

Salute & Benessere



Il potere del magnesio

Mariolina De Angelis*



E' proprio durante il periodo primaverile che, medici e farmacisti consigliano assunzione di integratori di magnesio, elemento essenziale della vita, necessario sia per il nostro organismo che per i nostri tessuti. Questo elemento infatti è un coenzima che partecipa a numerose reazioni chimiche capaci di mantenere il nostro corpo in un perfetto equilibrio. Il magnesio infatti partecipa alla sintesi dei filamenti del DNA e delle RNA. Una carenza di magnesio risulta essere molto comune soprat-

tutto se la nostra dieta alimentare presenta una riduzione dell'utilizzo di legumi e di verdure a foglia verde e di frutta secca. Questi infatti sono alimenti che contengono una buona concentrazione di magnesio capace di garantire il fabbisogno giornaliero. Altre cause di Ipomagnesia possono essere dovute ad una frenetica attività sportiva oppure all'assunzione di farmaci diuretici e gastroprotettori. Uno dei principali sintomi da deficit di magnesio è anzitutto una stanchezza generale, seguita da una debolezza muscolare caratterizzata da crampi. Il magnesio infatti è responsabile del mantenimento della struttura cellulare dei muscoli, per cui una sua mancanza provoca una debolezza muscolare. Altri

sintomi da non sottovalutare attribuibili a Lipomagnesia sono nausea, vomito, aritmia e palpitazioni, nonché mal di testa e scarsa concentrazione e vasodilatazione. Perfino i sintomi mestruali sono attribuibili ad una carenza di magnesio e di vitamina B6. L'assunzione quindi di integratori o farmaci contenenti 400 mg di magnesio, assunti almeno due settimane prima del ciclo mestruale, saranno in grado di attenuare i sintomi. In commercio vi sono diversi tipi di magnesio, mi riferisco al magnesio solfato utilizzato soprattutto nella stitichezza occasionale o per lo screening del tumore del colon-retto. C'è inoltre il cloruro di magnesio, il magnesio pidolato e il magnesio citrato. Diversi studi clinici

hanno dimostrato che il magnesio pidolato e il citrato sono molto bene assorbiti e utili negli stati di spossatezza mentale e fisica. Sono entrambi ben tollerati e possono essere utilizzati anche nella prevenzione dell'emicrania. In generale possiamo sostenere che i sali organici di magnesio sono meglio tollerati dal nostro organismo rispetto a quelli inorganici. Molto spesso viene consigliato di assumere il magnesio insieme al potassio, entrambi sono cofattori in molte reazioni enzimatiche e spesso viaggiano all'unisono. In questi casi però è importante precisare che non tutti gli integratori a base di magnesio e potassio sono indicati nella stanchezza fisica. Molti di questi integratori sono utili per gli sportivi

e, durante i periodi estivi servono per reintegrare i sali minerali persi con la sudorazione. Essi inoltre possono aumentare i valori della pressione arteriosa, pertanto è importante essere attenti nel momento in cui sono assunti da persone ipertese.

Integratore non significa assumere qualcosa che certamente non farà male, ci possono essere anche dei danni.

Importante è la scelta della casa produttrice e la tecnica farmaceutica in cui è prodotto affinché un integratore possa rilevarsi più tranquillo nell'assunzione. Solo il consiglio dell'esperto, farmacista o medico, potrà orientarci nella migliore scelta.

*Farmacista

► **TERAPIE.** *L'ecografia con mezzo di contrasto nei pazienti operati*

L'aneurisma dell'aorta addominale

Fattori predisponenti sono l'ipertensione arteriosa, la dislipidemia e il fumo

Luigi Monaco*



L'aneurisma (termine greco che significa dilatazione) dell'aorta addominale rappresenta la 14° causa di morte nei pazienti industrializzati (in Italia ogni anno muoiono 6.000 persone per rottura dell'aorta)

ed è direttamente proporzionale all'età con un rapporto uomini donne di 4 a 1.

Fattori predisponenti sono l'aterosclerosi parietale (almeno nel 90% dei casi), l'ipertensione arteriosa, la dislipidemia, fattori genetico-familiari ed il fumo.

L'evoluzione della dilatazione avviene in tre fasi: una fase iniziale pauci-sintomatica (riscontro clinico di massa addominale pulsante, dolore da distensione della parete); una fase di iniziale complicazione da fissurazione della parete con rapido aumento volumetrico della dilatazione; una fase di rottura con conseguente quadro clinico di emergenza con dolore intenso e shock emorragico.

La diagnosi di aneurisma dell'aorta addominale va fatta nella fase iniziale, pauci-sintomatica, con una semplice ecografia dell'addome valutando con attenzione il diametro del vaso, in quanto la dilatazione rappresenta l'indicazione principale all'intervento chirurgico.

Il primo intervento chirurgico per aneurisma dell'aorta addominale risale al 1888 da parte di Matas che effettuò la chiusura di una lesione della parete del vaso; nel 1948 Rea propose di avvolgere l'aorta dilatata con il cellophane per indurre una fibrosi per limitarne l'evoluzione. Solo nel 1960 Dotter utilizzò l'impianto di una protesi all'interno del lume dell'aorta addominale e nel 1970 Parodi impiantò la prima endoprotesi aortica. A tutt'oggi l'intervento chirurgico consigliato è quello endovascolare (Endovascular Abdominal Aortic Aneurysm Repair definito con l'acronimo E.V.A.R.) in quanto meno invasivo e con tassi di morbilità e mortalità perioperatoria significativamente ridotti rispetto alla chirurgia tradizionale.

Tecniche diagnostiche nel monitoraggio post-operatorio.

Secondo il registro EUROSTAR (European Stent-Graft Techniques for Abdominal Aortic Aneurysm Repair) il protocollo previsto era di eseguire l'Angio-TAC con mezzo di contrasto dopo 1-6-12-18-24 mesi dopo EVAR e poi una volta l'anno per almeno 5 anni. Tale protocollo è ormai superato per le complicanze legate all'utilizzo del contrasto radio-iodato dannoso per la funzionalità renale, alle problematiche di radioprotezione per le dosi di esposizione alle radiazioni ionizzanti ed all'impatto sulla spesa sanitaria.

La SICVE (Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare) ha pertanto indicato un nuovo protocollo che prevede l'angio-TAC a 1 ed a 12 mesi. Purtroppo, probabilmente anche per i controlli particolarmente distanziati nel tempo, l'EVAR è inficiata da una percentuale di re-interventi del 10% l'anno.

E' stato indicato la possibilità di intervalare i controlli angio-TAC con:

- lo studio ecografico eco-color Doppler, ma la sua accuratezza ed affidabilità è inficiata da molti limiti tecnici legati alla costituzione fisica del paziente ed alla presenza del meteorismo intestinale

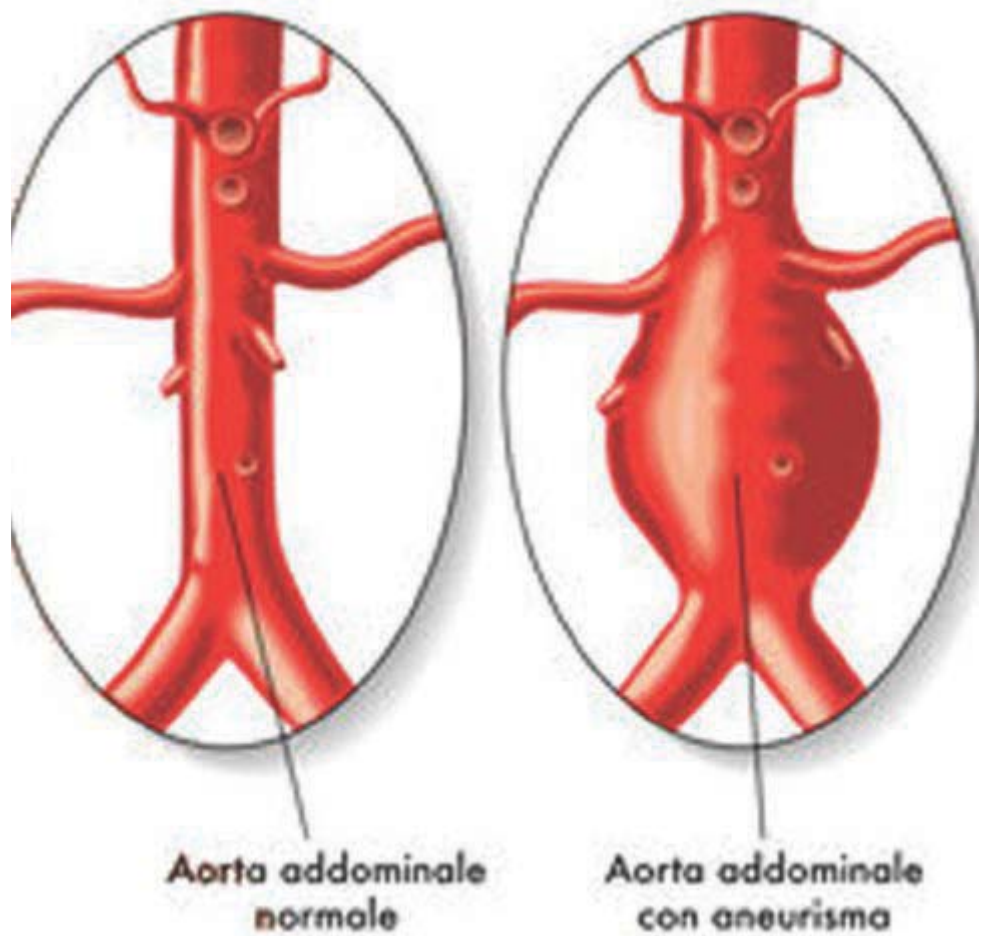
- la RMN con mdc, ma non è eseguibile in pazienti portatori di endoprotesi con stent in acciaio o leghe magnetizzabili.

