

La bella stagione tra sole e pelle



Mariolina De Angelis*



Con l'arrivo della bella stagione aumentano le ore di esposizione al sole, soprattutto durante il weekend. Per quanto possa essere piacevole al corpo e all'umore, è comunque opportuno ricordare come comportarsi per esporsi senza avere problemi.

Per chi possiede un fototipo di carnagione chiara deve iniziare con le esposizioni non più lunghe di 45/60 minuti e ciò per ridurre al minimo il rischio di scottature ed eritemi. L'utilizzo di una fotoprotettore solare certamente riduce il rischio delle scottature anche fin dai primi giorni, quando le parti

esposte solo limitate. L'idea dell'abbronzatura è un concetto che nell'arco del tempo e nella società ha subito molte mutazioni. Se infatti, ci proiettiamo ai tempi dei romani la pelle abbronzata era tipica delle persone meno abbienti, dei contadini o delle persone che lavoravano all'aria aperta. Di contro, la pelle chiara era prerogativa delle donne Nobili che ne giustificava la bellezza. È necessario aspettare i primi decenni del Novecento quando l'era industriale vide il ribaltamento sull'idea dell'abbronzatura. Fu allora che essa divenne sinonimo di benessere. Noi sappiamo quanto i raggi siano dannosi per la nostra pelle, specialmente se essa è esposta senza una adeguata protezione. Sappiamo anche quanto i raggi solari siano però importanti per la sintesi della vitamina D,

E, e per il nostro umore.

Ma come possiamo sfruttare i benefici dei raggi solari senza creare dei danni alla nostra pelle?

È molto semplice. Basta avere buon senso e rispettare alcune regole basilari. Anzitutto è importante rispettare il tempo necessario affinché la pelle attivi le sue difese naturali verso i raggi solari. La melanina infatti è un pigmento formato all'interno dei melanociti e la sua sintesi si attiva in seguito all'esposizione solare. Tuttavia, affinché essa possa funzionare da scudo protettivo per le nostre cellule, sono necessarie 72 ore dal primo contatto. Infatti è in questo intervallo di tempo che la pelle non risulta protetta naturalmente e quindi è più suscettibile ad arrossamenti, eritemi e scottature. Ma perché bisogna aspettare 72 ore per avere la giu-

sta protezione? Normalmente la cute di un adulto ha una storia di esposizione ripetuta nel tempo. Si presenta quindi un processo di difesa rapido che si attiva subito al contatto con i raggi UV e prende il nome di pigmentazione immediata. In parole semplici, la melanina sintetizzata nei mesi precedenti all'esposizione, viene conservata nei melanociti in una forma inattiva. In seguito alla prima esposizione essa subisce l'attivazione e dona una prima fonte di protezione cutanea. Tuttavia non è efficace come scudo difensivo. Per cui saranno necessarie 72 ore per avere la giusta quantità di melanina e quindi conseguenzialmente la pigmentazione ritardata. Anche se la pelle risulta già abbronzata è comunque consigliabile non esporsi al sole nelle ore più calde cioè dalle 11 alle 15. I

raggi, durante queste ore sono capaci di oltrepassare la nostra pelle i nostri meccanismi naturali di difesa. Solo così potremmo evitare i processi infiammatori e le scottature capaci di procurarci l'invecchiamento precoce più o meno intenso.

Prepariamo la nostra pelle all'esposizione solare rafforzando anzitutto le nostre difese immunitarie assumendo antiossidanti e arricchendo la nostra dieta con carotenoidi e polifenoli. Ricordiamoci di applicare nell'arco della giornata dell'esposizione più volte la nostra Crema fotoprotettore. Ricordiamo di bere almeno due litri d'acqua al giorno e dopo la doccia non dimentichiamo mai di applicare il doposole. Certamente la nostra pelle sarà più bella, idratata e la nostra abbronzatura sarà invidiata da molti.

*Farmacista

**► PREVENZIONE.** *Ta gli effetti negativi il rischio di parto pre-termine*

Il Covid 19 nelle donne in gravidanza

Ancora dibattuta, a distanza di mesi, la scelta di vaccinare le donne gravide

Biagio Campana*



S spesso ci si chiede se le manifestazioni della malattia da Covid 19 possano essere di maggiore gravità, presentando un decorso clinico più impegnativo, nelle donne in gravidanza. Da una disamina di un registro comprendente circa 400.000 donne di età compresa tra i 15 e i 44 anni con malattia sintomatica, la permanenza più a lungo in terapia intensiva, la necessità di ventilazione meccanica invasiva, di ossigenazione extracorporea ed il rischio di morte risultavano essere più probabili nelle donne in gravidanza piuttosto che nelle donne non gravide. Fattori aggravanti l'evoluzione clinica della malattia risultavano essere ovviamente l'età, l'obesità, il diabete, le malattie renali, l'eclampsia e gli eventi trombotici. La malattia da Covid-19 può avere effetti, positivi e/o negativi sul feto/neonato? Tra gli effetti negativi vanno menzionati sicuramente il rischio di parto pre-termine con una probabilità maggiore di ricovero in terapia intensiva neonatale (TIN) senza dimenticare le complicanze come la morte fetale, la riduzione del liquido amniotico legate alla presenza di trombi nei vasi fetali che comporta deficit di perfusione. Va precisato tuttavia che non sappiamo ancora con certezza se queste complicanze possono avvenire in tutte le pazienti gravide che contraggono l'infezione o solamente in un sottogruppo di esse. Relativamente agli effetti "protettivi" non abbiamo al momento dati solidi che ci possano far propendere per uno stato indiretto di protezione immunitaria del feto dipendendo, quest'ultimo, da tutta una serie di meccanismi complessi che riguardano sia la risposta immunitaria innata del feto stesso che quella anticorpale derivata dagli anticorpi materni acquisiti attraverso la placenta. La scelta poi di vaccinare eventualmente le donne gravide resta a distanza di mesi ancora dibattuta. L'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) nel gennaio 2021 affermava che i vaccini anti COVID-19 non dovrebbero essere somministrati in donne in gravidanza per l'aumentato rischio additivo di eventi tromboembolici. Sebbene le

donne incinte, inizialmente, siano state escluse dai grossi trials, uno studio successivo ha dimostrato che svilupperebbero robusti titoli anticorpali in risposta alla vaccinazione eseguita con vaccini ad mRNA. Essendo la risposta anticorpale simile a quella che si sviluppa nelle donne non gravide ciò suggerirebbe indirettamente che le donne incinte vaccinate presentino un'immunità simile alle donne non gravide. Inoltre, la vaccinazione con vaccini a mRNA determina il trasferimento dagli anticorpi dalla madre al neonato attraverso la placenta, indicando una protezione neonatale all'infezione da SARS-CoV-2. Nonostante queste evidenze scientifiche la decisione di vaccinarsi rimane, ancora oggi, esclusivamente a discrezione della paziente. Un ultimo punto che merita sicuramente molto attenzione è che ha alimentato non poche polemiche soprattutto nei gruppi no vax riguarda l'eventualità dei danni a lungo termine sulla fertilità da parte dei nuovi vaccini a mRNA. In realtà la preoccupazione nasceva a seguito di una teoria che afferma che il vaccino potrebbe potenzialmente avvertire una reazione crociata con la sincitina 1, una proteina proveniente da un retrovirus endogeno umano e che è cruciale per formare la placenta umana. Tuttavia è stato dimostrato che nonostante la proteina Spike e la sincitina avessero in comune una piccola sequenza genetica ciò non fosse sufficiente di per sé a determinare effetti negativi sulla fertilità. Inoltre, durante la sperimentazione del vaccino Pfizer, nonostante le pazienti in gravidanza erano state escluse dallo studio, è stata accertata la gravidanza di 12 pazienti nel gruppo vaccinale e 11 nel gruppo placebo senza ulteriori problemi e dimostrando soprattutto l'assenza di significatività statistica relativa alla fertilità nei due gruppi. Attualmente, l'ACOG, l'American Society for Reproductive Medicine e la Society for

