

# Stress da luce blu



**Mariolina De Angelis\***



Trascurriamo interesse giornate davanti allo schermo di un computer, spesso contemporaneamente guardiamo anche la tv e non di rado portiamo a letto il tablet per controllare le ultime email ricevute. Mediamente le ore trascorse davanti a uno schermo sono circa 6 al giorno. Chi poi con il computer ci lavora ne trascorrerà ancora di più. Basti pensare che ognuno di noi durante la giornata giornata guarda il suo smartphone almeno 250 volte. E questi sono dati che si riferiscono all'epoca prima dello scop-

pio della pandemia che ha stravolto le nostre abitudini. Oggi le ore trascorse davanti ai mezzi di comunicazione sono sicuramente cresciuti, addirittura raddoppiati. Considerando che, attraverso questi schermi, noi facciamo riunione di lavoro, aggiornamenti professionali, allenamenti sportivi, shopping, sedute di fisioterapia e webinar. Non possiamo fare altro che ringraziare la tecnologia che ci ha permesso anche di continuare a frequentare le lezioni universitarie o scolastiche, di continuare a fare esami e di partecipare addirittura alle sedute di laurea, certo diverse ma presenti. E' necessario però cominciare a porsi il problema di quali sono gli effetti che questa

sovrapposizione potrà avere sul nostro organismo. Per quanto riguarda la pelle al banco degli imputati c'è la luce blu. Questa altro non è che una componente della radiazione solare avente una lunghezza d'onda maggiore rispetto alle altre. La luce blu non è di per sé dannosa. Essa infatti è capace di regolare i ritmi circadiani ed è utilizzata anche in fitoterapia allo scopo di regolare i livelli di melatonina. Essa può essere anche utile per contrastare i malesseri psicologici legati alla carenza di luce. Ma quando siamo esposti a tutte queste fonti di luce blu, dati da schermi, lampade LED, in modo continuo e per ore, sicuramente

porta al DigitalAgeing che altro non è che l'insieme delle problematiche legate alla sovrapposizione al device. Esso va dalla perdita di sonno, all' aumento dello stress ossidativo, e al rallentamento della rigenerazione cellulare. Gli studi più recenti relativi alla luce blu, e altri che sono ancora in corso, hanno infatti dimostrato come per tutte le fonti di inquinamento, anche l'esposizione alla luce blu, aggredisce ed altera l'equilibrio cutaneo. Conseguenza diretta è un aumento dello stato di infiammazione e stress ossidativo cellulare dovuto alla presenza di radicali liberi. Conseguenza diretta sulla pelle è la disidratazione, un colorito spento, e un invecchiamento precoce. Sono dispo-

nibili comunque in commercio dei trattamenti specifici capaci di contrastare gli effetti della luce blu. Essi contengono sostanze idratanti, emollienti e nutrienti che ripristinano il microbioma cutaneo. Per quanto riguarda gli occhi, essi sottoposti a questo stress, appariranno irritati e secchi. E' importante idratarli con colliri spray a base di acido ialuronico e lacrime artificiali. Va trattata anche la zona periorbitale molto fragile e delicata. Rinfreschiamola con lozioni contenenti calendula e malva e con creme contenenti acido ialuronico puro. Possono essere utili anche maschere addolcenti capaci di allentare lo stress da luce blu.

\*Farmacista



► **VACCINI.** Non è stato riscontrato nessun aumento del rischio embolia. Necessario avere fiducia nell'EMA che ha dato il suo OK

# Astrazeneca, il grande inquisito

La maggior parte degli episodi si è manifestata in pazienti sotto i 55 anni, per la maggior parte donne

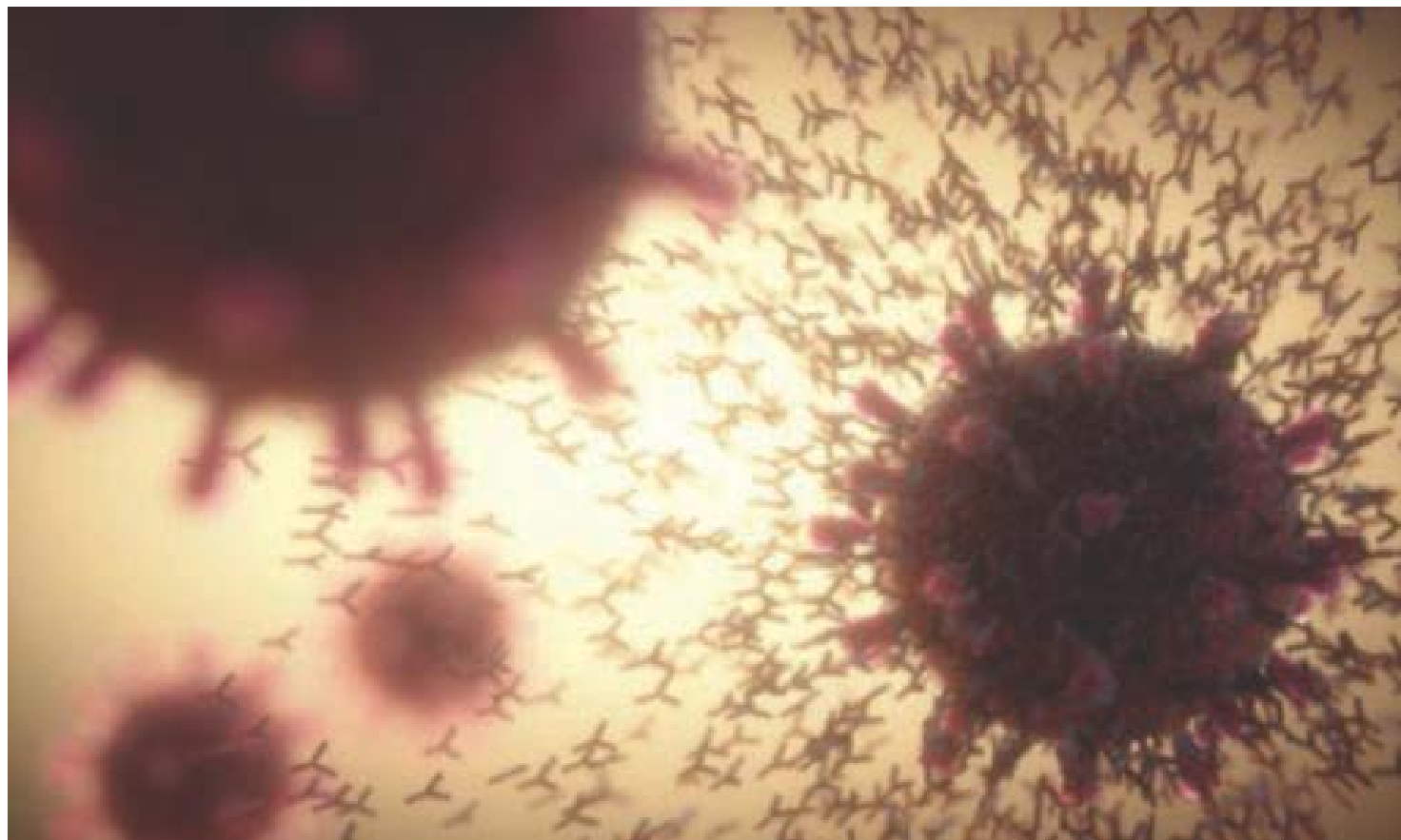
Nicola Acone\*



**F**inalmente l'EMA (European Medicines Agency) con il supporto del PRAC (comitato per la valutazione dei rischi per la farmacovigilanza), ha sciolto le sue riserve: il vaccino di Astra-Zeneca è efficace e sicuro. I benefici del vaccino di AstraZeneca contro la COVID-19 superano abbondantemente i rischi legati ai rari effetti collaterali. E' utile a mio parere, per il periodo che stiamo vivendo, confrontare i rischi di una infezione da SARS COV 2 da un punto di vista degli effetti sul sistema cardio-circolatorio e la vaccinazione con siero di ASTRA- ZENECA, "inquisito" come responsabile di trombo-embolie.

Della COVID-19 abbiamo imparato a conoscere i danni polmonari, ma molti studi hanno evidenziato lo stretto legame tra l'infezione e le patologie nella circolazione sanguigna e cardiaca. L'osservazione clinica ha mostrato come, accanto all'infezione respiratoria, vi sia un processo vascolare infiammatorio sistemico che conduce ad un'alterazione del sistema coagulativo con conseguenti fenomeni trombotici sul versante venoso, arterioso e microvascolare.

La presenza di coaguli nella circolazione sanguigna è uno degli eventi più pericolosi associati alla COVID-19: i coaguli (grumi di sangue), che ostacolano il normale flusso di sangue ossigenato nell'organismo, si manifestano nel 20-30% dei pazienti ricoverati con sintomi gravi dell'infezione e possono portare a conseguenze potenzialmente letali, come ictus in soggetti giovani e senza malattie pregresse, attacchi di cuore o embolie polmonari (cioè l'ostruzione di vasi sanguigni che trasportano il sangue dal cuore ai polmoni). I ricercatori iniziano solo ora ad avere maggiori informazioni sulla formazione di questi coaguli, che si manifestano in modo inusuale e che allo stesso tempo costano una delle caratteristiche chiave della COVID-19. Fino al 16 marzo 2020 sono stati vaccinati con Astra-Zeneca circa 20 milioni di persone tra Regno Unito e Paesi Europei, in cui si sono verificati 25 casi di coagulopatie, 7 delle quali riconducibili a coagulazione intravascolare disseminata (CID) e 18 a trombosi cerebrale dei seni venosi (CVST, un'ostruzione dei vasi che trasportano il sangue dal cervello verso la vena giugulare interna). Pertanto con una media bassissima dello 0,002%. La domanda che gli addetti ai lavori e non, è stata: come mai è scattato l'allerta? E perché, l'EMA attraverso il PRAC ha iniziato un'ulteriore review accelerata del vaccino di ASTRA ZENECA? E, perché, la somministrazione dello stesso dagli Stati Europei anche se per breve tempo, è stata sospesa? La risposta è stata: perché la rarissima occorrenza di coagulopatie post-vaccino sembra lievemente superiore a quella che ci si sarebbe aspettata in condizioni normali. Per capire che cosa si intende quando si parla di rarissima occorrenza, riportiamo alcuni numeri dal comunicato dell'EMA: «Poiché questi eventi sono rari e la stessa CoViD-19 causa spesso disordini della coagulazione del sangue, è difficile stimare un tasso di base di questi eventi nelle persone che non hanno ricevuto il



