute e nell'integrazione nutrizionale, considerati infatti eccellenti nel sostegno a programmi dietetici. I funghi medicinali sono a tutti gli effetti da considerarsi Superfood con proprietà adattogene, cioè in grado di riportare il fisico al punto di equilibrio, infatti negli ultimi 50 anni migliaia di studi scientifici hanno dimostrato il loro grande valore. Le tradizioni millenarie antiche e più moderne di Cina, Giappone e Tibet da sempre sono consapevoli del legame energetico tra persone, piante, funghi e animali. I funghi medicinali orientali sono stati importanti nelle terapie olistiche dagli Stati Uniti e più recentemente dall'International Mycotherapy Institute (IMI) in Germania e in Italia, essendo vastamente apprezzati per la reputazione della quale essi godono in ambito medico. I funghi tradizionalmente più energizzanti sono un eccellente sostegno a programmi dietetici, purché provengano da ecosistemi rispettabili, e siano raccolti e lavorati con cura amorevole per preservarne le dense qualità nutritive come quelle energetiche vitali. Infatti molti studi scientifici riportano il loro preziosissimo beneficio per la salute. Da un lato contengono un'elevatissima quantità di principi attivi con grande efficacia per la salute e dall'altro i Funghi Medicinali sono una fonte importante di principi attivi. Ad esempio i beta-glucani e l'adenosina in natura si trovano quasi esclusivamente nei Funghi Medicinali. Questi ultimi con terpeni ed enzimi sono quattro tipi di principi attivi, che rendono i Funghi Medicinali preziosi e unici, perché rafforzano le funzioni indebolite, depurano eliminando gli accumuli di tossine, favoriscono la circolazione del sangue e della linfa e con essa il nutrimento degli organi, aumentando la forza fisica, mentale e sessuale. Ma quali sono i funghi più conosciuti: Reishi (Ganoderma lucidum), è anche noto come "fungo della longevità", ha acquistato una certa fama negli ultimi anni per via delle proprietà ad esso ascritte e ritenute quasi "miracolose". Viene utilizzato per le sue proprietà adattogene (che, fra l'altro,

sembrano essere confermate da alcuni studi) e per le sue potenziali proprietà antiossidanti. Anche per le problematiche legate alla candida, questo fungo medicinale, offre benefici risultati sempre più duraturi.

Proprio su questo particolare fungo si è concentrata il mio approfondimento scientifico. In molti studi è emerso che il Ganoderma lucidum è effettivamente dotato di attività immunostimolanti. Tali proprietà sembrano essere esercitate dai polisaccaridi e dalle proteine presenti all'interno dello stesso fungo. Più nel dettaglio, l'azione immunostimolante viene esercitata attraverso un incremento dell'attività dei linfociti T e B, delle cellule Natural Killer e dei macrofagi, e attraverso un aumento della produzione

di citochine, quali interleuchine 2 e 4 e interferone gamma. Un altro studio condotto su animali, invece, ha confermato le proprietà antiossidanti tradizionalmente ascritte al Ganoderma lucidum, esercitate attraverso un incremento dell'attività degli enzimi antiossidanti.

Anche le proprietà ipoglicemicizzanti attribuite a questo fungo sono state confermate da uno studio condotto su animali, più precisamente su ratti diabetici. Più nel dettaglio, è emerso che la somministrazione giornaliera di Ganoderma lucidum in polvere è in grado di ridurre i livelli ematici di glucosio attraverso un meccanismo d'azione che prevede l'inibizione della gluconeogenesi e l'incremento della sintesi di glicogeno. In aggiunta a ciò, in questo studio è

anche emerso che la somministrazione del fungo ai ratti diabetici ha ridotto anche la loro colesterolemia e lo stress ossidativo indotto dalla patologia in questione. Per continuare ricordiamo il fungo Hericium erinaceus, amico dell'intestino e del cervello. Ha la capacità di ripristinare gli epiteli di rivestimento delle mucose rigenerandole nei pazienti che hanno gastriti o patologie infiammatorie intestinali come il morbo di Chron o la rettocolite ulcerosa. Ha una potente azione prebiotica ('alimenta' cioè la flora batterica), contrasta la candida e l'Helicobacter pylori.; Cordyceps sinensis, antivirale e rinvigorente. È un fungo parassita e possiede proprietà antivirali e antitumorali grazie alla presenza di una molecola chiamata cordicepina, un analogo dell'adenosina che viene quindi incorporato al posto di questa base nell'RNA, bloccando quindi la replicazione del virus o quella di cellule neoplastiche. È conosciuto anche dagli sportivi poiché ha una funzione tonica ed energetica; Agaricus Blazei Murril, re-

gola il peso ed è un alleato per la bellezza della pelle; Lentinus edodens, protegge denti e gengive; Maitake, migliora la digestione; Grifola frondosa: meglio noto con il nome di Maitake, questo fungo viene sfruttato dalla micoterapia per stimolare il sistema immunitario e in presenza di alterazioni metaboliche, in particolare, riguardanti il metabolismo glicemico e lipidico. Questo excursus sul mondo della Micoterapia fornisce ancora tanti spunti di approfondimento, specialmente per l'interessante correlazione alla Nutrizione applicata e all'invito sempre ad affidarsi allo specialista della Nutrizione con il quale intraprendere la giusta integrazione, sfruttando tutti i benefici di questa disciplina millenaria sempre in relazione ad un percorso Dietoterapico Funzionale.