Negli ultimi anni nei protocolli di controllo è stato proposto l'utilizzo dell'ecografia con mezzo di contrasto in quanto rappresenta una tecnica affidabile, non condizionata dai materiali utilizzati in sede intraoperatoria, priva di effetti collaterali, ripetibile ed a basso costo.

L'ecografia con m.d.c. o CEUS (argomento di precedente articolo) rispetto alla angio-TAC fornisce oltre ad una valutazione morfologica anche un'informazione emodinamica in tempo reale sulla presenza del flusso ematico all'interno del lume protesico e sulla direzione dello stesso.

La CEUS pertanto ha possibilità di valutare in real-time:

- Il corretto posizionamento e funzionamento dell'endoprotesi;
- la sua esclusione completa dal circolo sanguigno (condizione fondamentale per



la stabilità dell'aneurisma nel tempo);

- la pervietà dei vasi renali ed iliaci;
- la valutazione delle complicanze (endoleak); in studi recenti è stato dimostrato che la CEUS presenta un'accuratezza diagnostica per gli endoleak simile all'angio-TAC ed alla RMN, secondo alcuni con maggiore performance per quelli "a basso flusso".

Pertanto secondo le nuove linee guida della SICVE del 2016 (raccomandazione 5.43) dopo EVAR è indicato un controllo mediante imaging entro 1 mese... e poi controllo nel tempo in base alle caratteristiche del singolo paziente seguendo protocolli individualizzati allo scopo di ridurre al minimo gli esami radiologici e l'uso del contrasto iodato. Uno studio olandese (circa 300 casi) conclude che il controllo angio TAC immediato/precoce post EVAR

non influisce sulla evoluzione successiva e può essere omesso nei casi con procedura operatoria regolare.

Nuovo protocollo di "base":

A) Alla dimissione esame radiologico diretto con eco-color Doppler

B) A 6 mesi CEUS; se la CEUS evidenzia la presenza di complicanze con significativa crescita della sacca aneurismatica angio-TAC con eventuale re-intervento;

C) A 12 mesi angio-TAC

D) In seguito CEUS annuali.

I limiti della CEUS corrispondono sostanzialmente a quelli della metodica ecografica, cioè la stretta dipendenza dall'esperienza dell'operatore e la costituzione fisica del paziente.

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

ALIMENTAZIONE

La dieta per contrastare il reflusso gastro-esofageo

Laura Melzini*



La malattia da reflusso gastro-esofageo, è caratterizzata da episodi ripetuti di risalita del contenuto gastrico in esofago. Questo evento è fisiologico se si limita a rari episodi.

Viene invece inquadrato come malattia se le risalite sono numerose e provocano sintomi che interferiscono con il benessere della persona. Oggi, in Italia ne soffre almeno il 15% della popolazione.

Il reflusso gastro-esofageo avviene perché la valvola che separa l'esofago dallo stomaco, detto sfintere esofageo inferiore, non funziona correttamente ed il contenuto, costituito da acidi gastrici, acidi biliari, pepsina ed enzimi pancreatici, che si trova nell'addome risale lungo l'esofago nel torace. Tutti questi sono fattori fortemente lesivi per l'esofago, irritano la mucosa e creano il disturbo. I pazienti con reflusso gastro-esofageo lamentano sintomi comuni. La piroisi, ovvero bruciore di stomaco, è uno di questi. Un altro sintomo tipico è il rigurgito acido del contenuto gastrico fino in gola. Rilevante è anche il gonfiore addominale post pasto. Altri sintomi meno comuni sono invece il dolore toracico, asma, tosse cronica, raucedine, broncopneumoniti, oti-

ti e odontopatie.

Le cause sono molteplici: sovrappeso, soprattutto se è circoscritto a livello addominale, perché l'accumulo di grasso a livello viscerale causa un aumento della pressione all'interno del compartimento addominale che tende a spingere il contenuto gastrico verso l'alto; fumo di sigaretta; stress;



al-cuni farmaci.

Per curare il reflusso gastro-esofageo, spesso vengono utilizzati farmaci che hanno la funzione di proteggere la mucosa esofagea dagli attacchi degli acidi.

L'alimentazione ha un ruolo importante nella sua cura, ecco alcuni consigli:

- Consumare pasti poco abbondanti e frequenti nella giornata, meglio 5-6 pic-

coli pasti piuttosto che 3 pasti abbondanti.

- Mangiare senza fretta masticando bene i cibi.

- Evitare o limitare i cibi o le bevande che possono irritare o danneggiare la mucosa esofagea come bibite addizionate con anidride carbonica, agrumi o succhi di agrumi, caffè anche decaffeinato, erbe, pepe, spezie, prodotti a base di pomodoro, bevande o pietanze molto caldi o molto freddi.

- Evitare cibi ricchi di grassi, come cibi fritti, carne molto grassa, salse con panna, sughi di carne, burro, panna, olio, salse per insalata, poiché il grasso alimentare ritarda lo svuotamento gastrico.

- Limitare le quantità di latte.

- Bisogna consumare i pasti qualche ora prima di coricarsi e cercare di mantenere una postura eretta durante e dopo i pasti.

Modificare la dieta è attualmente considerata una terapia di prima linea per la malattia. La giusta alimentazione per ridurre il rischio di reflusso gastroesofageo deve prevedere un giusto apporto di proteine come uova, pesce, carne bianca, latticini magri, di carboidrati semplici come cereali, pane e patate, di frutta escluso gli agrumi e di verdura ad esclusione dei pomodori.

***Specialista in scienza dell'alimentazione**

► **PREVENZIONE.** Non tutte le piante sono in grado di innescare reazioni allergiche e

Primavera e allergia al polline

Il risultato di una risposta ipersensibile del sistema immunitario ad agenti estranei

Maria Luisa D'Amore*



“**C**he fretta c'era? Male-detta primavera” così cantava non molto tempo fa Loreta Goggi, in una struggente ballata

per un amore fugace non corrisposto.

In realtà, oltre alla sfera puramente sentimentale, la primavera incarna un insieme di aspetti che la rendono un mese amato e odiato da molti: è il periodo della rinascita, dei fiori, dei colori e... delle allergie!

Questi fastidiosi “contrattempi”, sono in generale il risultato di una risposta ipersensibile del sistema immunitario nei confronti di agenti estranei, gli allergeni, che possono essere rappresentati da sostanze molto diverse tra loro: pollini, muffe, polvere, metalli, cibo, acari e insetti. Ad ognuno di essi, vista anche la specificità delle modalità con cui vengono a contatto con il nostro organismo, seguiranno poi sintomi e risposte specifiche.

Secondo quanto riportato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, tra tutte, le allergie respiratorie sono ancora oggi le più diffuse al mondo, interessando ben il 60% dell'intera popolazione europea, e dovute principalmente alla presenza e allo spostamento del polline.

Analizziamole in dettaglio.

Le pollinosi, questo il nome tecnico delle allergie da polline, rappresentano un insieme di manifestazioni cliniche composte da rinite, asma e congiuntivite, sostenute da reazioni IgE-mediate: si presenta con cadenza stagionale, in quanto, a differenza degli altri tipi di allergia, essa è strettamente connessa al ciclo riproduttivo delle piante, ed in particolare al periodo della fioritura; i mesi più a rischio sono prevalentemente quelli caldi, nello specifico il periodo che va da marzo a settembre, con picchi tra aprile e maggio.

Ma cosa sono i pollini? Granelli leggerissimi e quasi invisibili ad occhio nudo; biologicamente i pollini non rappresentano altro che cellule riproduttive maschili, anche detti gametofiti, rilasciati dalle piante durante il periodo della fioritura per fecondare altri vegetali della stessa specie (impollinazione).

Non tutti i pollini, però sono coinvolti nelle reazioni allergiche, in quanto molto dipende dalla sua composizione.

All'interno di questo piccolo granello colorato, sono contenute particolari sostanze proteiche, dette antigeni, capaci di “sensibilizzare” i soggetti già geneticamente predisposti: il loro contatto con le mucose respiratorie, determina la produzione di grandi quantità di anticorpi IgE che favoriscono, a loro volta, il rilascio nel torrente sanguigno di sostanze specifiche come l'istamina.

Il risultato finale sarà l'induzione dei sintomi tipici dell'allergia.

Prima di procedere è però necessario sottolineare che non tutte le piante sono in grado di innescare reazioni allergiche e, in genere, un soggetto è allergico solo ad alcuni allergeni. Affinché la reazione venga innescata, è inoltre necessario che i pollini in atmosfera raggiungano un determinato livello, definito dose soglia.

In Italia, i pollini che causano più frequentemente allergopatie sono quelli prodotti da quattro piante:

- Graminacee, che impollinano prevalentemente in primavera e raggiungono concentrazioni atmosferiche maggiori in Italia Settentrionale e Centrale, rispetto al Meridione.

