

Occhio ai Cosmetici senza conservanti



Mariolina De Angelis*



Nel campo cosmetologico negli ultimi anni si tende a vantare maggiormente ciò che un prodotto cosmetico non contiene piuttosto che evidenziare gli ingredienti effettivamente presenti. Basta prendere tra le mani una confezione qualsiasi di cosmetico e ciò che salta all'occhio è la dicitura "senza conservanti". Ma davvero è possibile formulare un cosmetico senza conservanti? Procediamo con ordine.

Che cos'è un conservante? E' una sostanza che ha il ruolo di inibire lo sviluppo di microrganismi nel prodotto preservandolo, quindi, da inquinamento e rendendolo sicuro. Ciò per tutto il ciclo di vita del prodotto, ossia dalla fabbricazione, riempimento, trasporto e utilizzo dopo l'apertura da parte del consumatore. Tutti i prodotti cosmetici soprattutto quelli a base di acqua sono dei substrati per la crescita dei microrganismi, per cui una volta aperta la confezione il rischio di una contaminazione è reale. Cosa accade quando utilizziamo un cosmetico? Il flacone viene aperto, spesso non usato

quotidianamente e diventa più probabile una contaminazione. Questa dipende da più fattori: dal contatto con la pelle, da quante volte introduciamo le dita nel flacone e dalla tipologia del packaging del prodotto. Ci sono infatti erogatori che dispensano solo la quantità necessaria di crema o di siero senza che le dita inquinino il flacone. Ciò a salvaguardia del prodotto. Le norme di buona fabbricazione sono molto dettagliate e l'iter di preparazione, così come le attrezzature utilizzate, sono controllate anche durante la produzione. La legge sui cosmetici definisce anche quale deve essere la carica microbica

presente nel prodotto, tenendo conto dell'unità formante per colonia ossia il *cfu* che è l'unità di misura per stimare la quantità di batteri virali o di cellule fungine presenti in un flacone. A questo punto è piuttosto difficile pensare di formulare un prodotto cosmetico senza aggiungere una sostanza con conservante. Ci sono però dei prodotti cosmetici che fanno eccezione. Mi riferisco ai monodose, alle polveri agli oli e ai prodotti alcolici. In questi ultimi è l'alcol ad essere il conservante. Tuttavia vi sono dei prodotti che hanno capacità antimicrobiche, ma non sono comprese nell'allegato quinto

dell'elenco dei conservanti autorizzati che sono definiti conservanti non conservanti. Ecco quindi svelato il mistero. Sono questi i prodotti che permettono di utilizzare sull'etichetta la dicitura "preservative-free". Allora una volta chiarito l'arcano tocca al consumatore ridurre il rischio di contaminazione, con semplici accortezze. Chiudere bene il flacone, pulirsi le mani prima di prelevare la crema e cercare di non introdurre acqua o altre sostanze per diluire ciò che è rimasto. Meno stress provochiamo alla nostra crema durante l'uso più la nostra pelle ne beneficerà.

***Farmacista**

**► L'ALLARME.** Sono aumentati gli accessi al pronto soccorso per problemi di natura psichica

Il virus e il disagio psichico

Costruire nuove risorse per determinare un rilancio del "welfare"

Alfonso Leo*



Qualche giorno fa, dopo aver ricevuto la seconda dose del vaccino, discutevo con i colleghi in merito alle conseguenze del COVID-19 sul sistema nervoso. In memoria dei tempi vecchi dello studio

universitario e alla luce dei nuovi risvolti della pandemia che impongono un aggiornamento costante, abbiamo avviato una ricerca sui siti scientifici più autorevoli e ci siamo imbattuti in un interessante articolo pubblicato sulla rivista «Viruses» del 19 gennaio 2021. Un gruppo statunitense della Georgia State University ha condotto uno studio su ratti infettati con il SARS COV-2 per via intra-nasale: la ricerca ha evidenziato che esiste uno spiccato tropismo per il virus all'interno del cervello. Se in quantità sufficiente, il virus ha la capacità di passare attraverso le fibre nervose del bulbo olfattivo e può espandersi a tutto il cervello; questo spiegherebbe perché l'esordio della malattia è caratterizzato dalla perdita del gusto e dell'olfatto. I ricercatori concludono che il virus SARS COV-2 abbia come bersaglio privilegiato il cervello quando si inoculi il virus per via intra-nasale nei ratti e che l'infezione conduca ad un'infiammazione, che infiltrate le cellule determina la conseguente morte dei neuroni, con una letalità del 100% dopo 6 giorni dall'infezione. Sì, questo accadrebbe nei topi ma è lecito domandarsi se vi siano riscontri apprezzabili anche sugli esseri umani.

Si è riscontrato negli uomini un danno cerebrale possibile, fortunatamente non con la stessa letalità, ma di certo il problema esiste. Si è parlato di lesioni a carico del cervello in zone particolari, quali l'amigdala, l'ippocampo (questo "cavalluccio marino" nel nostro cervello) e la corteccia prefrontale. La SARS-COV-2 (Severe acute respiratory syndrome coro-

navirus-2) è ritenuta, come dice il nome, un'infezione che causa polmonite, sindrome da "distress" respiratorio grave, danno polmonare acuto, la conseguente tempesta delle citochine di natura infiammatoria e purtroppo, alcune volte, la morte. Tuttavia, un terzo dei pazienti sviluppano sintomi di natura neurologica, quali mal di testa, crisi epilettiche, perdita di memoria o disfunzioni cognitive fino all'alterazione dello stato di coscienza. In altre ricerche si afferma che si hanno sequele a lungo termine quali "brain fog", la nebbia del cervello ovvero stanchezza cronica, una confusione che rende difficile concentrarsi o lavorare. Altra conseguenza è la depressione del tono dell'umore, ovviamente legata al virus... o forse no? La verifica non è stata ancora effettuata su grandi numeri, poiché le autopsie sui pazienti che si ritengono deceduti per COVID sono rare ed il virus, al contrario dei topi di cui si parlava all'inizio, non è stato trovato in tutti i pazienti precedentemente infettati e poi deceduti ma solo in pochissimi casi.

Siamo dinanzi ad un problema: se finora avevamo inteso i sintomi come conseguenza di un'infezione, di un danno, dobbiamo ammettere di essere davanti a una situazione diversa. Se nei topi avevamo trovato il virus e di conseguenza la malattia fino alla morte, con il riscontro dell'autopsia, negli uomini accade qualcosa di diverso.

Se il sintomo è visto come un "deficit" allora anche le conseguenze saranno solo volte a colmare quello che manca. Se consideriamo invece il sintomo come una "risorsa" allora si comprende che l'approccio può essere differente. Un esempio che uso spesso è quello della febbre, di certo un'infezione, provoca un rialzo della temperatura, ma tale fenomeno non è altro che un meccanismo di difesa dell'organismo, che cerca di creare condizioni non idonee alla riproduzione dell'invasore, manovra che spesso non riesce. Un attacco di panico, ad esempio, interviene con la sua azione debilitante per impedirci di fare qualcosa, il problema è capire da cosa vogliamo sfug-



gire. Anche a questo serve uno psicoanalista.