Maternal-Fetal Medicine raccomandano il vaccino per le donne in gravidanza e sulla base delle informazioni al momento disponibili e del parere degli esperti, i vaccini a mRNA non sembra possano causare problemi di infertilità tanto nel sesso femminile che in quello maschile.

Specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio

ALIMENTAZIONE

I benefici del pomodoro, concentrato di nutrienti

Laura Melzini*



In Italia, il pomodoro è considerato il re degli ortaggi, rappresenta uno dei prodotti più apprezzati sulle nostre tavole, nonché l'ortaggio più coltivato. Rappresenta, infatti, un alimento base della dieta mediterranea anche perché ipocalorico: infatti 100 grammi di pomodoro apportano solo 17 calorie.

Ha un notevole valore nutrizionale; possiede molte vitamine e minerali, in particolare Vitamina C, folati e potassio, in più contiene acido ascorbico e carotenoidi. I carotenoidi sono sostanze fitochimiche responsabili dei colori tipici degli alimenti vegetali giallo, arancio e rosso. Sono tra le sostanze più studiate per il loro ruolo sulla salute umana, in particolare svolgono un ruolo importante nella prevenzione di alcune patologie. Inoltre, oltre ad essere potenti antiossidanti, alcuni carotenoidi (beta carotene) sono importanti nella formazione della Vitamina A.

Il carotenoide contenuto nel pomodoro è il LICOPENE che conferisce la tipica colorazione rossa ed ha un'importante proprietà antiossidante. La concentrazione di licopene aumenta con la maturazione del frutto, inoltre i pomodori coltivati in serra presentano concentrazioni minori di licopene, rispetto a quelli coltivati nei campi. Anche il contenuto di Vitamina C continua ad accumularsi nei pomodori che proseguono la maturazione. L'azione antiossidante è fondamentale per prevenire l'invecchiamento cellulare, infatti le molecole antiossidanti hanno la funzione di neutralizzare i radicali liberi (sostanze dannose per l'organismo) e quindi di proteggere la cellula. Ciò è possibile perché loro

stessi si ossidano al posto delle cellule, insomma sono dei veri e propri "cattura radicali liberi"

Nel pomodoro ci sono altre sostanze con questa fondamentale azione antiossidante come i polifenoli, la cui concentrazione, però, diminuisce con l'aumento della maturazione e i flavononi. Nel pomodoro sono presenti in buone quantità alcuni acidi organici (malico, citrico, succinico e glutammico), utili a favorire la digestione, diminuendo il pH dello stomaco. Per questo, però, il consumo di pomodoro è sconsigliato a chi soffre di gastrite o di reflusso gastro-

studii è emerso che il licopene ingerito con il pomodoro è più biodisponibile dal concentrato di pomodoro, piuttosto che dal pomodoro fresco. Inoltre, i carotenoidi, essendo molecole liposolubili, possono essere assorbiti dall'organismo umano attraverso i grassi, per cui l'olio extravergine di oliva, ne favorisce molto l'assorbimento.

Il pomodoro è considerato ottimo per combattere il caldo e prevenire numerose patologie e disfunzioni, ma anche reumatismi e intossicazioni, è molto indicato nei casi di gotta e problemi legati all'ipertensione. Inoltre svolge anche un'azione disinfiammatoria e rigeneratrice di cellule dei tessuti e particolarmente utile per i disturbi generativi ed arteriosclerotici.

Cento grammi di pomodoro, tre volte alla settimana, rappresentano la dose minima perché il licopene possa esercitare la sua funzione preventiva.

Secondo alcuni studi, i carotenoidi hanno anche la funzione di potenziare il sistema immunitario e agirebbero come antitumorale. La correlazione più documentata tra

consumo di pomodoro e tumori è quella con il tumore alla prostata, un tessuto in cui il licopene si concentra in modo particolare. Uno studio condotto dalla Harvard Medical School su 48.000 uomini, ha rilevato che chi consuma alimenti a base di pomodoro più di due volte alla settimana, vede ridursi del 34% il rischio di cancro alla prostata rispetto a chi non ne consuma affatto. Un simile effetto protettivo del pomodoro è stato riportato anche per quanto riguarda il tumore all'ovaio. Questi dati ci indicano che è importante per la salute aumentare il consumo di pomodoro in tutte le sue forme, un consiglio che si sposa perfettamente con la "nostra" dieta mediterranea.

***Specialista in scienza dell'alimentazione**



► **SOCEITA'.** I fattori sono legati ad un'aumentata produzione del colesterolo

Difendersi da calcolosi e colecisti

Claudio Di Nardo*



La Calcolosi è senz'altro la patologia della colecisti più frequente. La sua incidenza è dell'11% della popolazione italiana, di cui il 14,6% nelle donne ed il 6,7% negli uomini. Solo un terzo dei pazienti ne è consapevole.

Riguardo alla composizione dei calcoli biliari, il 30% di questi è costituito da solo colesterolo, il 50% di colesterolo, pigmenti biliari e calcio, il 20% di soli pigmenti biliari.

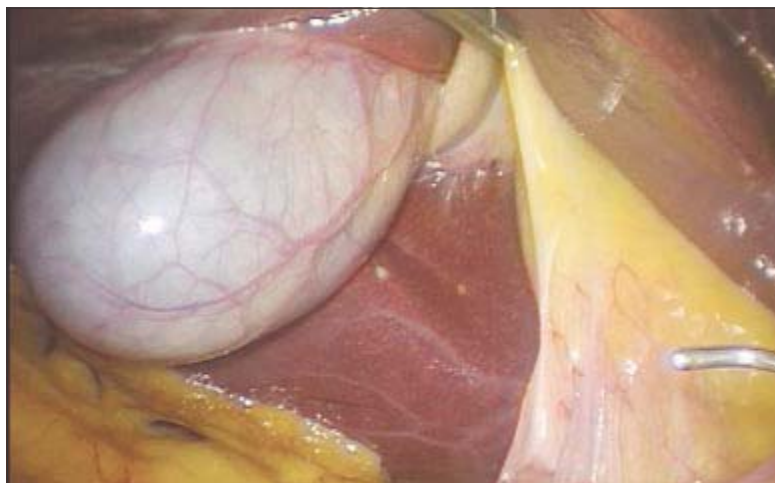
I fattori patogenetici della coliciti sono molteplici e si possono riassumere nella "Discolia", cioè in una alterata composizione della bile nei suoi componenti, acidi biliari e colesterolo, con sovrassaturazione del colesterolo rispetto agli acidi biliari, nella "Discinesia" della colecisti, che consiste in un'alterazione della sua funzione contrattile con conseguente stasi del suo contenuto biliare, infine nella "Flogosi", cioè nell'infiammazione della parete colecistica, con formazione di nuclei di muco su cui avviene l'aggregazione dei componenti biliari.