La risposta immunitaria all'attacco del SARS-CoV-2, in un'illustrazione scientifica. Shutterstock



vaccino. Tuttavia, basandoci sulle statistiche pre-covid è stato calcolato che ci saremmo dovuti aspettare meno di 1 caso di CID tra gli under 50 prima del 16 marzo entro 14 giorni dalla vaccinazione, mentre ne sono stati riportati 5. Allo stesso modo ci si sarebbe potuto aspettare 1,35 casi in media di CVST (trombosi cerebrale dei seni venosi) nello stesso gruppo di età mentre sono stati 12». Questo lieve disequilibrio ha motivato l'azione di farmacovigilanza a cui abbiamo assistito. Se la remota possibilità di un'associazione tra il vaccino di AstraZeneca e questi disordini è tutta da verificare, è invece certo che il tasso di letalità della Covid-19 in Italia nella seconda fase dell'epidemia è del 2,4%, più bassa rispetto a quella della prima fase durante la quale però, l'accessibilità rallentata ai test diagnostici e la diversa distribuzione geografica dei casi, potrebbero aver fornito un dato distorto. La maggior parte di questi del tutto sporadici eventi (25 casi su 20 milioni di vaccinati)

si è manifestata in pazienti sotto i 55 anni, per la maggior parte donne. Non è possibile al momento dire se sia un dato significativo: potrebbe dipendere dal fatto che il vaccino di AstraZeneca è stato destinato in Europa soprattutto ai giovani adulti sani, che sono quindi gli unici ad averlo ricevuto. La stessa scelta potrebbe spiegare perché nel Regno Unito il fenomeno non sia stato osservato: in UK si è scelto di somministrare AstraZeneca anche agli anziani e di proseguire a vaccinare per fasce di età decrescenti. Altre possibili spiegazioni sono al vaglio degli scienziati, che proseguiranno gli studi sia sul vaccino di AstraZeneca sia sugli altri disponibili ora o in futuro. Sono convinto che l'EMA, pur ritenendo che il rapporto rischi / benefici del medicinale rimanga positivo e non vi sia alcuna associazione con disturbi tromboembolici in generale, aggiornerà il foglietto illustrativo dei vaccini in modo che medici e pazienti siano consapevoli della remota possibili-

tà di queste sindromi e possano cercare assistenza immediata in caso se ne manifestassero i sintomi (mancanza di respiro, dolore al petto o allo stomaco, gonfiore o freddo a un braccio o una gamba, mal di testa grave o in peggioramento o visione offuscata dopo la vaccinazione, sanguinamento persistente, piccoli lividi multipli). Comunque se ci mettessimo a leggere il foglietto illustrativo dei medicinali da banco che teniamo in casa, non troveremmo complicanze molto diverse. Come in ogni evento importante ed altamente mediatico, c'è chi si è schierato con la decisione delle Nazioni Europee di sospendere temporaneamente in via cautelativa la somministrazione del vaccino e chi come il dottor Ezekiel Emanuel (ex consulente alla Salute dell'esecutivo Biden) l'ha definita una mossa solo emotiva che sembra rispondere alle paure personali dei cittadini e non ai dati scientifici a sostegno. Personalmente sono del parere che questa vicenda, gestita non bene e forse anche dettata da una certa dose di emotività o "altro", poteva danneggiare in maniera permanente la reputazione del vaccino e, per estensione la disponibilità delle persone a sottoporsi alla propria dose. Fortunatamente non sembra sia così! E poiché: "primum vivere e deinde philosophari" (prima vivere e poi fare filosofia) lo dicevano i Latini popolo pragmatico, bisogna assolutamente avere fiducia nell'EMA che ha dato il suo OK alla ripartenza delle somministrazioni, stabilendo che il vaccino di ASTRA-ZENECA è sicuro ed efficace e che dall'analisi dei casi sospetti registrati non sono emerse correlazioni dirette con il farmaco. Necessario è anche tenere in conto il comunicato dell'Azienda ASTRA-ZENECA che ha dichiarato di non aver riscontrato nessuna prova di un aumento del rischio di embolia polmonare, trombosi venosa o trombocitopenia, per qualsiasi età, sesso, lotto o Paese.

\*Virologo





► **PREVENZIONE.** Non è facile distinguere le difficoltà respiratorie causate dalla patologia e dal virus

# Pazienti asmatici e Coronavirus

*I trattamenti possono limitare la capacità di attaccarsi ai polmoni*

Biagio Campana\*

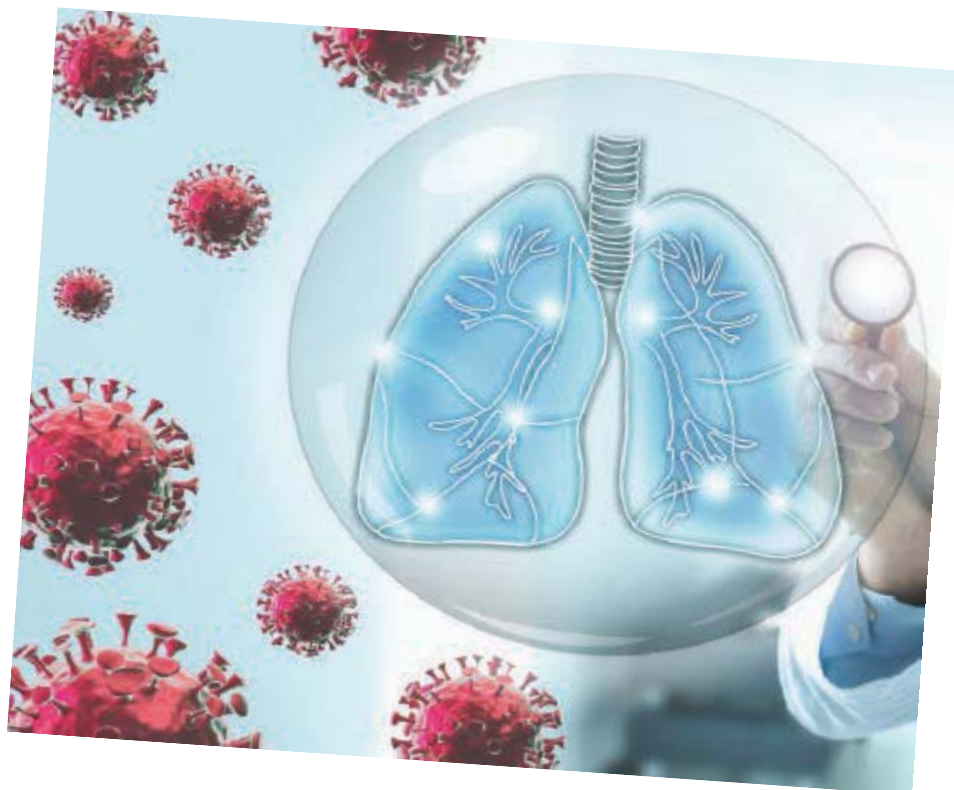


L'asma è una delle malattie respiratorie più diffuse che colpisce tra i 100 e i 150 milioni di

persone in tutto il mondo, un dato destinato a crescere ulteriormente considerato il trend degli ultimi anni. L'asma si manifesta tramite un'inflammatione cronica delle vie aeree e, ad oggi, non esiste alcun trattamento risolutivo per curarla. Ma è possibile e necessario tenere sotto controllo il decorso attraverso un piano di controllo adeguato, che permetta di ridurre la sintomatologia. Alle preoccupazioni che normalmente sorgono nei pazienti asmatici durante il periodo influenzale e successivamente all'arrivo della primavera, si aggiunge quest'anno anche il timore per il SARS COVID 2. Se dai dati attualmente a disposizione è ormai chiaro che i soggetti maggiormente a rischio sono le persone anziane, gli immunodepressi e i pazienti cronici, non è altrettanto chiaro se, tra questi, siano compresi anche i pazienti asmatici, benché si tratti di una malattia respiratoria. Da una recente review pubblicata nel mese di febbraio sul Journal of Asthma che ha analizzato i dati provenienti da 57 studi internazionali comprendenti quasi 600.000 persone, gli scienziati hanno scoperto che i tassi di asma tra le persone con COVID-19 erano simili ai tassi nella popolazione generale, con poco più di sette persone su 100 e poco più di otto su 100, rispettivamente. Rispetto alla popolazione generale, le persone con asma avevano in realtà il 14% in meno di probabilità di contrarre l'infezione e molte meno probabilità di essere ricoverate in ospedale per la malattia anche in terapia intensiva. Il rischio di morte per COVID-19 era lo stesso per le persone con asma e per quelle senza mentre non è chiaro perché i rischi di COVID-19 non siano più elevati nelle persone con asma, ma una possibile spiegazione è che i trattamenti per l'asma possono limitare la capacità del coronavirus di attaccarsi ai polmoni nel senso che i recettori ACE nei polmoni sono meno attivi nelle persone

con un particolare tipo di asma mentre alcuni studi suggerirebbero che i corticosteroidi inalatori, comunemente usati per trattare l'asma, possono ridurre ulteriormente la loro attività. A tutto ciò va aggiunta un'ulteriore considerazione ossia che l'incertezza iniziale sull'impatto dell'asma su covid-19 potrebbe aver causato ansia tra i pazienti e gli operatori sanitari, portandoli a essere più vigili sulla prevenzione delle infezioni. Per i pazienti asmatici può non essere semplice distinguere la difficoltà a respirare (dispnea) provocata dall'asma da un attacco d'asma potenzialmente provocato dal virus. Pertanto, i pazienti che soffrono d'asma e che presentano sintomi riconducibili all'infezione da COVID-19, devono contattare il proprio medico per dirimere ogni dubbio. I sintomi da monitorare sono la febbre, difficoltà a respirare e la tosse secca. Anche in virtù di questa difficoltà a distinguere la sintomatologia, per tutti i pazienti asmatici è fondamentale tenere ben controllata l'asma, assicurandosi che la funzione polmonare sia buona e rispettando diligentemente tutte le misure precauzionali consuete (lavare spesso le mani, mantenere la distanza di sicurezza, limitare gli spostamenti ecc.). Inoltre, in merito ai bambini asmatici, seppur dalle evidenze sia noto che abbiano infezioni meno gravi da COVID-19, è consigliato anche in questo caso proseguire le terapie e adottare le ormai consuete precauzioni contro il virus. Infine, stante l'attuale situazione pandemica, è naturale per alcuni pazienti asmatici sentirsi tristi, confusi, spaventati o stressati tutte condizioni che possono scatenare, a loro volta, attacchi di asma nei pazienti asmatici. Per gestire al meglio queste situazioni emotivamente complesse è necessario mantenere uno stile di vita sano, alimentare i contatti con la famiglia e gli amici tramite social laddove non possibile in presenza, evitando altri fattori scatenanti come il fumo, l'alcool e le droghe e soprattutto la sovraesposizione alle notizie cercando aiuto, in ambito familiare e presso il proprio medico di riferimento.

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



## SARS-CoV-2: è ora di fare chiarezza

Maria Luisa D'Amore\*



È ormai trascorso un anno esatto dalla prima grande chiusura che ha visto coinvolto il nostro Paese, un anno di stime e numeri, colori regionali e restrizioni atte a contrastare un nemico che spesso si è rivelato essere più astuto del previsto. Google trends, un servizio offerto dall'omonimo motore di ricerca, ha riportato che nel 2020 la parola "Coronavirus" si è aggiudicata il primo posto nella classifica dei termini più cercati al mondo; ma ancora nello stesso decalogo emergono numerosi altri riferimenti alla pandemia come ad esempio "nuovo DPCM", "indice contagi" e "Protezione Civile".

Il largo impatto mediatico che una simile emergenza porta con sé ha, però, lasciato spazio alla divulgazione di notizie spesso contrastanti e confusionarie circa i test da effettuare, il lasso temporale che il virus impiega per manifestarsi nonché, e ancora di più, la tempistica da rispettare in caso di contatto con un soggetto contagiato.

"Repetita iuvant" dicevano i latini, e questa frase oggi sembra essere più altisonante che mai. Per tali ragioni cerchiamo di rispolverare concetti già conosciuti e analizzarli con maggiore chiarezza.