- Urticacee: una pianta cardine in questa famiglia è la Parietaria, diffusa soprattutto in Italia Meridionale, con un periodo di fioritura

che va da marzo a luglio e da settembre ad ottobre.

- Composite, che impollinano invece nella stagione tardo-autunnale. Esempi sono l'Assenzio e l'Ambrosia.

- Tra gli alberi, le Betulacee hanno un elevato potere allergenico (betulla), insieme alle Cupressacee (cipresso) e alle Oleacee (olivo).

Anche la mimosa ha uno spiccato



potere allergenico.

Per quello che concerne la sintomatologia, l'allergia da pollini si accompagna ad un processo infiammatorio delle mucose del cavo oronasale e congiuntivale, determinando rinite allergica e asma bronchiale.

I sintomi clinici più evidenti includono: naso gocciolante, pruri-

to, lacrimazione e tosse continua. In qualche raro caso, la reazione può essere tale da indurre uno shock anafilattico con conseguente rischio di morte.

L'esordio, la durata e l'intensità dei sintomi dipendono fortemente dalle variazioni delle concentrazioni polliniche nell'atmosfera.

Oltre ai classici sintomi respiratori, i soggetti allergici presentano anche cefalea, senso di malessere generale e manifestazioni cutanee (orticaria o dermatite) o a carico di organi.

E quindi, come combattere le allergie? Una volta diagnosticata l'allergia, e dopo aver identificato chiaramente l'agente responsabile, i sintomi allergici possono essere mitigati mediante farmaci da banco opportunamente prescritti dal medico curante o dallo specialista; in caso di allergie più gravi, in cui i sintomi perdurano per lunghi periodi di tempo e con maggiori effetti, è possibile effettuare un'immunoterapia che permetta all'organismo di abituarsi alla presenza dell'allergene e di ridurre la risposta immunitaria per contrastarlo.

In ultimo è importante ricorda-

re come, anche in questo caso l'arma più forte resta la prevenzione. Un soggetto allergico può, infatti, mettere in atto pochi semplici accorgimenti:

- Consultare i calendari pollinici, per conoscere il periodo di fioritura delle piante responsabili delle manifestazioni allergiche, o conoscere i bollettini dei pollini, che riportano la quantità presente in atmosfera;

- Durante i periodi di pollinazione preferire le uscite serali (in cui l'impollinazione è minore) ed evitare le gite in campagna o nei parchi, soprattutto dove sia stata recentemente tagliata l'erba;

- In casa, tenere chiuse le finestre durante le ore centrali della giornata, in cui l'impollinazione è maggiore;

- Lavare più spesso i capelli e cambiare i vestiti quando si sta in casa, in quanto il polline può depositarsi ovunque;

- Attenzione ai temporali! Nelle prime fasi degli eventi temporaleschi, i granuli pollinici rilasciano nell'atmosfera parte del loro contenuto.

L'allergia non deve essere un ostacolo: basta davvero poco per poter ricominciare a vivere in tutta serenità uno dei periodi più belli dell'anno!

***Biologa-Nutrizionista**

L'EMERGENZA DOPO UN ANNO

Dalla mascherina alla distanza, regole ancora valide

Maria Assunta Baldassarre*



Riflettiamo sulla nostra vita. Siamo a maggio 2021 ed il Covid 19 è sempre presente. Cosa è cambiato rispetto allo scorso anno?

Adesso esistono persone vaccinate. I soggetti colpiti non sono solo gli anziani; i contagiati di oggi hanno dai 35 ai 60 anni e comprendono pure le donne. Sono positivi anche i bambini. Le manifestazioni cutanee da Sars-Cov2, che lo scorso anno erano rare, ora sono diventate frequenti. Nell'ultimo mese ho avuto modo di osservare lesioni vasculitiche sul mento di un bambino, lesioni simili a lividi sulle gambe e sulle cosce di una ragazza. In ultimo mi è appar-

so singolare il caso di un giovane con chiazze e placche eritematose alle mani e piedi, in sorte qualche giorno prima della positività al covid e che persistevano nonostante la negativizzazione del tampone molecolare.

Dopo un anno di pandemia i ricoveri non si fermano. Bisogna intensificare le vaccinazioni per aumentare il numero di vaccinati.

Eppure alcune persone credono ancora che il virus sia un gioco. Il personale sanitario tutto, sia negli ospedali che sul territorio, è operato di lavoro con turni continui ed impegno

massimo per salvare vite umane.

Ma la gente comune che non è in prima linea potrebbe fare qualcosa? Certamente! Ognuno di noi può contribuire ad arrestare la diffusione del virus Sars-Cov2 con il comportamento corretto ed il rispetto

delle regole. Quarantena ed isolamento non sono dei termini astratti, ma indicano delle condizioni per le quali non si può uscire di casa. Indossare la mascherina è un dovere, oltre che una necessità, perché significa rispettare gli altri e noi stessi.

Basta osservare semplici regole come igienizzare le mani ogni volta che entriamo in un ambiente nuovo o evitare gli assembramenti per fermare il virus.

Ad un anno di distanza la situazione è ancora difficile e necessita di altro tempo per poter arrivare ad una conclusione. Il nostro impegno quotidiano deve consistere nel rispetto della normativa e degli altri perché un comportamento errato favorisce i contagi ed allontana sempre di più la possibilità di un ritorno ad una vita normale.

***Dermatologa**



► **SOCIETÀ.** La sfida è renderli utili contro tutte le varianti possibili

Studiare i vaccini del futuro

L'ottimizzazione del dosaggio dovrebbe ridurre in maniera efficace gli effetti collaterali

Gianpaolo Palumbo*



Stiamo ormai viaggiando alle velocità della "Freccia Rossa" o di "Italo" nel somministrare i vaccini giunti sul territorio nazionale. E' vero che è immorale metterne da parte "qualcuno" (le famose "scorte"), ma se si arriva ad un milione al giorno di somministrazioni vaccineremo tranquillamente il terzo mondo. Il Generale Figliuolo, che conduce questa battaglia, parla di estendere gli inoculi nelle fabbriche, nelle scuole ed anche nei luoghi di villeggiatura, raggiungendo la cifra di un milione di inoculi ogni 24 ore.

La "vaccinologia" era una disciplina senza ampio respiro prima che il coronavirus si impossessasse della terra senza guardare nessuno in faccia. Oggi questa branca è legata alla microbiologia/virologia ed ha avuto e sta avendo uno sviluppo enorme con tanti presidi destinati a farsi valere come vaccini. Questo significa che la corsa a salvare l'umanità è stata ampiamente recepita e non c'è nuovo giorno in cui non si conoscano nuove scoperte che ci proteggano dalle infezioni.

Si parte dai "richiami" (booster) e si finisce con i metodi di conservazione sempre più semplici che annullano il rischio di vedere le scorte esaurirsi in breve tempo. Nello Stato di Washington, a Seattle (dove si costruiscono i grandi aerei della BOEING) si stanno mettendo a posto le catene di approvvigionamento delle materie prime insieme allo studio della refrigerazione e del congelamento a temperature molto basse. A tal proposito, se fosse possibile conservare tutti i vaccini a temperatura ambiente ed in ogni angolo della terra, non ci sarebbero problemi per nessuno.

I vaccini basati sui vettori virali (Johnson & Johnson ed AstraZeneca) non hanno particolari esigenze di temperatura per la conservazione e, quando si ottimizzeranno i dosaggi si ridurranno ulteriormente gli effetti collaterali. A riguardo delle temperature l'aspetto positivo riguarderà la possibilità di avere i vaccini a disposizione a temperatura ambiente.

La successiva ottimizzazione del dosaggio dovrebbe ridurre in maniera efficace gli effetti collaterali.

Esiste già in sperimentazione un vaccino anti-covid dell'Astra-Zeneca che è somministrabile come uno spray nasale ed altri sette vaccini non iniettabili. Quelli che stanno richiedendo molta attenzione sono quelli da bere, da ingerire e in pillole. La formulazione da ingerire prevede uno "sciaccio endorale" (diretta traduzione dall'inglese).

La maggior parte dei presidi senza aghi sono autosomministrabili. E' un vero e proprio sogno. A questo punto se, all'epoca della prima epidemia di Sars e dopo di Mers, le "big pharma" mettevano la testa a posto sviluppando tutto quello di



cui avevamo bisogno, oggi saremo passati solo dal farmacista a comprare il tipo di vaccino necessario. Probabilmente avremmo trovato vaccini multipli per l'influenza, l'HIV ed il Cov-Sars2 e per altri tipi di malattie infettive e che potevano immunizzarci una sola volta.