Esistono certamente delle conseguenze neurologiche della SARS-COV-2 (è ormai noto che causi un aumento degli ictus) ma altri sintomi potrebbero avere diversa origine. Le cause del sintomo sono di natura organica o psichica? Afferma lo psicoanalista Jacques Lacan che la causa è indifferente, che la distinzione è un falso problema, in quanto essa è sempre assente. Le neuroscienze affermano che il cervello è una condizione necessaria ma non sufficiente per l'esistenza della mente, mentre l'inconscio è visto come il "non conscio" in un'accezione puramente negativa. Ma l'inconscio parla attraverso il corpo. Qualche neuroscienziato ha l'illusione di localizzare correttamente le funzioni inconscie, di linguaggio o della coscienza ma la pratica è solo in grado di localizzare qualcosa in merito alla "performance", all'atto in sé, ma non può dirci nulla di quello che accade nella persona, non può dirci nulla del linguaggio. Dire che il cervello pensa è un errore, il soggetto pensa con il cervello, che è una condizione necessaria ma non sufficiente per l'elaborazione del pensiero. Io parlo con il corpo ma non è il corpo a parlare.

La pandemia da COVID-19 ha portato, ad esempio, un aumento del 30% dei disturbi del comportamento alimentare. Di certo non è una conseguenza diretta dell'infezione del virus ma ancora una volta la pandemia ha i suoi effetti. Essere colpiti dal virus, se si guarisce, comporta ancora dei danni dal punto di vista psichico: l'isolamento subito durante la malattia, la condizione di fragilità sperimentata, pone il soggetto davanti alla possibilità che la morte possa giungere come ospite inaspettata, anche senza patologie pregresse. La condizione di isolamento sociale, sperimentata durante l'infezione, anche nei casi di persone che non hanno manifestato sintomi fisici, determina depressione e tendenza all'isolamento anche quando il famoso tampone negativo li autorizza a riprendere la propria vita.

Si era molto favoleggiato durante la prima fase della pandemia dei "figli del coronavirus", di un possibile aumento delle nascite come conseguenza dell'isolamento. Il risultato è stato, invece, un netto calo dei nuovi nati, ormai siamo quasi ad un anno dal primo lockdown. Quello che di certo è aumentato è il disagio psichico. Si è avuto un netto aumento degli accessi in pronto soccorso per ragioni psichiatriche. Esiste un netto aumento dei suicidi e dei tentativi di suicidio anche in età infan-

tile e adolescenziale. Può sembrare paradossale, ma ci si suicida per la paura di morire di Coronavirus! Un'inchiesta svolta presso l'ospedale pediatrico Bambin Gesù di Roma ha evidenziato un incremento dei ricoveri per problemi psichiatrici tra bambini e adolescenti, dopo l'inizio della pandemia.

Nessuno di noi ha esperienza di catastrofi di questa portata. I più vecchi di noi (e io tra questi) hanno memoria del terremoto che colpì l'Irpinia nel 1980: il sisma ebbe conseguenze disastrose ma durò un minuto... fu devastante ed ebbe effetti di lunga durata nel tessuto sociale ed economico, certo, ma il movimento tellurico durò appena un minuto. Questa catastrofe inedita invece, tra qualche giorno, compirà il suo primo anno e non è possibile sapere con certezza quando finirà. Convivere o meglio sopravvivere col Coronavirus è, a ragion veduta, differente: dopo il terremoto bisognava darsi da fare, ricostruire, sperando che non ci fosse una nuova scossa; ora "la scossa" dura da un anno e durerà ancora per un po'. Oggi stiamo ancora pagando le conseguenze del terremoto dell'80, ma abbiamo saputo anche costruire nuove risorse a partire da quell'evento, ad esempio la nascita della protezione Civile; la pandemia prima o poi finirà, ma ne subiremo le conseguenze ancora per anni. Dovremmo cercare di costruire nuove risorse a partire anche da questa disgrazia, per determinare un rilancio del "welfare", della sanità a 360°.

Siamo passati dalle manifestazioni di solidarietà della prima ondata all'insprirsi del rifiuto dell'altro, o al tentativo di ribellarsi alle regole. Il riaccuirsi delle dimostrazioni contro le restrizioni imposte dalle autorità mostra che si riaccende la voglia di badare al proprio particolare.

Dalla pandemia si può uscire solo assieme.

Come dice lo psicoanalista Ansermet: "Al di là del sanitario e del sociale, del politico e dell'economico, la psicoanalisi ha un posto importante davanti al sorgere di un reale esacerbato da questa pandemia e dalle sue conseguenze. Spetta a noi far fronte a questo impossibile da sopportare, trovare la via per trattarlo. A ognuno la propria responsabilità per rispondere e occuparsi di questo fenomeno, a partire dal proprio luogo, dal proprio campo e questo senza dubbio implica l'inventare ciò che non si conosce".

Ognuno faccia il suo. Quanto dureranno le conseguenze della pandemia e che si può fare? Ne parleremo.

*Psicoanalista



► **DIAGNOSI.** Si chiama *Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva*, è una patologia cronica diffusa negli anziani