**\*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**



Questo ortaggio porta con sé numerose proprietà nutritive.

## Il carciofo, sempre più re dell'inverno

Maria Luisa D'Amore\*



Riempie le nostre tavole dal mese di novembre, e ci accompagna fino all'arrivo della primavera: il carciofo è il vero re dell'inverno.

Pianta di origine mediterranea, appartenente alla famiglia delle Asteraceae, il carciofo è caratterizzato da un fusto robusto e ramificato che raggiunge un'altezza che va da 50 a 150 cm; le foglie sono molto usate per scopi fitoterapici, mentre i frutti, dal colore grigio-bruno possono essere caratterizzati dalla presenza di fastidiose spine e, insieme ai fiori che formano il "cuore", ne rappresentano la parte edibile.

La grande versatilità di questo ortaggio, e la sua capacità di resistere a temperature molto diverse, fanno sì che al mondo se ne possano contare più di 90 varietà: l'Italia, però, ne detiene lo scettro per la coltivazione che è intensiva soprattutto in Puglia, Sicilia, Sardegna, Toscana, Liguria e Lazio.

Tra i diversi tipi di carciofo "nostrano", quelli forse più noti sono: le mammole, tipicamente laziali e caratterizzate dall'assenza di spine, il carciofo sardo spinoso, e quello più piccolo e violetto tipicamente siciliano.



Ma non solo gusto! Questo strano ortaggio porta con sé numerose proprietà nutritive.

Partiamo dalle calorie: il carciofo ne ha pochissime, circa 22 kcal per 100 grammi di prodotto; grazie all'abbondanza di fibre inoltre, lo stesso ortaggio vanta un indice glicemico molto basso, che lo rende tra i maggiormente indicati per i diabetici.

Oltre all'alto contenuto fibre il carciofo è ricchissimo di sali minerali, come potassio e ferro, e vitamine: vanno inoltre aggiunte anche ceneri, mucillagini e numerosi flavonoidi con proprietà antiossidanti, come il beta-carotene e la luteina.

In ultimo, il suo sapore amaro è legato alla presenza di una sostanza chiamata cinarina, responsabile di molte proprietà del carciofo stesso come la capacità di

abbassare i livelli di colesterolo LDL, favorire la diuresi e la secrezione biliare. Ma attenzione! La cinarina è termolabile, ovvero si degrada con il calore, per cui per ricavarne beneficio è necessario consumare carciofi crudi.

Ma quali sono i reali benefici per il nostro organismo?

I numerosi elementi nutritivi presenti nel carciofo, fanno sì che i benefici dovuti all'ingestione di questi buffi ortaggi siano tra i più variegati a livello corporeo.

• Sono diuretici: grazie a potassio e cinarina i carciofi stimolano la diuresi e favoriscono la corretta attività renale, abbassando la pressione sanguigna e contrastando la cellulite.

• Abbassano i livelli di colesterolo cattivo: l'estratto delle foglie di carciofo si è dimostrato un valido aiuto per la riduzione del cole-

sterolo LDL, contribuendo a proteggere anche dalle malattie cardiovascolari.

• Riducono il livello di trigliceridi.

• Sono ricchi di sostanze antiossidanti: i già citati flavonoidi, ma anche i polifenoli e la quercetina, aiutano a contrastare i radicali liberi, alla base di numerose patologie.

Ad essere degno di nota, è inoltre l'acido clorogenico, presente nel "cuore" del carciofo e importante per la prevenzione delle malattie cardiovascolari e aterosclerotiche.

• Proteggono il fegato: caratteristica cardine del carciofo è la sua spiccata funzione epatoprotettiva; la cinarina infatti stimola la secrezione biliare, risultando utile in patologie come la cirrosi e l'epatite.

• Adatti ai diabetici: la presenza di zuccheri come l'inulina e il mannitolo li rende ortaggi a basso carico glicemico, e quindi adatti ai diabetici.

• Aiutano la digestione e favoriscono il transito intestinale: le fibre in essi contenuti regolarizzano il transito intestinale in caso di stipsi e aiutano a ripulire il colon; la cinarina favorisce invece la digestione.

Come per tutto, anche il carciofo però ha le sue controindicazioni: vietato quindi il consumo a chi soffre di calcoli biliari, in quanto potrebbe causare l'ostruzione del dotto e conseguenti coliche dolorose.

Non adatto anche a chi è allergico alla famiglia delle Asteraceae e alle donne che stanno allattando, in quanto il carciofo inibisce la secrezione del latte.

**\* Biologa-Nutrizionista**