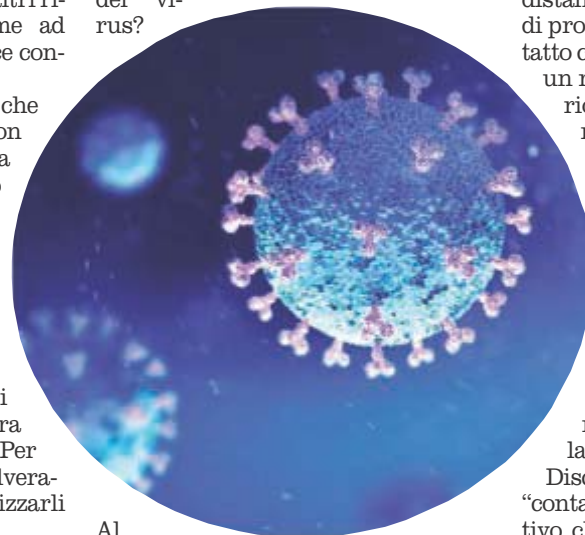
Partiamo dal principio:

•Cosa è il Nuovo Coronavirus? Il termine scientifico scelto ed utilizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per identificare il Nuovo Coronavirus è SARS-CoV-2: si tratta di virus respiratorio appartenente alla grande famiglia dei coronavirus (CoV), virus a RNA responsabili di numerose condizioni patologiche ad entità ed importanza variabile, muovendosi dai comuni raffreddori, a sindromi più gravi come la MERS (Middle East Respiratory Syndrome) e la SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome). Ad oggi sono state identificate sette diverse tipologie di coronavirus umani, ultimo dei quali il SARS-CoV-2. L'acronimo del nome SARS-CoV-2, scelto dal Coronavirus Study Group della commissione internazionale deputata a classificare e denominare i virus, è dovuto al fatto che tale virus sia stato ritenuto fratello del virus responsabile della SARS (SARS-CoV). Il termine COVID-19, invece, è il

nome della malattia da nuovo coronavirus: "CO" indica corona, "VI" virus, "D" che in inglese disease (malattia) e 19 che si riferisce al 2019, anno della sua comparsa.

•Quali i Sintomi? La presenza delle numerose varianti virali ha comportato una grande quantità di sintomi, che in ogni caso variano da paziente a paziente: in alcuni l'infezione si presenta con sintomi lievi come raffreddore, mal di gola, tosse e febbre, fino ad arrivare a compromissioni respiratorie di maggiore importanza. A questi sintomi "classici", si sono affiancati anche problemi al sistema digerente, nausea, e dolori articolari.

•Come diagnosticare la presenza del virus?



Al momento sono disponibili diverse tipologie di test per rilevare la presenza del virus SARS-CoV-2. Il primo tipo di test è quello molecolare, che ad oggi resta il sistema più affidabile per la diagnosi di COVID-19. Prevede un prelievo di secrezioni naso-faringee da parte di un operatore mediante un piccolo bastoncino cotonato. Successivamente al prelievo, viene estratto, purificato ed analizzato il genoma del virus, per valutarne l'eventuale presenza. Per la complessità della metodica, e per la strumentazione richiesta, questo tipo di test viene effettuato unicamente in laboratorio. Diverso è il discorso per il test rapido antigenico che, contrariamente al precedente, ricerca le proteine superficiali del virus, definite antigeni, e non il suo genoma.

Anche in questo caso la procedura prevede un prelievo naso-faringeo, con tempi di risposta che variano tra 15min e 30min. È considerato un vali-

do alleato per i processi di screening, ma è soggetto ad un margine di errore maggiore per cui dovrebbe essere associato sempre ad un tampone molecolare di conferma. L'ultima tipologia è rappresentata dal test sierologico: si tratta di un prelievo ematico che permette di rintracciare la presenza di anticorpi specifici prodotti dal corpo dopo aver contratto il SARS-CoV-2. È importante ricordare però che, poiché gli anticorpi iniziano a svilupparsi almeno dopo 15giorni dal contatto con l'agente virale, questo tipo di test NON è indicato per rilevare un'infezione in corso.

•Come comportarsi? Oltre alle ormai classiche regole che impongono il distanziamento sociale e i dispositivi di protezione, chiunque venga a contatto con il virus è tenuto a rispettare un regime di isolamento obbligatorio per almeno 10 giorni, al termine dei quali sarà necessario eseguire un nuovo test molecolare per rivalutare la presenza del virus.

Qualora il test molecolare continuasse a fornire un esito positivo, secondo le disposizioni del Ministero della Salute, il soggetto positivo può interrompere l'isolamento dopo 21 giorni, in quanto non rappresenta più un rischio per la comunità.

Discorso analogo per i cosiddetti "contatti diretti" di un soggetto positivo, che il Ministero della Salute identifica in:

- conviventi
- coloro che hanno avuto un contatto fisico diretto con un soggetto poi positivo, o un contatto continuativo ad una distanza inferiore di 2 metri per più di 15minuti a partire dalle 48 ore precedenti della notifica di positività;
- coloro che hanno condiviso uno stesso ambiente chiuso con un caso positivo senza indossare dispositivi di protezione;

Tali soggetti saranno tenuti a rispettare un periodo di quarantena di 10 giorni dall'ultima esposizione con successivo tampone molecolare, o in alternativa, un periodo di 14 giorni a partire dall'ultimo contatto con un caso positivo accertato.

In ultimo, ma non per ultimo, preme sottolineare l'importanza delle vaccinazioni in un momento come questo: la fiducia nella scienza, senso di responsabilità civile e il rispetto per gli altri, rappresentano l'unica arma per "uscire a riveder le stelle".

\* **Biologa-Nutrizionista**





▶ REALTÀ VIRTUALE. Dei veri laboratori per costruire l'identità

# Giochi on line, così si realizza la ricerca del sé



Annarita Di Sarno\*



Siamo al primo anniversario dell'evento più sconvolgente dell'ultimo secolo. Un anno dal primo lockdown, dal primo 'restiamo lontani oggi per abbracciarci domani'. Quel domani non è ancora arrivato, la maggior parte dell'Italia è in zona rossa, un nuovo modo di dire 'lockdown'.

I rapporti sociali sono ormai coltivati online, restiamo uniti "attaccandoci" ad un cellulare, ad un pc o ad un tablet. Ci sono nuovi modi di comunicare, di condividere, di socializzare ma anche nuovi modi di conoscere e scoprire se stessi.

Bambini, adolescenti, e non solo, sono sempre più immersi nella tecnologia, più di prima, più di sempre. Ma quali sono queste nuove forme di socializzazione e di condivisione?

Una di queste forme è sicuramente il gioco online che ha fatto registrare un significativo aumento (Javed, 2020; Perez, 2020). Uno studio condotto da Pantling (2020) registra un aumento del 75% del gioco on-line emerso in concomitanza delle prime direttive di quarantena.

In Italia, Lepido e Rolander (2020) hanno descritto un aumento del 70% del traffico Internet riconducibile al gioco "Fortnite". Considerazioni analoghe derivano dalla analisi di nuovi iscritti delle varie piattaforme esistenti dedicate al tema "videogiochi".

Quest'anno i ricavi mondiali dell'industria dei videogiochi sono destinati a salire del 9,3%, a un passo dai 160 miliardi di dollari. Ci sono segnali che fanno pensare che la crescita sarà anche superiore.

Ma è un bene che il bambino/adolescente passi la maggior parte del suo tempo davanti ad un computer o a un telefono a giocare? Questa è la preoccupazione di molti genitori, che spesso chiedono aiuto sul come fare a dare delle regole in questo campo, ma non solo e chiedono risposte alle loro domande. Come se ci fosse un libretto di istruzioni!

Nel 2018, l'Organizzazione mondiale della sanità ha inserito il "gaming disorder" tra i "comportamenti che creano dipendenza", elencando tra i suoi sintomi «l'aumento della priorità data al gioco rispetto ad altre attività nella misura in cui il gioco ha la precedenza su altri interessi e attività quotidiane». Tra le altre caratteristiche della patologia, ha spiegato Vladimir Poznyak, del dipartimento per la salute mentale dell'Oms durante una confe-

renza stampa, c'è "il fatto che anche quando si manifestano le conseguenze negative dei comportamenti non si riesce a controllarli" e "il fatto che portano a problemi nella vita personale, familiare e sociale, con impatti anche fisici, dai disturbi del sonno ai problemi alimentari".

La stessa Oms, però, dopo lo scoppiare della pandemia, ha finito per ammettere, che i videogiochi potessero essere un aiuto, una buona alternativa a svaghi più 'sociali'. A marzo dell'anno scorso uno degli ambasciatori dell'Oms, Ray Chambers, ha espresso sostegno per #PlayApartTogether, l'iniziativa con cui diciotto grandi produttori di videogiochi hanno invitato i videogiocatori a contribuire a ridurre i

casi, addirittura l'amore.

Inoltre, i videogiochi possono allenare molte abilità cognitive, quali la memoria, la coordinazione oculo-motoria, l'attenzione, il ragionamento e il pensiero multitasking. Anche funzioni mentali più complesse vengono sviluppate da un sano uso dei videogames, come ad esempio la creatività, il pensiero critico e la capacità di problem solving.

Nello stesso tempo, però, un gioco può diventare talmente coinvolgente, da tendere a isolare dal reale il videogiocatore concentrato sulle sue sfide virtuali. Nei casi estremi, il gamer rischia di dimenticare per ore tutto il "resto" e togliere spazio ad altro.

Dai videogiochi soprattutto in prima persona, quali "fortnite",

kamura 2002). Giocare a un videogioco, significa immettere parte di se stessi in un mondo virtuale che spesso ci spinge a riflettere, a prendere decisioni e a intrattenere relazioni, e tutto ciò tramite un "personaggio" che ci identifica e con cui ci identifichiamo, mettendo in pratica quella che è la prima forma di gioco sociale: il gioco identitario, quello che i bambini o le bambine fanno quando "giocano" a fare la mamma o il papà, per esempio.

In questo senso, il gioco può essere definito come un "laboratorio per l'identità" (Turkle, 1997).

Gee (2003) ha formulato una teoria che sistematizza il gioco identitario in tre entità distinte; l'esperienza del mondo virtuale

della propria identità. Dunque, un avatar, in una realtà virtuale, può consentire ad un soggetto di sperimentare diverse identità, con diverse caratteristiche, può permettere di esprimersi senza essere giudicato in prima persona, proprio perché quelle determinate caratteristiche che si assumono sono legate a qualcuno che è altro da sé.

I videogiochi, quindi, possono essere utilizzati per riflettere costruttivamente sulla propria identità e sulla propria personalità: perché scelgo di costruire personaggi con determinate caratteristiche e non altre? Perché scelgo di far compiere al mio personaggio determinate azioni piuttosto che altre? L'avatar riflette me stesso o quello che vorrei essere o non vorrei mai essere? (Turkle, 1999).

Vista da questo punto di vista, l'esperienza di gioco potrebbe essere un mezzo di trasformazione e crescita personale, ma anche semplicemente di riflessione su chi si è. Potrebbe essere un modo per avere un modello in cui identificarsi o da cui differenziarsi, in un mondo (reale) in cui, come direbbe Lacan, assistiamo alla "caduta del nome del Padre", ossia alla caduta di riferimenti, di modelli con cui confrontarsi.