Condizione di fragilità negli anziani

Biagio Campana*

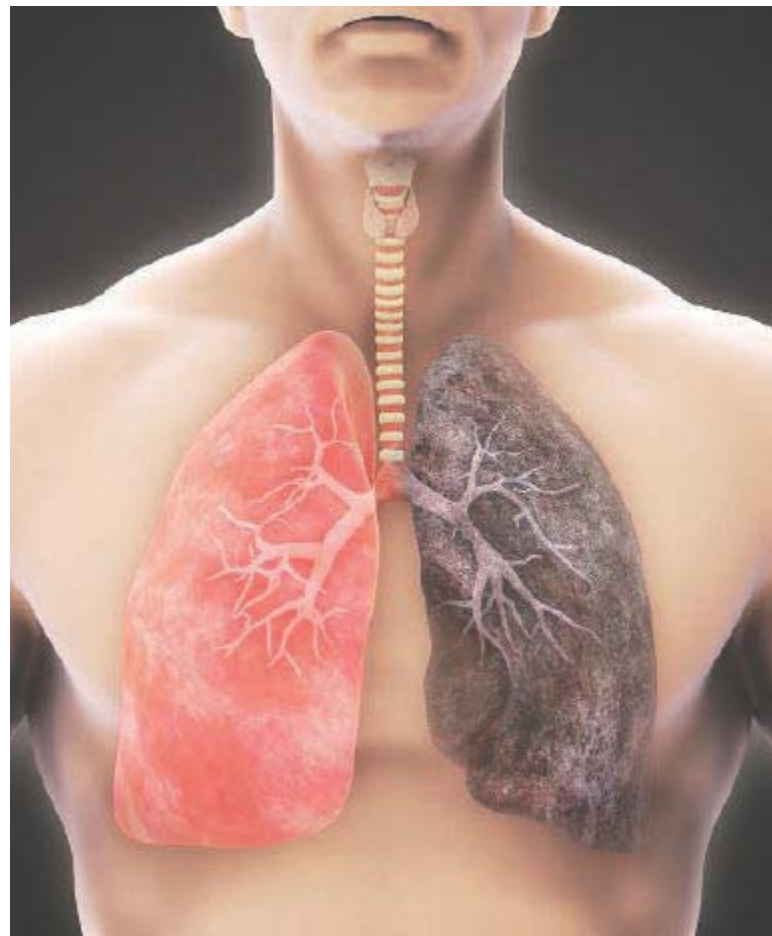


La fragilità, meglio conosciuta con il termine di Frailty, rappresenta una vera e propria sindrome caratterizzata da un stato biologico di declino funzionale legato innanzitutto all'invecchiamento che a sua volta aumenta la vulnerabilità verso eventi avversi come ospedalizzazioni, cadute e morte. Sebbene l'invecchiamento non può essere identificato con la Frailty, la prevalenza di questa sindrome è ovviamente più rilevante tra gli anziani. La perdita di massa muscolo-scheletrica riveste un ruolo centrale nella frailty e ad esso possono contribuire il fumo, lo stato nutrizionale senza considerare una serie di fattori genetici ancora poco noti. Quasi tutte le patologie croniche rappresentano dei fattori di rischio per la frailty. Tra queste la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva conosciuta con l'acronimo di BPCO, patologia cronica ingrossante, molto frequente nelle persone più anziane, contribuisce a disabilità e mortalità, in particolare negli over 65 in risposta a fattori di rischio comune come il fumo di sigaretta da una parte e l'invecchiamento dall'altro. Le stesse morbidità spesso presenti nei pazienti con BPCO aumentano enormemente la probabilità di Frailty, soprattutto nei soggetti più anziani. Pur non avendo dei dati molto precisi sulla prevalenza della Frailty nella BPCO, ipotizziamo da diversi studi che possa essere molto elevata. I principali problemi del paziente con Broncopneumopatia cronica ostruttiva e Frailty sono dati dal peggioramento dei sintomi respiratori, dalla limitazione funzionale e dai disturbi psicologici. Tutto ciò comporta un rischio più elevato di riacutizzazioni cliniche, ospedalizzazioni e morte. La dispnea rappresenta la principale causa di disabilità mentre le riacutizzazioni impattano negativamente sulla qualità di vita, sulle cosiddette azioni di vita quotidiana (ADL e IADL) e sui ricoveri e diventano determinanti sulla progressione della malattia. Ricordiamo a tal riguardo che un paziente BPCO riacutizzato perde ulteriore funzione respiratoria e pur superando la riacutizzazione quasi mai ritorna al punto di partenza di termini di volumi polmonari. L'associazione BPCO e Frailty dà origine ad un vero e proprio "fenotipo" clinico nuovo con determinate caratteristiche sia dal punto di vista clinico che psichico. Clinicamente abbiamo sicuramente un incremento dell'affanno (8dispnea), significativa riduzione della massa muscolare e ridotta performance fisica. È noto infatti da anni che i pazienti con BPCO sono meno attivi fisica-



mente rispetto ai soggetti sani e che la dispnea stessa, attraverso una spirale, porta il paziente stesso a sua volta a ridurre l'attività fisica e di conseguenza la propria forza muscolare innescando un circolo vizioso con inattività e rischio cadute e quindi accelerando il processo di invecchiamento. D'altro canto la prevalenza di sintomi psicologici è alta nei soggetti con fenotipo clinico BPCO e Frailty. Vari studi confermano, infatti, che l'ansia e la depressione sono facilmente

riscontrabili in pazienti affetti da BPCO soprattutto in quelli che presentino una peggiore compromissione funzionale respiratoria e uno stadio di malattia più avanzato. Non un'ansia assoluta, quanto invece un'ansia "personalizzata", individualmente costruita da quello specifico paziente attraverso personali ragionamenti, che a volte sovrastimano altre sottostimano la problematica, diverse da paziente a paziente. La dispnea, d'altra parte, subisce importanti variazioni



della sua intensità, anche in funzione del livello di generale ansietà vissuta dal paziente affetto da BPCO, divenendo un vero e proprio sintomo "dipendente" non solamente dalle alterazioni funzionali respiratorie documentabili con l'esame spirometrico, ma altresì dalla personale attivazione ansiosa "misurabile" con test psicodiagnostici dedicati. L'altra patologia psichica estremamente diffusa nel paziente con BPCO è la depressione. Spesso quest'ultima necessita di trattamento farmacologico ed è in grado di interferire sui trattamenti specifici sia farmacologici e non della BPCO. Molti studi ci dicono che un paziente BPCO su tre non porta a termine il programma riabilitativo respiratorio a causa di un concomitante

disturbo depressivo. In conclusione la Fragilità e la pre-fragilità sono comuni negli individui con BPCO. I soggetti più anziani con BPCO hanno un doppio aumento delle probabilità di Frailty. Questi risultati possono avere implicazioni cliniche, in quanto identificano la necessità di valutare la fragilità negli individui con BPCO e di indagare ulteriormente eventuali effetti negativi associati alla coesistenza di queste condizioni. Sono necessarie ricerche longitudinali che esaminino le associazioni temporali tra BPCO e Frailty per chiarire ulteriormente questa relazione e valutare se il trattamento della BPCO possa prevenire l'insorgenza di fragilità.

Specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio

Il lichen planus e quelle infiammazioni della pelle

Maria Assunta Baldassarre*



Il lichen planus è una malattia infiammatoria della pelle e/o delle mucose che ha un andamento cronico o recidivante. La sua eziologia è sconosciuta anche se è stata proposta l'ipotesi di una reazione autoimmunitaria. Dal punto di vista immunologico si verifica un'attivazione delle cellule presentanti l'antigene e dei cheratinociti e successivamente dei linfociti T CD8+. A volte questa patologia si associa ad una infezione da HCV. Il lichen planus colpisce soggetti adulti dalla quarta decade di vita. Clinicamente si presenta con papule di colorito violaceo o rosso violaceo, lucide, di forma rotondeggiante o poligonale, intensamente pruriginose. Quando le lesioni regrediscono lasciano sulla cute delle macchie di colorito brunoastro che persistono per diverso tempo. Le papule possono presentarsi in maniera isolata oppure confluire in placche di forma ovale o irregolare. Alla videodermoscopia delle lesioni si evidenziano strie biancastre simil Wickham. Le sedi maggiormente interessate dalla patologia sono le superfici flessorie di polsi e avambracci, gli arti inferiori, la regione lombare, il culo capelluto, la mucosa orale ed il glande. Esistono diverse forme cliniche di lichen: il lichen follicolare con papule cheratosiche follicolari e piccole placche che portano ad un'alopecia cicatriziale; una forma bollosa con vescicole o bolle che compaiono sulla cute o sulle lesioni di lichen planus; una



forma erosiva che può interessare le dita e le piante dei piedi oppure la lingua e la mucosa orale. Non bisogna dimenticare poi la variante verrucosa o ipertrofica tipica della regione antero-laterale delle gambe con chiazze rilevate, verrucose, con il classico aspetto a "nido d'ape". Esistono, inoltre, una forma psoriasiforme, una forma anulare tipica dei genitali esterni con una chiazza rotondeggiante delimitata da un bordino rilevato bianco ed una forma lineare in cui le lesioni hanno una disposizione lineare e seguono il decorso di un nervo.