La storia naturale della Litiasi Colesterolica riconosce vari stadi clinici. Il primo stadio è di tipo metabolico, verosimilmente su base genetica (?), il secondo di tipo chimico, quello della sovrassaturazione del colesterolo rispetto agli acidi biliari, il terzo di tipo fisico, che consiste nella nucleazione e precipitazione di cristalli di colesterolo, il quarto nella crescita dei calcoli macroscopici, ed infine il quinto, lo stadio sintomatico, consistente nella Colica Biliare, tipica manifestazione sintomatologica della calcolosi della colecisti.

Da quanto fin qui esposto si deduce che i Fattori di Rischio della litiasi colesterolica sono dati da una "aumentata produzione" del colesterolo, da una "ridotta secrezione epatica di acidi biliari" e da "fattori colicistici", come la discinesia e la flogosi, favorevoli alla nucleazione e la crescita dei calcoli.

Dal punto di vista clinico la Calcolosi Colecistica è asintomatica nei due terzi dei casi, magari solo accompagnata da una sindrome da cattiva digestione, caratterizzata soprattutto da intolleranza ai fritti e ai grassi, ed è sintomatica nel restante terzo dei casi, con la sua tipica espressione sintomatologica, che è la Colica Biliare, caratterizzata da un dolore acuto a volte violento, localizzato all'ipocondrio destro, cioè sotto il costato di destra, ed irradiato alla spalla dx, accompagnato spesso da vomito.

La calcolosi della colecisti può andare incontro ad importanti Complicanze, come la colecistite acuta, cioè l'infiammazione acuta del viscere, e l'idrope e/o l'empima della colecisti, quando un calcolo occludente il dotto cistico, sottile dotto di scarico della bile colecistica nel coledoco, impedisce lo svuo-



tamento dell'organo, in cui si verifica di conseguenza il ristagno di bile dai caratteri alterati o addirittura purulenta.

Complicanze più gravi, secondarie a intenso processo flogistico, sono rappresentate dalla perforazione dell'organo con conseguente peritonite biliare o coleperitoneo, o dalla formazione di fistole biliodigestive o bilio-biliari, cioè di comunicazioni anomale con altri organi addominali, causate da processi perforativi "coperti" nell'intestino tenue, nel colon o nella stessa via biliare.

La migrazione, a seguito di una colica, di calcoli dalla sede colecistica nella via biliare, a vari livelli di questa, è responsabile dell'ittero ostruttivo, caratterizzato dalla colorazione gialla delle sclere e della cute secondaria all'aumento nel sangue della bilirubina, uno dei componenti della bile.

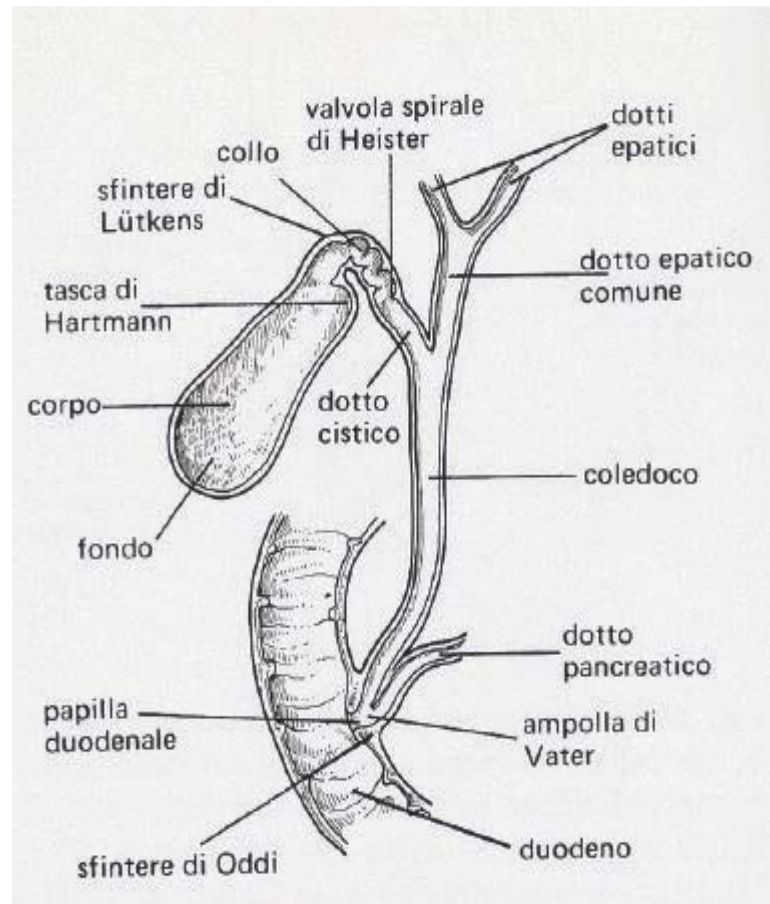
La pancreatite acuta biliare, complicanza molto severa che può causare l'exitus del paziente per necrosi emorragica del pancreas, è causata dalla migrazione e dalla successiva ostruzione, da parte di un calcolo, della Papilla di Vater, struttura anatomica che rappresenta lo sbocco terminale comune nel duodeno del coledoco e del dotto pancreatico di Wirsung. Si realizza così un reflusso anomalo della bile nel Pancreas, e di conseguenza, dal momento che la funzione fisiologica della bile è quella di attivare, ai fini digestivi, gli enzimi pancreatici nella sede duodenale, avviene un contatto, nella ghiandola pancreatica, della bile con gli enzimi pancreatici, con conseguente attivazione di essi e messa in moto di un vero e proprio processo di autodigestione chimica del parenchima pancreatico, con successiva necrosi tissutale.

Ulteriore complicanza è rappresentata dalla degenerazione adenocarcinomatosa del 2% delle colecisti litiasiche.

La diagnosi della calcolosi della colecisti e delle sue complicanze si avvale egregiamente, oltre che dei reperti clinici e di laboratorio, dell'Ecografia, tecnica di imaging ad ultrasuoni, della Risonanza Magnetica Nucleare (colangiogramma RM), quando esistono sospetti di interessamento della via biliare, e della Colangiopancreatografia Retrograda per via Endoscopica (ERCP),

procedura endoscopica risolutiva non solo per la diagnosi di calcolosi della via biliare principale, ma soprattutto per la sua bonifica attraverso la papillosfinterotomia endoscopica, cioè l'incisione della papilla di Vater, con conseguente estrazione dei calcoli occludenti e risoluzione dell'ittero ostruttivo.