A volte è proprio indossando un costume che si finisce per trovare se stessi, un po' come nel teatro che, con le sue maschere, sa portare alla ribalta la verità e sa aiutare l'attore a fare emergere aspetti di se inconsci. Il videogioco è un po' come il palcoscenico del teatro, riesce a far abbassare la guardia lasciando che il sé fuoriesca. Questo perché? Probabilmente perché qualora si cominciasse a provare angoscia, ci si potrebbe confortare col fatto che si tratta solo di un gioco, di una situazione ipotetica.

Per concludere, mi viene in mente una frase di papa Francesco dello scorso maggio relativa alla pandemia e a tutte le conseguenze che essa ha portato e porta tutt'oggi: "Peggio di questa crisi, c'è solo il dramma di spreccarla". Come potrebbe non essere spreccata? Sarebbe sicuramente necessario un intervento strutturato per bambini e adolescenti. Risulterebbe funzionale anche un intervento che miri ad utilizzare al meglio le nuove tecnologie, le nuove forme di comunicazione e le nuove modalità relazionali, ricordandoci che internet e i giochi online possono essere utili ma non possono sostituire i modelli genitoriali e ricordandoci che i videogames possono essere cura o veleno, dipende da noi stabilire il confine che separa l'uso dall'abuso.

\*Psicologa



contagi. L'aumento dell'abitudine a giocare ai videogiochi resterà anche a emergenza sanitaria finita. «Fra dieci anni, se guardiamo a come le persone allocheranno il loro tempo dedicato all'intrattenimento, i videogiochi avranno la fetta maggiore» ha spiegato lo scorso settembre Satya Nadella, amministratore delegato di Microsoft.

Quindi, il gioco online porta con sé più vantaggi o più rischi?

Diverse ricerche hanno mostrato come il gioco online non sia necessariamente problematico (Kiraly, Toth, Urban, Demetrovics & Maraz, 2017) e che può avere un ruolo importante nel produrre adattamento e ridurre il senso di solitudine (Billieux, Flayelle, Rumpf & Stein, 2019; Carras et al., 2017). C'è una lunga letteratura di studi sugli effetti dei videogiochi sugli utenti, in parte riportata dallo stesso Time, che sottolinea come, giocando, tre quarti dei più giovani hanno trovato nuovi amici e, nel 10% dei

"call of duty", a quelli action adventure quali "the last of us" che sono un mix tra gioco e serie tv, fino ad arrivare a quelli in cui è possibile creare propri mondi virtuali, dove si può scegliere chi far entrare, socializzare con altri utenti, quale "Roblox".

Oltre ad essere delle nuove forme di comunicazione, di condivisione e di socializzazione, i videogames sanno essere anche palcoscenici virtuali con cui appagare la ricerca di sé, senza sensi di colpa.

Essi, infatti, esercitano un'influenza sull'identità del fruitore, dal momento che gli permettono di mettersi letteralmente nei panni di un altro, un avatar, che agisce in una realtà diversa: essere qualcun altro per un breve periodo di tempo rimanendo, però, se stessi è una possibilità che solo i videogames garantiscono.

Ma che cos'è un avatar? E' "tutto ciò che rappresenta l'utente e può essere oggetto del giudizio e della percezione degli altri" (Na-

tramite un personaggio coinvolge: l'identità reale, quella della persona seduta davanti al dispositivo, l'identità virtuale, le caratteristiche del personaggio che si muove nel videogioco, e l'identità proiettiva che è costituita dalle rappresentazioni, dai significati e dai caratteri selezionati che dall'identità reale vengono trasportati in quella fittizia. Il focus dell'attenzione è il rapporto che si viene a creare tra la persona nel mondo reale e il personaggio virtuale. Questa è l'identità più interessante perché si crea un circolo di rimandi dall'identità della persona in carne ed ossa a quella dell'avatar. Una domanda sorge spontanea: l'avatar è come si vorrebbe essere, come si è realmente o come si dovrebbe essere? o, perché no, tutte e tre le opzioni?

Per un adolescente non è sempre facile mostrarsi per come si è o per come si vorrebbe essere, soprattutto perché l'adolescenza è per eccellenza il periodo di sperimentazione del sé e della ricerca



► **SOCIETÀ'.** Mai come oggi il suo equilibrio e la sua tenuta sono stati così precari

# Il nostro sistema sanitario è ancora il più efficiente?

Pino Rosato\*



Il nostro SSN è sempre ai vertici delle classifiche mondiali per efficienza ed efficacia. Eppure forse mai come oggi il suo equilibrio e la sua tenuta sono stati così precari. Con la legge 833/78 si mise in atto una vera e propria rivoluzione copernicana del Sistema: consentire a tutti i cittadini italiani, di ogni età, sesso e ceto, di avere accesso alle medesime prestazioni sanitarie. Una sanità universalistica che dava finalmente attenzione all'art. 32 della Costituzione, garantendo a tutti il diritto inalienabile alla Salute e ponendo fine all'iniqua e disordinata erogazione dei servizi sanitari da parte delle Casse Mutue esistenti fino ad allora.

Recentemente però la classifica Bloomberg sull'efficienza dei Sistemi Sanitari ha collocato l'Italia al quarto posto mondiale, conferme blasonate che cozzano con il dato secondo cui nel 2018 la spesa sanitaria italiana ha toccato il livello più basso degli ultimi 10 anni, attestandosi al 6,5% del PIL, numeri che relegano l'Italia al terzo ultimo posto fra i paesi Ocse, né è un mistero che per i cittadini accedere alle cure non sia sempre facilissimo e neppure spesso economico.

Dov'è dunque la verità? Il nostro SSN può ancora definirsi il più bello del mondo?

Nell'enunciato di partenza sicuramente sì, il suo carattere universalistico è di per sé una caratteristica di eccellenza, tuttavia un conto sono le belle parole, un conto i fatti.

Causa principale di questo "SCOLLAMENTO" tra il dire e il fare sarebbe proprio il principio fondante del servizio, cioè la fiscalità generale come strumento di concorso alla spesa pubblica. Le belle idee camminano sulle gambe degli uomini e il principio etico, in questo caso, si scontra con quello economico, c'è uno iato molto forte dovuto al fatto che la fiscalità generale si redistribuisce in funzione della capacità contributiva di ciascuno, ma poi non tutti lo fanno. Detto in termini più diretti, il fenomeno molto italiano dell'evasione fiscale è una delle piaghe che minano maggiormente la tenuta del sistema, perché non tutti, alla fine, contribuiscono come dovrebbero.

C'è poi la questione della disuguaglianza nei sistemi di accesso alle cure: certamente mostra segni di inadeguatezza il servizio sanitario di un paese in cui le doppie o le triple velocità di crescita si registrano anche nell'aspettativa di vita, che aumenta in modo molto più netto nelle regioni del Nord rispetto a quelle del Sud Italia.

Se a Napoli si vive in media 3 anni e mezzo in meno che al nord non può certo essere solo dovuto a criteri ambientali o sociologici:



un Servizio Sanitario che di fatto rappresenta la medicina pubblica, che ha anche il compito di promuovere la salute e corretti stili di vita, su questo GAP clamoroso dovrebbe porsi più di una domanda e fare qualche riflessione.

C'è da riconoscere che non tutti i cittadini hanno effettivamente gli stessi diritti perché non tutte le regioni recepiscono e attuano ciò che viene stabilito a livello di Governo centrale. Il federalismo sanitario ci ha portato alle autonomie delle regioni rispetto al SSN. Vanno certamente rivisti i criteri di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale, basati non solo sulle teste e sull'età media della popolazione, ma anche sul bisogno effettivo di cure. Dulcis in Fundo, a rendere il Servizio Sanitario Italiano non del tutto al passo con i tempi c'è anche l'atavica contrapposizione tra Servizio Pubblico e Servizio Privato: avrebbe dovuto essere una sinergia, all'atto pratico ha finito per antagonizzarli l'uno contro l'altro. Mi riferisco ad erogatori privati che di fatto completano il Servizio Sanitario Pubblico coprendo quelle aree in cui la domanda cresce a fronte di un'offerta pubblica limitata. Il SSN acquista circa 1/3 di tutte le prestazioni che eroga dal privato, ovvero dalle cosiddette realtà accreditate. Dunque, abbiamo di fatto un sistema pubblico erogato dal pubblico, un sistema privato comprato dal pubblico e un sistema privato che resta privato. Questa suddivisione dovrebbe garantire una competizione virtuosa, ma da essa è scaturito un doppio binario di assistenza con annesse barriere di accesso come le liste di attesa. Tuttavia, è piuttosto paradossale che un SSN basato sul mix privato-pubblico, che vede il suo discrimine nei LEA e che punta sulla qualificazione della sua componente professionale, programmi poi il suo fabbisogno di medici solo in riferimento al turnover pubblico.

Ecco allora che la discrasia di formazione del personale, la non omogenea attuazione dei LEA e

una fiscalità non trasparente hanno finito con il far tradire al SSN i principi con i quali era stato pensato e istituito. Principi sempre validi, ma che ora devono essere perseguiti con un'accelerazione maggiore perché nel frattempo anche il mondo è cambiato.

Ma allora cos'è che si inceppa quando si tratta di "Sanità Pubblica"? Quello che potrebbe essere migliorato riguarda principalmente alcune rigidità nelle norme generali e contrattuali: servirebbe una maggiore flessibilità nelle modalità di reperimento dei medici, una organizzazione del lavoro basata non più solo su orari, ma sui bisogni di salute dei pazienti,

una riduzione delle procedure amministrative delegabili, un maggior tempo alla clinica e all'assistenza. E poi, naturalmente, c'è il dato economico che fa sentire tutto il suo peso. I finanziamenti legati al Fondo Sanitario Nazionale non sono del tutto adeguati a una popolazione che invecchia e che ha necessità di maggiori risorse, questo porta a delle disomogeneità di applicazione dei LEA nelle varie regioni. Cresce il numero di Italiani che rinuncia a curarsi per cause economiche e ci sono dati e cifre che tracciano in modo drammatico la mappa di un disagio sociale ed economico che attraversa il nostro paese, dove il



potersi curare sta diventando un bene di lusso. Fermo restando che comunque una risposta sanitaria in Italia esiste sempre, è appunto che il tipo di risposte che il sistema dà è più penalizzante per la cronicità rispetto alle acuzie: chi soffre di malattie croniche o che necessitano di cure costose e prolungate nel tempo finisce per avere meno opportunità di accesso gratuito alle cure rispetto a chi deve gestire patologie più circoscritte nel tempo, sia pure gravi. Generalmente è risaputo che i livelli sociali più bassi godono di una minore aspettativa di vita, per motivi culturali e anche ambientali, ma la minore capacità economica incide soprattutto nella possibilità di accedere ai servizi di prevenzione. Poi ci sono i razionamenti occulti, mi riferisco alle liste di attesa che a tutti gli effetti rappresentano un deterrente per chi non ha la possibilità di rivolgersi subito al privato.

Alla fine, il nostro SSN è il migliore possibile?

Evidentemente no, ma si potrebbe rigirare la domanda in una forma provocatoria: "come sarebbero oggi i nostri livelli di salute se non ci fosse il SSN?"

Al momento è chiaro che questo SSN, nonostante il suo approccio universalistico, ha mancato il suo obiettivo sociale, ma nel bene e nel male sta svolgendo le sue funzioni basilari. Certamente occorre aggiustare il tiro ed eliminare le storture, ma alla fine TENIAMOCELO BEN STRETTO.

