

Salute & Benessere



Covid e abuso da psicofarmaci

Mariolina De Angelis*



Il Covid 19 aumenta l'abuso e la dipendenza da psicofarmaci. Secondo l'Istituto Europeo per il trattamento delle dipendenze il Covid 19 ha portato ad un incremento dei consumi delle benzodiazepine con un tasso di crescita del 4% nei primi mesi del 2020.

Ciò che è importante sottolineare è che questo incremento si sia verificato nonostante i timori legati al contagio timori che hanno limitato le frequentazio-

ni degli studi medici e delle strutture ospedaliere.

Il lockdown ha condotto ad un maggior consumo di "droghe". Le limitazioni nei movimenti e agli scambi sociali hanno favorito la ricerca degli effetti gratificanti delle sostanze d'abuso. Ciò è confermato dal fatto che i consumatori di droghe sono aumentati così come le sostanze disponibili e sperimentate.

Le tendenze rilevate sull'abuso dei psicofarmaci lasciano presupporre che vi sia stato un aumento dell'uso dei tranquillanti in particolare delle benzodiazepine questi farmaci infatti agiscono su uno stato d'animo diffuso e connotato nella vita di chiunque

in questo periodo. Ansia paura e insicurezza attanagliano le nostre giornate come conseguenza diretta diventano compagne di viaggio l'insonnia il blocco del pensiero e agitazione.

Le sensazioni associate certamente sono un senso di stanchezza mancanza di lucidità irritazione e calo delle performance.

L'emergenza scaturita dalla pandemia Covid 19 ha esasperato questi elementi portando in primo piano sfiducia rabbia e tristezza tutto accompagnato da una sensazione nuova e unica.

Ci siamo ritrovati immersi in un "sistema" nuovo e sconosciuto e non siamo stati in grado di gestire

la situazione né di rassicurare né di rassicurarci, questo scenario non ha fatto altro che creare le basi per lo sviluppo di sintomi e disturbi che portano alla richiesta di un sollievo attraverso l'uso di psicofarmaci.

Non solo è presente il rischio di abuso e dipendenza ma in tal modo si consolida un automatismo praticamente si pensa che per ogni problema debba esistere una soluzione tecnica quale è il farmaco.

E' proprio questo il cuore della dipendenza. Invece di cercare sollievo nelle relazioni umane lo si cerca in qualcosa che riesce a sommergere il malessere che ognuno di noi pensa che sia

gestibile da soli. I più colpiti sono le persone inattive e i disoccupati anche se l'uso delle benzodiazepine è frequente anche tra i manager ed i professionisti. Di pari passo con l'età il consumo raggiunge percentuali altissime anche nelle case di riposo tra gli anziani ricoverati. Cerchiamo per quanto possibile di distogliere il nostro pensiero da questa pandemia "utilizzando" questi giorni per mettere in ordine i nostri scrigni dei ricordi magari dedicandoci ad una buona lettura circa argomenti che possano destare il nostro interesse e la nostra curiosità vedrete presto rivedremo il sole.

*Farmacista

▶ **PATOLOGIE.** *Dai sintomi, variabili da donna a donna alle terapie*

Ovaio policistico e infertilità femminile

Molte donne non sanno di soffrirne finché non cercano una gravidanza senza successo

Mario Polichetti*

La sindrome dell'ovaio policistico (PCOS oppure sindrome dell'ovaio micropolicistico) è la causa più comune di infertilità femminile

dovuta all'assenza di ovulazione (chiamata infertilità anovulatoria). Molte donne non sanno di soffrire di ovaio policistico finché non si trovano a cercare una gravidanza senza successo, sebbene molte caratteristiche e alcuni sintomi della PCOS siano già presenti prima che un'adolescente abbia il menarca (la prima mestruazione).

Il termine "policistosi ovarica" o PCOS si riferisce alle molteplici cisti (sacche riempite di fluido) che crescono in una o in entrambe le ovaie; molte donne interessate da policistosi ovarica avvertono i sintomi della PCOS, ma le cisti non devono necessariamente essere presenti per una diagnosi di ovaio policistico.

I sintomi caratteristici dell'ovaio policistico sono variabili da donna a donna e possono comprendere: ciclo mestruale irregolare, infertilità, dolore pelvico, eccesso di crescita di peli su viso, petto, ventre o cosce (irsutismo), aumento di peso, acne e/o pelle grassa.

Poiché molte donne non prendono in considerazione questi problemi e non li considerano "sintomi", spesso non ne parlano con il proprio medico, la conseguenza è che molte sindromi da ovaio policistico non vengono diagnosticate finché non vengono scoperte rilevando la presenza di microcisti alla ovaia o in caso di problemi a concepire. L'esatta definizione diagnostica di PCOS è ancora

in fase di dibattito, di conseguenza il numero preciso di donne affette è sconosciuto; le stime suggeriscono che fra il 5% e il 10% delle donne appartenenti a una fascia di età compresa fra i 18 e i 44 anni potrebbero essere affette da ovaio micropolicistico.

Le donne affette da ovaio policistico hanno un rischio maggiore di sviluppare il diabete di tipo 2, la sindrome metabolica, malattie cardiache in genere e pressione alta. La sindrome è più comune nelle donne obese, o che hanno parenti stretti affetti dalla condizione.

Per la diagnosi in genere si ricorre a esame obiettivo e anamnesi (ossia le due fasi principali della visita medica), esami del sangue, ecografia.

Non esiste cura specifica, ma il ri-

corso a una dieta corretta, alla regolare pratica di esercizio fisico ed eventualmente farmaci possono aiutare a controllare i sintomi.

Causa Al momento non si conoscono con precisione le cause dell'ovaio policistico; il fatto che sia presente una certa familiarità della sindrome è indice della presenza di una possibile componente genetica anche se, per come può cambiare la sintomatologia da una generazione alla successiva, sicuramente esistono altri fattori che incidono in modo rilevante sulla genesi del disturbo, in una complessa combinazione di geni ed influenza ambientale.

La gravità dei sintomi riconducibili alla PCOS sembra tuttavia essere largamente determinata da fattori come l'obesità, tanto che la sindrome manifesta alcuni aspetti caratteristici delle malattie metaboliche (spesso i sintomi sono almeno in parte reversibili, per esempio recuperando il peso forma).

Dal punto di vista pratico è il livello degli androgeni (ormoni maschili) più alto rispetto a quello considerato normale a causare la maggior parte dei sintomi della PCOS.

le di androgeni e possono mostrare livelli più bassi del normale di estrogeni. L'alto livello di androgeni può: causare problemi con la crescita e lo sviluppo dei follicoli ovarici, fino a impedire il rilascio di ovuli maturi, produrre follicoli immaturi sulle ovaie, formando cisti, causare altri sintomi della PCOS, compresi l'eccesso di peluria e l'acne.

Sintomi Oltre alle tre caratteristiche utilizzate per la diagnosi della sindrome dell'ovaio policistico: assenza di ovulazione, elevati livelli circolanti di androgeni (ormoni maschili), presenza di microcisti ovariche, la sindrome può causare la comparsa di numerosi altri segni e sintomi, alcuni dei quali apparentemente non correlati tra loro: irregolarità mestruali, infertilità, irsutismo (eccesso di crescita di peli su volto, petto, ventre o sulle cosce), acne grave, tardiva o persistente che non risponde ai trattamenti usuali, obesità, aumento di peso soprattutto intorno alla vita, difficoltà a perdere peso, dolore pelvico, pelle e capelli grassi. Infertilità Molte donne affette da ovaio policistico soffrono di inferti-

ne affette manifesta disturbi del ciclo mestruale: mancanza di mestruazioni (amenorrea), alterazione dei ritmi delle mestruazioni (oligomenorrea), cicli dolorosi (dismenorrea), perdite di sangue ma senza ovulazione (cicli anovulatori). Eccessiva crescita di peluria e/o acne Più del 70% delle donne con la sindrome da ovaio policistico manifesta irsutismo (eccessiva crescita dei peli), di solito sul viso, petto e addome.



ne affette manifesta disturbi del ciclo mestruale: mancanza di mestruazioni (amenorrea), alterazione dei ritmi delle mestruazioni (oligomenorrea), cicli dolorosi (dismenorrea), perdite di sangue ma senza ovulazione (cicli anovulatori). Eccessiva crescita di peluria e/o acne Più del 70% delle donne con la sindrome da ovaio policistico manifesta irsutismo (eccessiva crescita dei peli), di solito sul viso, petto e addome.

Acne grave, insorgenza tardiva di acne o acne persistente che non risponde a nessun trattamento: questi sono possibili manifestazioni della sindrome.

Si tratta di sintomi fortemente correlati all'eccessiva produzione di ormoni maschili.

Diagnosi La definizione esatta della PCOS è ancora materia di discussione, ma una donna che presenti due delle seguenti caratteristiche potrebbe esserne affetta: Assenza cronica di ovulazione (il processo che rilascia un uovo maturo proveniente dall'ovaia) che porta a irregolarità mestruale. Un elevato livello di androgeni (un tipo di ormone) non è associabile ad altre

cause o condizioni. Presenza di microcisti in una o entrambe le ovaie (evidenziate attraverso l'ecografia) Le donne a cui viene diagnosticato l'ovaio policistico possono accusare i sintomi caratteristici, ma non avere cisti nelle loro ovaie. In egual modo, alcune donne che hanno cisti alle ovaie, non accusano i sintomi della PCOS.

Il primo passo per la diagnosi della PCOS è escludere altre disfunzioni che possono provocare sintomi simili. Alcune di queste condizioni comprendono: ghiandole surrenali che producono ormoni in eccesso (iperplasia surrenale), eccessiva produzione di cortisolo (sindrome di Cushing), problemi di funzionalità della tiroide, eccessiva produzione di prolattina da parte

dell'ipofisi (iperprolattinemia).