Da quanto esposto finora si capisce che la diagnosi di calcolosi della colecisti, sia essa sintomatica che



asintomatica, in entrambi i casi suscettibile di complicanze, costituisce indicazione al trattamento chirurgico di asportazione della colecisti, il cui "gold standard" è oggi la Videolaparocolecistectomia, tecnica laparoscopica mininvasiva, che si avvale di una tecnologia che permette, attraverso un'ottica intraddominale collegata ad una telecamera e ad un sistema video e con strumenti operativi dedicati, di asportare l'organo senza aprire l'addome, ma solo attraverso piccole incisioni della parete addominale.

Il trattamento della calcolosi della colecisti associata alla calcolosi del coledoco si avvale delle due tec-

niche sopra citate, sia in contemporanea, con un rendez-vous Laparoscopia-ERCP, che in due tempi sequenziali, endoscopico mediante la ERCP seguito da quello chirurgico con la Videolaparocolecistectomia.

Le procedure laparoscopiche ed endoscopiche sopra menzionate, oggi impiegate nella cura della litiasi biliare e delle sue complicanze, rappresentano solo uno dei tanti esempi di come la Chirurgia moderna si sia evoluta e continui incessantemente ad evolversi facendo uso di una tecnologia sempre più sofisticata.

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

► **PREVENZIONE.** I carcinomi più piccoli diagnosticati in esami annuali

Mammografia biennale? Non sempre è sufficiente

Graziella Di Grezia*



Le donne che fanno regolari controlli di prevenzione spesso si chiedono se sottoporsi ad una mammografia biennale come consigliato dai programmi di screening o a controlli annuali. La risposta, che potrebbe sembrare intuitiva, non è così scontata e sem-

pllice. L'istituzione su scala nazionale di programmi di screening, consente, alla luce di valutazioni epidemiologiche e statistiche, di inserire le donne di età compresa tra 50 e 69 anni in inviti ad effettuare una mammografia ogni due anni.

Tuttavia, la valutazione retrospettiva dei risultati degli intervalli di prevenzione ci porta a risultati su cui è necessario riflettere, sempre nell'interesse della donna e del suo stato di salute.

Sono stati analizzati i dati di programmi di prevenzione annuali confrontati con i risultati di mammografie biennali e triennali [AJR 2021] distinguono la coorte di pazienti in tre gruppi: donne che avevano effettuato la mammografia annuale (circa l'80%), biennale (13%) e triennale (5% circa).

Il risultato, per quanto possa apparire concettual-

mente intuitivo, è però supportato da una solida statistica e dimostra che i carcinomi della mammella più piccoli sono quelli diagnosticati in corso di esami mammografici annuali. Le donne che avevano avuto diagnosi in corso di esami biennali o triennali avevano un rischio aumentato di doversi sottoporre a linfadenectomia ascellare e a chemioterapia.

Questo a dimostrare che, al di là dei programmi di prevenzione classica, sottoporsi spontaneamente anche a controlli aggiuntivi incrementa sempre di più la possibilità di riscontrare lesioni piccole e di poter trattare nel modo meno invasivo e traumatico della donna, senza incidere sulla sua sopravvivenza e qualità di vita.

*Radiologo MD PhD





► **TERAPIE.** I giorni immediatamente successivi alla fase ovulatoria comportano sintomi ben precisi

A proposito di ovulazione e fertilità

E' scorretto sostenere che si verifichi sempre al quattordicesimo giorno del ciclo mestruale

Mario Polichetti*



Ovulazione e fertilità sono due temi strettamente connessi tra loro e che suscitano l'interesse di moltissime donne, specie quelle intenzionate a rimanere incinte. Del resto, all'interno del ciclo mestruale, l'ovulazione rappresenta il momento di massima fertilità femminile.

Per capire quando una donna è in fase ovulatoria, esistono diversi trucchi; inoltre, in prossimità di questo momento tipico del ciclo mestruale, si verificano cambiamenti nella cervice, nel muco prodotto dal collo dell'utero e nella temperatura corporea basale, tutti indizi che risultano molto utili ai fini dell'identificazione del cosiddetto periodo fertile.

Ovogenesi

Con svolgimento durante i 28 giorni del ciclo mestruale, l'ovogenesi è il processo di produzione e maturazione di una cellula uovo, da parte di una delle due ovaie.

I momenti salienti dell'ovogenesi sono sostanzialmente tre:

1. La fase follicolare.

Punto d'inizio dell'ovogenesi, la fase follicolare è il momento in cui le ovaie, dopo un preciso stimolo ormonale, producono e portano a maturazione, all'interno di un follicolo, la futura cellula uovo (o cellula uovo primitiva). La fase follicolare copre i primi 14 giorni del ciclo mestruale (N.B: il primo giorno delle mestruazioni indica il primo giorno di un ciclo mestruale).

2. La fase ovulatoria (od ovulazione).

Immediatamente successiva alla fase follicolare, la fase ovulatoria è il momento in cui, a seguito di uno stimolo ormonale diverso dal precedente, la cellula uovo ormai matura si stacca dal follicolo (e dall'ovaio) e si annida nelle tube di Falloppio, pronta a incontrarsi con un eventuale spermatozoo. L'ovulazione dura un giorno e si colloca in genere tra il 14esimo e il 15esimo giorno del ciclo mestruale.

3. La fase luteale.

Infine, con inizio subito dopo la fase ovulatoria, la fase luteale è il momento in cui il follicolo diventa corpo luteo e, in caso di mancata fecondazione della cellula uovo, hanno infine luogo le mestruazioni. La fase luteale copre i rimanenti 14 giorni del ciclo mestruale.

Ovulazione e fertilità

Ovulazione e fertilità sono due concetti del mondo femminile strettamente dipendenti, in quanto, nelle donne, il momento

dell'ovulazione coincide con il periodo di massima fertilità.

Pertanto, per una donna, conoscere il giorno in cui ha luogo la fase ovulatoria significa sapere quando c'è la più alta probabilità di rimanere incinta.

All'interno del ciclo mestruale, l'ovulazione è una fase rigorosamente definita, in quanto non rappresenta soltanto il momento in cui la cellula uovo matura si stacca dal follicolo in direzione di una delle due tube di Falloppio, ma è anche il periodo di massima elevazione ormonale. Questa ingente presenza di ormoni nell'organismo è responsabile di conseguenze, che, a un'analisi attenta, sono rilevabili e riconoscibili.

Concetto di periodo fertile o finestra fertile

Per una donna, il periodo fertile (o finestra fertile) è quell'arco di tempo, durante il ciclo mestruale, in cui un rapporto sessuale ha le più alte probabilità di portare a una gravidanza.

Il periodo fertile ha una durata totale di 6 giorni; ha inizio 5 giorni prima del giorno destinato all'ovulazione e culmina con quest'ultimo, non solo in termini temporali (sesto giorno), ma anche in termini di fertilità (come si è detto, è il momento di massima fertilità).