**CARDIOLOGO - PRESIDENTE C.d.A. Villa dei Pini - Avellino**

## Il distanziamento sociale in radiologia

Graziella Di Grezia\*



Il distanziamento sociale è considerato una delle più efficaci strategie per evitare il contagio da Sars-Cov2; nei reparti di Radiodiagnostica uno degli approcci principali che può essere adottato è rappresentato dalla refertazione da remoto.

Questo processo si è reso estremamente utile sia per la gestione degli spazi di reparto, sia per i radiologi positivi asintomatici, evitando così di gravare sulla mole di lavoro degli specialisti presenti in struttura.

L'organizzazione della delocalizzazione di una strumentazione dedicata è un processo complesso che richiede costi alquanto significativi e una manutenzione ordinaria e straordinaria anche delle postazioni fuori dall'ospedale [Tridandapani AJR Dec 2020].

Il processo richiede ovviamente la possibilità per gli operatori del settore e gli addetti alla manutenzione di poter accedere anche da remoto alle postazioni delocalizzate, così da intervenire in caso di guasti o di qualsiasi problema riguardante le immagini o il sistema di refertazione. Il delicato equilibrio tra l'ambito ospedaliero, il personale medico e paramedico,

nonché la gestione del paziente presente in reparto può essere coordinato da un radiologo presente in struttura che possa occuparsi del flusso di lavoro in maniera ottimale sia nella fase pre-esecuzione che durante lo svolgimento dell'esame. Tutto ciò si configura nel ruolo del "radiologo esecutore" ed è l'espressione che il medico specialista in radiologia non ha come compito esclusivo quello della refertazione, ma di un processo complesso composto da varie fasi, tutte di pari importanza.

Tra queste, la possibilità di interpellare il personale presente in ospedale per via telefonica o in videochiamata per chiarire dubbi o per porre quesiti dovrebbe far superare le difficoltà tecniche di comunicazione tra luoghi diversi e professionalità differenti. I vantaggi di questa organizzazione sono innumerevoli, ma non deve mai prescindere dalla presenza del radiologo nelle strutture per la gestione delle esigenze ordinarie e straordinarie, per coordinare i protocolli di esame e fare da "ponte" tra professionalità diverse e professionisti a distanza.

Il suo ruolo è insostituibile nell'interazione col paziente e nella raccolta anamnestica e documentaria; la refertazione da remoto in epoca di distanziamento sociale deve rappresentare un valore aggiunto e non una diminuzione di una professionalità complessa e centrale nell'indirizzo terapeutico.

\*Radiologo PhD



**PREVENZIONE.** Viene correlato a patologie come ipertensione e aumento del colesterolo

# Ecografia e “grasso viscerale”

Il fenomeno interessa prevalentemente uomini e donne in menopausa

Luigi Monaco\*



**I**l tessuto adiposo viene considerato un vero e proprio organo endocrino, capace di produrre e modulare l'attività di un gran numero di sostanze.

Solo nel 1983 è stato introdotto il concetto fondamentale di differenziare l'obesità in relazione alla sede di accumulo del grasso: l'obesità sottocutanea e l'obesità viscerale; numerosi studi infatti hanno dimostrato che tale differenziazione non è solo topografica, ma distingue due organi adiposi metabolicamente attivi.

L'accumulo del grasso sottocutaneo interessa prevalentemente le donne e si riscontra in particolare modo attorno ai fianchi, sulle cosce e sulle natiche, e, concetto fondamentale, non comporta un significativo rischio di aumento delle patologie cardiovascolari e metaboliche.

L'accumulo del grasso viscerale interessa prevalentemente gli uomini e le donne in menopausa e si riscontra tra e negli organi addominali, attorno al cuore, attorno e nei muscoli ed intorno ai vasi. Tale grasso è un organo molto attivo, produttore di ormoni e citochine (molecole proteiche in grado di stimolare processi cellulari come la crescita, la differenziazione e la morte cellulare a livello locale e sistemico), cioè sostanze che incidono sui processi infiammatori e sono causa di molte patologie associate all'obesità. Si può affermare che il grasso viscerale rappresenta uno dei principali produttori della mortalità per ogni causa.

Un abbondante accumulo di grasso a livello viscerale viene correlato a diverse patologie:

- Ipertensione
- Insulinoreistenza
- Infiammazione
- Aumento dei trigliceridi
- Aumento del colesterolo LDL e VDL
- Calcificazione delle coronarie
- Formazione della placca aterosclerotica
- Steatosi epatica (accumulo di grasso a livello del fegato)
- Produzione di citochine

Risulta pertanto fondamentale una valutazione della quantità di accumulo del grasso in relazione alla sede, in particolare viscerale, per inquadrare correttamente il potenziale rischio di patologie metaboliche e cardiovascolari a cui il paziente va incontro.

**TECNICHE DI VALUTAZIONE DEL GRASSO VISCERALE**

La valutazione diretta della quantità di tessuto adiposo viscerale non è semplice.

Normalmente vengono utilizza-

ti degli indici indiretti che risultano di facile applicazione:

- Misurazione della circonferenza vita (nell'uomo risulta fattore di rischio se superiore a cm.102 nella donna se superiore a cm 82);
- Rapporto tra circonferenza alla vita e circonferenza ai fianchi (nell'uomo deve essere inferiore a 0,95 nella donna inferiore a 0,8)

Tali misurazioni rappresentano dei dati certamente di facile utilizzo per l'inquadramento del paziente, ma, essendo dei dati indiretti, cioè senza una quantificazione certa dell'accumulo del grasso viscerale, risentono della soggettività e dell'esperienza dello specialista.

La valutazione diretta dell'accumulo del grasso a livello viscerale può essere fatta con la:

-DEXA (acronimo di Dual-Energy-X-ray Absorptiometry) un esame radiologico non invasivo utilizzato per misurare la densità minerale ossea ed eventualmente la composizione corporea esponendo una parte del corpo ad una

ridotta dose di radiazioni ionizzanti

- TAC
- RMN

Tali tecniche risultano però costose, non facilmente utilizzabili per la stadiazione del paziente e presentano una limitazione nel campo protezionistico per l'utilizzo di radiazioni ionizzanti, anche se a basse dosi, e nel caso della RMN, di campi magnetici.

-ECOGRAFIA

L'ecografia rappresenta una tecnica di valutazione diretta della quantificazione del grasso viscerale e grazie alle proprietà proprie della metodica (innocuità, immediatezza, ripetibilità, basso costo), può svolgere un ruolo accurato nella valutazione del paziente obeso.

La tecnica ecografica normalmente utilizzata si basa sulla misurazione lineare della distanza tra la linea alba ed il margine anteriore dell'aorta addominale. Tale valutazione però non sempre è affidabile in quanto nella misura-

zione vengono coinvolti organi, quale l'intestino, che modificano il dato numerico per la presenza più o meno accentuata del meteorismo intestinale; inoltre risente molto dell'esperienza dell'operatore e del grado di compressione esercitata con la sonda ecografica sull'addome. Tali limitazioni pertanto non hanno permesso la diffusione in modo capillare della metodica ecografica nella valutazione diretta del grasso viscerale.

Per superare le limitazioni dette, in collaborazione con la scuola universitaria di Salerno Nutrieto, diretta dal prof. Luca Rastrelli e dal prof. Giuseppe Castaldo, presso il reparto di Ecografia dell'Azienda Ospedaliera Moscati di Avellino, si è approntata una nuova tecnica ecografica per la misurazione del grasso viscerale.

(Luigi Monaco et al. "Aorto-mesenteric fat thickness with ultrasound predicts metabolic diseases in obese patients" The American journal of the medical sciences 347.1 (2014):8-13.)

I dati pubblicati hanno dimostrato che con tale nuova tecnica ecografica è possibile effettuare una misurazione diretta del grasso viscerale affidabile in quanto:

- nella zona di interesse (distanza tra arteria mesenterica superiore e l'aorta addominale) il tessuto adiposo è ben rappresentato;
- la misurazione del grasso viscerale è indipendente dalla presenza del meteorismo intestinale;
- è una valutazione oggettiva, non operatore dipendente, requisito fondamentale per la stadiazione del paziente nel percorso terapeutico.

**CONCLUSIONI**

L'accumulo del grasso viscerale è fortemente correlato alla sindrome metabolica ed alle patologie cardiovascolari; pertanto poter utilizzare una tecnica diagnostica, l'ecografia, capace di indicare al Clinico in modo diretto ed oggettivo la presenza e la quantità dell'accumulo del grasso viscerale, rappresenta l'approccio ottimale al paziente obeso.

**PERDITE INVOLONTARIE.** Conseguenza dell'avanzare dell'età

## Chirurgia mininvasiva in urologia: incontinenza da sforzo femminile:

Anna Rita Cicalese\*

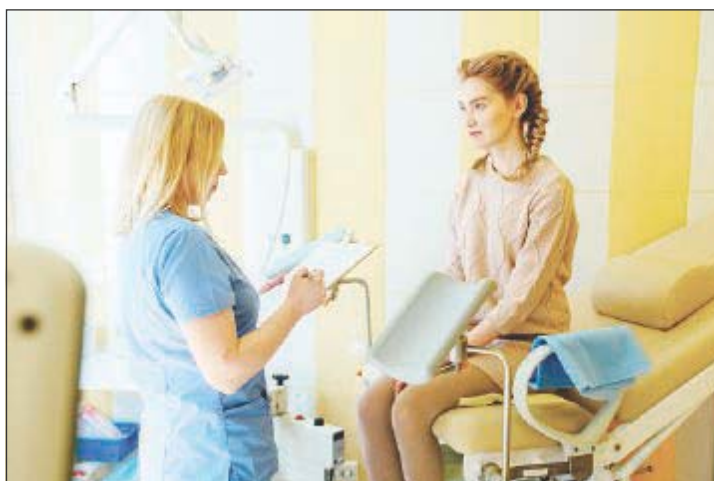


**S**econdo la definizione dell'International Continence Society, per incontinenza urinaria si intende "qualsiasi perdita involontaria di urine".

In Italia il fenomeno riguarda non meno di 5 milioni di persone e viene spesso considerata come una fisiologica conseguenza dell'avanzare dell'età o di altre patologie (diabete, obesità, demenze senili, etc.).

La patologia riguarda prevalentemente il sesso femminile e il picco d'incidenza è relativo alla fascia d'età: i dati presenti in letteratura indicano che l'avanzare dell'età rappresenta un fattore di rischio per entrambi i sessi.

L'incontinenza urinaria è classificata in base alle modalità con cui si presentano i sintomi. Particolare attenzione merita la cosiddetta "incontinenza da sforzo", per gli inglesi "stress incontinence", che interessa quasi esclusivamente il sesso femminile. Questa si manifesta con una perdita di urine, anche in assenza di stimolo minzionale, in concomitanza di manovre che aumentano la pressione all'interno dell'addome (tosse, starnuti, risate, sollevamento di pesi). La perdita di urine, in questi casi, è legata alla incapacità dello sfintere (la valvola muscolare che garantisce la continenza) di aumentare la sua forza di chiusura in risposta all'aumento della pres-



sione nella vescica. In caso di incontinenza da sforzo lo sfintere non riesce a chiudersi adeguatamente perché in seguito allo sforzo, viene a trovarsi in una posizione diversa da quella fisiologica, ruotato in avanti e spostato verso il basso. In questa posizione è incapace a mantenere la sua pressione di chiusura e quindi, durante lo sforzo, le urine escono dall'orifizio uretrale e la perdita dura fintanto che lo sforzo mantiene lo sfintere "fuori posizione".