Una volta escluse queste ed altre disfunzioni, il medico farà quanto segue per arrivare alla diagnosi: Procederà a un'accurata anamnesi, ossia valuta le condizioni mediche dei parenti più prossimi, segni e sintomi presenti nella paziente, stato di salute, storia clinica, ... Verificare le condizioni di salute generale (esame obiettivo).

Esami del sangue.

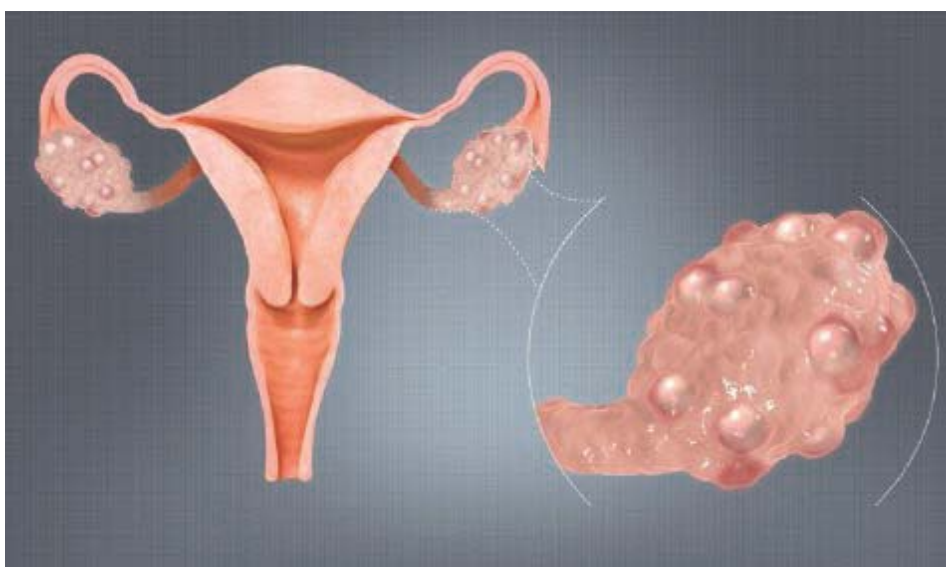
Ecografia vaginale.

Complicazioni Le ricerche più recenti mostrano che le donne affette da sindrome da ovaio micropolicistico sono più soggette ad altre disfunzioni, non considerabili prettamente sintomi: insulino resistenza, sindrome metabolica, diabete di tipo 2, obesità, problemi cardiovascolari, sindrome delle apnee ostruttive nel sonno, disturbi dell'umore.

La maggior parte di queste altre condizioni necessita di trattamenti propri, eventualmente in combinazione alla terapia per PCOS.

Un recente studio condotto su circa 80000 donne, seguite per più di 10 anni, ha confermato che la presenza di ovaio policistico è un fattore di rischio per lo sviluppo di diabete di tipo 2; la diagnosi è stata formulata in otto donne ogni mille all'anno fra quelle colpite da PCOS, contro le due donne ogni mille all'anno nel gruppo di pazienti non affette dalla sindrome. Anche l'età media di diagnosi è risultata più bassa (31 contro 35). Gli autori dell'imponente studio confermano la necessità di isolare con maggior precisione fattori come il peso corporeo, ma le conclusioni confermano comunque la necessità di adottare uno stile di vita adeguato per abbattere il rischio di sviluppo di diabete e relative complicazioni.

Cura e rimedi Purtroppo non esiste ad oggi cura definitiva per la sindrome dell'ovaio policistico (PCOS) e, anche dopo la menopausa, le pazienti che ne sono affette spesso continuano a mostrare livelli elevati di androgeni e insulino-resistenza. Questo significa che i rischi per la salute associati alla PCOS sono permanenti.



Le ovaie producono ormoni, sostanze chimiche che controllano il funzionamento del corpo. Uno degli ormoni che viene prodotto dalle ovaie è l'estrogeno, alcune volte chiamato indicato come "ormone femminile" perché le donne ne necessitano grandi quantità rispetto agli uomini in condizione di salute normale. Le ovaie producono anche androgeni, alcune volte chiamati "ormoni maschili" perché gli uomini ne necessitano grandi quantità rispetto alle donne in condizioni di salute normale.

Sia gli uomini che le donne richiedono specifici livelli di ambedue questi ormoni per una salute normale, livelli che risultano squilibrati nelle donne con sindrome dell'ovaio policistico: manifestano concentrazioni più alte del norma-

lità, definita come: impossibilità da parte della donna con età inferiore ai 30 anni di rimanere incinta dopo 12 mesi di rapporti non protetti, impossibilità della donna con età superiore ai 30 anni a rimanere incinta dopo 6 mesi di rapporti non protetti, oppure incapacità di portare a termine la gravidanza. Molte donne che sono affette da infertilità causata alla PCOS possono ragionevolmente aspettarsi di riuscire, con l'aiuto del ginecologo, a rimanere incinta e portare a termine la gravidanza, nonostante una maggior predisposizione allo sviluppo di complicazioni durante i nove mesi di gestazione.

Irregolarità mestruali e di ovulazione Problemi con le mestruazioni e l'ovulazione sono comuni nella PCOS e la maggior parte delle don-



Alla luce della presenza di numerosi possibili sintomi, anche molto diversi tra loro, spesso è necessario ricorrere a un approccio combinato per trattare il problema.

Dieta e stile di vita Un punto fermo di qualsiasi trattamento per l'ovaio policistico è la correzione dello stile di vita che preveda in particolare: dieta varia ed equilibrata, perdere peso se necessario, praticare più attività fisica.

La perdita di peso e uno stile di vita più attivo possono minimizzare molti sintomi della PCOS e le relative condizioni, addirittura per molte donne queste due sole strategie possono significare risolvere completamente la condizione; Perdere appena il 5% del peso ha effetti positivi sulla resistenza insulinica, tolleranza ridotta al glucosio e sindrome metabolica.

Le donne affette da PCOS che perdono peso sono più propense a riprendere una regolare ovulazione, aumentando così le probabilità di restare incinta, ridurre i livelli degli androgeni e diminuire la pressione del sangue.

Per molte donne, la perdita di peso per volta una varietà di cambiamenti che permettono loro di liberarsi da un certo numero di sintomi della PCOS, come l'acne, senza altri farmaci o alcun intervento.

Un miglior utilizzo dell'insulina riduce inoltre il rischio di eventi cardiovascolari come infarto, ictus e diabete. Al momento nessuno di questi farmaci è registrato con questa indicazione, sono tutti antidiabetici (come la metformina), tuttavia sono sempre più spesso prescritti per il trattamento di ovaio micropolicistico. **Antiandrogeni:** questi farmaci hanno come obiettivo la riduzione nella produzione di androgeni o il limitarne l'attività. Il trattamento con antiandrogeni: a) abbassa i livelli di androgeni, b) riduce i segni di irsutismo, c) tratta l'acne e le calvizie.

Gli antiandrogeni possono causare danni al feto, quindi spesso vengono assunti con contraccettivi orali per prevenire eventuali gravidanze. Come i farmaci insulinol-

irregolari, acne o irsutismo) sono: **Contraccettivi orali:** di solito il trattamento d'elezione per le donne che non desiderano una gravidanza è la pillola, ossia una combinazione di ormoni in grado di: a) regolare i periodi mestruali e l'ovulazione, b) ridurre l'acne e l'irsutismo, c) abbassare i livelli di androgeni o diminuire la produzione, a volte migliorando la fertilità.

I contraccettivi orali vanno anche a ridurre il rischio di alcuni tipi di tumori. Attualmente non esiste un contraccettivo considerato come ideale, viene quindi scelto di volta in volta dal proprio ginecologo sulla base di fattori soggettivi.

Farmaci per aumentare la sensibilità all'insulina: questi farmaci migliorano la risposta del corpo alla secrezione di insulina, diminuendo la quantità di zuccheri circolanti nel sangue. Alcuni studi dimostrano che un uso nel breve periodo permette di: a) regolare il ciclo mestruale e l'ovulazione, b) ridurre l'infertilità associata alla sindrome da ovaio policistico, c) ridurre l'irsutismo, d) ridurre l'acne.

Un miglior utilizzo dell'insulina riduce inoltre il rischio di eventi cardiovascolari come infarto, ictus e diabete. Al momento nessuno di questi farmaci è registrato con questa indicazione, sono tutti antidiabetici (come la metformina), tuttavia sono sempre più spesso prescritti per il trattamento di ovaio micropolicistico.

Antiandrogeni: questi farmaci hanno come obiettivo la riduzione nella produzione di androgeni o il limitarne l'attività. Il trattamento con antiandrogeni: a) abbassa i livelli di androgeni, b) riduce i segni di irsutismo, c) tratta l'acne e le calvizie.

Gli antiandrogeni possono causare danni al feto, quindi spesso vengono assunti con contraccettivi orali per prevenire eventuali gravidanze. Come i farmaci insulinol-

sensibilizzanti gli antiandrogeni non sono approvati ufficialmente per il trattamento della PCOS. Anche in questo caso non esiste un farmaco d'elezione, tuttavia uno dei più usati è la finasteride, conosciuta ed approvata per il trattamento della calvizie. **Eflornitina (Vaniqa):** questa formulazione in crema è utilizzata per rallentare la crescita dei peli, in particolare sul viso. Il farmaco agisce bloccando un enzima necessario per la crescita del pelo. Se la paziente smette di usare la crema i peli riprenderanno a crescere, si rende quindi necessario un piano di gestione a lungo termine. **L'eflornitina** è approvata per il trattamento dell'irsutismo sul viso ed è considerata sicura durante la gravidanza.

Cosmetici per eliminare o nascondere i peli: la donna con PCOS può provare anche altri modi per ridurre al minimo la comparsa di peli, invece dei medicinali: a) Rasare, sbiancare, medicare i peli od utilizzare creme depilatorie sono alcune dei modi più comuni per risolvere il problema dei peli.

Elettrolisi, la terapia intensa ad impulsi di luce, laser e rimozione dei peli sono le altre opzioni, ma questi metodi sono spesso più costosi e richiedono diverse sedute. Le pazienze dovrebbero discutere i rischi di questi trattamenti con i loro ginecologi.