Prima e dopo il periodo fertile, le speranze che un rapporto sessuale porti a una gravidanza sono molto basse, in alcuni giorni anche prossime allo zero. Sia prima che dopo la finestra fertile, le probabilità di concepimento variano (nel primo caso aumentano, mentre nel secondo diminuiscono) nel giro di poche ore (12-24 ore).

Calcolo ovulazione: le regole

Le fasi che costituiscono l'ovogenesi (f. follicolare, f. ovulatoria e f. luteale) non sono quasi mai definite, ma tendono a sovrapporsi. È per questo motivo che la loro somma temporale totale non supera generalmente mai i 28 giorni del ciclo mestruale.

Tuttavia, è fondamentale ricordare che ogni donna ovula (cioè rilascia la cellula uovo matura nelle tube di Falloppio) secondo i propri tempi fisiologici. Questo significa che è scorretto sostenere che l'ovulazione si verifichi sempre al 14° giorno del ciclo mestruale (si ricorda che il ciclo mestruale comincia con il primo giorno di mestruazioni), sia affidarsi esclusivamente a questa teoria nell'intento di ottenere (o evitare) una gravidanza. Alla luce di ciò, qual è il metodo

migliore per calcolare il momento esatto dell'ovulazione?

Per una donna, una delle strategie migliori per conoscere il giorno della sua ovulazione è considerare l'ultima fase dell'ovogenesi: la fase luteale.

La fase luteale dura sempre 14 o 15 giorni, anche quando il ciclo subisce delle variazioni in termini temporali (cioè è più lungo o più corto del normale), e comincia sempre dopo la fase ovulatoria.

Quindi, per calcolare con buona precisione la possibile data dell'ovulazione, è sufficiente sottrarre i 14-15 giorni della fase luteale alla durata media totale del ciclo mestruale (N.B: ogni donna conosce più o meno quanto dura il proprio ciclo mestruale).

In termini pratici, se la durata media del ciclo mestruale è quella canonica (28 giorni), il calcolo da eseguire sarà: 28-14=14. Da ciò ne consegue che il 14esimo giorno del ciclo mestruale sarà, con molta probabilità, il giorno dell'ovulazione e i giorni precedenti saranno gli altri momenti importanti del periodo fertile.

Come metodo contraccettivo, il calcolo dell'ovulazione basato sulla fase luteale è poco affidabile.

Infatti, ogni donna ovula a modo suo e le possibilità di concepimento, al di fuori della finestra fertile, sono basse e non pari allo zero.



ro (salvo alcuni giorni).

Tre esempi di ciclo mestruale e di calcolo dell'ovulazione

Le alternative più comuni a un ciclo mestruale di 28 giorni sono un ciclo mestruale di 35 giorni e un ciclo mestruale di 21 giorni. Nel caso della prima alternativa, il calcolo dell'ovulazione basato sulla fase luteale (35-14) indica che il 21esimo giorno del ciclo mestruale è quello in cui ha luogo l'ovulazione (con i giorni 16, 17, 18, 19 e 20 che "aprono" la finestra fertile).

Nel caso della seconda alternativa, invece, il calcolo della fase ovulatoria basato sulla fase luteale (21-14) dice che il giorno 7



del ciclo mestruale è il giorno dell'ovulazione (con i giorni di poco precedenti che danno avvio alla finestra fertile).

Sintomi ovulazione

Nella maggior parte delle donne, l'ovulazione è responsabile di segni e sintomi specifici; alcuni di questi segni e sintomi compaiono qualche giorno prima della fase ovulatoria, mentre altri si manifestano soltanto il giorno precedente o il giorno stesso. La sintomatologia che contraddistingue l'ovulazione varia d'intensità da donna a donna, ma in linea generale include sempre le medesime manifestazioni.

Entrando maggiormente nei dettagli, i segni e i sintomi associati all'ovulazione consistono in:

- Variazione delle secrezioni cervico-vaginali. Con l'arrivo della fase ovulatoria, le secrezioni cervico-vaginali modificano la propria consistenza, risultando più fluide e cremose; ricorrendo a un paragone, presentano una consistenza simile a quella dell'album d'uovo crudo. Inoltre, diventano decisamente più abbondanti (aumenta soprattutto la secrezione di muco cervicale) e assumono un colore chiaro. Secondo gli esperti, la variazione delle secrezioni cervico-vaginali rappresenterebbe il segno maggiormente indicativo del sopraggiungere della fase ovulatoria.

- Variazione delle temperature corporea basale. Con l'ovulazione, la temperatura corporea basale aumenta di alcuni decimi di grado (da 3 a 5 decimi di grado). A causare questo aumento di temperatura è il progesterone, un ormone sessuale femminile la cui secrezione subisce un incremento notevole subito dopo l'ovulazione. Per una donna, stabilire il momento del cambiamento della temperatura corporea, durante il ciclo mestruale, può rappresentare un buon metodo di individuazione del probabile giorno di ovulazione. Sulla base di attendibili studi scientifici, gli esperti ritengono che i giorni di maggiore fertilità coincidano con i 2-3

giorni precedenti l'aumento della temperatura corporea.

- Cambiamenti della cervice uterina. La cervice uterina diviene più morbida e "aperta", come se dovesse facilitare un'eventuale concepimento.

- Crampi e dolori addominali. In genere, localizzano a livello del basso ventre, in corrispondenza dell'ovaia da cui si staccherà l'ovulo. Il dolore che caratterizza l'ovulazione è detto mittelschmerz; "mittelschmerz" è un termine tedesco, traducibile in italiano con "dolore da metà ciclo", che fa riferimento al caratteristico dolore addominale che insorge a metà del ciclo mestruale. A detta degli esperti, il mittelschmerz rappresenta un buon metodo di "auto-diagnosi" dello stato di ovulazione.

- Aumento del desiderio sessuale. Nei giorni di maggiore fertilità, le donne tendono a manifestare un aumento della libido sessuale.

- Cambiamenti della consistenza del seno. A causa dell'aumento dei livelli ormonali, che si verifica tipicamente al sopraggiungere della fase ovulatoria e che serve a preparare l'organismo a una potenziale gravidanza, il seno diventa più morbido.

In genere, per le prime tre voci (variazione nelle secrezioni cervico-vaginali ecc.), si parla di sintomi e segni primari dell'ovulazione, mentre, per le voci successive, di sintomi e segni secondari dell'ovulazione.

Come monitorare al meglio le variazioni termiche, durante il ciclo mestruale

Per stabilire il momento del cambiamento della temperatura corporea che caratterizza l'avvenuta ovulazione, una donna può ricorrere alla seguente strategia:

- Misurare giornalmente, a partire dal primo giorno del ciclo mestruale, la temperatura del corpo, attraverso un termometro digitale o un termometro specificamente progettato per la misurazione della temperatura corporea a livello vaginale. Il momento ideale per le misurazioni è al mattino, prima di alzarsi dal letto.