E' indubbio che questa forma di incontinenza, che coinvolge donne di tutte le età, impatti sensibilmente la qualità di vita con notevoli ripercussioni in ambito sociale, psicologico, lavorativo, familiare, scolastico, sessuale e relazionale.

Tuttavia è possibile porre rimedio grazie ad

una tecnica chirurgica mininvasiva che si pone l'obiettivo di stabilizzare lo sfintere nella sua posizione naturale, dove riesce a chiudersi adeguatamente ed efficacemente in seguito allo sforzo.

Tuttavia è possibile porre rimedio grazie ad una tecnica chirurgica mininvasiva che si pone l'obiettivo di stabilizzare lo sfintere nella sua posizione naturale, laddove riesce a chiudersi adeguatamente ed efficacemente in seguito allo sforzo. La tecnica chirurgica si avvale del posizionamento sotto lo sfintere di una piccola "fascetta", composta di polipropilene, che ne impedisce lo spostamento durante le manovre che comportano un aumento della pressione all'interno dell'addome. La piccola protesi, fatta di polipropilene viene posizionata per via vaginale attraverso un'incisione di 2 centimetri durante una procedura di soli 15 minuti. La paziente viene poi dimessa dopo meno di 24 ore e il risultato è immediato e duraturo. Quest'ultimo è particolarmente soddisfacente, raggiungendo una percentuale di cura che supera il 95%, e scaturisce da una corretta esecuzione della tecnica chirurgica e da una adeguata diagnosi preoperatoria.

Negli ultimi anni questa tecnica è diventata oramai una procedura routinaria ed il costante utilizzo di queste piccole protesi negli anni ha consentito di verificare che i risultati ottenuti si mantengono immutati nel tempo.

\* Urologa



► **TERAPIE.** La conseguenza è la progressiva perdita di movimento

# “Spalla congelata”, quando si infiamma la capsula articolare

Dall'uso di antinfiammatori ad iniezioni  
intraarticolari con cortisonici

Mario e Alessadro Ciarimboli\*

In un articolo precedente abbiamo parlato di “spalla dolorosa”, situazione clinica caratterizzata da dolore e difficoltà al movimento della spalla. Le cause di spalla dolorosa sono numerose, generalmente infiammatorie o traumatiche con interessamento dei vari elementi tendinei, muscolari ed ossei della spalla stessa. Molto frequente, tra le varie tipologie di spalla dolorosa è la cosiddetta “spalla congelata” o “frozen shoulder”, conseguenza di una infiammazione della capsula articolare che fa perdere la elasticità della articolazione rendendola rigida. La conseguenza di questa ridotta elasticità è la progressiva perdita di movimento della spalla stessa accompagnata da intenso dolore accresciuto da movimenti anche minimi. È più corretto quindi definire la patologia “capsulite adesiva della spalla”. Si verifica un irrigidimento del complesso capsulo-legamentoso che tiene insieme omero e scapola, causando rigidità della spalla.

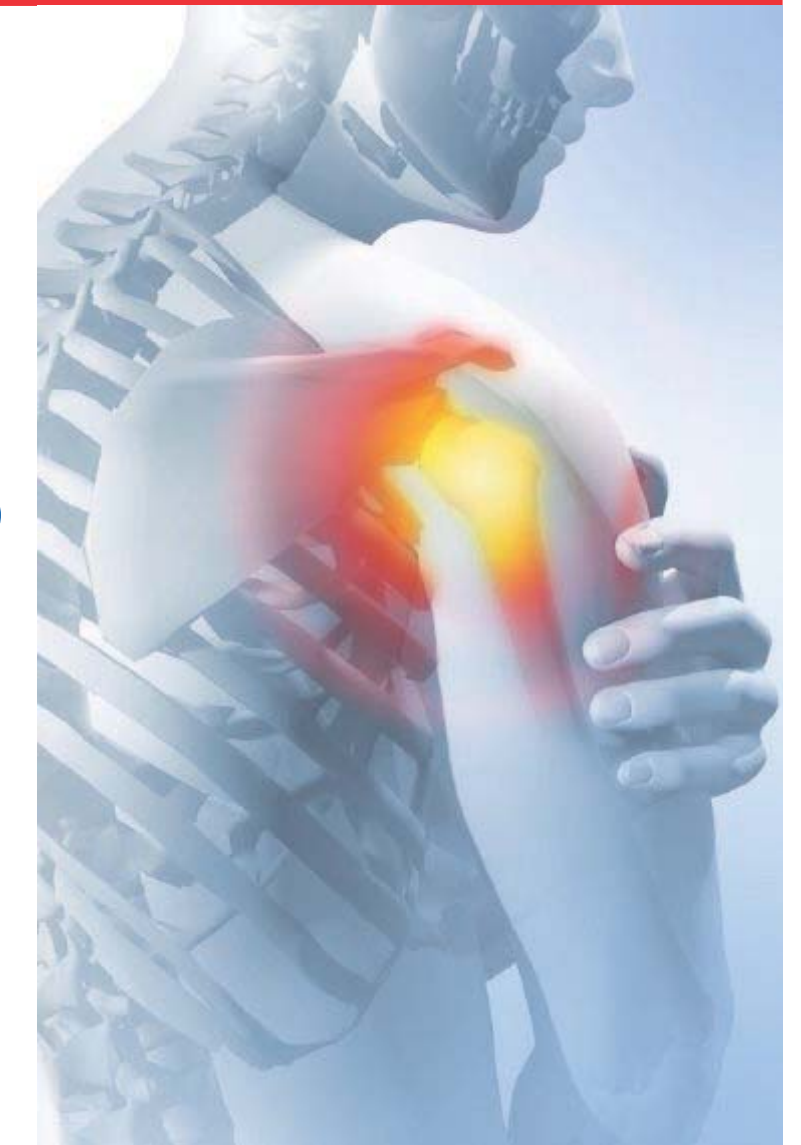
La capsula che circonda fasciandola tutta l'articolazione si ispessisce e perde la sua naturale elasticità sviluppando anche delle strisce di tessuto rigido che chiamiamo “aderenze”. La capsulite può colpire una o entrambe le spalle, ma raramente può dare recidive e quindi ripresentarsi nella stessa spalla una volta guarita. È abbastanza frequente interessando il 2% della popolazione con maggiore incidenza tra le donne. L'età in cui si sviluppa la malattia è l'età compresa tra i 40 e i 60 anni. Non si conosce una causa precisa della malattia anche se spesso nella anamnesi recente è presente un trauma. Esistono delle cause predisponenti, soprattutto metaboliche come il diabete e le malattie della tiroide. I sintomi classici della patologia sono naturalmente il dolore e la forte difficoltà a compiere i normali movimenti della spalla. Il dolore è paradossalmente più intenso al risveglio dopo il riposo notturno. È localizzato alla spalla ma in qualche caso si estende al braccio. L'evoluzione è progressiva ed inizialmente vi è soltanto dolore per settimane o mesi senza perdita di capacità di movimento. In un secondo momento subentra la perdita di articularità sempre più intensa con incapacità a fare qualsiasi movimento con la spalla. Questa è la fase del “congelamento” della spalla ed è il motivo per cui si parla di “spalla congelata” o “frozen shoulder”. Queta



fase è caratterizzata da dolore intenso ed immobilità dell'arto interessato e può protrarsi per lunghi periodi (5-6 mesi, talora anche oltre). Dopo questo periodo si verifica uno “scongelo” della spalla con lento ma progressivo e spontaneo recupero della mobilità sino al recupero

che spesso è soltanto parziale. Lo scongelamento si verifica spontaneamente in tempi lunghi (da 1 a 2 anni). Ovviamente questa è l'evoluzione naturale della malattia che, come detto, spesso determina non un completo recupero ma una permanente perdita di motilità della spalla. L'intervento medico naturalmente può rendere queste fasi più brevi e meno dolorose con più ampio recupero di funzionalità articolare. I lunghi tempi di recupero rendono difficile la valutazione dei vari trattamenti che possono essere instaurati. Le possibilità di trattamento sono le seguenti:

1) Farmaci: antiinfiammatori (FANS come aspirina o similari, cortisonici) e fisioterapia utilizzando la termoterapia endogena (TECARTERAPIA o IPERTERMIA) o lo shock da onde d'urto



seguite da mobilizzazione della spalla da effettuare inizialmente in maniera passiva dolce, con movimenti cosiddetti “pendolari” nel “rispetto” del dolore cercando di rilassare la muscolatura della spalla ed incrementando progressivamente il range di movimento

2) Iniezioni intraarticolari con cortisonici ritardo (opzione sicu-

ramente meno dannosa della prolungata somministrazione orale o parenterale di cortisone) seguita da mobilizzazione della articolazione

3) Terapia chirurgica che rappresenta l'ultima opzione possibile da riservare a situazioni particolarmente invalidanti e dolorose.

\*Fisiatri

► **PELLE.** I consigli dell'esperto

## Morfea, quella macchia violacea sulla cute

Il bordo della lesione si presenta rosso violaceo

Maria Assunta Baldassarre\*



Le malattie cutanee possono presentarsi in svariate forme: dalla semplice chiazza rossastra, ai noduli, ai pomfi, fino all'indurimento circoscritto della pelle.

In quest'ultimo caso si parla di morfea, una malattia particolare che può colpire bambini ed adulti. All'inizio sulla cute compare una macchia di colore violetto o rosso lillaceo che si allarga in maniera centrifuga.

Il bordo della lesione si presenta sempre rosso violaceo mentre il centro va incontro a sclerosi, cioè diventa duro ed assume un colore bianco madreperlaceo.

Questo orletto periferico tipico è detto lilac ring.

Nel corso degli anni o dei mesi la lesione tende a regredire lasciando un'area di cute acromica o ipercromica, leggermente atrofica.

Di solito la morfea si localizza al tronco, ma può interessare anche gli arti estendendosi fino a metà del corpo. In questo caso si parla di morfea lineare o a banda che è tipica dei bambini.

Quando la morfea si localizza al volto o al cuoio capelluto assume la tipica forma a colpo di sciabola causando danni estetici e funzionali. Sul cuoio capelluto causa un'alopecia cicatriziale.

Una forma caratteristica è l'atrofia idiopatica di Pasini Pierini che colpisce i giovani e si localizza al tronco. È caratterizzata dalla presenza di chiazze di alcuni centimetri che non presentano indurimen-



to della cute ma solo un'atrofia.

Esiste, poi, una morfea guttata con piccole chiazze di colorito biancastro che possono esitare in un' ipercromia ed hanno un aspetto pergamenaceo.

La morfea va distinta dalla sclerodermia (forma sistemica) perché il paziente con morfea non presenta sindrome di Raynaud, né acrosclerosi, né manifestazioni viscerali profonde ed interessa esclusivamente la cute. Esiste anche una morfea generalizzata localizzata a tronco ed arti, che può dare anche manifestazioni sistemiche.

Si possono osservare alterazioni a carico dell'occhio come uveite glaucoma, ecc., in-

teressamento del sistema nervoso centrale con cefalea e convulsioni, interessamento genitale con la comparsa di un lichen scleroatrofico.

La diagnosi di morfea è clinica ed istologica.