Retinoidi, agenti antibatterici e antibiotici per il trattamento dell'acne: Questi farmaci riducono l'infiammazione, i livelli di batteri nei pori e la produzione sebacea per ridurre al minimo o eliminare l'acne. I retinoidi e gli antibiotici possono essere utilizzati sotto forma di crema o compressa; gli agenti antibatterici sono disponibili solo in forma di crema. Il trattamento specifico dipende dalla gravità dell'acne e da quanto tempo si è manifestata.

Ovaio policistico e gravidanza Cura Anche se la PCOS è una delle principali cause di sterilità femminile, è una condizione curabile nella maggior parte dei casi. La paziente con ovaio policistico può ancora ragionevolmente aspirare a una gravidanza, a volte naturalmente, a volte con aiuto.

I cambiamenti dello stile di vita, come perdere peso, sono in grado di attivare i cambiamenti del corpo

linea perché dimostratisi efficaci in diversi studi e virtualmente priva di effetti collaterali. Va in ogni caso detto che in letteratura non è ancora disponibile una conferma inconfutabile.

Clomifene (Clomid) è il trattamento più comune per l'infertilità nelle donne con PCOS. Le donne che hanno ricevuto questo trattamento hanno beneficiato di una probabilità sei volte maggiore di rimanere incinta rispetto alle donne che non hanno potuto ricevere questa cura. Le donne che sono state trattate con clomifene hanno anche maggiori probabilità di avere gravidanze multiple (doppie, triple, ecc).

Sempre più comune è il ricorso alla metformina, un farmaco insulinosensibilizzante attualmente utilizzato per trattare il diabete, per curare l'infertilità associata a PCOS. Il successo nel trattamento riavvia l'ovulazione in modo significativo nelle donne con PCOS rispetto a quelle che non hanno seguito la stessa cura, ma la metformina da sola non aumenta la possibilità di gravidanza.

A volte si ricorre ad una combinazione di metformina e clomifene, in particolare in quelle donne che non rispondono ai solo clomifene. Nelle ricerche il risultato dell'uso della combinazione erano solo leggermente migliori rispetto al solo utilizzo del clomifene, tuttavia, la terapia combinata ha ridotto il numero di gravidanze multiple rispetto alle donne trattate con solo clomifene.

Le gonadotropine sono una categoria di ormoni utilizzati per trattare l'infertilità nelle donne con PCOS che non rispondono alla metformina o al clomifene. I trattamenti a basso dosaggio hanno un alto tasso di successo e mostrano un minor numero di problemi.

Le donne con PCOS possono avvalersi anche di altre forme di tecnologia assistita per la riproduzione, come la donazione di ovuli e la fecondazione in vitro, ma ad oggi ci sono pochi studi in merito all'efficacia di questi metodi nelle donne con PCOS.

Una procedura chirurgica denominata drilling ovarico è stata utilizzata in passato per iniziare a regolare l'ovulazione o per aumenta-

stenti all'insulina, i ricercatori stanno cercando di capire se migliorando questo aspetto le probabilità di preservare la gravidanza possono aumentare. Sembra che il trattamento con i farmaci insulinosensibilizzanti (come la metformina) possono significativamente ridurre il rischio di aborto spontaneo nelle donne in gravidanza affette da PCOS.

Diabete gestazionale: questo tipo di diabete può essere sviluppato solo dalle donne incinte. La gravidanza è di solito associata a un certo grado di resistenza all'insulina, ma di solito il corpo riesce a funzionare normalmente. Nel diabete gestazionale l'organismo non è in grado di reagire correttamente. Se controllato, il diabete gestazionale di solito non si traduce in problemi immediati per la madre o per il feto. Nella maggior parte dei casi, il diabete scompare dopo la nascita del bambino. Le donne che hanno avuto il diabete gestazionale e i loro figli hanno un alto rischio di sviluppare diabete di tipo 2.

Preeclampsia: questa sindrome è caratterizzata da un improvviso aumento della pressione sanguigna dopo la 20a settimana di gestazione. La preeclampsia può creare danni a rene, fegato e al cervello della madre. Se non trattata la malattia può essere fatale per la madre o per il feto. La preeclampsia può portare a eclampsia, una forma più grave che può causare convulsioni e coma nella madre. Quotidianamente o settimanalmente bisogna eseguire i controlli della pressione arteriosa utili per individuare cambiamenti improvvisi. Attualmente, l'unica cura per la preeclampsia è far nascere il bambino. Se una donna contrae la preeclampsia il ginecologo può sviluppare un piano per tentare di prolungare la gravidanza e dare più tempo al feto di crescere e maturare. Tale piano può comprendere l'assunzione di farmaci da parte della madre per aiutare a prevenire crisi epilettiche e mantenere i livelli di pressione del sangue all'interno di un tasso di normalità. Allo stesso tempo si deve controllare attentamente la salute della madre, perché ai primi sintomi si deve immediatamente indurre il parto.

Iperensione indotta dalla gravidanza: a differenza della preeclampsia in questo caso si manifesta un aumento generale della pressione sanguigna che può iniziare prima della 20a settimana. Se non trattata, la condizione potrebbe portare a preeclampsia.

Clampia pretermine: con il termine nascita pretermine si definisce il parto prima di 37 settimane di gestazione. Molti ricercatori ritengono che il maggiore rischio di parto pretermine è maggiormente evidente fra le donne in

gravidanza con PCOS che hanno la preeclampsia. I neonati pretermine sono a rischio di sviluppo di gravi problemi, compreso l'essere sottopeso alla nascita od avere polmoni sottosviluppati per esempio.

Parto cesareo: questo tipo di parto può essere più comune tra le donne affette da ovaio policistico, perché più propense a partorire pretermine, più comunemente presentano problemi di obesità e spesso sviluppano in gravidanza disturbi di ipertensione arteriosa. Dato che si tratta di una procedura chirurgica, il recupero da un parto cesareo può essere più lungo rispetto al parto vaginale.

Direttore Unità Operativa Gravidanza a Rischio - Azienda Universitaria di Salerno



che migliorano le possibilità di gravidanza. Per molte donne con PCOS che desiderano avere una gravidanza il ginecologo dovrebbe consigliare di dimagrire e cambiare lo stile di vita prima di assumere farmaci, per vedere se si possa avere un pieno recupero della fertilità e della possibilità di rimanere incinta naturalmente. Numerosi studi dimostrano che i cambiamenti dello stile di vita ripristinano l'ovulazione e aumentano la probabilità di gravidanza.

Il ginecologo potrebbe prescrivere uno dei seguenti farmaci per aiutare le donne affette da PCOS a rimanere incinta: **Inositolo**, in passato definita come sostanza particolarmente promettente, ed oggi invece caposaldo del trattamento di prima

re la probabilità di gravidanza, ma non è però ancora chiaro se una tale procedura sia più efficace rispetto ai farmaci; è stato tuttavia dimostrato che risulta efficace nel ripristino dell'ovulazione.

Complicazioni Pur troppo le donne con ovaio policistico hanno un maggior rischio di complicazioni durante la gravidanza.

Molte di queste complicanze sono simili a quelle tipiche delle donne con diabete, probabilmente a causa della maggiore incidenza del diabete in donne con PCOS.

Tra le possibili complicazioni ricordiamo: **Aborto spontaneo:** la causa è ancora poco chiara, si suppone che sia in qualche modo correlata l'obesità. Poiché molte donne che sono obese sono anche resi-



► SOCIETÀ'. E' guerra tra le case farmaceutiche

Johnson & Johnson tutti in attesa del vaccino

Gianpaolo Palumbo*



L'italica popolazione viveva solo nell'attesa del vaccino americano in mono-somministrazione che sostituisse in pieno quello dell'Astra-

Zeneca che aveva addirittura cambiato il nome (Vaxzevria). Tutte le preoccupazioni erano finite, non c'erano effetti collaterali da menzionare. Sarà stato il ricordo del borotalco di quando eravamo ragazzi, di tanti altri prodotti utilizzati nelle nostre case che facevano di J&J un ritorno alla sicurezza del passato. Il tuffo nei ricordi giovanili conciliava con la modernità esasperata della scienza.

Nonostante il clima di speranza, le tante positività: l'utilizzo in una sola dose, l'adenovirus usato come vettore che non si replica nell'organismo umano, il vaccino che non contiene il famigerato virus, la mancanza assoluta di rischio di contrarre il covid-19 in seguito alla vaccinazione; i dati sugli eventi contrari, pur essendo i benefici superiori in maniera enorme ai rischi, hanno fatto interrompere le forniture. Ovviamente si tratta solo di un "blocco" in via precauzionale per la verifica di alcuni casi di trombosi. I casi sono sei su sei milioni e 800mila vaccinati, di cui molte le donne (dai 18 ai 48 anni da 6 a 13 giorni dopo l'inoculo). Una sola di esse è purtroppo deceduta. Ma allora come è possibile che si dicessero mirabili del vaccino americano che possedeva in partenza due aspetti positivi: la mono-somministrazione e la conservazione nel frigorifero di casa. Non c'erano reazioni avverse nel mondo che non appartenessero all'AstraZeneca. La parola d'ordine nell'animo dei danesi, di molto tedeschi e di tanti italiani erano quella di dribblare le vaccinazioni "cattive" e mirare al meglio del meglio: Johnson & Johnson. Nessuno si era vaccinato in Europa, però l'opinione pubblica non aveva dubbi sulla bontà del monodose a stelle ed a strisce. I dati sui problemi trombo-embolici erano sovrapponibili a quegli degli anglo-olandesi, ma oramai il via alla denigrazione popolare dell'uno ed alla esaltazione dell'altro era già partita. In queste ore in cui scriviamo è probabile che l'Aifa Italiana dia il via libera sul positivo responso dell'autorità europea di controllo sul farmaco, soprattutto per gli over 60.