Il lichen planus è una patologia che può an-



dare incontro alla regressione spontanea oppure può persistere per parecchio tempo. Nonostante l'eziologia non sia nota è stato evidenziato che lo stress può favorire la comparsa delle lesioni.

La terapia del lichen si avvale dell'utilizzo di cortisonici topici di potenza medio-alta ed in alcuni casi della terapia corticosteroidica sistemica o di altri immunosoppressori quali metotrexato, azatioprina. Talvolta si può far ricorso ai retinoidi topici o sistemici. La scelta della terapia è dettata dall'esperienza e dalla forma clinica diagnosticata.

***Dermatologa**

**► TERAPIE.** L'alimentazione è parte integrante nella gestione quotidiana della patologia

Lipedema, obesità e nutrizione

Francesca Finelli*



Il Lipedema è una patologia del tessuto adiposo sottocutaneo che coinvolge quasi esclusivamente il sesso femminile e viene spesso confusa con il linfedema. Occorre saper riconoscere il lipedema differenziandolo da altri inestetismi o patologie per poter proporre alle pazienti un trattamento efficace: le pazienti obese presentano una distribuzione dell'adipe sottocutaneo distribuito in tutto il corpo. L'obesità risponde bene al trattamento dietetico ed all'incremento dell'attività fisica, che hanno invece un basso impatto sul lipedema. Nel caso del linfedema l'aumento di volume è in genere diverso fra i due arti e coinvolge nella maggior parte dei casi anche le estremità e le dita dei piedi. Non è presente dolore alla palpazione e difficilmente vi sono ematomi spontanei. Un po' più complessa è la differenziazione con il linfedema primario o congenito, in cui può essere presente un edema bilaterale degli arti inferiori:

In questo caso la consistenza del tessuto è più dura e plastica, non vi è dolore alla pressione ed è positivo il segno di fovea. Sono in corso diversi studi per comprendere l'origine di questa problematica e l'interesse della comunità scientifica internazionale è molto alto. La manifestazione clinica consiste nell'accumulo di tessuto adiposo di tipo lobulare e la distribuzione di questo tipo di adipe è simmetrica e bilaterale e a volte, piuttosto raramente, possono esserne interessati anche gli arti superiori con una incidenza nella popolazione femminile, stimata intorno all'11% e la patologia viene spesso confusa appunto con il linfedema. Sulle pazienti affette da lipedema è fondamentale intervenire con un approccio multidisciplinare. Un ruolo importante è ricoperto dall'alimentazione che, insieme agli altri trattamenti, dev'essere considerata terapia integrante nella gestione quotidiana della patologia. Molti sono i protocolli dietoterapici tra cui ritroviamo la dieta RAD, acronimo di "rare adipose disorders"; si tratta di raccomandazioni alimentari elaborate dalla FAT DISORDER RESOURCE SOCIETY

(FDRS) e indirizzate a pazienti che presentano patologie rare del tessuto adiposo tra cui, appunto, il lipedema. Tali indicazioni nutrizionali hanno lo scopo di ridurre lo stato infiammatorio cronico, mantenendo un peso corporeo equilibrato, ma allo stesso tempo alti livelli di energia, mediante l'esclusione o la limitazione di alimenti ad azione pro infiammatoria e l'inserimento, viceversa, di alimenti che contrastino l'infiammazione e la dieta chetogenica che è un trattamento terapeutico nutrizionale che sfrutta la fisiologica capacità del corpo umano di utilizzare metabolicamente grassi e chetoni quando il glucosio non è più disponibile come principale fonte di energia. L'uso dietoterapico della chetosi nel lipedema è stato recentemente supportato dall'esperienza di Leslyn Keith (autrice del libro "The Ketogenic Solution for Lymphatic Disorders"). La dieta chetogenica per il lipedema nel metodo Keith-Seo si basa sull'utilizzo di alimenti naturali, non processati industrialmente (o solo in minima parte), sull'eliminazione di possibili intolleranze ai conservanti e agli additivi, sulla riduzione di interferenti endocrini come i fitoestrogeni. Alla base della dieta chetogenica nel lipedema ci sono carni, preferibilmente da animali allevati al pascolo, pesce pescato e non da acquacoltura, grassi sani provenienti da olio extravergine di oliva, olio di cocco, avocado, carboidrati da verdure a foglia verde, e in base alle esigenze, intolleranze, preferenze individuali possono essere inseriti uova, latticini, frutta secca e bacche. Quindi nella nostra lista della spesa, largo spazio a un'alimentazione ricca di cibi di origine vegetale che apportino vitamine, sali minerali e fibre (tra cui l'inulina): in primis verdura e frutta (anche frutta a bacche), tutta consentita. È comunque consigliato prediligere la verdura dai colori accesi e alto contenuto di antiossidanti e nutraceutici, alcuni dei quali dalle proprietà antiinfiammatorie. Attenzione invece alla frutta disidratata, che per l'alto contenuto di zuccheri va consumata con moderazione. Tra gli alimenti di origine vegetale da consumare e preferire nell'alimentazione per lipedema troviamo ancora i cereali integrali naturalmente privi di glutine e tutte le varietà di legumi; non devono poi mancare i grassi

"buoni" di origine vegetale come olio d'oliva, avocado, lino e cocco. Una buona abitudine potrebbe essere quella di introdurre cibi fermentati (kefir, crauti, sottaceti), che contengono probiotici utili per il sistema immunitario e la salute del sistema digerente, perché in grado di aumentare la diversità dei batteri buoni intestinali. Attenzione invece a cibi responsabili di un aumento repentino di glicemia e insulina; elevati livelli di insulina e glucosio possono favorire l'insorgenza di diabete di tipo 2 e resistenza insulinica, a sua volta legato a un processo infiammatorio

che facilita la crescita eccessiva del grasso lipedematoso, favorendo anche la formazione di disbiosi intestinali quindi zuccheri raffinati, dolci industriali, conserve e marmellate, ma anche i farinacei raffinati, dolci e salati, contenenti glutine; che aggravando il qua-

dro infiammatorio. Data l'importanza dei protocolli nutrizionali e delle necessità dei singoli pazienti è sempre fondamentale affidarsi a un professionista della nutrizione, con il quale intraprendere un percorso idoneo e stabilire obiettivi legati ad un benessere com-

pletamente.

***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**

**UN POTENTE ANTIOSSIDANTE**

Il cioccolato: amico del nostro cuore

Maria Luisa D'Amore*



Croce e delizia di tutti (o quasi), il cioccolato è da sempre il re indiscusso dei dolci: amico fedele nei momenti tristi, attentatore seriale di denti e girovita, regalo sempre gradito in qualsiasi occasione e testimonial ufficiale della Festa degli Innamorati. Ma, quali caratteristiche nutrizionali si nascondono dietro tanta golosità? Il cioccolato deriva dai semi della pianta del cacao (Theobroma Cacao L.), è preparato dai semi del burro di cacao, a cui viene aggiunto lo zucchero ed altri elementi facoltativi, come noccioline o mandorle.