Oggi c'è il tempo per studiare i vaccini, modificarli, velocizzarli, sistemarne la risposta immune, aumentare il numero dei volontari sani e non, di tutte le età e di tutte le razze e, poi, renderli utili contro tutte le possibili varianti che nel corso dei prossimi mesi verranno tirate in ballo. Il primo pensiero è il

nostro vaccino! Ma senza dimenticare che, sebbene i nostri sforzi per controllare la natura appaiono eroici, a volte essi si rivelano inefficaci. Nonostante gli straordinari progressi della scienza medica e della tecnologia ad essa applicata, infatti, ci sentiamo ancora impotenti di fronte a quello che percepiamo come un nemico sconosciuto. Un nemico che rispetto alla grandezza dell'universo è soltanto una microscopica forma di vita che, come tutte le altre forme di vita, tende a sopravvivere e a riprodursi; a ben guardarsi indietro la aggressività del coronavirus è tale da resuscita-

re paure e inquietudini che ci inducono a ripercorrere la lunga antologia di morie provocate da mali sconosciuti e implacabili, capaci di uccidere anche solo con la paura: la paura della morte. Un anonimo cronista nel 1348, anni in cui l'umanità combatteva contro la peste nera, detta peste bubbonica, annoverava tra le cause di morte lo "sbigottimento della gente" tanto che vigeva la legge del tutto o nulla: se non la si evitava, si moriva. Dunque, all'istinto di conservazione che spinge l'uomo a tutelare se stesso attraverso la fuga dai pericoli e la ricerca di sicurezza si aggiunge la

sua capacità di immaginare e progettare il futuro. Tutto questo fa di noi le fragili "cannepensanti" di cui parlava Blaise Pascal, che provano angoscia per l'evento della morte, della cui inevitabilità sono assolutamente certi.

Così l'uomo deve impegnarsi anche ad evitare il dolore e ricercare il piacere, che altro non è se non l'assenza di dolore stesso: intuizione di Epicuro ripresa duemila anni dopo dal poeta Giacomo Leopardi che chiamerà il piacere "figlio d'affanni" e individuerà la felicità nel sollievo dal dolore.

*Medico Federazione medici sportivi italiani

SPORT E RIABILITAZIONE

Salvaguardare la salute degli atleti e migliorare i risultati

Mario ed Alessandro Giarimboli*

A margine di recenti episodi di cronaca come la morte del calciatore della Fiorentina Astori che ha peraltro determinato la condanna del Medico Sociale della Fiorentina stessa, è legittimo chiedersi come le Società sportive, le professionistiche in particolare, possano salvaguardare lo stato di buona salute dei propri atleti. Con il Decreto del Ministero della Sanità del 18 febbraio 1982 fu fatto un piccolo ma sostanziale passo in avanti introducendo in Italia le norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica. Da tale data, con la obbligatorietà della certificazione di idoneità, è stata garantita maggior sicurezza nello svolgimento di attività agonistiche. Inoltre, la Medicina dello sport ha potuto raccogliere numerosi dati che hanno notevolmente migliorato le conoscenze fornendo la possibilità di concedere "l'idoneità agonistica" in maniera sempre più documentata ed adeguata alle

esigenze "agonistiche" dell'Atleta. Va pur detto però che, a fronte di queste maggiori conoscenze mediche, sono cresciuti a dismisura gli impegni degli atleti, particolarmente in ambito professionistico. È sotto gli occhi di tutti il continuo impegno, con conseguente stress fisico e psichico, per gare sempre più frequenti: i calciatori professionisti, ad esempio, sono impegnati quasi sempre in tre partite settimanali, partite sempre di forte impegno agonistico. È evidente che ciò sottintende potenziali infortuni da carichi di lavoro sempre crescenti con conseguenti attività riabilitative di recupero funzionale che vanno ben oltre quelle da attività sportive intese come passatempo. Alla luce del grande impegno fisico atletico legato ad uno sport con partecipazioni "agonistiche", soprattutto in ambito "professionistico", la semplice certificazione di idoneità rappresenta soltanto la premessa allo svolgimento dell'attività sportiva. Una costante valutazione funzionale



dell'atleta nel corso delle preparazioni precampionato e durante la stagione agonistica è il necessario strumento che consente di conoscere le caratteristiche fisiche e biomeccaniche dell'atleta e che permette di correggere in tempo utile eventuali carenze, riducendo le probabilità di incidenti sportivi. Negli ultimi anni, quindi, il sempre maggior impegno degli atleti professionisti legato ad esigenze di risultato e a spinte di "marketing" sempre

più intense ha innegabilmente causato un aumento degli infortuni sportivi. Infatti, l'atleta, nel corso della preparazione e della gara, compie spesso gesti non convenzionali che sollecitano i distretti anatomici, danneggiandoli. L'Atleta nella continua e fortemente sollecitata ricerca della migliore performance sottopone il proprio organismo a stress eccessivo con un affaticamento che favorisce l'infortunio. Obiettivo di ciascun atleta e delle

► **SOCIETÀ'.** Le misure oggi utilizzate potrebbero rappresentare una minaccia per la sicurezza

Imparare a convivere con i germi

Decisiva sarà la volontà di limitare in parte l'uso dei nostri disinfettanti

Biagio Campana*



Per più di un secolo, da quando gli scienziati hanno appreso per la prima volta che i germi invisibili sono causa di infezioni e malattie si è pensato agli ambienti sterili come a quelli sicuri. E all'inizio dell'epidemia da Sars-Covid 2, quando non avevamo abbastanza informazioni a riguardo, era ragionevole disinfettare il più possibile, compresi generi alimentari, suppellettili, vestiti e gli spazi personali. Solo a distanza di tempo si è capito che il rischio di trasmissione attraverso il contatto con le superfici era basso ed i CDC americani (Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie) solo di recente hanno fissato e percentualizzato questo rischio a meno di 1 su 10.000 ribadendo altresì che il corretto utilizzo delle mascherine, il distanziamento fisico e

l'aerazione degli ambienti rappresentano le nostre più efficaci salvaguardie. Nonostante queste solide evidenze scientifiche continuiamo a mantenere rigidi protocolli igienico-sanitari spesso per una questione di rassicurazione annientando ogni microbo in mezzo a noi, anche se la maggior parte è innocua. La metropolitana di New York City, ad esempio, continua ad essere sottoposta a un protocollo di pulizia 24 ore su 24 che include l'utilizzo della luce ultravioletta e una varietà di soluzioni di disinfezione basate su tecnologie del tipo elettrostatica estremamente avanzate e gli utenti intervistati dichiarano di sentirsi rassicurati da queste misure. Tra gli esperti del settore si va facendo strada la consapevolezza che molte delle misure che abbiamo impiegato per fermare il virus,

alcune ovviamente utili e necessarie, se perpetuate ulteriormente, nel tempo potrebbero rappresentare una seria minaccia per la salute umana nel lungo termine andando ad alterare il cosiddetto microbioma umano, miliardi di microrga-



nismi, soprattutto ma non esclusivamente batteri, che ci portiamo dietro costantemente e che pesano - letteralmente - per circa un chilo e mezzo della nostra persona. Ma che pesano anche - stavolta metaforica-

mente - sulla nostra salute, funzionando da barriera contro i patogeni, regolando l'assorbimento dei nutrienti, la produzione di vitamine ed energia e le difese immunitarie. Tanto che il disseminatore, assicurano gli esperti, possa a ragione essere considerato un organo a sé, le cui alterazioni sono state correlate a diverse condizioni e malattie, come obesità, fegato grasso, allergie e malattie autoimmuni. La cosiddetta "Hygiene hypothesis" introdotta nel 1989 dall'epidemiologo David Strachan, dimostrava appunto che organismi umani sottratti del contatto con i microbi potessero essere a rischio di problemi di salute. Tale ipotesi si è evoluta nel tempo ed ora appare chiaro che l'esposizione a batteri "buoni" è necessaria per la salute di una persona, e che vivere in un ambiente troppo sterile può costituire una seria minaccia alla

stessa salute. A tutto ciò si sommano sicuramente i danni indotti da un uso spasmodico ed inappropriato di antibiotici che si è avuto in corso di pandemia e che aumenterà sicuramente l'emergenza di germi multi resistenti diventando la prossima emergenza sanitaria mondiale da dover affrontare in assenza di nuovi farmaci da poter utilizzare per contrastare questo fenomeno. Probabilmente nel prossimo futuro il mantenimento di un buon stato di salute, in parte dipenderà anche dalla nostra volontà di limitare se non accantonare completamente l'uso dei nostri disinfettanti e detergenti oltre che da un corretto utilizzo dei farmaci soprattutto antibiotici, "riprendendo" vecchie abitudini che nutrono e alimentano le comunità microbiche che albergano nel nostro organismo. In altre parole, dovremo convivere di nuovo con i germi.

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

società sportiva deve essere il conciliare la salvaguardia del risultato con massima tutela del benessere psicofisico e un basso rischio di infortunio. Ciò può essere ottenuto soltanto con l'osservazione costante e programmata e con una corretta pianificazione di attività a scopo preventivo. L'osservazione del movimento e del gesto atletico rappresenta il cardine di una corretta tecnica assistenziale medico sportiva come è testimoniato dall'alto numero di pubblicazioni scientifiche facilmente reperibili in Pubmed, motore di ricerca medica scientifica. Il prof. Luca Mercogliano, project manager del progetto ATHLEID, progetto di ricerca proposto dalla NIT stessa con una valutazione clinica coniugata a valutazioni strumentali (genetiche, ematochimiche, metaboliche, psicoattitudinali, biomeccaniche e di temperamento) che nel loro insieme possono evidenziare eventuali anomalie del gesto atletico. Lo schema di applicazione delle valutazioni prevede un timing rappresentativo da

a) tempo 0 (T0), valutazione basale dopo la pausa estiva;

b) tempo 1 (T1), a fine ritiro (o inizio campionato) per valutare la qualità dell'allenamento, le eventuali alterazioni posturali, del movimento e del gesto atleti-

co;

c) tempi diversi (T2, T3, T4) nel corso del campionato con valutazioni integrate da relazioni tecniche dello staff tecnico sul rendimento in campo;

d) tempo in caso di infortunio (T5) con valutazione del danno e della efficacia del percorso terapeutico adottato.