Allora veniamo al dunque: il vaccino J&J, il Vaxzevria ed il Reitera (in sperimentazione al "Moscato" di Avellino), sono tutti preparati a vettore virale e prevencono le forme gravi dell'infezione fino al 77%. I pochi effetti collaterali associabili a fenomeni trombotici erano e sono associati a forti emicranie, dolori all'addome ed alle gambe e difficoltà respiratorie.

E' probabile che il Johnson &



Johnson, come abbiamo già detto verrà limitato agli over 60, come AstraZeneca e, nella speranza che tanti aspetti emotivi siano valutati con uno stato d'ansia minore.

Il vaccino dal nome "antico" può essere usato nei soggetti immunocompromessi, nelle donne gravide ed in quelle che allattano, anche se non ci sono studi numericamente importanti sull'argomento. Oltre alla vaccinazione in un'unica soluzione, esiste la possibilità di conservazione nel frigorifero di casa tra i 2° e gli 8°, importante per risolvere tutte le operazioni logistiche legate al trasporto ed alla somministrazione.

La guerra tra le case farmaceutiche è già iniziata. I cambi di indicazione di AstraZeneca e la sospensione dell'autorizzazione per J&J creano continui problemi nell'opinione pubblica. In Australia sono quasi bloccate le vaccinazioni. In diversi stati ci sono decisioni autonome sui tipi di vaccini

da utilizzare. Quello che tutto sembrava filare liscio crea intoppi nell'unica soluzione alla pandemia. Il disastro economico e sociale che il coronavirus ha costruito si combatte solo con la vaccinazione ed il distanziamento. Il problema grave è quello che le nazioni ricche sono avanti con le somministrazioni, il 50% della Gran Bretagna, il 25% degli Usa, l'11% dell'Italia, lo 0,7 dell'Africa, significa, però, che l'80% dei cittadini della terra non sarà protetto entro l'anno 2021.

E' apparso sul quotidiano "Il Mattino" di Napoli nei giorni scorsi un cenno alla letalità del covid tra i giovani. L'Università di Cambridge ha costruito un modello matematico che sottolinea come la letalità del virus tra i giovani non vaccinati è del 2,4%, percentuale, che sale di sette volte nella fascia tra venti e ventinove anni e via di seguito. Questo calcolo statistico sulle potenzialità pericolosamente

negative nel non vaccinarsi ci "suggerisce" un consiglio su come comportarsi nel quotidiano chiacchierare con noi stessi. La letalità è così alta con l'aumento dell'età, che il rischio del vaccino incide ben poco.

Tutti vorremmo una vita a "rischio zero" e non la "vita spericolata" cantata dal noto Vasco Rossi; ma il rischio zero è pura utopia. Il coronavirus ci obbliga a buttarci nella vita sapendo che corriamo sempre dei rischi: quando ci rechiamo al supermercato, dal nostro medico di base, dal parrucchiere, a scuola, e non rischiamo solo per il coronavirus, ma anche quando usciamo di casa e attraversiamo le strisce pedonali possiamo essere investiti! Quando si è in guerra c'è un'altissima probabilità di morire sotto i bombardamenti nemici; nella nostra guerra contro il coronavirus è alta la probabilità di essere contagiati e di contagiare i nostri cari.

Allora, se possiamo solo scegliere di vivere rischiando il meno possibile, perché bloccare i vaccini quando questi salvano milioni di persone, abbattendo questo temutissimo rischio?

Ci auguriamo di non finire immobilizzati come l'asino di Buridano! Jean Buridan, filosofo francese vissuto nel XIV secolo, inventò questo leggendario asino che di fronte a due secchi, uno di acqua e uno di avena, posti alla stessa distanza da sé, rimase immobile senza scegliere tra nessuno dei due, proprio perché li avrebbe voluti entrambi; non sapendo decidere alla fine morì di stenti.

Quale insegnamento da un asino? Nonesitare tra due scelte, due modi per risolvere un problema, perché la scelta è fondamentale per non immobilizzarsi e continuare verso nuove possibili varianti della propria esistenza.

*Medico Federazione medici sportivi italiani

Microcalcificazioni e risonanza magnetica mammaria

Graziella Di Grezia*



I cluster di microcalcificazioni diagnosticati alla mammografia possono essere, in alcuni casi la prima espressione di un tumore della mammella diagnosticato in uno stadio precoce.

Benché i gruppi di microcalcificazioni possano rappresentare in casi selezionati l'unico elemento di sospetto, la specificità nella caratterizzazione del tipo di lesione rimane piuttosto bassa (tra il 10 e il 60%) - [AJR Mazzocchi 2006].

Anche la Risonanza Magnetica, a fronte di una elevata sensibilità, presenta una scarsa specificità nella detection di lesioni in fase precoce, quali i carcinomi duttali in situ (CDIS), in quanto nelle scansioni dinamiche post-contrastografiche possono non evidenziarsi aree di enhancement per l'assenza di neoangiogenesi nello stroma limitrofo alle microcalcificazioni.



C'è da tenere in considerazione che mentre i carcinomi duttali infiltranti presentano una vivace vascolarizzazione, i carcinomi duttali in situ e i carcinomi lobulari possono avere una scarsa vascolarizzazione, così come i carcinomi aggressivi in fase avanzata; questo a dimostrare che non è il semplice enhancement a fare diagnosi, ma come sempre in radiologia

e in particolare in senologia, è l'associazione di elementi morfologici e dinamici, nonché la valutazione del primo livello, degli esami precedenti e dell'anamnesi, a consentire una diagnosi univoca.

La Risonanza Magnetica presenta una bassa sensibilità nell'identificazione di carcinomi della mammella che si presentano soltanto con un cluster di microcalcificazioni sospette.

Per questo, l'esame di Risonanza Magnetica non presenta indicazione in prima istanza in caso di riscontro di un cluster di micro alla mammografia e, in caso di esecuzione, la negatività dell'esame non può evitare una valutazione biptica diretta eseguita sotto guida mammografica.

Inoltre sia la mammografia che la Risonanza forniscono un bilancio di estensione della lesione in situ praticamente sovrapponibile.

Il reale vantaggio di un esame di Risonanza Magnetica in questi casi è soltanto quello di poter fare diagnosi differenziale tra sospetta lesione in situ e invasiva, fornendo così al chirurgo un valido aiuto nella pianificazione preoperatoria e quindi un approccio chirurgico consapevole già in prima istanza.

Se la Risonanza Magnetica rappresenta ad oggi un esame di approfondimento sia in senologia clinica che in screening, l'utilizzo è limitato ai casi indicati e non rappresenta la soluzione e la risoluzione di tutti i dubbi diagnostici, né l'esame in grado di sostituire gli esami di primo livello.

*Radiologo MD, PhD

► **ALIMENTAZIONE.** Favorisce l'insorgenza di ipertensione arteriosa e di gravi patologie cardio-cerebrovascolari

Troppo sale in cucina, ecco perchè fa male

Laura Melzini*



Da tempo è noto che un consumo alimentare eccessivo di sale favorisce l'insorgenza di ipertensione arteriosa e, di conseguenza, delle gravi patologie cardio-cerebrovascolari correlate, come l'infarto del miocardio e l'ictus cerebrale, ed è stato associato anche ad altre malattie cronico-degenerative, come i tumori dell'apparato digerente, in particolare quelli dello stomaco, l'osteoporosi e le malattie renali. Il sale da cucina contiene sodio; questo minerale favorisce l'insorgenza dell'infarto del miocardio e dell'ictus cerebrale. In condizioni normali, il nostro organismo ha bisogno di piccole quantità di sodio che corrispondono a circa un grammo di sale da cucina al giorno. Attraverso l'alimentazione, però, un italiano ne introduce in media un quantitativo di dieci volte superiore al normale.

L'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) raccomanda di consumare meno di 5 grammi di sale al giorno, dunque un cucchiaino da caffè, tra quello già presente negli alimenti e quello aggiunto, corrispondenti a circa 2 grammi al giorno di sodio. Il vero problema odierno è il sale già contenuto negli alimenti. Esso è contenuto in alcune sostanze che hanno specifiche funzioni, come agenti lievitanti che contengono bicarbonato di sodio, alcuni acidificanti, che contengono citrato di sodio, alcuni agenti aromatizzanti, che contengono glutammato-monosodio. La maggior parte delle persone non sa che consuma troppo sale, perché l'80% del sale nella nostra dieta deriva dai cibi lavorati; la gran parte del sale che assumiamo proviene dai prodotti alimentari presenti sul mercato, in primo luogo pane e prodotti da forno, formaggi e salumi, ma anche cibi pronti, zuppe e salse. Fondamentale, quindi, è limitare il sale aggiunto a casa, in cucina e a tavola, sebbene fondamentale, influisce soltanto in parte (per il 36%) sui consumi quotidiani. Cosa possiamo fare per ridurre il consumo di sale?

Il consumo di sale va ridotto a partire dall'infanzia, infatti per questo motivo è preferibile non aggiungere sale nelle pappe dei bambini, almeno per tutto il primo anno di vita. I bambini così si educano alla scoperta dei sapori autentici degli alimenti.

Leggiamo attentamente l'etichetta nutrizionale per scegliere, in ciascuna categoria, i prodotti a minore contenuto di sale e cercare i prodotti a basso contenuto di sale, cioè inferiore a 0,3 grammi per 100 g. (corrispondenti a 0,12 g. di sodio) Provare a diminuire gradualmente l'aggiunta di sale ai piatti, così il palato si adatterà al nuovo gusto.

Limitare l'uso di altri condimenti

contenenti sodio (dadi da brodo, maionese, salse, ecc.) e utilizzare in alternativa spezie, erbe aromatiche, succo di limone o aceto per insaporire ed esaltare il sapore dei cibi. Le erbe aromatiche sono tantissime: basilico, maggiorana, origano, erba cipollina, rosmarino, prezzemolo, menta e tante altre. Possono essere aggiunte singolarmente oppure triturate insieme per amalgamare meglio i sapori.

Non portare in tavola sale o salse salate, in modo che non si acquisisca l'abitudine di aggiungere sale sui cibi, soprattutto tra i più giovani.