L'utilizzo del cioccolato ha radici antichissime: già nel 1000 a.C. i Maya lo consideravano il "Cibo degli Dei", e per tale motivo il suo consumo era riservato alle classi elitarie durante cerimonie o celebrazioni solenni, soprattutto in qualità di bevanda aromatizzata con peperoncino o vaniglia.

Il "contatto" con l'Europa, invece, ci fu solo diverso tempo dopo: sebbene Colombo fosse stato il primo ad assaggiarlo, sarà solo Cortés ad avviare l'importazione massiva verso il Vecchio Continente.

Attualmente la produzione vanta diversi tipi di cioccolato: fondente, al latte, bianco o associato alle spezie più variegate, questo delizioso alimento riesce ad incontrare ed allietare anche i palati più esigenti.

Tra tutti però, il cioccolato fondente si è nel tempo guadagnato l'etichetta di cioccolato più pregiato, oltre che meno calorico (502 calorie),

rispetto al cioccolato al latte (543 calorie) o al bianco (570 calorie): esso contiene meno zuccheri e grassi saturi rispetto alle altre tipologie, oltre che una più alta quantità di cacao.

Ed è proprio il cioccolato fondente che, dopo essere stato demonizzato per anni, è stato riabilitato da medici e nutrizionisti per le numerose qualità benefiche.

•Partiamo dalla dieta: stando agli studi condotti dall'Università di Detroit, il cioccolato sembrerebbe favorire la perdita di peso, aumentando la



capacità del nostro corpo di bruciare grassi, in modo simile all'attività fisica. Questo però non deve far considerare il cioccolato una valida alternativa allo sport! Ne sono concessi 2-3 quadratini al giorno, meglio come spuntino e comunque NON dopo i pasti.

•Contiene una grande quantità di Sali minerali come ferro, potassio, magnesio e rame.

•È un potente antiossidante: contiene flavonoidi, sostanze in grado di prevenire l'invecchiamento cellulare e contrastare i radicali liberi.

•È un potente antidepressivo naturale: il cioccolato contiene triptofano, un amminoacido che stimola la produzione di serotonina, l'ormone della felicità, rendendola un'ottima sostanza antidepressiva. Questo effetto di benessere aiuta a combattere lo stress e a riappacificare il sonno.

•Il cioccolato fondente, pur contenendo grassi saturi, non ha colesterolo. I flavonoidi in esso contenuti sembrerebbero inoltre prevenire lo sviluppo del diabete di tipo 2.

•In gravidanza, il cioccolato sembrerebbe favorire il regolare sviluppo del feto e della placenta.

•In ultimo, ma non per ultimo, il cioccolato è un grande amico del cuore, svolgendo una funzione regolatrice sull'apparato cardiocircolatorio. Esso contiene flavonoidi e polifenoli che aiutano a mantenere in salute le arterie; agisce inoltre sulla muscolatura cardiaca e aiuta a prevenire l'infarto.

Attenzione però, perché non tutti possono mangiare il cioccolato senza problemi! Essendo un alimento molto grasso e pesante per il fegato, non è consigliato per i bambini al di sotto dei 3 anni; può favorire l'insorgenza di emicrania.

Infine, il cioccolato agisce sull'apparato gastro-intestinale: non è adatto a chi soffre di reflusso gastroesofageo, gastrite, ulcere o sindrome del colon irritabile.

Quest'anno quindi, sentiamoci liberi di regalare cioccolatini alle persone che amiamo... ma occhio agli eccessi! La moderazione è la scelta più giusta per una vita sana e senza privazioni.

*** Biologa-Nutrizionista**

► **SOCIETÀ'** Non c'è altra scelta, vaccinare tutti nel più breve tempo possibile

Il vaccino: l'ultima speranza

Gianpaolo Palumbo*



Viviamo in un mondo in cui l'unica cosa che manca davvero è la certezza. E l'unica certezza è la mancanza di farmaci "miracolosi", di sostanze che cancellano il coronavirus, ma nella evidenza scientifica attuale per non ammalarsi di covid-19, al momento, esiste solo la possibilità di vaccinarsi.

Il vaccino rappresenta l'ultima speranza nel momento in cui scriviamo. Non possiamo, non vogliamo e non vorremmo mai parlare di "ultima spiaggia", alla stregua del romanzo dello scrittore ed ingegnere aeronautico anglo-australiano Nevil Shute dal titolo "On the beach" (1957). Due anni dopo la sua pubblicazione il super regista americano Stanley Kramer ne trasse un omonimo film ambientato su di una spiaggia australiana dopo che una guerra nucleare aveva annientato tutti gli abitanti della terra. Il residuo della popolazione attendeva la contaminazione atomica e la successiva scomparsa.

Ecco perché riteniamo più giusto parlare di "speranza" che è legata, oltre al vaccino, allo sviluppo degli anticorpi monoclonali, dato che, ribadendo il concetto già espresso, non esiste allo stato il farmaco adatto per uccidere il coronavirus. Anche il Remdesivir non rappresenta il toccasana che si aspettava, anche se era stato "costruito" in laboratorio per combattere l'ebola nell'anno 1976. Evidentemente faceva del bene con grande successo solo in una derivazione della febbre gialla.

Quindi, non esistendo un vero e proprio antivirale diretto si prescrive il cortisone per ridurre l'infiammazione e l'eparina a basso peso molecolare per prevenire trombosi ed embolie. Gli anticorpi monoclonali hanno l'arduo compito di impedire al virus di entrare nella cellula e di replicarsi ed è per questo che si utilizzano nelle forme più gravi per evitare un ulteriore e, quindi, deleterio, peggioramento.

In Europa e in diverse nazioni del mondo gli anticorpi vengono già utilizzati nell'ambito dell'emergenza nella fase precoce della malattia, facendo diminuire la percentuale dei decessi ed i ricoveri degli ammalati gravi. E' in atto una approfondita valutazione dei dati sul loro utilizzo nell'ambito delle infezioni da varianti del virus in Gran Bretagna, Sud Africa e Brasile, ma al momento, è importante un aiuto del genere nella lotta contro il covid.

In tutto il mondo le industrie non pensano altro e non fanno altro che studiare senza tregua novità sugli anticorpi monoclonali, sugli antivirali e sui vaccini, utilizzando un potenziale di ricerca di un peso economico enorme. Tale potenziale deve essere usato per recuperare anni di ricerca non eseguiti. E' un'occasione più unica che rara per salvare l'umanità che si trova allo sbando in tutto il mondo. Basti pensare che in Italia in poco tempo arriveranno altri otto tipi di vaccino ed a settembre ci sarà poi quello totalmente italiano messo a punto dalla Takis di Castel Romano e dalla Bio-tech di Monza che si chiama "Covid-eVax" ed utilizza un frammento di DNA per promuovere la produzione di una porzione della proteina spike.