- Annotare su un foglio di carta millimetrata o un foglio di calcolo i dati relativi a ogni misurazione, in modo da ottenere una curva termica, che rispecchi l'andamento della temperatura corpo-



rea, durante il ciclo mestruale.

•Analizzare la curva termica e individuare il momento in cui c'è stata la variazione di temperatura corporea, momento che rappresenta l'avvenuta ovulazione nonché il tramonto del periodo fertile per quel ciclo mestruale. Il monitoraggio della temperatura corporea, con tanto di costruzione di una curva termica, è un buon metodo per capire quando si conclude il periodo fertile, ma presenta almeno un paio di inconvenienti (se così si vogliono chiamare):

1. Il primo inconveniente è che rappresenta un aiuto, ai fini di una gravidanza o di una contraccezione dal ciclo mestruale, soltanto a partire dal ciclo mestruale successivo. Del resto, finché non si è costruita la curva termica non è possibile fare alcuna previsione; 2. Il secondo inconveniente è che richiede una certa regolarità da parte del ciclo mestruale. Infatti, se quest'ultimo tende a variare, il calendario delle variazioni di temperatura corporea sarà sempre diverso.

Segni e i sintomi della fase

successiva all'ovulazione

Come i giorni che precedono di poco l'ovulazione, anche i giorni immediatamente successivi alla fase ovulatoria comportano alcuni segni e sintomi dell'ovulazione caratteristici; tra questi segni e sintomi, figurano:

- Diminuzione del desiderio sessuale. Le donne avvertono un sensibile calo della libido.
- Variazione delle secrezioni cervico-vaginali e diminuzione della loro produzione. Le secrezioni cervico-vaginali diventano più viscosi e appiccicosi, e sono molto meno abbondanti. In alcune donne, possono addirittura scomparire del tutto.
- Un aumento della temperatura corporea basale. Come già detto, il fenomeno dell'ovulazione segna un incremento della temperatura corporea, la quale si riduce nuovamente con l'inizio di un nuovo ciclo mestruale.
- Tensione e/o dolore al seno.

Test di ovulazione

In commercio, esistono kit di facile utilizzo, che permettono a una donna di sapere se è nel periodo fertile e di risalire alla probabile data dell'ovulazione, anche nel caso di ciclo mestruale irregolare.

Notare semplicemente come test di ovulazione, questi kit consistono in strisciole impregnate di un indicatore, il quale evidenzia la presenza dell'ormone LH (od ormone luteinizzante) nell'urina; l'interesse nei confronti di LH è dato dal fatto che è proprio questo ormone che è proprio questi termini quantitativi, a stimolare il rilascio della cellula uovo matura.

Attualmente, i test di ovulazione possono essere digitali o in stick e il loro indice di affidabilità è generalmente pari o di poco superiore al 90%.

Stile di vita e fertilità

In una donna, uno stile di vita sano può aiutare in modo non trascurabile ad aumentare la fertilità.

tà.

Può risultare importante:

•Mantenere il peso forma. Il sovrappeso (di conseguenza anche l'obesità) o il sottopeso possono influenzare in modo significativo la produzione di ormoni sessuali (estrogeni e progesterone) e compromettere la normale ovulazione. È statisticamente provato che il mantenimento di un peso nella norma può aumentare la frequenza di ovulazione e la probabilità di gravidanza.

•Prevenire le infezioni sessualmente trasmissibili. Le infezioni sessualmente trasmissibili (es: clamidia e gonorrea) sono tra le principali cause di infertilità, sia per gli uomini che per le donne. Per proteggersi dalle suddette infezioni, è indispensabile la pratica di sesso sicuro, utilizzando metodi contraccettivi barriera come per esempio il preservativo.

•Adottare un regime alimentare sano. Non esiste una dieta specifica in grado di promuovere la fertilità o aumentare le possibilità di concepimento; tuttavia, l'adozione di una dieta sana può risultare sicuramente di aiuto ai suddetti intenti. Una buona alimentazione può contribuire anche l'uso di alcuni integratori, che apportino particolari vitamine, come per esempio l'acido folico.

•Programmare controlli ginecologici regolari. Controlli medici regolari possono aiutare a rilevare e trattare le condizioni di salute, che potrebbero minacciare la fertilità.

•Gestire lo stress. Secondo alcuni studi, lo stress ridurrebbe le probabilità di concepimento e avrebbe un impatto negativo notevole sulla fertilità femminile. Di conseguenza, è consigliabile ridurlo al minimo.

•Non fumare. Secondo diverse ricerche, il fumo di sigaretta ridurrebbe l'esaurimento prematuro delle cellule uovo (menopausa precoce).

sa precoce).

•Limitare l'assunzione di alcol. L'alcol interferisce con il buon funzionamento del sistema ipotalamo, ipofisi e ovaie, le quali regolano la produzione degli ormoni sessuali.

•Limitare l'assunzione di caffeina. Troppa caffeina può aumentare la produzione di estrogeni o alterare il metabolismo degli estrogeni, il che ha ripercussioni negative su ovulazione e fertilità; per proteggere quest'ultime, quindi, è consigliabile limitare l'assunzione giornaliera di caffeina a massimo 200 milligrammi al giorno (equivalente a circa 240 millilitri o, se si preferisce, a tre caffè espressi).

•Evitare di praticare un'intensa attività fisica. L'attività fisica rappresenta una parte importante quando si parla di stile vita sano. Tuttavia, studi scientifici hanno dimostrato che, in una donna, troppa attività fisica intensa è dannosa per l'organismo, in quanto può ridurre la fertilità, attraverso l'inibizione dell'ovulazione e della produzione di progesterone (triade dell'atleta donna). Per evitare le suddette complicanze, una donna il cui peso è nella norma deve limitarsi allo svolgimento di non più di 7 ore di allenamento aerobico a settimana.

•Evitare l'esposizione alle sostanze tossiche. L'esposizione ad alcune sostanze chimiche o inquinanti può compromettere la fertilità. Un simile inconveniente riguarda soprattutto le donne che operano nel settore industriale farmaceutico o chimico, le donne che lavorano nel settore agricolo, le parrucchiere ecc. In siffatti circostanze, il rischio occupazionale potrebbe indurre disturbi a carico del ciclo mestruale, tali da alterare l'ovulazione e la fertilità.

*Direttore Unità Operativa Gravidanza a Rischio Azienda Universitaria di Salerno

GIANPAOLO PALUMBO



Fin dalle prime civiltà che occupavano il nostro pianeta era ben chiara la descrizione della figura del medico, che all'epoca era un medico/sacerdote circondato da un clima di mistero, ma soprattutto di autorità. La medicina era considerata una specie di religione.