Ridurre il consumo di alimenti trasformati ricchi di sale (snack salati, patatine in sacchetto, alcuni salumi e formaggi, cibi in scatola).

Ridurre il consumo di cibi in scatola che contengono sicuramente più sale, se proprio non si può farne a meno, non si deve usare il liquido presente nella scatola e bisogna risciacquare con abbondante acqua. I cibi surgelati contengono meno sale. L'ideale sarebbe utilizzare, ad esempio, legumi secchi da mettere in ammollo e cuocere. Tutto ciò, ovviamente, non deve spingere verso il totale abbandono del consumo di sale, in quanto l'organismo non produce il sodio contenuto nel sale stesso: dunque abbiamo bisogno di introdurlo nella dieta, ma non in eccesso. Piuttosto meglio propendere per i cosiddetti sali iposodici, cioè prodotti a basso apporto di cloruro di sodio, sostituito generalmente dai sali di potassio, che però hanno un sapore amarognolo e per questo il prodotto finale, a fronte di un costo superiore a quello del comune sale da cucina, è talvolta poco gradito. Ancora meglio sarebbe l'utilizzo di sale iposodico iodato e cioè addizionato artificialmente di iodio sotto forma di ioduro o iodato di potassio. Il sale iodato è la soluzione proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per ridurre i disordini da carenza iodica: esistono infatti delle aree del pianeta, tra cui l'Italia, in cui l'apporto dietetico di questo minerale è particolarmente basso e purtroppo ciò può causare gravissimi problemi di salute.

Tutti i tipi di sale sono dannosi in elevata quantità: rosa, nero, cristalli o fiocchi tutti hanno lo stesso effetto sulla pressione sanguigna come il sale da tavola comune. Tuttavia sali meno raffinati contengono più nutrienti rispetto al sale da tavola.

Insomma, per preservare la nostra salute e prevenire malattie invalidanti (come l'ictus) dobbiamo riporre grande attenzione su ogni aspetto della nostra alimentazione, compresi i condimenti e ovviamente il principale di essi cioè il sale, che va assunto nelle giuste quantità.

*Specialista in scienza dell'alimentazione



Herpes labiale

Mascherina, aumentano le infezioni

Maria Luisa D'Amore*



A più di un anno dall'inizio della pandemia da SARS-CoV2, l'utilizzo della mascherina è ancora una regola costante che tutti siamo tenuti a rispettare.

Se da un lato, però, coprire bocca e naso sembra essere tra i rimedi più efficaci per prevenire la diffusione dei contagi e il dilagare del Covid-19, dall'altro l'utilizzo continuo della mascherina ha fatto registrare un aumento di altre infezioni, di origine batterica o virale.

Tra tutte, questo articolo si soffermerà con maggiore attenzione sull'infezione da Herpes Labiale.

L'Herpes Labiale, o Herpes Labialis, è una malattia infettiva che, come il nome lascia chiaramente intuire, si caratterizza dalla comparsa di piccole vescicole rosastre intorno alle labbra o più raramente in altre zone del viso, come guance e naso.

L'agente virale responsabile di questa fastidiosa infezione è il virus dell'Herpes Simplex, ed in particolare il genotipo Herpes Simplex di Tipo 1 (HSV-1), mentre solo in casi molto rari la sua manifestazione è imputabile al genotipo di Tipo 2 (HSV-2), responsabile invece dell'Herpes genitale.

Per quel che riguarda il contagio, il virus dell'herpes labiale si trasmette principalmente per contatto diretto con la bocca o la saliva di una persona infetta, e prevalentemente attraverso i baci; a questa prima via si associa, però, una forma di contagio indiretta, che va invece ricercata nell'utilizzo e nella condivisione di utensili infetti come bicchieri, rasoi, posate e asciugamani. Non solo: una volta che il virus dell'Herpes Labiale si manifesta all'interno dell'organismo, esso è in grado, mediante auto-inoculazione, di potersi trasmettere ad altre parti del corpo.

In questo modo, una primaria esplosione dell'Herpes alle labbra potrebbe arrivare a colpire anche gli occhi, con conseguenti compli-

cazioni di entità molto severa.

Dal punto di vista "temporale" numerosi studi condotti sono concordi ad affermare che, normalmente, la prima infezione e comparsa dell'Herpes debba esser fatta risalire all'infanzia e, nella maggior parte dei casi, che questa avvenga senza rendersene conto, come per esempio attraverso una semplice stomatite.

Ma allora, perché viene così spesso? È importante riconoscere che, a differenza di quanto si possa pensare, il virus dell'Herpes Labiale condivide con l'intera famiglia degli Herpes Virus, una spiccata "intelligenza".

Dopo la prima infezione, infatti, gli herpes virus sono in grado di eludere le difese immunitarie del corpo, utilizzando una strategia nota come "latenza": in pratica, il patogeno resta nell'organismo nascondendosi a livello dei gangli

Esposizione prolungata ai raggi UV e/o al freddo, senza adeguata protezione Ciclo mestruale Alimentazione sregolata Sbalzi repentini della temperatura Come riconoscere un Herpes labiale? Come già accennato in precedenza, l'herpes labiale generalmente si manifesta con la comparsa di fastidiose vescicole piene di liquido sulle labbra o in loro stretta vicinanza. L'insorgenza delle bollicine è però preceduta da rossore della zona, pizzicore, bruciore oltre che un leggero senso di gonfiore; è importante specificare che, trattandosi di sintomi abbastanza generici, solo chi ha già avuto episodi di herpes labiale riesce a riconoscerne la comparsa in uno stadio tanto precoce. Con la comparsa delle bollicine, l'herpes alle labbra provoca anche dolore, prurito e temporanea insensibilità al tatto della parte interessata.

A distanza di alcuni giorni, poi, inizia il processo di riparazione delle lesioni: le vescicole si asciugano e lasciano spazio a piccole croste che poi tenderanno a rimarginarsi senza lasciare segni o cicatrici.

La guarigione completa dura in tutto 7-10 giorni.

Come si cura? Purtroppo, ad oggi non esiste una cura definitiva per l'herpes labiale, in quanto nessun farmaco è in grado di eradicare il virus dai gangli neuronali.

Il trattamento prevede il ricorso ad antivirali specifici, generalmente in forma di crema da applicare localmente; tra i principi attivi più usati c'è l'aciclovir e il penciclovir, la cui azione sembra essere massima ai primi segni di comparsa della patologia.

Data l'assenza di una strategia risolutiva, l'ideale sarebbe prevenire la comparsa di nuove recidive herpetiche: si, quindi all'utilizzo di stick ad alta protezione per le labbra quando ci si espone al sole o alle lampade dei centri estetici; teniamo alte le difese immunitarie mangiando frutta e verdura di stagione e nelle giuste quantità; ricordiamo inoltre di proteggere le labbra da screpolature anche durante i mesi più freddi attraverso l'uso di emollienti come il burro cacao.

*Biologa-Nutrizionista



▶ **PREVENZIONE.** Gastroenterologia e vaccinazioni, tante le fake news

Pediatria, falsi miti da sfatare

Antonio Limongelli*



Durante lo svolgimento della mia professione mi è capitato di dovere rispondere a numerose domande poste dai genitori dei bambini da me seguiti e di dovere sfatare dei falsi miti che si sono diffusi

nel tempo. Vediamo di fare chiarezza su temi relativi alla gastroenterologia pediatrica ed alle vaccinazioni per distinguere tra il vero e falso (fake news) in base alle recenti acquisizioni scientifiche.

Se il latte vaccino o altri alimenti causano problemi nel bambino: è sempre allergia alimentare?

Falso - Le reazioni avverse al cibo (es. diarrea, dolori addominali, vomito, perdita di sangue con le feci) compaiono a breve distanza dall'assunzione di esso: bisogna distinguere tra allergie e intolleranze. Le prime sono mediate da meccanismi immunologici, le intolleranze invece non sono provocate dal sistema immunitario. Entrambe sono reazioni non tossiche, a differenza per esempio dell'avvelenamento da funghi, che è appunto una reazione tossica causata dalla presenza di tossine, i cui effetti variano a seconda della quantità di funghi ingerita.

Esistono diverse tipologie di intolleranze alimentari:

enzimatiche: sono quelle determinate dall'incapacità dell'organismo di metabolizzare alcune sostanze ingerite. Esempi di intolleranze enzimatiche sono quella al lattosio, secondo dati del Meyer, centro ospedaliero di Firenze, «In Italia meno del 5% della popolazione generale risulta intollerante al lattosio.

Ma è molto raro che lo siano i bambini, ancor di più i lattanti»

farmacologiche: sono quelle che alcuni manifestano a determinate molecole presenti in alcuni cibi (uso di antimuffe sulla frutta). In alcuni casi, la reazione può essere dovuta ad alcuni additivi aggiunti agli alimenti, tipo il glutammato (anche se non è ancora ben chiaro se in questo caso si tratti di intolleranza o di allergia)

pseudoallergiche: sono quelle che dipendono da un'eccessiva assunzione di sostanze che entro una certa soglia sono tollerate dall'organismo, oltre invece possono causare reazioni avverse (per esempio alimenti ricchi di istamina come il pesce in scatola).

La diagnosi delle intolleranze alimentari si fa con gli esami del sangue o test allergologici o "test di intolleranza"?

Falso - La diagnosi di intolleranza si fa per esclusione. In pratica, si elimina il cibo dalla dieta per 2-3 settimane e poi lo si reintroduce per altre 2-3 settimane. Se nel periodo senza il cibo incriminato il bambino non manifesta sintomi, che al contrario si ripresentano nel momento in cui viene reintrodotta nella dieta, si ha la conferma che si tratta di una reazione avversa al cibo.

La diagnosi di Allergia alimentare si fa unicamente con gli esami del sangue (tipo RAST)?