Per sottolineare come il mondo sia veramente in ansia basti pensare che si stanno testando direttamente sull'uomo altri 67 vaccini ed ulteriori 174 sono studiati in laboratorio. Molto più avanti nell'utilizzo su



lar-ga scala ci sono due vaccini degli Stati Uniti: Johnson & Johnson e Novavax, oltre allo Sputnik russo ed al cinese Sinovac.

Inizialmente c'era qualche negativista di troppo, ma visto come stanno andando le percentuali di decessi e contagi in tutto il mondo, ben al di là delle impostazioni politiche di ogni colore, si inizia a capire che bisogna riflettere prima di parlare.

Ricordo a questo proposito una bella lettera su di un libro edito dal quotidiano "Repubblica" sul problema di smascherare le fake news con riferimento alle velocità dei mass media rispetto ai dati scientifici attendibili che percorrono strade più... lente. Viene riportato il famoso caso dell'asserita correlazione tra autismo e vaccino trivalente (morbillo-parotite-rosolia), sostenuta nel 2009 dal medico inglese Andrew Wakefield con un suo articolo su "Lancet". Il quotidiano romano specifica che tale correlazione si dimostrò "falsa e disonesta", oltre a mettere in evidenza che il dottor Wakefield era stato pagato per alterare i risultati. Per dimostrare la sua colpevolezza i tribunali inglesi impiegarono

quasi due anni, ma nel frattempo i movimenti no-vax, contrari pretestuosamente alla vaccinazione, procurarono danni immensi.

Le conoscenze scientifiche dimostrate hanno sempre sottolineato che il Disturbo dello spettro dell'autismo sia una sindrome comportamentale causata da uno o più fattori genetici e ambientali che agiscono sul sistema nervoso centrale. Studi di genetica condotti sulle famiglie hanno mostrato che parenti di primo grado di persone affette hanno tra il 20 e l'80% in più di probabilità di sviluppare la malattia rispetto alle persone che non hanno parenti affetti. Studi condotti sui gemelli mostrano che il 60% dei gemelli monozigoti (che hanno quindi lo stesso patrimonio genetico) condividono una diagnosi di autismo. Esiste, inoltre, una stretta associazione con patologie genetiche quali la sindrome X fragile e sclerosi tuberosa.

Tutto ciò ha permesso di capire che ci sono aspetti genetici che portano a una forte predisposizione alla malattia. Studiando tali cause genetiche è stato possibile identificare il coinvolgimento di una serie di ge-

ni che sono implicati nel passaggio di informazioni tra i neuroni cerebrali, in particolare nell'attività del glutammato.

Per quanto riguarda la componente ambientale, diversi studi hanno dimostrato che nei bambini con autismo frequentemente (più che nel resto della popolazione) si erano verificate complicazioni pre-, peri- e neonatali. Altri fattori di rischio ambientale sono l'età elevata del padre e della madre al momento della gestazione, la nascita estremamente prematura (< 26 settimane). Quindi le ipotesi di legame tra vaccinazioni ed autismo di alcuni anni or sono dei no-vax, non hanno riscontro ed i dati disponibili scientifici non supportano tale ipotesi.

Ed allora, visto quello che succede in tutto il mondo la domanda più facile è la seguente: quando vinceremo la sfida con il coronavirus?

Stando così le cose e con le varianti virali che potrebbero incidere sul numero delle reinfezioni l'unico imperativo categorico è quello di vaccinare tutti nel più breve tempo possibile...

*Medico Federazione medici sportivi italiani



Pfizer blocca anche il contagio, la buona notizia da Israele

Uno studio israeliano ha dimostrato che i vaccinati improbabilmente possono trasmettere il coronavirus.

Lo studio è stato effettuato sul personale medico del Centro medico Sheba.

Si tratta della prima ricerca al di là delle sperimentazioni di Pfizer.

Secondo uno studio israeliano è improbabile che i destinatari del vaccino di Pfizer - BioNTech anti Covid-19 possano trasmettere il coronavirus ad altri.

Infatti, i partecipanti alla ricerca hanno sviluppato un tasso di anticorpi superiore a 20 entro una settimana dalla ricezione della seconda dose del farmaco.

L'indagine, che ha esaminato i dati di 102 su circa 1.000 membri del personale medico del Centro medico Sheba, che



hanno ricevuto entrambe le dosi, ha mostrato che soltanto due soggetti hanno sviluppato una bassa quantità di anticorpi e uno di questi ha un sistema immunitario compromesso. Non c'è alcun motivo per cui quest'ultima persona non abbia sviluppato gli anti-

corpi e l'ospedale sta indagando.

Il resto - il 98% - ha sviluppato livelli di anticorpi addirittura superiori ai pazienti che si sono ripresi da un grave effetto indotto dal coronavirus.

Il professor Gili Regev-

Yohai, direttore dell'Unità di epidemiologia delle malattie infettive di Sheba, ha affermato che le persone che hanno ricevuto entrambe le dosi del vaccino molto probabilmente non diventeranno portatrici del coronavirus e non lo diffonderanno grazie al livello alto di anticorpi che hanno ottenuto.

Si tratta della prima indicazione che il vaccino anti Covid-19 possa anche interrompere la trasmissione. Ed è uno dei primi studi condotti al di fuori della sperimentazione di Pfizer sull'efficacia del vaccino.

«I risultati del sondaggio sono coerenti con l'esperimento di Pfizer e hanno persino superato le aspettative», ha dichiarato il prof. Regev-Yohai.

Israele ha superato la soglia di due milioni di vaccinati e guida la classifica mondiale.

**VACCINI.** I ricercatori hanno utilizzato dei virus non patogeni per l'uomo

Dalla Russia con lo Sputnik

Attilio Spidaleri*



La prestigiosa rivista scientifica The Lancet ha pubblicato recentemente i risultati di un'esperienza clinica desti-

nata a valutare l'efficacia e la sicurezza del vaccino Gam-COVID-Vac, chiamato anche Sputnik V, sviluppato dall'Istituto di ricerca russo Gamaleya. Come per il vaccino di AstraZeneca (e il vaccino sviluppato in Cina da CanSino Biologics), si tratta di un vaccino a vettore virale non replicante. Ciò significa che i ricercatori hanno utilizzato dei virus non patogeni per l'uomo, riprogrammati per esprimere alla superficie la proteina spike del Sars-CoV-2, al fine di determinare una reazione immunitaria. Il vaccino si somministra in muscolo in due dosi spaziate di 21 giorni. L'esperienza clinica è stata realizzata in 25 ospedali e cliniche di Mosca. Secondo i dati presentati, sono stati seguiti 19.866 volontari, che hanno ricevuto le due iniezioni (14.964 hanno ricevuto il vaccino e 4.901 hanno ricevuto un placebo). La durata media del controllo è stata molto breve: 48 giorni dopo la prima iniezione (cioè 4 settimane dopo la se-

conda). L'esperienza Sputnik V è stata condotta con volontari di età superiore ai 18 anni. In ogni caso (più ancora che nelle esperienze Pfizer e Moderna), la popolazione studiata era globalmente abbastanza giovane, dato che appena più del 10% dei volontari era di età superiore ai 60 anni. Un quarto dei volontari presentava almeno una comorbidità, considerata come fattore di rischio per il Covid-19. Come per gli studi degli altri vaccini, i risultati di questi lavori possono essere estrapolati solo per una po-

cinati). Questi risultati suggeriscono in modo palese l'esistenza di una protezione statisticamente significativa contro le forme gravi di Covid-19 nella categoria di popolazione studiata. Inoltre, su 7.966 eventi avversi recensiti, 7.845 (94%) sono considerati come moderati. Come nelle esperienze cliniche degli altri vaccini anti Covid-19, i principali effetti indesiderabili sono legati alla fase di iniezione, e sembrano di natura simile a quelli osservati in altre vaccinazioni. Nessuno degli eventi avversi gravi è stato associato alla