Una predisposizione genetica a malattie autoimmunitarie, associata a traumi, farmaci o altri fattori ambientali quali ad esempio l'infezione da Borrelia possono portare alla comparsa della morfea. Quando ci troviamo di fronte ad un paziente affetto da questa patologia è necessario, quindi indagare su possibili concause che ne abbiano favorito l'insorgenza.

\*Dermatologa



**SOCIETÀ'** Mettere in evidenza le percentuali di protezione rispetto al quelle di mortalità

# Vaccini, ora vincere la paura

Non esistono farmaci preventivi, ma neppure quelli da somministrare dopo la vaccinazione

Gianpaolo Palumbo\*



**C**ardio-aspirina, tachipirina ed eparina sono tre farmaci che i cittadini italiani hanno "promosso" ad "antidoti" e se li sono auto-somministrati per "vincere gli effetti collaterali" del vaccino Astra-Zeneca. I nostri concittadini sono così facilmente impressionabili che si sono spinti anche a farsi studiare la coagulazione del sangue. Giovedì scorso è stato definitivamente sancito, qualora ce ne fosse mai stato bisogno, che il vaccino cosiddetto "Oxford", dall'Università inglese dove è stato particolarmente studiato, non presenta nessun nesso causale con gli eventi trombotici. Non esistono farmaci preventivi. Ma neppure quelli da somministrare dopo la vaccinazione. L'Astra-Zeneca, come gli altri presidi d'altronde, può essere utilizzato da donne gravide e da quelle che assumono la pillola anticoncezionale.

In pratica i governi europei hanno sospeso temporaneamente il vaccino per via "precauzionale", pur non esistendo controindicazioni all'uso. Tale sospensione è stata attivata nonostante fosse fondamentale non fermare la macchina vaccinale.

La mancanza di un legame causale con eventi avversi di tipo trombo-embolico era più che sufficiente. Il problema grave è stato quello del periodo di sospensione cautelare, a cui ha corrisposto un aumento del numero dei contagi e quello dei ricoveri in terapia intensiva, oltre alle duecentomila vaccinazioni in meno.

In Italia si è assistito da una parte ad uno stop da "paura" e dall'altra ad un forte invito del Generale dell'Esercito Figliuolo a vaccinare tutti negli appositi hub se non si fossero presentati i soggetti prenotati. "Nessuna dose va perduta" è l'imperativo categorico da una parte, mentre dall'altra un "grande rispetto" degli effetti collaterali che non erano mai stati documentati né rappresentati. E dire che il tipo Astra-Zeneca è il vaccino che ha meno reazioni allergiche rispetto agli altri due in attuale utilizzo in Italia.

In questi mesi per far fronte alla pandemia, tutti abbiamo osservato misure straordinarie di contenimento del virus che hanno condizionato non poco la nostra sfera pubblica e privata; lo abbiamo fatto riponendo tutte le nostre speranze sui vaccini, pensando ad essi come unico strumento per riappropriarci della nostra vita!

Ma ora che i vaccini sono stati autorizzati e resi disponibili sul mercato, paradossalmente in alcune fasce della popolazione la diffusione degli stessi sta provocando stati di ansia e turbamenti, ancor più del coronavirus; si sta generando una paura (ingiustificata) che inevitabilmente potrebbe avere conseguenze sulla campagna vaccinale in corso.

Eppure sin dalla loro scoperta i vaccini sono una delle conquiste più importanti della medicina: strumento fondamentale di tutela della salute pubblica. Secondo una stima dell'Organizzazione Mondiale della Salute (World Health Organization) a dichiararsi diffidente nei confronti dei vaccini in generale è ben il 25% del campione preso in considerazione.

Quindi è utile chiederci come mai, nonostante le evidenze scientifiche, i vaccini continuano ad avere detrattori e molte persone ne hanno paura? Perché in un momento simile non emerge la meritata fiducia nei confronti degli scienziati, dei medici e dei ricercatori?

I vaccini sono fondamentali per fronteggiare l'emergenza sanitaria e ogni tipo di esitazione vaccinale potrebbe ridurre la copertura e rendere difficile ottenere l'immunità di gregge o, addirittura, favorire mutazioni. Purtroppo in questi ultimi giorni pare sia stata la diffidenza a prendere il sopravvento; è venuta a mancare quella "percezione chiara e distinta dei fatti", tanto cara a Cartesio e con la quale il filosofo razionalista argomentava di

sconfiggere una volta per sempre lo scetticismo.

L'esitazione nell'approcciarsi ai vaccini è aumentata quando nei giorni scorsi l'Aifa, l'Agenzia Italiana del Farmaco, come abbiamo già detto, ha sospeso due lotti di vaccini AstraZeneca a seguito di alcune morti sopravvenute in soggetti da poco vaccinati e poi dimostratesi non collegate alla vaccinazione. E contro il fondamento di verità del nostro caro Cartesio, è prevalso il principio gnoseologico universale vichiano secondo cui la condizione per conoscere una cosa è il farla, e il vero è il fatto stesso: «verum ipsum factum».

La paura di eventi avversi, per quanto molto rari, è stato un fattore determinante. "Raro ma probabile" avranno pensato in molti. Il fatto è che l'uomo ha una spiccata tendenza a sovrastimare la probabilità di eventi estremamente rari; è pur vero che concorrono a questo suo atteggiamento differenti modalità di comunicazione del rischio che possono indurre percezioni e reazioni molto diverse.

Ad esempio mettere in evidenza le percentuali di protezione rispet-



to al quelle di mortalità, aiuta a far percepire un fattore di rischio che tutto sommato appare piccolo e accettabile; parlare di persone che muoiono in seguito alla somministrazione del vaccino innesca, verosimilmente, una reazione differente perché si è portati ad immaginare in maniera vivida e precisa quelle singole morti.

Dunque, la reazione di fronte al rischio coronavirus dovrebbe essere il risultato di un calcolo razionale tra la possibilità che una cosa avvenga (effetti rari) e la gravità della malattia. Ma questo calcolo non avviene sempre su base razionale, perché la sensazione di paura dipende molto dalla percezione di avere o meno controllo su una deter-

minata cosa: sottoporsi a un vaccino, proprio come salire su un aereo, espone alla percezione di non avere il controllo su quello che succede.

Stephan Lewandowsky, docente di Psicologia Cognitiva all'università di Bristol ha dichiarato che "I vaccini sono il nostro biglietto per la libertà e la comunicazione che li riguarda dovrebbe essere il nostro passaporto per far salire tutti a bordo. Il modo in cui tutti noi discutiamo di vaccini contro Covid-19 può letteralmente aiutare a vincere la battaglia contro questo virus devastante... per metterci sulla strada della ripresa piuttosto che andare incontro a ulteriori sofferenze".

\*Medico Federazione medici sportivi italiani

## Pandemia, ecco come influenza l'equilibrio alimentare

Laura Melzini\*



**L**a pandemia e il lockdown hanno provocato un aumento dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) del 30-36% secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, soprattutto tra gli adolescenti. In Italia ci sono già 3 milioni, 3 milioni e mezzo di Dca, quindi l'aumento causato dalla pandemia in questo periodo, porta ad un'altra emergenza nell'emergenza sanitaria della pandemia che sta stravolgendo il mondo.

I DCA sono caratterizzati da un alterato rapporto che ogni essere umano ha con il proprio corpo e con il cibo. E' molto comune comunicare le proprie inquietudini attraverso un'alterazione del modo in cui ci si avvicina al cibo. Il cibo, infatti, è strettamente correlato allo stato d'animo; si mangia per noia, per nervosismo, difficilmente per appetito. I ragazzi e le ragazze affette da DCA fanno proprio questo: non riescono a comunicare le loro paure profonde, non riescono a raccontare le loro inquietudini e lo fanno attraverso un linguaggio nel rapporto con il cibo, nelle sostanze nutritive e nello stare a tavola. In questo periodo la didattica a distanza, la lontananza dagli amici, il vivere prevalente-

mente a casa, nella propria cameretta, ormai diventato lo spazio vitale dentro al quale costruire la propria quotidianità, hanno contribuito a creare sofferenza e disagio che, molto spesso, si sono tradotti in disturbi alimentari, soprattutto in anoressia nervosa.

Come può un genitore capire se il proprio figlio inizia a sviluppare tali patologie?

La diagnosi precoce, come in tutte le patologie, anche nei disturbi del comportamento alimentare, è fondamentale per garantire il miglior esito della cura. Importante, quindi, è osservare i ragazzi attentamente e rivolgersi a figure professionali esperte nel settore: nutrizionisti, psicologi, psicoterapeuti. Un segnale nei ragazzi da non sottovalutare è il cambiamento delle abitudini alimentari, come ad esempio il ridurre o eliminare drasticamente i carboidrati, che può portare ad un effetto sul corpo significativo, oppure ridurre ancora di più la socializzazione o acquisire atteggiamenti ossessivi verso la scuola.

Un altro dato preoccupante è l'età di insorgenza dei DCA che si sta abbassando notevolmente; ci sono anche bambini di 9 anni che soffrono di anoressia, in questo periodo sono aumentate le richieste di ricovero presso strutture abilitate, di bambini con età inferiore a

12 anni. Più bassa è l'età d'insorgenza, maggiore è il rischio di danno permanente legato alla malnutrizione, soprattutto a carico dei tessuti che non hanno ancora raggiunto il pieno sviluppo, come il Sistema Nervoso Centrale e le ossa oppure si può avere arresto di crescita.

Durante il lockdown c'è stato anche un aumento dei disturbi ali-



mentari che hanno portato ad un aumento di peso degli Italiani. Tra le maggiori cause, c'è la sedentarietà e la tendenza a cucinare di più.

Il problema principale di queste giornate trascorse in casa, è quello di modificare eccessivamente l'organizzazione delle giornate. Importante è cercare di rispettare i ritmi circadiani:

\_non svegliarsi ad un orario molto diverso dalla normalità

\_non andare a letto tardi

\_pianificare la giornata

Il consiglio per evitare disordini alimentari in questo periodo è di rispettare comunque i 3 pasti principali ed eventuali spuntini:

•La PRIMA COLAZIONE: costituisce un pasto fondamentale per assumere l'apporto energetico necessario per la mattinata.

•Il PRANZO deve prevedere una fonte glucidica almeno e una fonte proteica con abbondante verdura.

•La CENA, deve essere un pasto bilanciato dal punto di vista nutrizionale come il pranzo: deve prevedere un secondo piatto a base di proteine e le verdure, oppure un minestrone di verdure o legumi con pane o crostini.

Gli spuntini devono essere leggeri evitando cibi arricchiti di zuccheri semplici: un'idea può essere la frutta o lo yogurt o la frutta secca, approfittando della bella stagione in arrivo che porta tanta frutta e verdura buona e ricca di vitamine. Da evitare regimi estremi in questo periodo in quanto una dieta nel senso di privazione aggiunge stress allo stress, ma cercare di bilanciare quanto più possibile i pasti principali.