Falso - Per allergia alimentare si intende una risposta anomala del sistema immunitario, scatenata dal contatto con un cibo etichettato come nemico. In particolare

l'allergia scatena la reazione (un'eccessiva produzione) di anticorpi di tipo IgE. L'esame di prima istanza per la diagnosi è il Prick test (esame di primo livello). È un'aprovea cutanea: si applica cioè sulla cute dell'avambraccio una goccia di estratto dell'alimento, si punge delicatamente la pelle e si osserva la reazione locale. Solo in caso di positività e per completare l'iter diagnostico, si fa prelievo del sangue per cercare gli anticorpi IgE specifici (RAST test, esame di secondo livello).

Resta valida, in ogni caso, la dieta ad esclusione e la prova di reintroduzione dell'alimento incriminato.

Per diagnosticare l'allergia alle proteine del latte può bastare un prick test positivo?

Falso - Se il lattosio, quindi lo zucchero del latte, può scatenare intolleranza, le proteine del latte possono causare reazioni allergiche. Quasi mai un prick test positivo è sufficiente ad identificare un allergico al latte poiché almeno la metà dei test positivi sono falsi risultati. Si può eseguire il prick test ma non è molto attendibile ed anche la sua negatività non può escludere che non ci sia.

La prova decisiva, quindi, per dimostrare che il latte sia effettivamente la causa dei sintomi ed allergia, è la sua esclusione dalla dieta (per 2-3 settimane). Se la sintomatologia scompare o migliora si può reintrodurre il latte e vedere se ricompaiono i sintomi. Come si può notare la diagnosi è complessa e valutata attentamente dal pediatra o gastroenterologo con l'aiuto degli allergologi.

L'allergia alle proteine del latte vaccino si estende necessariamente alle proteine del latte di altri animali?

Falso - I bambini con Allergia alle Proteine del Latte Vaccino (APLV) sono praticamente sempre allergici alle proteine del latte di capra e di pecora, ma possono non essere allergici alle proteine del latte di equini come la cavalla o l'asina o cammello. Tuttavia questi prodotti non possono essere usati nella loro alimentazione sostitutiva perché inadeguati dal punto di vista nutrizionale (oltre che di difficile reperibilità).

L'allergico alle proteine del latte non può mangiare la carne bovina?

Falso - La quota di bambini con APLV che è sensibile alla carne bovina (indifferentemente di manzo o di vitello) non supera il 20%. Questa fetta di bambini va cercata tra i più gravi. L'allergia è legata in massima parte alla sieralbumina bovina che, ad alte temperature per lungo tempo è termolabile. La tolleranza quindi di omogeneizzati ed i liofilizzati di carne bovina trattati col calore è buona.

L'introduzione precoce (a 4 mesi) o tardiva (8-10 mesi) del glutine influenzano il manifestarsi della Celiachia?

Falso - La celiachia è una malattia cronica, sistemica, su base autoimmunitaria che colpisce solo individui geneticamente predisposti. Quindi, condizione necessaria perché si sviluppi la malattia è la presenza, nel DNA, degli aplotipi HLA di classe II, DQ2 (DQA1*05-DQB1*02) e/o DQ8 (DQA1*03-DQB1*0302). Questi due aplotipi sono presenti, però, nel 30-35% della popolazione generale, ma solo l'1% della popolazione generale con i due aplotipi svi-



lupperà la malattia. L'ingestione di glutine, in qualsiasi periodo, attiva una risposta immunitaria anomala che determina un'infiammazione cronica dell'intestino con ripercussioni negative sull'organismo. Quindi la ricerca genetica degli aplotipi in familiari di celiaci ci dice solo che si è "predisposti" ma non ci dice che si è "malati" e quindi sofferenti di celiachia, altri sono gli esami che dimostrano lo stato di malattia.

La Celiachia è andata aumentando negli ultimi anni?

Falso - Interessa circa l'1% della popolazione europea e nord-americana, con rilevanti differenze nei Paesi limitrofi (dallo 0,3% della Germania al 2,4% della Finlandia). La sua prevalenza media in Italia è stimata nell'ordine dello 0,7% della popolazione. L'epidemiologia della celiachia può essere rappresentata da un iceberg, la cui parte emersa è costituita dai soggetti diagnosticati ed il sommerso da quelli non ancora riconosciuti. C'è stato un incremento delle nuove diagnosi per la maggior attenzione da parte della popolazione e del personale sanitario, oltre alla diffusione delle tecniche diagnostiche.

La diagnosi di celiachia si può fare con un prelievo di sangue?

Vero - Il protocollo diagnostico della celiachia prevede il dosaggio di specifici anticorpi anti-transglutaminasi (tTG) IgA ed anti-endomisio (EMA). In caso di positività, si richiede un secondo dosaggio ed, in caso di conferma, la biopsia duodenale che è determinante nella diagnosi. Sono stati recentemente introdotti in commercio test rapidi per lo screening della celiachia su goccia di sangue con la misurazione degli anti-tTG IgA, ma che devono poi essere verificati sul siero prelevato dal sangue venoso. Il loro limite è legato alla mancata determinazione contemporanea delle IgA circolanti, per cui il test risulta falsamente negativo in caso di deficit selettivo di IgA. La diagnosi di celiachia deve essere ricercata anche nei parenti di primo grado.

Nei bambini, soprattutto nei più piccoli, è concesso mangiare un po' di tutto e le infezioni alimentari in età pediatrica sono rare.

FALSO - L'alimentazione deve essere sana e adeguata fin da piccolissimi, soli così sarà possibile prevenire patologie importan-

ti da adulti. Si è visto che l'obesità inizia in tenera età (5 o 6 mesi) quando si introducono alimenti diversi dal latte: usare le giuste quantità consigliate dai pediatri riesce a prevenirla. Inoltre gli organi interni nel bambino sono in crescita e in maturazione per cui carichi notevoli di sale o grassi e proteine possono danneggiarli. Non dimentichiamo, poi, che i bambini, in particolare i piccoli con meno di sei anni, sono più a rischio degli adulti di contrarre infezioni alimentari perché le loro difese immunitarie non sono del tutto mature; per loro incontrare batteri o virus presenti nei cibi può essere pericoloso e scatenare un'infezione. Anche le intolleranze e le allergie sono dietro l'angolo: il cioccolato, per esempio, può dare reazioni allergiche come pure le fragole o nocchie e arachidi. E' necessario, inoltre, limitare il consumo di salame e insaccati vari. Ed ancora, fate attenzione alle uova crude e alle verdure non lavate: con questi alimenti uno dei rischi più frequenti è la salmonellosi. Sì, infine, ai gelati ma meglio quelli industriali: se si scelgono quelli artigianali evitare i derivati di uova crude o creme in cui si possono annidare salmonelle e stafilococchi. Lo stesso vale per dolci alla crema, oltre alla maionese e salse varie. Nelle zone meridionali ove è tipico l'uso di molluschi di mare (cozze, vongole) meglio aspettare i 7/8 anni per far saggiare tali prodotti (cotti!) e possibilmente far vaccina-



re dai 6 anni in poi i bambini per l'Epatite A che al Sud è endemica.

I vaccini possono causare l'autismo? FALSO - Da tantissimi studi scientifici effettuati non è emerso alcun dato che stabilisca un nesso di causalità fra vaccini ed autismo. L'unico studio che riportava un legame causale fra il vaccino contro morbillo-parotite-rosolia (MPR) e l'autismo si è rivelato privo di metodologia scientifica e l'autore, il gastroenterologo Wakefield, è stato radiato dall'Ordine dei Medici del Regno Unito.

L'OMS afferma che i dati disponibili a livello mondiale non mostrano nessuna evidenza di una relazione fra vaccino MPR e i disordini dello spettro autistico.

I vaccini non proteggono il 100% dei soggetti vaccinati.

VERO - Proprio perché i vaccini non hanno un'efficacia del cento per cento è importante mantenere percentuali di coperture vaccinali della popolazione molto alte (sopra il 95%); in questo modo l'alto numero di soggetti immunizzati impedisce la trasmissione delle malattie infettive alle persone che

non hanno risposto in modo efficace ai vaccini o che non hanno potuto essere vaccinate perché affetti da malattie particolari. Si tratta della cosiddetta "immunità di gregge".

Le malattie infettive stavano già scomparendo prima dell'introduzione dei vaccini. FALSO - La poliomielite, ad esempio, è sempre esistita e fino agli anni '50-'60, in cui in Europa c'era già stato un netto miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, si sono verificate epidemie di questa terribile malattia. Con l'introduzione del vaccino negli anni '60 si è assistito ad una graduale scomparsa. Per contro, di recente in paesi come le ex-repubbliche sovietiche, Siria, Francia e USA, in cui per motivi economici, culturali o per guerre in atto le vaccinazioni sono state sospese, sono ricomparse malattie come poliomielite, difterite ed epatite B. Lo stesso morbilli ha causato molteplici casi di mortalità quando molti genitori hanno trascurato di vaccinare i propri figli.

I vaccini contengono ingredienti e additivi pericolosi

FALSO - I vaccini contengono:

un microrganismo inattivato o attenuato; acqua distillata sterile o soluzione fisiologica sterile; adiuvanti come sali di alluminio (rendono duratura la risposta immunitaria); stabilizzanti (albumina e gelatina) tracce di antibiotici (in dosi bassissime) per evitare crescita batteriche nei preparati da somministrare.

Le quantità minime di queste sostanze contenute nei vaccini non sono tossiche. Rarissimamente possono causare reazioni allergiche (un caso ogni 2 milioni di somministrazioni) ed è questo il motivo per cui bisogna aspettare venti minuti /mezz'ora prima di lasciare la sede dove il vaccino viene effettuato. Dal 2002 i vaccini in commercio non contengono mercurio in tracce.

I lattanti di pochi mesi sono troppo piccoli per sopportare un numero così elevato di vaccini.

FALSO - Il nostro sistema immunitario incontra fin dalla nascita moltissimi virus e batteri produce anticorpi nei loro confron-

ti. Dal punto di vista immunologico, i lattanti sarebbero teoricamente in grado di rispondere ad un numero molto superiore di antigeni rispetto a quelli che vengono attualmente somministrati con i vaccini previsti dal calendario attuale.