La ricerca ha finora fornito risultati che hanno consentito di verificare quanto il gesto sportivo condotto e ripetuto in maniera scorretta può favorire il verificarsi di infortuni e quali sono gli infortuni più frequenti e specifici delle singole attività sportive. La verifica delle attività di verifica ha fornito indicazioni utili per la programmazione delle attività di allenamento favorendo le migliori performance ottimali. Naturalmente ciascuna società può adottare lo schema Athleid ed adattarlo alle proprie esigenze dettate dalla ricerca del risultato e dai tempi imposti dalla specialità sportiva.

Vengono utilizzate tecniche di stereofotogrammetria (sistemi ottici per fotografare e misurare i comportamenti articolari sui vari piani del movimento), bioimpedenziometria (analisi della composizione corporea), elettromiografia di superficie (valutazione della attivazione muscolare e indici di fatica mu-

scolare), sincromiografia posturale (analisi funzionale dell'occlusione dentale), sensori inerziali ridondanti (sistema wireless con sensore inerziale, accelerometro triassiale e giroscopio che permettono di eseguire una analisi funzionale del cammino, della corsa e del salto), analisi della barriera antiossidante (valutazione dello stato ossidativo per ottimizzare il programma di allenamento) e spirometria. Queste valutazioni consentono di monitorare lo stato morfo funzionale del sistema muscolo scheletrico (ossa, articolazioni e muscoli) attestandone lo stato di buona salute o riscontrando alterazioni e squilibri preponderanti ad infortuni. Ad esse va associata la valutazione cardiologica finalizzata al riconoscimento di disfunzioni dell'apparato cardiovascolare e delle turbe del ritmo cardiaco in particolare.

In definitiva il progetto ATHLEID, già adottato e sperimentato da numerose società sportive, consente di migliorare la performance atletica con riflessi positivi sul risultato agonistico. Obiettivi di ATHLEID sono pertanto la riduzione dei rischi di infortunio e di patologie cui gli atleti sono esposti e nel contempo la realizzazione delle migliori performances con raggiungimento dei migliori risultati sportivi.

* **Fisiatri**





► **PREVENZIONE.** *Rischio elevato se viene contratto nel periodo compreso tra i due mesi precedenti il concepimento*

Citomegalovirus: l'infezione in gravidanza

Il dato

E' capace di nascondersi" nelle cellule del midollo osseo dell'essere umano

Il pericolo

Provoca gravi conseguenze, se sono colpite persone con sistema immunitario poco efficiente

Mario Polichetti*



Il Citomegalovirus è un genere di virus molto comune, che appartiene alla grande famiglia virale degli herpes virus, esattamente come i più famosi herpes simplex virus, il virus della varicella o il

virus di Epstein-Barr. Responsabile nelle persone in buona salute di infezioni solitamente asintomatiche, a risoluzione spontanea e prive di conseguenze a lungo termine, il Citomegalovirus potrebbe, per i motivi appena citati, risultare poco interessante dal punto di vista medico-clinico, se non fosse che è capace di:

- "Nascondersi" nelle cellule del midollo osseo dell'essere umano (esempio di latenza virale), salvo poi riattivarsi in uno stato di stress in cui può ritrovarsi la persona infetta, e

- Provocare gravi conseguenze, nel momento in cui infetta persone con un sistema immunitario poco efficiente (come per esempio i malati di AIDS o i trapiantati d'organo) o le donne in stato di gravidanza (N.B: se nel primo caso le gravi conseguenze riguardano direttamente la persona infetta, nel secondo caso sono a discapito del futuro nascituro).

Citomegalovirus in Gravidanza.

L'infezione da Citomegalovirus in gravidanza è molto temuta, specie se coinvolge la gestante per la prima volta in vita. Nelle donne in gravidanza, infatti, il Citomegalovirus può infettare il feto e provocare a quest'ultimo danni molto seri.

Quando, durante una gravidanza, un'eventuale infezione da Citomegalovirus raggiunge il feto, i medici descrivono la situazione con l'espressione "infezione congenita da Citomegalovirus".

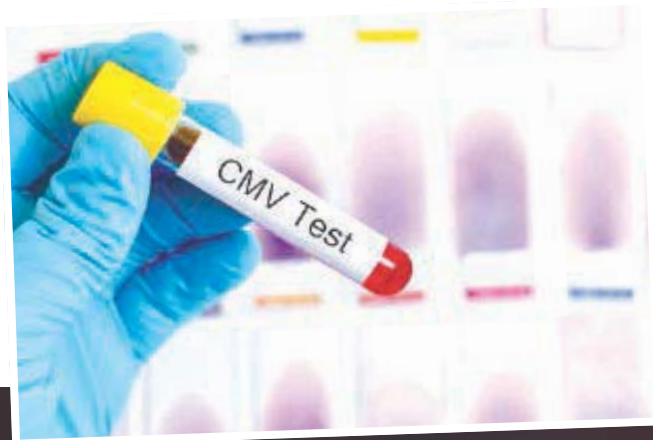
INFEZIONI PRIMARIE DA CITOMEGALOVIRUS

L'infezione da Citomegalovirus in gravidanza desta le maggiori preoccupazioni, quando la madre la contrae per la prima volta (infezione di tipo primario) nel periodo compreso tra i due mesi precedenti il concepimento e i primi tre mesi della gravidanza.

L'infezione da Citomegalovirus durante il secondo e terzo trimestre di gravidanza, infatti, risulta progressivamente meno grave.

INFEZIONI SECONDARIE DA CITOMEGALOVIRUS

Un'eventuale infezione da Citomegalovirus in una gestante già esposta in passato al suddetto virus (infezione di tipo secondario) è meno preoccupante; infatti, in tali situazioni, la madre trasmette al feto non solo il virus ma anche gli anti-



corpi per debellarlo, il che comporta, per il futuro nascituro, un minor rischio di complicanze.

Fortunatamente, solo una minoranza delle donne che acquisiscono il Citomegalovirus in gravidanza e un numero ulteriormente inferiore di quelle che manifestano una riattivazione dello stesso agente virale, durante la gestazione, trasmettono l'infezione al prodotto del concepimento.

In termini statistici, stando ai dati diffusi dall'Istituto Superiore della Sanità:

- Il rischio di trasmissione al feto varia fra il 30 e il 40% nella forma primaria e fra lo 0,5 e il 2% nella forma secondaria.

- L'85-90% dei neonati con infezione congenita da Citomegalovirus è asintomatico. Il 10-15% circa dei neonati asintomatici è oggetto di conseguenze tardive (generalmente difetti uditivi di severità variabile, con possibili decorsi fluttuanti o progressivi), solitamente entro i primi 2 anni di vita.

- Il 10-15% circa dei neonati con infezione congenita da Citomegalovirus è

sintomatico, con sintomi che possono essere temporanei o permanenti; di questa quota di casi sintomatici, il 10-30% è destinato ad andare incontro a un decesso perinatale e il 70-90% a sviluppare problematiche neurologiche.

Trasmissione

La trasmissione del Citomegalovirus dalla madre al feto, nel corso di una gravidanza, avviene prevalentemente per via transplacentare.

L'eventuale trasmissione per via transplacentare del Citomegalovirus osservabile durante una gravidanza è un esempio di trasmissione verticale di un agente infettivo.

Le infezioni secondarie da Citomegalovirus in gravidanza si spiegano col fatto che esistono diversi ceppi virali di Citomegalovirus: se una donna incinta contrae un'altra volta in vita l'infezione da Citomegalovirus significa che è entrata a contatto con un ceppo virale differente da quello che ha prodotto il primo stato infettivo.

Sintomi del Citomegalovirus in Gra-

vidanza nella Madre

Nei casi non asintomatici, l'infezione da Citomegalovirus in gravidanza provoca, nella madre, sintomi, quali:

- Febbre pari o superiore ai 38°C e brividi;
- Malessere generale e stanchezza
- Mal di gola
- Dolori muscolari e articolari
- Ingrossamento dei linfonodi
- Perdita di appetito

Comunque l'infezione da Citomegalovirus nell'adulto è solo in rare circostanze sintomatica; il più delle volte, infatti, è priva di sintomi e, per questo, passa inosservata.

Effetti sul Feto del Citomegalovirus in Gravidanza

Sul feto, l'infezione da Citomegalovirus in gravidanza può:

- Non avere alcuna conseguenza, né a breve né a lungo termine;
- Avere conseguenze solo a distanza di diverso tempo (anche anni);
- Avere conseguenze immediate e nel lungo periodo.

Tra i possibili effetti immediati sul feto dell'infezione da Citomegalovirus in gravidanza, rientrano:

- Microcefalia;
- Petecchie (sono piccole macchie rosse cutanea, solitamente tondeggianti, prodotte da microematomi);
- Itterizia;
- Fegato ingrossato e milza ingrossata;

- Ritardo nella crescita;
- Depositi anomali di calcio nel cervello.

Tra i possibili effetti più o meno tardivi, invece, figurano:

- Problemi uditivi (perdita dell'udito). Le stime dicono che questi disturbi riguardino un bambino ogni 7 affetti da infezione congenita da Citomegalovirus;
- Difficoltà di sviluppo e apprendimento dovuti a danni neurologici permanenti;
- Disabilità fisiche;
- Convulsioni;
- Disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD);
- Autismo;
- Problemi di vista.