\*Specialista in scienza dell'alimentazione



▶ **PATOLOGIE.** Una volta contratta l'infezione, il virus rimane latente all'interno dell'organismo

# Herpes genitale ecco come combatterlo

Mario Polichetti\*



L'Herpes genitale è un'infezione causata dall'Herpes simplex virus (HSV), di cui esistono due genotipi, il tipo 1 (HSV-1) ed il tipo 2 (HSV-2). L'HSV è un virus estremamente comune, diffuso a livello globale e si ritiene che oltre 500 milioni di persone nel mondo abbiano un'infezione da HSV. Una volta contratta l'infezione, il virus rimane latente all'interno dell'organismo per tutta la vita e in caso di indebolimento delle difese immunitarie può andare incontro a riattivazione (come stress psico-fisico, traumi tissutali locali, radiazioni UV, febbre, mestruazioni, immunosoppressione, ecc.). L'HSV-2 causa principalmente l'Herpes genitale che rappresenta la più diffusa patologia ulcerativa a trasmissione sessuale nel mondo ed è considerata un problema di salute globale. L'HSV-1 è responsabile prevalentemente dell'Herpes labiale, tuttavia negli ultimi anni una proporzione sempre maggiore di casi di infezione genitale è attribuibile a questo sottotipo. Sono possibili infezioni neonatali da HSV-2; nell'85% dei casi l'infezione avviene durante il parto, nel 10% dei casi il neonato si infetta dopo la nascita (es. durante l'allattamento se sono presenti lesioni al seno, attraverso baci, etc.) e nel restante 5% dei casi si tratta di un'infezione intrauterina. Le complicanze per il nascituro sono infezioni disseminate che coinvolgono più organi (polmoni, fegato, pelle, cervello, occhi), infezioni del sistema nervoso centrale (encefaliti) e infezioni limitate a pelle, occhi e bocca. L'infezione da HSV-2 aumenta il rischio di trasmettere o acquisire il virus HIV ed è tra le infezioni più comuni nelle persone con HIV.

L'Herpes genitale è altamente contagioso e viene trasmesso principalmente durante i rapporti sessuali di tutti i tipi (vaginali, orali e anali) attraverso i fluidi corporei o il contatto diretto delle vescicole con i genitali. Negli ultimi anni l'Herpes genitale causato dall'HSV-1 è diventato sempre più frequente e viene trasmesso durante un rapporto orale attraverso il contatto diretto dei genitali con le vescicole presenti sulle labbra o nel cavo orale di un soggetto infetto.

## Sintomatologia

Nell'80% dei casi l'Herpes genitale non dà sintomi o non viene riconosciuto. Quando sintomatico, dopo un periodo di incubazione di circa 4-7 giorni, il primo episodio di malattia (infezione primaria) si manifesta con prurito, bruciore,

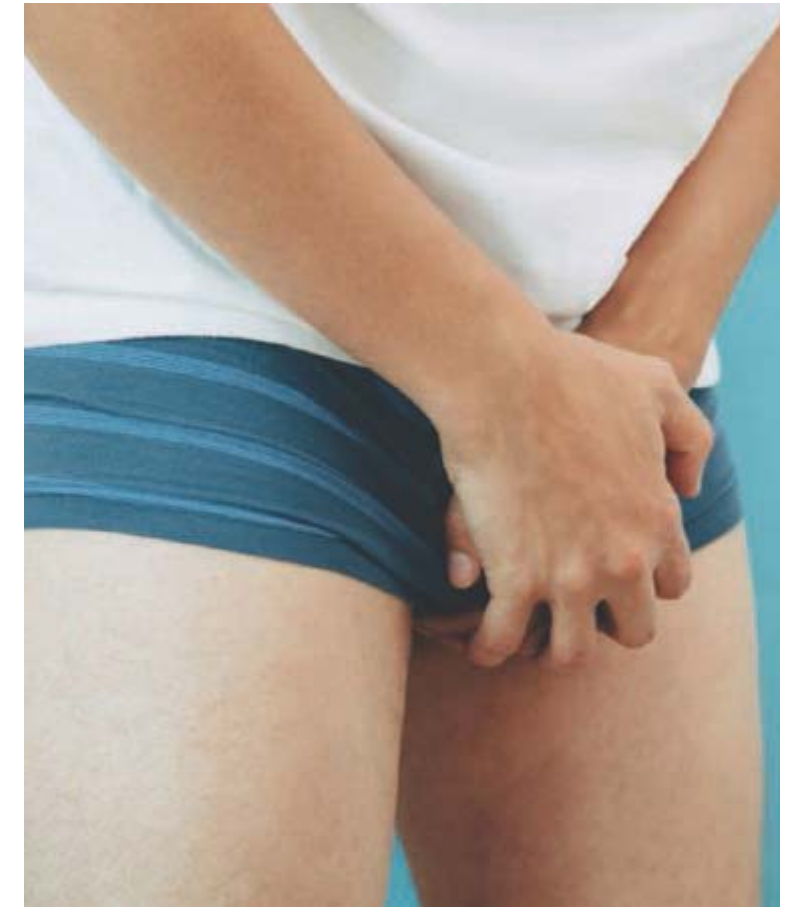
dolore nell'area genitale, dolore quando si urina, comparsa di vescicole singole o raggruppate nella zona genitale e anale, febbre, malessere generale, dolori muscolari, ingrossamento dei linfonodi inguinali, infiammazione del retto. Dopo 2-3 settimane dalla loro comparsa, le vescicole si trasformano in ulcere e scompaiono in pochi giorni, ma il virus rimane latente a livello dei gangli nervosi delle zone colpite e può recidivare ciclicamente in caso di indebolimento del sistema immunitario per stress psico-fisico. Quando asintomatico, i pazienti non presentano segni clinici dell'infezione da Herpes genitale, ma possono eliminare il virus in maniera intermittente ("shedding asintomatico") e trasmettere l'infezione. Lo shedding asintomatico è molto frequente nel primo anno di infezione e nei sog-

le persone con infezione da HIV. L'Herpes genitale in questi casi ha spesso una presentazione clinica più grave con recidive più frequenti. Possono inoltre manifestarsi lesioni extragenitali (nei glutei, nell'inguine, nelle cosce, nelle dita, e negli occhi).

## Diagnosi

È sufficiente la visita del medico specialista che riconosce la malattia semplicemente osservando le lesioni, se non sono già scomparse, presenti a livello genitale o in altre parti del corpo. La diagnosi clinica è semplice ma ha un basso valore predittivo e può essere confermata da test di laboratorio che confermano l'infezione.

L'isolamento del virus in colture cellulari è ancora considerato il gold standard perché presenta una specificità del 100% e un'alta sensibilità. Il prelievo si effettua alla base delle vescicole. La sensi-



me quantità di IgG. La presenza di anticorpi anti-HSV-2 indica più probabilmente un'infezione genitale, mentre la presenza di anticorpi anti-HSV-1 può indicare un'infezione orale o genitale. Nel paziente sintomatico, sia i test virologici che sierologici sono in grado di determinare se si tratta di un'infezione primaria o di una recidiva.

In tutti i pazienti, il virus si isola più facilmente a livello delle ve-

festazioni più gravi e prolungate nel tempo. La terapia soppressiva quotidiana con farmaci antivirali può ridurre la probabilità di trasmissione al partner, che deve comunque essere attentamente valutato ed eventualmente trattato. Nelle donne in gravidanza con infezione genitale primaria o recidiva può essere somministrato l'aciclovir per via orale, mentre deve essere somministrato per via endovenosa in caso di grave infezione.

Nell'infezione neonatale da HSV la terapia con aciclovir va iniziata immediatamente, anche nei casi sospetti che sono in attesa di test diagnostici di conferma e nei neonati senza sintomi ma con lesioni materne erpetiche. Il dosaggio e la durata della terapia dipendono dal tipo e dalla gravità dell'infezione: nelle forme localizzate il neonato va trattato per un minimo di 14 giorni, mentre nelle forme disseminate o con interessamento del SNC per un minimo di 21 giorni. La cheratite erpetica richiede il trattamento concomitante con terapia topica.

## Prevenzione

Il rischio di trasmissione dell'Herpes genitale può essere ridotto utilizzando il preservativo in modo corretto e costante. Tuttavia, i preservativi non coprono tutte le aree che possono essere interessate dal virus e quindi non proteggono completamente dall'infezione. I soggetti con Herpes genitale devono astenersi dall'attività sessuale quando sono presenti vescicole o altri sintomi.

Il counselling alle persone infette e ai loro partner deve essere mirato alla consapevolezza della prevenzione della trasmissione sessuale e perinatale del virus.

Lo screening per l'infezione da HSV-1 e HSV-2 nelle donne in gravidanza non è raccomandato. Per le donne che presentano un primo episodio erpetico durante il terzo trimestre di gravidanza dovrebbe essere previsto un taglio cesareo e, se non possibile, sia la madre che il neonato dovrebbero essere sottoposti a terapia antivirale.

Attualmente non è disponibile un vaccino, ma è in fase di sperimentazione clinica.

\*Direttore Vicario Gravidanza a Rischio Azienda Universitaria Salerno



getti con frequenti recidive. Le recidive in genere sono meno gravi dell'infezione primaria, hanno una durata più breve e sono spesso associate a sintomi prodromici che si verificano ore o giorni prima dell'eruzione delle vescicole erpetiche e sono caratterizzati, a seconda della sede dove compariranno le vescicole, da dolore genitale localizzato, formicolio o dolore alle gambe, ai fianchi o ai glutei. Circa il 70% delle persone che hanno avuto una prima infezione può avere delle recidive soprattutto entro il primo anno. Nei 2-3 anni dopo la prima infezione, le recidive possono manifestarsi diverse volte con le caratteristiche vescicole; la frequenza di ricomparsa di solito si riduce negli anni successivi ma possono presentarsi anche sporadicamente per molti anni.

## Decorso

Le complicanze sono in genere associate a un'infezione da HSV-2 e si manifestano in soggetti immunodepressi, in particolare nel-

bilità dell'esame dipende dallo stadio della lesione e passa dal 95% quando il campione è prelevato dalla vescicola, al 70% quando proviene da lesioni ulcerate e scende al 30% se il prelievo viene da lesioni crostose. Le tecniche di amplificazione degli acidi nucleici rappresentano i test di laboratorio più sensibili e specifici per la diagnosi di Herpes genitale. Il loro utilizzo è raccomandato quando non è possibile eseguire una coltura, ad esempio su lesioni crostose in via di guarigione, in quanto in questi casi la carica virale è bassa. Le tecniche di amplificazione rappresentano il test di scelta per la diagnosi di encefalite erpetica, in quanto il liquido cefalorachidiano normalmente non contiene particelle virali in elevate concentrazioni.

La diagnosi può essere fatta anche con la sierologia, con la ricerca degli anticorpi specifici anti-HSV-1 e HSV-2 nel sangue. Tutti i pazienti che hanno contratto il virus continuano a produrre mini-

scicole cutanee ma devono essere analizzati anche campioni prelevati dal nasofaringe, dagli occhi, dal retto, dal sangue e dal liquido cerebrospinale. In alcuni neonati con encefalite il virus può essere presente soltanto a livello del SNC.

## Trattamento

Al momento non esiste una cura definitiva delle infezioni da Herpes genitale perché il virus rimane latente nell'organismo. Tuttavia, la fase attiva l'infezione può essere efficacemente trattata con farmaci antivirali (aciclovir, valaciclovir o famciclovir). Questi farmaci riducono l'eliminazione virale e la sintomatologia nelle infezioni primarie gravi, ma non impediscono le recidive la cui durata e gravità dei sintomi possono essere ridotte dal trattamento antivirale.

È fortemente raccomandato il trattamento anche dei soggetti con un primo episodio di infezione da HSV a sintomatologia lieve, onde evitare lo sviluppo di mani-