Somministrare contemporaneamente diversi vaccini comporta una produzione di anticorpi inferiore a quella che si avrebbe se i vaccini venissero fatti uno alla volta?

FALSO - Numerosi studi hanno dimostrato che la produzione di anticorpi nei confronti delle singole malattie è uguale quando si somministrano più vaccini contemporaneamente e quando si somministra un vaccino alla volta.

Un appello finale: affrontate qualsiasi argomento pediatrico e cercate delle risposte ai vostri quesiti non su INTERNET ma col vostro PEDIATRA poiché lui saprà darvi delle risposte valide ma soprattutto vi aiuterà a distinguere le false notizie mediche da quelle vere e scientificamente validate.

***Pediatria di Famiglia
Segretario Provinciale FIMP AV
(Federazione Italiana Medici Pediatri)**

Pino Rosato*



Le strutture sanitarie pubbliche sono insieme molto complessi da governare, soprattutto per i compiti particolarmente impegnativi che derivano dal fatto di non avere come ultimo fine il profitto ma la SALUTE delle PERSONE.

Come tutte le strutture produttive complesse, esse devono poter contare su una ORGANIZZAZIONE EFFICIENTE e nel contempo in grado di assicurare una BUONA EFFICACIA rispondendo alla necessità di prestazioni utilizzando razionalmente le risorse assegnate.

La loro mission principale è produrre risultati tangibili di salute. Per poter rispondere a ciò, necessitano di una buona definizione della struttura e delle sue regole che devono essere conosciute da tutti gli operatori oltre che condivise e rispettate. Esiste, però, il forte rischio di un sistema che veda al centro l'Ospedale e i suoi addetti e non il Cittadino e il soddisfacimento dei suoi bisogni di salute, contravvenendo alla finalità generale di un'AZIENDA OSPEDALIERA che è quella di proteggere e promuovere la salute dei cittadini, con maggior qualità tecnica possibile, ottenendo una buona soddisfazione dell'utente, al minor costo. Non sempre però vi è coerenza nelle scelte politiche sanitarie in favore dei cittadini come:

L'Istituzione degli Uffici di Relazione con il Pubblico;
L'Implementazione del front-office obbligato ad emettere documenti di pubblica informazione come la CARTA dei SERVIZI.

Le necessità, i desideri, ma anche le preoccupazioni dei cittadini sembrano non solo essere in seconda linea, ma venire addirittura ignorati, creando un senso di smarrimento che talora naufraga nella sfiducia.

Si crea così un divario tra servizi prestati e quelli attesi dall'utente. Occorre quindi analizzare, comprendere, spiegare questo paradosso per poter poi tentare di risolvere una realtà che sembra sfidare la logica. L'unica cosa veramente importante è porre in maniera chiara e non equivoca il CITTADINO con le sue esigenze e priorità al centro del sistema. La Sanità, Pubblica o Privata che sia, esi-

Sanità, essere al servizio dei cittadini



ste per "PRODURRE SALUTE" e non solo per curare le malattie.

I modelli prescelti devono quindi poter mutare per adattarsi nel tempo alle diverse esigenze del contesto esterno e quindi dei cittadini. Per questo occorre che venga adottata una procedura che consenta di essere informato, rassicurato quando ciò sia possibile, indirizzato e consigliato.

Ha il diritto di sentirsi al centro del Sistema. Questa nuova dimensione del sociale viene a condizionare l'insieme dei processi necessari al funzionamento di un'azienda che eroga servizi utili ai cittadini e ne caratterizza il sistema organizzativo che, per consentire una maggiore flessibilità, dovrebbe ri-

volgersi ad un "MODELLO DINAMICO".

In quest'ultimo, l'organizzazione e quindi l'organizzamento, si deve adeguare alle variazioni del contesto esterno e quindi dei cittadini, fissando delle nuove regole.

Per questo, uno dei temi più dibattuti oggi in Sanità è il ruolo del sistema ospedaliero nel futuro.

Sono evidenti alcuni importanti fabbisogni ai quali deve rispondere una riconfigurazione della rete ospedaliera:

1. Qualità e sicurezza delle prestazioni;
2. Efficienza;
3. Accessibilità;
4. Equità;
5. Tempestività nell'applicare l'innovazione e i risultati della nuova medicina.

Ripensare quindi ad un'assi-

stenza che abbia il cittadino al centro della propria ragion d'essere impone che il cittadino/utente venga informato, ma soprattutto educato.

Un cittadino informato, edotto dei problemi cui va incontro la sanità pubblica, è un CITTADINO RESPONSABILIZZATO, che può e deve vedere i servizi che gli sono offerti nella loro realtà, senza false illusioni, ma anche con la fiducia di chi sa che il SSN è veramente pronto a servirlo.

Perché il cittadino possa riappropriarsi della gestione della propria salute occorre che egli sia in qualche modo presente nelle Aziende che si prendono cura di lui.

Ciò può avvenire con l'istituzione di comitati consultivi costituiti e gestiti dai cittadini appartenenti al territorio di riferi-

mento. La capacità di raccogliere ed elaborare l'ascolto dei pazienti e monitorare la loro percezione del servizio diventa un input importante per l'organizzazione sanitaria, che fa della CUSTOMER SATISFACTION una tappa fondamentale del percorso di qualità.

Conoscere le diverse tipologie del bisogno, nonché le eventuali criticità connesse alla relazione UTENTE/SERVIZIO consente di avviare interventi finalizzati a favorire la presa in carico globale del malato e una trasformazione della dimensione relazionale da uno schema di dipendenza e di scarsa partecipazione alle decisioni ad un rapporto paritario nel quale lo stile comunicativo sia di tipo negoziale. L'indagine volta alla conoscenza del grado di soddisfazione del paziente può costituire lo strumento per introdurre innovazioni rilevanti, sia nei confronti degli operatori che nel rapporto con i fruitori dei servizi, finalizzata a produrre attività di sempre maggiore gradimento e continuo miglioramento dei servizi offerti. Per cambiare l'azienda Ospedale, quindi, dobbiamo trasformarla sia come struttura che come maniera di essere.

C'è la necessità di superare la sua impersonalità e la sua anti-relazionalità. Cominciare a vedere il ricovero come ospitalità e considerare l'accoglienza come primo momento di accoglienza. Un servizio che promuove accoglienza e ospitalità non può essere rivolto solo al malato, ma anche a tutti gli operatori dell'ospedale.

A questo punto, abbiamo il dovere di domandarci: "l'Istituzione sanitaria e il medico, oggi, hanno gli strumenti "culturali" e "organizzativi" per attuare una siffatta BUONA MEDICINA?"

La risposta è un "SI" ma a condizione che l'etica medica sia affiancata e sostenuta dall'etica politica e dall'etica amministrativa-gestionale.

La speranza è che l'enfasi sulla centralità del cittadino sia vera, convinta, reale da parte di tutti, in possesso o meno di responsabilità istituzionale, e non sia soltanto espressione di un semplice atto di rispetto e di cortesia, solo così si potrà autenticamente pervenire ad una BUONA MEDICINA.

*** Cardiologo
Presidente CDA Casa
di Cura Villa dei Pini Avellino**

**PREVENZIONE.** Circa 200.000 persone sono affette da queste patologie

Malattie infiammatorie croniche intestinali

Claudio Di Nardo*



Le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali, comprendono la Rettocolite Ulcerosa ed il Morbo di Crohn. Studi statistici riportano circa 200.000 persone affette da queste patologie oggi in Italia, con un aumento dei nuovi casi negli ultimi 10 anni di circa 20 volte. I due sessi sono colpiti con la stessa frequenza, con un esordio clinico fra i 15 e 45 anni. Si tratta di malattie dette "idiopatiche", cioè malattie di cui non è nota una causa certa. La Rettocolite Ulcerosa (RCU) ha spesso un esordio acuto. I sintomi caratteristici sono diarrea, quasi sempre ematica, e dolori addominali. Si tratta di una malattia che interessa prevalentemente il colon ed il retto. È caratterizzata dall'alternanza di fasi attive, in cui i pazienti presentano una sintomatologia costituita da diarrea mista a mucorrea e sanguinamento, con fasi di remissione clinica in totale assenza di sintomi.

La diagnosi di RCU viene posta, nei pazienti con sospetto clinico, mediante la Colonscopia e l'esame istologico dei frammenti di mucosa coloretale prelevati mediante biopsie multiple nel corso dell'esame endoscopico.

La malattia può influenzare molto negativamente la qualità della vita delle persone che ne sono affette. I pazienti nelle fasi acute cercano la toilette più vicina e spesso non si azzardano nemmeno ad uscire di casa.

Una delle ipotesi patogenetiche considera la RCU una malattia autoimmunitaria, un disturbo del sistema immunitario in base al quale l'organismo riconosce come estranei i propri tessuti e genera anticorpi contro di essi. È presente una storia familiare, il che fa presupporre una predisposizione genetica del paziente. Tuttavia, ciò non significa che i figli delle persone che ne soffrono debbano necessariamente presentare anch'essi la malattia, in quanto non è una malattia ereditaria. Accanto alla predisposizione genetica, possono essere rilevanti concasse altri fattori, in particolare batteri. A tale proposito l'ipotesi patogenetica prevalente è quella di una reazione immunologica abnorme da parte dell'intestino nei confronti dei batteri che costituiscono la normale flora intestinale, oppure una funzionalità inadeguata della barriera costituita dalla mucosa intestinale.