È da segnalare che un bambino affetto da infezione congenita da Citomegalovirus potrebbe sviluppare problematiche connesse al suddetto stato infettivo fino





scurare. Recentemente, infatti, studi scientifici hanno dimostrato come anche le donne già immuni prima del concepimento, se in gravidanza entrano a contatto con un ceppo di Citomegalovirus antigenicamente differente dal precedente, possono sviluppare una nuova infezione e trasmetterla al feto, esattamente come se si trattasse di uno stato infettivo primario.

Quando possibile, è bene sottoporsi ai test di ricerca degli anticorpi anti-Citomegalovirus nel sangue ogni mese, a partire dai due mesi prima del concepimento fino ai primi 3-4 mesi di gravidanza, al fine di verificare eventuali infezioni durante questo periodo.

Diagnosi Molecolare

Oggi, le moderne tecniche di amplificazione genica permettono di superare i limiti dei test ematici condotti per la ricerca di anticorpi anti-Citomegalovirus in gravidanza; queste tecniche di amplificazione genica, infatti, consentono il rilevamento qualitativo e quantitativo del Citomegalovirus direttamente da un campione di sangue o urine.

È da segnalare, inoltre, che le suddette tecniche di amplificazione genica sono eseguibili anche su un campione di liquido amniotico prelevato attraverso amniocentesi, ai fini della diagnosi prenatale dell'infezione da Citomegalovirus.

Terapia

Allo stato attuale della scienza, i farmaci antivirali disponibili contro il Citomegalovirus non sono utilizzabili dalle donne in gravidanza. Pertanto, una donna incinta che sviluppa l'infezione da Citomegalovirus non può assumere alcun medicinale di quelli esistenti oggi e può soltanto attendere che la malattia faccia il suo decorso.

Tuttavia, se è vero che le donne in gravidanza non possono assumere farmaci contro il Citomegalovirus, è altrettanto vero che ai bambini nati da donne infette è possibile somministrare i suddetti medicinali antivirali, ovviamente in caso di confermata infezione.

Farmaci Antivirali utilizzabili nei Neonati

In particolare, tra i farmaci antivirali utilizzabili nei neonati affetti da infezione congenita da Citomegalovirus, figurano:

- Il Ganciclovir. Somministrato per via endovenosa, il Ganciclovir è il primo farmaco antivirale storicamente approvato

per il trattamento delle infezioni da Citomegalovirus e rappresenta la preparazione farmaceutica d'elezione contro quest'ultima.

- Il Valganciclovir. Somministrato per via orale, il Valganciclovir può associarsi all'uso del Ganciclovir o sostituire quest'ultimo, durante il trattamento dell'infezione da Citomegalovirus più lievi.

Il Ganciclovir e il Valganciclovir possono trovare impiego anche nei pazienti immunocompromessi interessati da un'infezione primaria o secondaria, sintomatica e complicata, da Citomegalovirus.

Prevenzione

Attualmente, non esiste alcun vaccino per prevenire il Citomegalovirus in gravidanza. Le ricerche per la produzione di una vaccinazione, tuttavia, sono intense e hanno già fornito risultati sperimentali estremamente promettenti.

Alla luce della mancanza di un vaccino contro il Citomegalovirus, per prevenire eventuali infezioni in gravidanza, le donne devono assumere comportamenti tali che non le esponano all'agente infettivo. Più nello specifico devono:

- Evitare di entrare in contatto con le mucose di persone infette o con i fluidi corporei di queste. Tra le persone maggiormente infette, figurano i bambini di età prescolare (tra i 3 e i 5 anni di età);

- Lavarsi bene e spesso le mani con acqua e sapone, specialmente se la donna entra in contatto con i bambini piccoli (< 3-5 anni). Il maggior rischio di contagio si ha quando la donna bacia un bambino infetto, o porta le mani al proprio naso, agli occhi o alla bocca, dopo aver dato da mangiare, fatto il bagnetto, pulito il naso, o cambiato i pannolini ad un bimbo o toccato i suoi giocattoli.

- Non condividere piatti, bicchieri, spazzolini da denti, asciugamani, posate, bicchieri, con bambini piccoli (non succhiare il ciuccio del bambino per pulirlo);

- Tenere puliti giocattoli, sonagli e qualsiasi cosa che può essere sporca di saliva o urina di bambini piccoli.

Importante!

Alla base della prevenzione del Citomegalovirus in gravidanza ci sono dei comportamenti all'insegna dell'igiene personale.

***Direttore Unità Operativa
Gravidanza a Rischio
Azienda Universitaria di Salerno**

all'età di 12 anni.

Diagnosi

Per individuare un'infezione in atto o pregressa da Citomegalovirus è sufficiente sottoporsi ad un semplice esame del sangue.

Sul campione ematico prelevato dalla paziente, il laboratorio analisi valuterà la presenza di anticorpi specifici diretti contro il microrganismo virale in questione: se tali anticorpi specifici sono presenti, significa che la paziente è entrata a contatto con il Citomegalovirus; se invece risultano assenti, vuol dire che la paziente non ha mai contratto l'infezione da Citomegalovirus.

In particolare, la valutazione sul campione di sangue riguarderà gli anticorpi anti-Citomegalovirus di classe IgM e IgG: la positività agli anticorpi IgM è spia di un'infezione recente, mentre quella agli anticorpi IgG indica un contatto passato con il virus senza fornire informazioni utili sul periodo del contagio.

Per avere informazioni sul periodo dell'infezione passata, esiste un esame più approfondito, chiamato test di avidità delle IgG: una bassa avidità delle IgG (<0.8) è spia di una infezione recente da Citomegalovirus, mentre un'alta avidità delle IgG (> 0.8) indica l'assenza di una infezione primaria in atto o recente.

Sulla valutazione delle IgM, è importante segnalare che:

- Sussiste un rischio non trascurabile di falso positivo, ossia la paziente appare recentemente infettata dal Citomegalovirus (per la positività alle IgM) nonostante, in realtà, l'infezione sia inesistente.

- Esiste la possibilità di registrare leggeri aumenti delle IgM anche a breve distanza (1-2 mesi) dalla fase di riattivazione.

Il periodo più adatto per sottoporsi a questi esami è il periodo preconcezionale.

Nel caso in cui prima della gravidanza il dosaggio delle IgG risultasse negativo, la madre dovrà prestare particolare attenzione nel seguire misure preventive utili ad evitare il contagio primario; allo stesso tempo, la donna dovrà sottoporsi a monitoraggi periodici per accertare l'assenza di positività alle IgM, risultato che indicherebbe appunto un'infezione da Citomegalovirus contratta durante la gestazione. Nel caso questa eventualità si presentasse, per determinare l'eventuale

trasmissione del virus al feto (che, come si è affermato in precedenza, avviene nel 30-40% dei casi), sono necessari esami più approfonditi, come l'amniocentesi.

Viceversa, in caso di IgG positive, la donna ha già avuto l'infezione; pertanto, può affrontare la gravidanza con maggior serenità. E' tuttavia opportuno sottolineare che, nonostante la positività alle IgG, l'attenzione alla prevenzione nei confronti del Citomegalovirus è comunque un aspetto importante, da non tra-

Il carcinoma occulto della mammella

Graziella Di Grezia*



In una piccola percentuale di casi, inferiore all'1%, si può verificare una condizione definita

“carcinoma occulto della mammella”.

La conoscenza di questa evenienza rappresenta, più che una percentuale di una mera medicina nozionistica, un elemento di riflessione su come la medicina e nel dettaglio la senologia possa non rappresentare una scienza esatta, quanto piuttosto una scienza, che al di là dell'intelligenza artificiale, necessita di un intelletto personale in grado di formulare sospetti e diagnosi oltre la semplice logica quotidianamente utilizzata.

Il riscontro di una linfoadenopatia isolata con esami di primo livello, ossia mammografia ed ecografia negativi,



trova conforto in un esame di Risonanza Magnetica 1.5T o ancora 3T, con conseguente maggiore risoluzione spaziale e migliore rapporto segnale-rumore.

Ulteriori indagini in grado di rispondere a questo quesito sono la Mammografia con mezzo di contrasto (CESM) e le sequenze in diffusione, oggi utilizzate routinariamente in corso di esame di Risonanza

Magantica.

Una ulteriore indagine in grado di fornire informazioni più specifiche ma con minore sensibilità è un esame di Medicina Nucleare, la PET/TC.

Il riscontro di un primitivo, o comunque l'elevato sospetto di malattia anche a fronte di esami diagnostici negativi e il conseguente trattamento chirurgico, eventualmente

anche associato a radioterapia, rappresenta una scelta importante che incide sulla sopravvivenza e sulla mortalità delle pazienti. E' stato dimostrato infatti un significativo vantaggio in termini di qualità e sopravvivenza nelle donne trattate rispetto a quelle sottoposte a follow-up (The Breast, 2020).

Questo dato è uno dei tasselli che dimostra come un solo elemento di sospetto non può essere sottovalutato, ma rappresenta un dato con una sua dignità che necessita di presa in carico e trattamento esattamente come i casi che vengono, come nella maggior parte dei casi accade, caratterizzati già al

primo livello. La comunicazione con la paziente e il renderla partecipe anche delle difficoltà diagnostiche, è un elemento di umiltà medica che rende ragione in termini di fiducia e affidamento della donna che comprende quanto un radiologo senologo sia dedicato ad ogni donna e al suo complesso lavoro.