Il vaccino si somministra in muscolo in due dosi spaziate di 21 giorni

vaccinazione, il che è stato confermato da un comitato indipendente che ha controllato i dati. Un'esperienza di fase 2 (su 110 partecipanti), e due esperienze di fase 3 (rispettivamente su

40.000 volontari in Russia e 100 in Bielorussia), iniziate nel 2020, sono ancora in corso. L'esperienza più importante si completerà nel maggio 2021. Altre esperienze di minore importanza sono state pianificate in Brasile, in Ungheria, in India, e in Venezuela. Inoltre, delle ricerche sono in corso per concepire un dosaggio unico del vaccino Sputnik V.

**CAMBIAMENTO.** Non hanno mai un valore assoluto nella diagnosi

Biomarcatori in radiologia

Graziella Di Grezia*



Nell'era della medicina di precisione e big data, anche la radiologia subisce il fascino del cambiamento, con una mano tesa verso il tentativo, da sempre percorso, di poter toccare almeno con un dito l'anato-

mia patologica.

Infatti nella "Radiomica", la radiologia supera la sua funzione meramente descrittiva per giungere ad una diagnosi; i reperti di imaging possono essere integrati con multipli parametri individuali che vanno dal pattern genomico all'esposizione ambientale.

Questo processo richiede un approccio multidisciplinare e ha il potere di identificare la radiologia come centro di snodo della medicina di precisione in diversi campi di applicazione biomedica.

In questo complesso percorso, il termine "biomarcatore" diventa un concetto centrale per lo sviluppo di una metodologia di studio, la formulazione di ipotesi di ricerca e l'applicazione clinica dei risultati.

Il "biomarcatore" è per definizione, qualsiasi sostanza, struttura o processo che può essere misurato nel corpo o che il corpo stesso

produce; può predire l'incidenza o la storia naturale della malattia. Se storicamente soltanto le molecole biologiche venivano considerate marcatori, ad oggi qualsiasi elemento caratteristico di tipo molecolare, istologico, radiografico o fisiologico può essere definito tale [Weaver, AJR Feb 2018].

Un biomarcatore ideale deve avere elevata sensibilità e

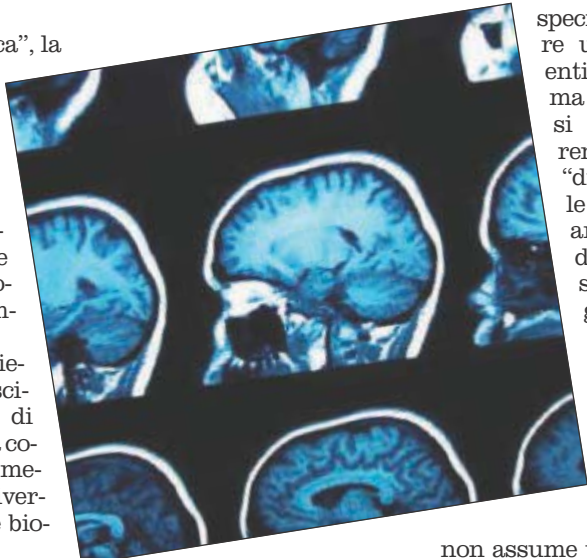
specificità per essere utilizzato come entità a se stante, ma oggi i progressi tecnologici, li rendono ancora "dipendenti" dalle informazioni anamnestiche e dalle caratteristiche di imaging.

In ambito radiologico il numero di biomarcatori aumenta esponenzialmente grazie alla ricerca, ma

non assume un valore assoluto rispetto alla diagnosi, essendo di supporto ad essa.

Per questo "l'occhio della medicina", l'imaging, resterà indispensabile per un corretto processo diagnostico ancora per molto tempo e la scienza della morfologia non subirà un impoverimento, ma potrà giovare dei biomarcatori come valore aggiunto.

*Radiologo PhD

**Salute.** Integrazione tra centri neurologici e medicina del territorio

Sfida alle malattie neurologiche croniche

Le patologie neurologiche croniche rappresentano una sfida crescente in termini di salute e di ricadute sociali. Come abbiamo visto in questi mesi, i malati cronici sono quelli più a rischio di sviluppare forme gravi di COVID-19. Inoltre, la pandemia COVID ha aggravato la complessità del percorso di presa in carico di questi pazienti, nonostante i progressi terapeutici in divenire, considerate anche le difficoltà economiche che coinvolgono le famiglie. I controlli specialistici, l'assistenza territoriale, e l'aderenza terapeutica sono in una sofferenza, che solo parzialmente viene mitigata dall'implementazione della telemedicina e del teleconsulto.

Da qui la necessità di una riprogrammazione dell'attività assistenziale e riabilitativa per un progressivo ritorno alla normalità pronta ad accogliere l'innovazione imminente e futura della cura e diagnosi delle malattie neurologiche croniche. Per sensibilizzare le istituzioni verso una maggiore integrazione tra Centri neurologici e Medicina del territorio, multidisciplinarietà e interesse per l'innovazione, Mondosanità, in collaborazione con Motore Sanità, ha organizzato il webinar 'LE MALATTIE NEUROLOGICHE CRONICHE AL TEMPO DEL COVID. Focus su Alzheimer, Demenze, Parkinson e Sclerosi Multipla', che ha visto la partecipazione di esperti del settore e delle istituzioni, discutendo i principali aspetti organizzativo-assistenziali riguardanti alcune delle principali patologie neurologiche e degenerative che coinvolgono non solo persone

anziane, come la malattia di Alzheimer, le altre demenze e la malattia di Parkinson, ma anche soggetti giovani e per lo più donne, come la Sclerosi Multipla.

"La Sclerosi Multipla (SM) è una patologia che colpisce il sistema nervoso centrale, comunemente diagnosticata nei giovani adulti, tipicamente fra i 20 e i 40 anni, e più frequentemente nelle donne rispetto agli uomini. Attualmente, secondo i dati di regione Lombardia del 2017, ci sono circa 17.000 persone con SM nella nostra regione, ma questo numero è in progressivo aumento nel corso degli ultimi anni. La maggior parte dei pazienti con SM nella nostra Regione ha fra i 40 e i 65 anni (57%), seguiti dai pazienti tra i 18 e i 40 anni, dunque due categorie di età di persone in cui la patologia, i trattamenti, gli esami e le visite di monitoraggio possono avere un forte impatto negativo in ambito familiare così come sulle attività quotidiane e lavorative. In Lombardia esistono numerosi centri di riferimento per la diagnosi e la cura della SM, distribuiti all'interno del territorio regionale e con grande esperienza nella gestione di questa patologia attraverso un approccio multidisciplinare di vari specialisti, tra cui neurologi, neuroradiologi, psicologi, infermieri e fisioterapisti.