Cambiarono le cose nel Medio Evo allorché il medico era anche un monaco; assunse una veste laica con la Scuola Medica Salernitana e si trasformò in un vero e proprio scienziato nel '900 quando la tecnica e le specialità divennero fondamentali. Come fondamentale divenne il lavoro in ospedale. Purtroppo oggi questo stesso lavoro non è più attrattivo. Pochi decenni fa, essere assunti a tempo indeterminato in reparto ospedaliero era un traguardo, anzi era l'unico obiettivo da raggiungere. Era il posto fisso di prestigio, con opportunità di carriera e soddisfazioni professionali, oltre ad una certa sicurezza economica. Ci si sentiva realizzati e dimettersi da un ospedale era qualcosa di assolutamente folle. Purtroppo oggi non è più così. Nel 2019, dai dati del Ministero del Tesoro: "il 2,9% dei medici ospedalieri ha deciso di dare le dimissioni, di lasciare il lavoro prima di andare in pensione, di licenziarsi. Si tratta di 3123 colleghi, che hanno visto un'alternativa migliore nel privato o nel lavoro sul territorio". Migliore dal punto di vista economico, ma soprattutto per qualità della vita. Le Regioni in cui si registrano maggiori dimissioni volontarie sono quelle del nord: è possibile che la ragione sia da ricercare nelle maggiori opportunità di lavoro nell'ospitalità privata o nel settore libero professionale. Spiccano le Marche al centro, al sud Campania e Calabria.

I dati ministeriali che analizzano il trend degli ultimi 10 anni sono allarmanti: la percentuale di medici che si sono dimessi dagli ospedali risulta in aumento in quasi tutte le regioni italiane: si è passati da una media di

La fuga dei medici dagli ospedali pubblici

1849 medici nel 2009 a 3123 nel 2019.

Le ragioni della "fuga" sono tutte legate ai problemi che quotidianamente si riscontrano in ospedale. Il sito "dotnet.it" le mette tutte a nudo in maniera inconfutabile: il taglio del personale, la carenza di specialisti, le problematiche familiari delle donne medico, la burocrazia giunta ai limiti della torrelabilità, la mancanza di autonomia decisionale e la professionalità non premiata e non incentivata. Inoltre, non esiste il coinvolgimento nei processi decisionali, il rischio di denunce legali e aggressioni, verbali e fisiche è aumentato negli anni e contemporaneamente le ambizioni di carriera sono state rese scarse. Basti pensare che in Italia nel 2009 i direttori di Struttura Complessa, cioè l'apice della carriera professionale, erano 9691, nel 2019 solo 6629, il 31,5% in meno. I Responsabili di Struttura Semplice, il livello immediatamente inferiore, nel 2009 erano 18.536, dopo 10 anni il 44% in meno, cioè 10.368.

In queste condizioni, il privato diventa sempre più attrattivo, anche per la possibilità di un trattamento fiscale agevolato del reddito prodotto. La medicina di famiglia o specialistica ambulatoriale per il fatto di non conoscere il lavoro notturno e festivo.

I medici ospedalieri si sentono pedine per coprire i turni, alle quali mandare ordinari di

servizio, chiedere di sopperire alle carenze del sistema, dalle quali pretendere sempre maggiore produzione ed efficienza.

Ma, c'è da scommettere che la pandemia da Covid-19 aggraverà le fuoriuscite. E lo vedremo probabilmente dal 2021, perché nel 2020 lo spirito di servizio ha certamente fatto posticipare la scelta di dimettersi. Durante l'emergenza i dirigenti hanno duramente



senso di abnegazione, ma le condizioni e i carichi di lavoro non sono migliorati con i mesi. Mentre la stanchezza, il senso di frustrazione e impotenza, fino al burnout fisico e psicologico sono peggiorati. Da eroi della prima ondata sono diventati

oggetto di attacchi, critiche, a volte denunce, nelle fasi successive. Se la politica non interviene, e rapidamente, per motivare, valorizzare, premiare e trattenerli a medici ospedalieri, gli ospedali diventeranno quinte teatri anche se ammodernati dal punto di vista tecnologico, digitale e sismico.

Il Presidente della FNOMCeO, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, Filippo Anelli, ha commentato gli esiti dell'indagine, condotta dal sindacato Anaao-Asso-med: "Il lavoro in ospedale ai tempi del Covid." I dati sono chiari: il 54% dei medici si vede ancora in un ospedale pubblico tra due an-

ni e il 75% ritiene che il proprio lavoro non sia stato valorizzato.

"Non si può fare la sanità senza i medici! E il disagio della Professione non nasce oggi, la pandemia di Covid ha solo messo in luce e amplificato carenze e zone grigie che erano già in atto, frutto di decenni di tagli lineari e di politiche che vedevano la salute e i professionisti come costi su cui risparmiare e non come risorse sulle quali investire..... Carenze di personale, che ha comportato turni di 24 ore di lavoro, che ha portato a pazienti che continuavano ad affluire senza sosta. Carenze a livello edilizio, con l'impossibilità, in molti ospedali, di separare i percorsi 'sporco' e 'pulito'. Carenze strumentali, di posti letto e delle terapie intensive. Carenze di sicurezza, che hanno portato molti medici a contagiarsi, alcuni a pagare con la vita il loro impegno".

Il Presidente dei Medici Italiani ribadisce l'urgenza dell'azione e della ricostruzione: occorre riconoscere e valorizzare l'impegno di tutti i medici. Non solo adeguando finalmente le loro retribuzioni - e le loro condizioni di lavoro - agli standard europei. Ma anche coinvolgendoli, come richiedono a gran voce, nei processi decisionali: chi, meglio di un medico, sa cosa occorre, ai medici e ai pazienti, perché il sistema di cure funzioni con efficienza, efficacia e qualità?".

"...i medici, pur scontenti del loro ruolo, pur incompresi e non valorizzati, non perdono la passione per la Professione. Per quella Professione che è una formula magica, una miscela unica fatta di conoscenze, competenze e valori: di sapere, saper fare, saper essere. Sarebbe un peccato gettare alle ortiche questo patrimonio comune. I medici hanno detto tanti sì, in questa pandemia: ai pazienti, ai principi del loro Codice, del loro Giuramento. Li hanno detti senza esitare, senza pensare un momento se anteporre i loro interessi al bene ultimo della Salute Pubblica. Ora è tempo che la Politica risponda sì alle loro legittime istanze" (Filippo Anelli).

*Medico Federazione medici sportivi italiani



► SOCIETÀ' La ricerca di un paradiso terrestre, così l'uomo trascende verso il divino

Riconciliazione con la natura e nostalgia di futuro

L'umanità deve puntare ad un modello di sviluppo in cui non conti solo l'utile

Luigi Anzalone*



“C”è un quadro di Klee che s'intitola *Angelus novus*. Vi si trova un angelo che si trova in atto di allontanarsi da qualcosa su cui fissa lo sguardo. Ha gli occhi spalancati, la bocca aperta, le ali distese. L'angelo della storia deve avere questo aspetto. Ha il viso rivolto verso il passato. Dove ci appare una catena di eventi, egli vede una catastrofe, che accumula senza tregua rovine su rovine e le rovescia ai suoi piedi. Egli vorrebbe ben trattenerli, de-stare i morti e ricomporre l'infranto. Ma una tempesta spira dal paradiso, che gli si è impigliata nelle ali ed è così forte che egli non può chiuderle. Questa tempesta lo spinge irresistibilmente verso il futuro, cui volge le spalle mentre il cumulo delle rovine sale davanti a lui nel cielo. Ciò che chiamiamo progresso è questa tempesta”.