***Radiologo MD, PhD**



► LA SFIDA. Un nuovo modello assistenziale che faccia leva sulla rete locale

Medicina territoriale l'occasione arriva dal Recovery Fund



Pino Rosato*



L'emergenza sanitaria, che ha messo alla prova la tenuta del nostro Servizio Sanitario Nazionale, ha evidenziato le falle di un sistema fortemente centralizzato ed ospedale-centrico.

Da più parti si è evocata la necessità di un nuovo modello assistenziale, che facesse leva su una rete territoriale forte ed efficiente. Una necessità oramai non più rinviabile, anche a seguito del progressivo incremento delle patologie croniche che richiedono continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.

Si ha necessità, inoltre, di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati come sottolinea il Piano Nazionale della Cronicità. I fondi del Recovery Plan destinati alla medicina territoriale disegnano la Sanità del futuro, che dovrà promuovere lo sviluppo delle cure primarie sul territorio attraverso la costituzione di team interprofessionali formati da medici, infermieri, farmacisti ed altri professionisti. Una sanità efficiente, interconnessa e in grado, attraverso le tecnologie digitali, di garantire coordinamento delle cure, risparmio di risorse e maggiore soddisfazione degli utenti. La cura del territorio prevista dal testo inviato a Bruxelles del Recovery Plan è l'occasione per gettare le basi dello sviluppo di proposte concrete da perseguire e rappresenta la voce comune dei principali protagonisti della Sanità territoriale. Secondo la Federazione dei medici di medicina generale il primo mattone che dovrà caratterizzare la medicina del territorio è il MICRO TEAM. Infatti, sul territorio, più che un'integrazione collaborativa dei professionisti, serve un'integrazione delle professionalità e delle competenze delle funzioni dei professionisti che ivi lavorano. Questo anche al fine di garantire quel valore fondamentale di prossimità di cura. C'è quindi una necessità di riorganizzazione.

La FIMMG definisce come unità di base della funzione della medicina territoriale il microteam, un modello di organizzazione tra professionalità rappresentate dal medico di medicina generale, il collaboratore di studio ed un infermiere. A questa unità di base si potranno aggiungere, per integrazione delle competenze, ulteriori figure professionali: specialisti ambulatoriali, farmacisti, psicologi e altre figure sanitarie che si trovano all'interno del servizio ter-



ritoriale, e tutte dovranno avere la possibilità di interagire tra di loro, anche attraverso le moderne tecnologie, il teleconsulto, strumenti che abbiamo riscoperto a seguito del distanziamento sociale imposto dalla pandemia.

Cardine di questo modello è il rapporto fiduciario, valore fondamentale per la medicina generale, che si viene a instaurare tra il professionista e l'assistito. Fondamentale sarà poi la capacità di intercettare sul territorio le esigenze di salute del cittadino.

Se la pandemia ci ha insegnato qualcosa è che i cluster che si sono sviluppati all'interno degli Ospedali sono imputabili all'elevato numero di persone che si sono riversate all'interno delle strutture ospedaliere. Persone

che non hanno trovato una risposta sul territorio a seguito di quell'estrema frammentazione dei servizi che caratterizza l'assistenza territoriale. Il Team multispecialistico dovrebbe avere come obiettivo non solo la garanzia delle prestazioni, ma anche la capacità di intercettare i bisogni di salute del cittadino. Risulta quindi fondamentale implementare quei meccanismi di prevenzione, di valutazione, di presa in carico e di conoscenza delle persone sul territorio. Attualmente garantiamo sul territorio livelli prestazionali non complessi ed in caso di prestazioni di natura diagnostico-assistenziale anche di minima complessità costringiamo il cittadino a rivolgersi alle strutture ospedaliere.

Il Team multispecialistico do-

vrà invece operare il più possibile sugli stessi pazienti ed essere in grado anche di condividere le informazioni. Tutte le figure del Team dovranno poter accedere al Fascicolo Sanitario Elettronico e si dovranno creare flussi informativi virtuosi.

Il cittadino dovrà potersi rivolgere a più professionisti sanitari fiduciari di riferimento e contattarli per ricevere da essi un orientamento sui servizi stessi.

Il Distretto, infine, diviene un elemento indispensabile su cui fondare il potenziamento delle attività territoriali per un corretto riposizionamento del SSN e dei Servizi Sanitari Regionali rispetto ai nuovi bisogni della popolazione. Rappresenta un contenitore forte perché è fondamentale la presenza di una governance al cui interno operare,

inoltre deve avere precisi mandati, più risorse, strumenti, opportunità e maggior potere di intervento.

In questi anni abbiamo assistito ad una penalizzazione di queste organizzazioni territoriali, con un'assegnazione di risorse sempre meno sufficienti. Il Distretto deve assicurare, oltre l'integrazione verticale tra cure primarie, specialistiche e ospedaliere, anche l'integrazione orizzontale riguardante la parte sociosanitaria oggi molto trascurata.

Un Distretto forte e rinnovato è fondamentale per la presa in carico del paziente da parte di un Team composto da figure sanitarie diverse che lavorano in condivisione.

Altro obiettivo, non certo meno importante, è quello di creare una farmacia sempre più integrata nell'assistenza territoriale, tenendo conto del mutamento sociale del Paese con il continuo incremento della popolazione anziana, dell'aumento dei malati cronici, del graduale cambiamento della famiglia non più sufficiente come rete di protezione per anziani e malati.

La Farmacia dei Servizi, individuando nuove attività a forte valenza sociosanitaria e assicurando prestazioni di telemedicina, potrebbe offrire al territorio una risposta sistemica soprattutto per i pazienti che non riescono ad accedere a ospedali e ambulatori. La rete delle Farmacie, mettendo a frutto quelle che sono le caratteristiche peculiari di professionalità, informatizzazione, collegamento in rete, rappresenterà la soluzione idonea per snellire quegli iter burocratici che oggi rendono difficile una risposta adeguata per i cittadini, e costituirà un efficiente presidio sanitario sul territorio, sempre pronto ad accogliere i propri pazienti in qualsiasi momento. Questo Servizio andrà ulteriormente potenziato nell'ottica di una sanità pubblica sempre più territoriale.

In conclusione, le risorse economiche previste dal Piano "Next Generation" dovranno rappresentare, in campo sanitario, un'occasione da non perdere per restituire ai cittadini un livello di assistenza buono e dignitoso.

Se riusciamo a creare sul territorio una rete assistenziale integrata e capillare, cui il cittadino possa accedere rapidamente avremo davvero raggiunto un nuovo equilibrio per il Servizio Sanitario Nazionale.

Salute, Scienza e Tecnologia rappresentano i tre assi portanti utili per ripartire e trasformare la crisi attuale in opportunità di rilancio e crescita del SSN e, più in generale, del nostro Paese.

Questa è la sfida di oggi, speriamo di vincerla.

*Cardiologo
Presidente CdA Casa Di Cura "Villa dei Pini"

► **PATOLOGIE.** Può colpire qualsiasi parte del tubo digerente, compresi la bocca

Il morbo di Crohn e le malattie croniche dell'intestino



Claudio Di Nardo*



La Malattia di Crohn (MdC) o Morbo di Crohn, dal nome del Gastroenterologo statunitense Burrill Bernard Crohn che l'ha descritta per primo nel 1932, nota anche come enterite regionale o ileite terminale, è una delle due malattie infiammatorie croniche intestinali, insieme alla rettocolite ulcerosa (RCU), della quale abbiamo trattato nella scorsa edizione. A differenza di quest'ultima, che colpisce come abbiamo visto esclusivamente il colon-retto, essa può colpire qualsiasi parte del tubo digerente, compresi la bocca e l'ano, manifestandosi con una sintomatologia multiforme, prevalentemente di tipo digestivo, come vedremo in seguito, ma spesso coinvolgendo anche altri organi, come la cute, gli occhi e le articolazioni.

Come la RCU la MdC è considerata una malattia autoimmune, a predisposizione genetica, in cui il sistema immunitario costruisce anticorpi che aggrediscono la mucosa intestinale, riconoscendola come estranea all'organismo, provocandone l'infiammazione. Essa si presenta prevalentemente nei giovani, anche se può colpire soggetti di età oltre i sessant'anni.