Al fine di garantire una gestione sempre più personalizzata e ottimizzata di ciascun paziente con SM nella nostra regione, è fondamentale instaurare un rapporto saldo fra le istituzioni e gli specialisti coinvolti nella gestione dei pazienti.



► **SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.** *Un investimento vero sulle cure domiciliari e un monitoraggio continuo sulle cure fuori dall'ospedale*

Pino Rosato



Sul n°28 del Sole 24ore Sanità del 24-31 luglio 2017 c'era un editoriale avente per oggetto "SO-

GNANDO IL TERRITORIO" e ho pensato di portarlo alla vostra attenzione.

"Il vecchio papà allettato a casa, il figlio autistico, la sorella con problemi di dipendenza, la mamma affetta da malattia di Alzheimer. Sono tutte situazioni che purtroppo non hanno nulla di eccezionale, almeno statisticamente. Quello che è invece eccezionale, per un Paese che ha un Servizio Sanitario Nazionale d'eccezione, è il livello di ansia, di stress e di fatica che i cittadini che si trovano in queste condizioni devono attraversare per aiutare i propri cari, pazienti che non dovrebbero essere presi in carico dall'ospedale, ma sul territorio.

È qui che inizia il sogno, o meglio la promessa mancata.

Dopo il Decreto 70/2015, meglio conosciuto come Decreto Balduzzi, i posti letto ospedalieri sanitari sono stati tagliati, anche troppo, forse male, ma parallelamente, fuori, il riordino dei servizi territoriali è ancora una grande incognita.

Tra ritardi e inefficienze, continuità delle cure non sempre realizzate, cure domiciliari per pochi, disabilità dimenticata, centri diurni rari, come oasi in un deserto, servizi disomogenei, aggregazioni tra professionisti declinate in una giungla di sigle e modelli in cui il cittadino fatica ad orientarsi, ruolo dei distretti molto spesso sottovalutato e riconversioni incerte per gli ospedali fuori standard non si è riusciti a organizzare una risposta sanitaria territoriale adeguata alle esigenze che incombono.

Ci vorrebbe un decreto 70 anche per il territorio che chiarisca bene standard quantitativi e qualitativi, preveda un investimento vero sulle cure domiciliari e un monitoraggio continuo sulle cure fuori dall'ospedale per correggere disomogeneità, ritardi e disparità.

Per la gestione però di un modello così complesso bisogna prevedere una comunicazione più integrata e un'accessibilità più ampia fra tutti i luoghi fisici interessati: l'area di ricovero, l'area di attività specialistica ambulatoriale, l'area di attività medica generalista, il domicilio o il luogo di residenzialità del paziente.

Ma anche i due tipi di medici, lo specialista e il generalista, debbono muoversi fra tutti questi luoghi, con due ruoli diversi, ma assolutamente complementari. Ovviamente strumenti di informatizzazione, sempre più avanzati, potranno facilitare tutto questo, ma alla base di una

Sognando il territorio



ASL ed ambiti territoriali devono necessariamente lavorare insieme utilizzando l'atto di indirizzo e coordinamento relativo all'integrazione sociosanitaria (ASL) e i Piani di zona (COMUNI)

così profonda riorganizzazione non può che esserci una diversa visione dei professionisti: da due blocchi contrapposti a due triangoli complementari.

Il trasferimento a domicilio del paziente trattato in un regime di ricovero pone un problema sociale di assoluta rilevanza, che le risorse e l'organizzazione as-

sistenziale attuale non sono, in molti casi, sufficienti ad affrontare.

Il venir meno già ora, e sempre più nel futuro, della tradizionale struttura familiare, pone un diffuso e non di rado drammatico problema di abbandono, per il quale si dovrà ancora ampiamente lavorare. Per ultimo, ma

non per importanza, il problema delle risorse, che mettono il nostro Paese in controtendenza rispetto agli altri dell'UE con noi confrontabili. È assolutamente evidente che tutti gli aspetti evolutivi del Sistema Sanitario richiederanno un incremento significativo delle risorse impiegate per favorire sempre più la

continuità di cura dopo le dimissioni o la presa in carico di pazienti cronici e fragili e trovare così sul territorio i punti di riferimento che assicurino i servizi necessari.

Chi dovrebbe organizzare questi servizi?

Il bisogno sanitario dovrebbe essere assicurato dalle ASL.

Il bisogno sociosanitario dovrebbe essere assicurato dai Distretti sociosanitari.

Il bisogno sociale dai comuni.

Fra le competenze dell'ASL è prevista la programmazione delle unità di offerta sociosanitaria e sanitaria; al ripensare il modello di cura, la deospedalizzazione e lo sviluppo dell'assistenza territoriale. Il passaggio Ospedale-Territorio impone un rapporto molto stretto con il sociosanitario ed un ruolo di regia dell'ASL definito ed interpretato in modo concreto e corretto che assicuri un'integrazione tra i servizi preventivi di diagnosi e cura e di reinserimento in un percorso globale. Così come è necessaria la rivalutazione del ruolo dei Distretti come vero riferimento della assistenza territoriale e del rapporto tra sanitario e sociosanitario.

Il Distretto diviene il luogo di riferimento dell'integrazione, ambito in cui deve nascere una nuova forma di coordinamento tra le diverse figure che devono dare delle risposte (Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, continuità assistenziale, emergenza territoriale, operatori sociali) tutti nello stesso luogo per dare risposte appropriate e condivise.

Distretto quindi come risposta dinamica ai bisogni del territorio di riferimento con un rapporto continuo con la comunità locale e con i bisogni e la domanda che essa esprime.

I Comuni, infine, devono necessariamente occuparsi della povertà e fragilità sociale, dell'area famiglia, degli anziani e dei disabili definendo i confini tra disagio e patologia.

Diviene così necessario un ripensamento delle logiche programmatiche attraverso la prospettiva di una sussidiarietà territoriale che ricompona ed integra l'azione di più soggetti: ASL - COMUNI - TERZO SETTORE - ASSOCIAZIONISMO - VOLONTARIATO - ORGANIZZAZIONI SINDACALI.

In conclusione, possiamo dire che ASL ed ambiti territoriali devono necessariamente lavorare insieme utilizzando l'atto di indirizzo e coordinamento relativo all'integrazione sociosanitaria (ASL) e i Piani di zona (COMUNI).

Il cittadino ne avrà sicuramente vantaggi e risposte adeguate.

**Cardiologo
Presidente CdA Clinica Villa dei Pini Avellino
Ex Manager AORN San G. Moscati Avellino**