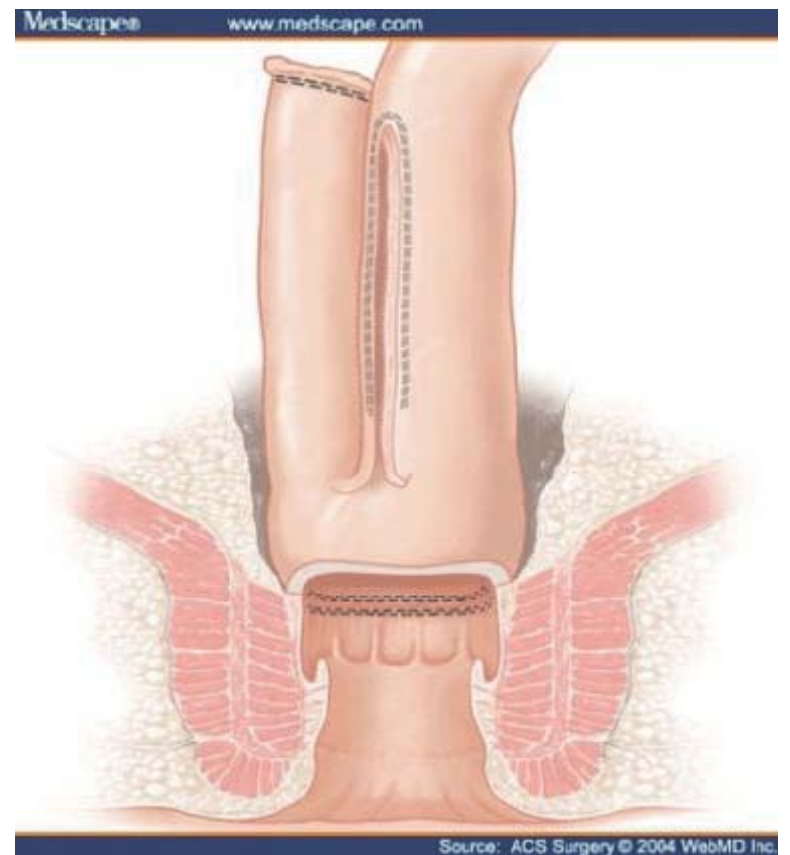
Riguardo al decorso, si tratta di una malattia cronica, che dopo la prima comparsa è presente per tutta la vita. Infatti si presenta ripetutamente sotto forma di fasi attive in cui l'infiammazione si attenua e scompare momentaneamente per poi ripresentarsi all'improvviso. In rari casi, i sintomi sono presenti in modo continuativo. Vi sono pazienti che hanno solo qualche leggero disturbo intervallato da lunghe pause. Altri pazienti presentano

violente scariche di diarrea mista a muco e sangue, ma negli intervalli fra un episodio infiammatorio e l'altro non presentano alcun disturbo. Essa è considerata una lesione precancerosa, cioè suscettibile di degenerazione, in alcuni casi, in cancro coloretale. Recenti ricerche evidenziano comunque che, nei pazienti con RCU, il rischio di carcinoma coloretale è più elevato di solo 2-3 volte rispetto alla popolazione generale, mentre nel passato questo rischio era considerato molto più alto.

Riguardo al trattamento, gli obiettivi della terapia della RCU sono: *Bloccare l'infiammazione a lungo termine, *Ridurre le fasi attive di malattia, *Mantenere la capacità lavorativa, *Salvaguardare la partecipazione alla vita sociale. A tale scopo il trattamento medico impiega come prima scelta i preparati contenenti 5-ASA (mesalazina o acido 5-amminosalicilico) e derivati, farmaci non steroidei ad azione antinfiammatoria attiva esclusivamente sulla mucosa coloretale. Più recentemente vengono impiegati, con risultati incoraggianti, i

farmaci biologici, somministrati per infusione endovenosa nel corso di un trattamento di 6-12 mesi, ottenendo una remissione duratura della malattia. Allo scopo di prevenire recidive o la degenerazione neoplastica è indispensabile un regolare follow-up, cioè un monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente, esclusivamente attraverso la pianificazione di Colonscopie periodiche.

Il ruolo della Chirurgia. La terapia chirurgica è chiamata in causa in due evenienze: le Complicanze della malattia, in particolare il Megacolon Tossico, e le Forme Refrattarie alla terapia medica. Il Megacolon Tossico consiste in una abnorme dilatazione del colon, che, a causa di danni del sistema neuromuscolare della parete intestinale secondari alla malattia, perde completamente la sua motilità, condizionando un quadro grave ed irreversibile di paralisi intestinale, accompagnata ad un ingravescente scompenso metabolico con conseguente rischio della vita del paziente. Le Forme di RCU Refrattarie alla terapia medica non riconoscono



fasi di remissione clinica. I pazienti affetti da tale forma presentano numerose scariche giornaliere di diarrea mista a muco e sangue, andando progressivamente e rapidamente incontro a grave anemia e compromissione delle condizioni generali, che anche in tal caso mettono a rischio la vita del paziente.

In entrambi i casi, l'intervento chirurgico consiste nell'asportazione totale del colon e del retto, e nella successiva ricostituzione della continuità intestinale suturando all'ano l'intestino tenue, dopo aver confezionato sulla sua ansa terminale una sorta di "Borsa" o "Pouch", con funzione di Serbatoio o "Réservoir", che dovrà assumere le funzioni dell'ampolla rettale aspor-

tata. Tale tecnica chirurgica, che già da anni si avvale di strumenti altamente tecnologici, le Suture Meccaniche o "Staplers", è denominata "Proctocolectomia Totale con Confezionamento di Pouch Ileale ed Anastomosi Pouch-ale". Tale intervento, che viene eseguito sia in Chirurgia Open tradizionale, che in Chirurgia Laparoscopica o Robotica, presenta comunque un non trascurabile tasso di morbilità e mortalità, per cui va effettuato su pazienti selezionati in base a rigorose indicazioni ed in centri dedicati a tale tipo di chirurgia.

Prossimamente tratteremo del Morbo di Crohn.

***Chirurgo Generale e Vascolare, Libero Professionista in Casa di Cura Accreditata SSN**

BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA .

Il rischio di Morte Improvvisa nel paziente affetto da BPCO

Biagio Campana*



La morte cardiaca improvvisa è una morte inattesa, causata da arresto cardiaco. Risulta essere responsabile di circa la metà dei 4-5 milioni di morti cardiache, che si registrano ogni anno nel mondo. Si stima che ogni anno in Italia muoiano improvvisamente circa 70.000 persone. Riconosce diverse cause e questo rende difficile valutare adeguatamente il rischio individuale di questa condizione e dunque pianificare eventuali strategie di prevenzione. La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), invece, rappresenta un'importante causa di morte e alla base di questa condizione c'è quasi sempre il fumo di sigaretta anche se altre esposizioni ambientali come l'esposizione a combustibile da biomassa e l'inquinamento atmosferico possono contribuire alla sua insorgenza. La sua incidenza tende ad aumentare con l'età. In Italia l'incidenza della patologia dopo i 40 anni è del 5-10% ma sale al 20% dopo i 70 anni. È al terzo posto tra le cause di decesso, dopo le malattie cardiovascolari e quelle neoplastiche. Parliamo di una malattia abbastanza comune, caratterizzata da sintomi respiratori persistenti e da limitazione al

flusso aereo. Lo stato di infiammazione cronica delle vie aeree porta ad una progressiva limitazione del passaggio del flusso dell'aria e questi pazienti presentano un rischio raddoppiato o triplicato di sviluppare patologie cardiovascolari. Chi soffre di Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è ad aumentato rischio di morte cardiaca improvvisa. Lo dimostrano diversi studi presenti in letteratura tra cui un interessantissimo lavoro pubblicato su European Heart Journal, a firma di un gruppo di ricercatori olandesi e belgi. Rispetto ad una popolazione di confronto dello stesso range di età e sesso, non affetta da patologie polmonari, i pazienti con BPCO caratterizzata da frequenti esacerbazioni presentavano un rischio di morte cardiaca improvvisa maggiorato del 34%. Lo stesso rischio raddoppia nel caso di BPCO diagnosticata da oltre 5 anni e triplicata nelle forme con frequenti riacutizzazioni. Il Rotterdam study ha interessato circa 15 mila persone di età uguale o superiore a 45 anni ed è il primo a dimostrare una correlazione tra BPCO e aumentato rischio di morte cardiaca improvvisa. In passato era stata già evidenziata un'associazione tra

BPCO e aumento di mortalità per tutte le cause. Secondo gli autori dello studio, questo nuovo riscontro dovrebbe portare da una parte ad una più attenta valutazione del rischio di morte cardiaca improvvisa nei pazienti affetti da BPCO,



dall'al-

tra a disegnare studi per comprendere quali azioni preventive mettere in campo per questi soggetti. Tra le possibili strategie, l'impiego dei beta-bloccanti, l'impiego di defibrillatori, la sospensione dei farmaci che aumentano l'intervallo QT (es. quali antidepressivi, alcuni antibiotici). Ma il modo più efficace di prevenire sia la BPCO, che la morte improvvisa è il controllo dei fattori di rischio alla base di queste due condizioni cliniche. Evitare di fumare e con-

duire una vita sana rappresentano due strategie sulla carta facile ma spesso difficili da realizzare perché coinvolgono stili di vita, abitudini e status sociale e non ultimo la disponibilità sui territori di centri anti fumo e l'accessibilità agli stessi in questa fase pandemica. Una corretta dieta rappresenta un altro aspetto fondamentale vista la percentuale elevata di persone affette da BPCO che presentano segni di malnutrizione proteico-energetica dovuta specialmente ad inadeguati apporti di energia (calorie) e nutrienti, aumento del dispendio energetico per incremento del costo metabolico respiratorio, ridotta efficienza muscolare e riduzione della sintesi e aumento del turnover (ricambio) delle proteine per infezioni, stress o uso di specifici farmaci: gli steroidi (cortisonici), in particolare, inducono alterazioni metaboliche, insulino-

resistenza e riducono la risposta anabolica all'intervento nutrizionale. La correzione della malnutrizione attraverso una corretta, equilibrata e varia alimentazione può a tutti gli effetti influenzare positivamente la BPCO, in quanto aumenta la massa e la forza dei muscoli respiratori, oltre che le difese immunitarie, prevenendo così le infezioni anche a livello polmonare e proteggendo allo stesso tempo anche il cuore da una serie di problemi e dalla morte improvvisa.

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