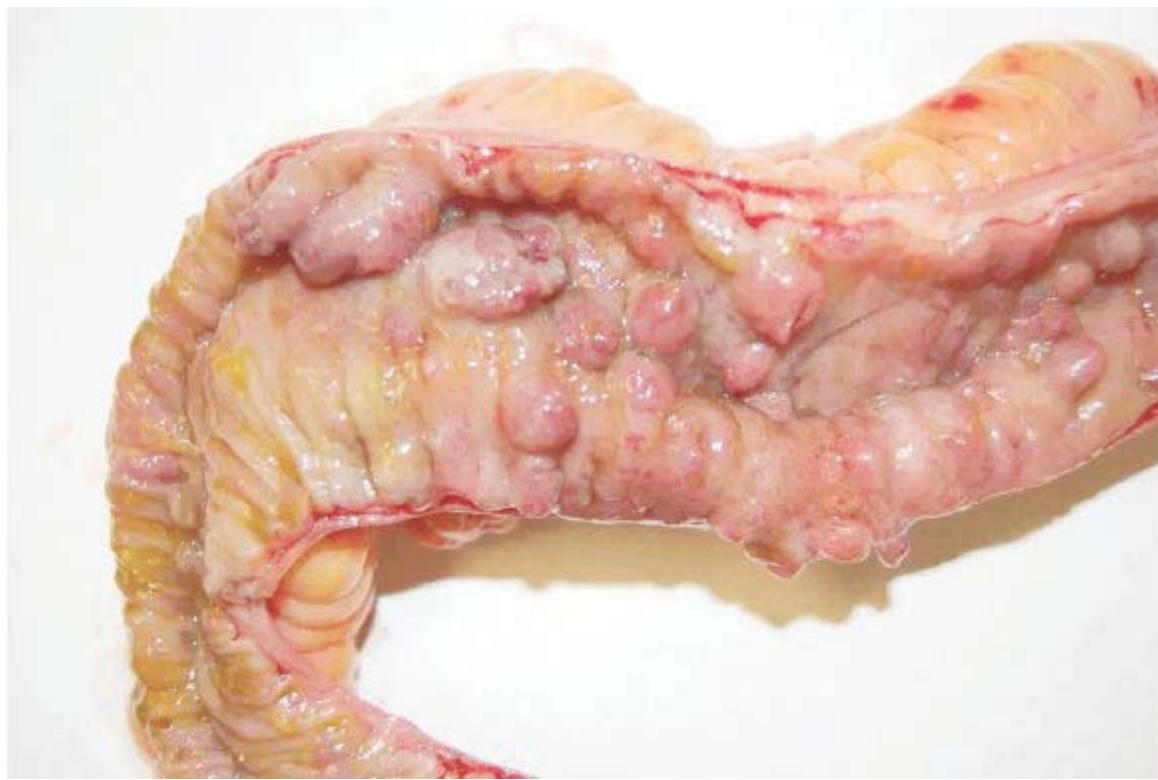
Solitamente la zona dell'intestino più frequentemente colpita dalla MdC è l'ileo terminale (30%), cioè l'ultima parte dell'intestino tenue, motivo per cui questa malattia è anche conosciuta come ileite terminale o enterite regionale. Tuttavia essa può colpire esclusivamente il colon (20%), o l'ileo terminale insieme al colon (50%).

Esiste anche una MdC gastroduodenale, per la verità molto più rara di queste tre forme cliniche.

Riguardo alla epidemiologia, la MdC è diffusa prevalentemente in occidente, in percentuale maggiore nelle giovani donne, con una incidenza annuale di circa 3 casi ogni 100.000 abitanti negli Stati Uniti e di 27/48 casi ogni 100.000 abitanti nel Nord Europa. Esisterebbe una predisposizione genetica, collegata ad uno specifico gene.

Come per la RCU non è conosciuta una causa specifica di questa malattia, per la cui genesi comunemente viene riconosciuta una combinazione di fattori ambientali e predisposizione genetica, quest'ultima condizionando una disfunzione del sistema immunitario in senso autoimmunitario, come accennato all'inizio.

Riguardo al fattore genetico, questo consisterebbe in una mutazione del gene NOD2 presente nel cromosoma 16, ma studi più recenti dimostrerebbero un ruolo di più geni nel determinismo causale della malattia.



Come fattori ambientali, sono chiamati in causa di volta in volta una dieta ricca di proteine animali, il fumo e, negli USA, i contraccettivi ormonali.

Molti studi hanno inoltre ipotizzato una relazione tra determinati tipi di batteri e la malattia di Crohn. A seconda dei diversi autori sono stati chiamati in causa di volta in volta un Micobatterio, che causa una malattia simile nei bovini, alcuni ceppi di Escherichia coli, un batterio componente della normale flora intestinale, o batteri del tipo Yersinia e Listeria, ma tutt'ora la correlazione fra MdC e batteri è lungi dall'essere provata. Tuttavia alcuni studi assegnano ai batteri un ruolo di concausa nella patogenesi della malattia, concludendo che essa sia il risultato di una innata immunodeficienza che favorirebbe l'aggressione della mucosa intestinale da parte dei batteri componenti il microbiota, contrariamente all'opinione prevalente che indica, come già detto, la MdC come un disordine autoimmunitario.

La fenomenologia clinica della MdC comprende sintomi gastrointestinali, sintomi extraintestinali, sintomi sistemici e complicanze.

I sintomi gastrointestinali consistono prevalentemente nel dolore addominale, che caratterizza l'esordio, seguito dalla comparsa di diarrea, spesso acquosa, meno frequentemente ematica, flatulenza e distensione addominale. Nelle forme avanzate si associano i sintomi delle complicanze. La stenosi o restringimento del lume intestinale, è caratterizzata da nausea e vomito, fino all'occlusione intestinale. Le fistole, cioè comunicazioni fra anse intestinali o fra intestino ed altri organi, come vescica, vagina, o cu-

te, e gli ascessi, in addome o in sede perianale, sono caratterizzati da una sintomatologia febbrile e da una compromissione dello stato generale insieme a sintomi specifici, quali quelli di una peritonite saccata, secrezioni purulente dalle fistole cutanee e perianali, cistiti e vaginiti purulente. La MdC aumenta anche il rischio di cancro nella zona di infiammazione. Le meno frequenti localizzazioni alla bocca, all'esofago e allo stomaco, possono comportare ulcere orali (afte), difficoltà alla deglutizione o disfagia, dolore gastrico e vomito.

I sintomi sistemici comprendono

matica, che nel caso di localizzazione alla colonna vertebrale determina una spondiloartrite o una spondilite anchilosante. La localizzazione cutanea comporta la formazione di noduli infiammatori dolorosi tipici dell'eritema nodoso o di noduli ulcerati tipici del pioderma gangrenoso. La MdC può coinvolgere anche la coagulazione del sangue con l'aumento del rischio di trombosi venosa profonda ed embolia polmonare. Possono verificarsi anche anemia emolitica, osteoporosi, complicanze neuropsichiatriche.

La diagnosi di MdC non sempre è



frequentemente febbre o febbricola, dimagrimento, mancanza di appetito o anoressia, anemia, perdita di elettroliti e proteine, disidratazione, edemi. Oltre all'interessamento sistemico e gastrointestinale, la MdC può colpire anche molti altri organi, presentando tutta una serie di sintomi extraintestinali. Questi consistono nell'infiammazione di una parte dell'occhio, nota come uveite, con dolore oculare e fotofobia. Una colangite con ittero è la conseguenza dell'interessamento epatico. L'interessamento delle articolazioni porta ad una malattia reu-

agevole e spesso, di fronte ad un quadro clinico sospetto, necessita di più di un'indagine strumentale o radiologica per la sua formulazione. Nel 70% dei casi la Pancolonscopia completata con l'Enteroscopia Terminale è efficace per raggiungere la diagnosi nelle forme a sede colica o ileale terminale. La Esofagogastroduodenoscopia (EGDS) si rivela utile nelle localizzazioni digestive alte, mentre la valutazione dell'intero intestino tenue si avvale oggi della Videocapsula, con risultati incoraggianti. L'indiscusso vantaggio della EGDS e della Colonscopia deriva comun-

que dalla possibilità di eseguire delle biopsie e quindi di emettere una diagnosi certa istologica. Un ruolo importante riveste certamente la radiologia, con la Tomografia Computerizzata (TC) e la Risonanza Magnetica (RM), che si rivelano utili per la valutazione dell'intestino tenue, e soprattutto per la ricerca delle complicanze addominali della MdC, gli ascessi, le stenosi e le fistole.

Ad oggi non esiste una terapia specifica per la MdC, dal momento che la sua causa è ancora sconosciuta. E' possibile comunque controllare i sintomi della malattia, ottenendo temporanee remissioni e prevenendo le recidive, grazie ad un trattamento farmacologico. L'intervento chirurgico è riservato al trattamento delle complicanze.

La terapia farmacologica ha l'obiettivo di controllare, nelle fasi acute, l'infiammazione, eventuali infezioni e l'aggressione autoimmunitaria. Essa quindi si avvale di farmaci antinfiammatori, come i Cortisonici e la Mesalazina (5-ASA), degli Antibiotici, degli Immunosoppressivi e, recentemente, degli Anticorpi Monoclonali.

Alcuni recenti studi (2013) riportano interessanti risultati terapeutici raggiunti con l'uso dei Cannabinoidi, senza effetti collaterali.

Come abbiamo anticipato, il ruolo della Chirurgia è riservato al trattamento delle complicanze, che consistono nelle stenosi, fino all'occlusione intestinale, negli ascessi e nelle fistole, queste ultime di tipo entero-enterico, entero-cutaneo, enterovesicale od entero-vaginale. Si tratta praticamente sempre di interventi di resezione intestinale, che spesso sono seguiti da recidive in altre sedi. Una importante complicanza della chirurgia è la sindrome dell'intestino corto, che è causata dall'asportazione chirurgica della metà o più dell'intestino tenue, cui consegue una grave sindrome da malassorbimento, con diarrea cronica e perdita di acqua e sali.

In conclusione, La malattia di Crohn è una malattia cronica caratterizzata da fasi acute e periodi di remissione, il cui trattamento, non di tipo causale, permette alla maggior parte dei pazienti di trascorrere una vita pressoché normale, ma comunque il tasso di morbilità e di mortalità a causa di essa è più alto rispetto alla popolazione sana, anche tenendo conto del fatto che essa si associa ad un rischio più elevato di carcinoma dell'intestino tenue e del colon-retto.

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