E' questa la più celebre e concettosa, bella ed enigmatica *Tesi di Filosofia della storia* (la nona su 18, che è il loro numero complessivo) che Walter Benjamin, il grande filosofo ebreo tedesco, compose nei giorni immediatamente precedenti il 25 settembre



Walter Benjamin

1940, l'ultimo della sua breve vita, quando, trovandosi a PortBou al confine franco-spagnolo sui Pirenei, insieme ad altri ebrei e antifascisti che fuggivano dalla Francia assoggettata a Hitler, nella notte si tolse la vita ingerendo una capsula di cianuro per non cadere nelle mani della Gestapo cui stavano per consegnarlo le guardie spagnole l'indomani mattina. Aveva quarantotto anni.

Mai come da più di un anno a questa parte appare sinistramente e lugubramente evidente quanto sia drammaticamente, tragicamente profetica questa tesi di Benjamin. Infatti Le “sorti pro-



Pandemia in India

gressive e magnifiche” della società tecnologico-capitalistico-borghese, su cui amaramente ironizzava Giacomo Leopardi, ci hanno portato all'ecatombe della pandemia del Covid. La diffusione della pandemia, per lo più zoonosi (ossia di origine animale tramite la trasmissione di virus che negli uomini hanno effetti mortali), in tutti i paesi del pianeta Terra, così potentemente resa possibile e malignamente enfatizzata dal sistema del mercato globale, è testimoniata da queste allucinanti cifre del contagio e dei morti: sino a oggi sono circa 164 milioni i contagiati, circa tre milioni e mezzo i morti. In Italia i contagi hanno superato i quattro milioni, speriamo non arrivino a cinque; i morti sono più di 125.000. Si è cominciato, finalmente, da qualche mese, a fronteggiare l'ecatombe, specie nei paesi occidentali, con i vaccini anti-covid, sperando che entro quest'anno essa possa finire o quasi del tutto scemare. Ma altre pandemie e disastri si preannunciano, come fin dal 2012 ha previsto un autorevole studioso e giornalista, David Quammen nel suo libro quanto mai documentato e impressionante, *Spillover. L'evoluzione delle pandemie*. E si comprende. Dice Quammen. “Abbiamo aumentato il nostro numero fino a sette miliardi e più e arriveremo a nove miliardi (...). Abbiamo violato, e continuiamo a farlo, le ultime grandi foreste e altri ecosistemi intatti del pianeta. A colpi di sega, di ascia, ci siamo fatti strada in Congo, in Amazzonia, nel Borneo. Uccidiamo e mangiamo gli animali di questi ambienti. Ci installiamo al posto loro, fondiamo villaggi, campi di lavoro, città, industrie estrattive, metropoli. Esportiamo i nostri animali domestici, che rimpiaz-

zano gli erbivori nativi. Mezzo milione di tonnellate di bovini allevati in modo intensivo, che si alimentano dove vivevano erbivori selvatici sono solo un'altra forma di impatto umano sull'ambiente del nostro appetito. E siamo consumatori affamati, a livelli senza precedenti. Nessun altro primate ha pesato così tanto sul pianeta, neanche lontanamente. In termini ecologici siamo quasi paradossali: animali di grande corporatura e molto longevi, ma assurdamente numerosi. Siamo un'esplosione, una pandemia”. Insomma, abbiamo innanzitutto irresponsabilmente e scioccamente distrutto alberi, foreste e quasi tutti gli altri *habitat* animali; la qualcosa è la causa prima, insieme alle guerre, delle pandemie ed epidemie. Di più e peggio: abbiamo sfruttato a tal punto la natura che l'inquinamento dell'aria, della terra, dell'acqua delle sorgenti, dei fiumi, dei laghi, dei mari e degli oceani ha raggiunto un livello intollerabile, insostenibile per il nostro ecosistema. E mentre da decenni ormai il clima del pianeta subisce preoccupanti variazioni con l'aumento della temperatura e aumenta il buco dell'ozono e si sciogliono i ghiacciai dei poli e migliaia di specie terrestri e marine scompaiono, i disastri ambientali si susseguono a ritmo incalzante e con una potenza distruttiva crescente. Detto in breve, l'entropia ecologica con le sue catastrofi e le epidemie e pandemie sembrano preannunciare la fine della vita della specie umana sulla terra o,



Operatori sanitari

al massimo, per i sopravvissuti il ritorno all'età della pietra o quasi. Sembra quasi che debba avverarsi la profezia di Davide, in cui un Newton cabalista ed esoterico, non più solo grande scienziato, credeva, fissando la fine del mondo nel 2060.

Che fare? La risposta appare semplice, anche se non sembra trovi chi l'ascolti in questo tempo in cui la Sinistra appare “vulgo disperso” dopo la caduta del Muro e la fine del comunismo. Non basta pensare e mettere in atti tentativi di parziale riconversione ecologica dell'attuale sistema di sviluppo capitalistico-finanziario della borghesia. Bisogna riconciliarsi con la natura, modificando nel profondo questo sistema di sviluppo che, sulla base di una illimitata volontà di potenza e di un cinico e sfrenato utilitarismo, non solo ha sfruttato e sfruttato l'uomo a livello inumano, ma ha manipolato e manipola la natura fino a creare una “seconda natura: quella dell'universo merceologico-consumistico in cui viviamo in quanto ridotti anche noi esseri umani a merci. Un siffatto sistema ha coltivato la tragica illusione - i cui sottili meccanismi tecnico-scientifici sono stati indagati e brillantemente spiegati da Giuliano Miniccheillo - di poter assoggettare la natura, di interiorizza-

non sia più il solo criterio delle scelte produttive e il consumismo lo stile di vita generalizzato e comunque iperprevalente. Bisogna, sulla scorta di Nietzsche, essere “fedeli alla terra”, nel senso di rispettarla, di adoperare la tecnica per reintegrarne la bellezza e l'originarietà e la feracità, adottando stili di vita in cui la qualità delle cose che sanno di spirito, di poesia, di pensiero, di cultura facciano aggio su tutto. Almeno per i più degli umani. Direbbe Ernst Bloch, sulla scorta di Marx: bisogna “naturalizzare l'uomo”. Questa non è una cosa impossibile, ma rientra nell'essenza, la nostalgia di futuro, ovvero nell'ontologia dialettica dell'Occidente, dell'umanità che ha definito la sua morfologia storico-esistenziale sulla base dell'Evento della Caduta. Da quell'Evento in poi l'uomo occidentale, espulso dalla sua patria metafisico-religiosa, ha cercato di essere-di-casa e di avere una patria nel mondo, sentendosi ad essa estraneo e nello stesso tempo non volendo essere tale. Così, il suo passato extratemporale, come passato che non passa, è diventato il suo futuro, di cui il *medium* con il passato è la nostalgia. La nostalgia dà il senso di una mancanza, di un mancato ritorno, ma è un ritorno la cui unica possibilità di essere tale è di

andare avanti nella sua ricerca, di andare verso di esso, di farsi futuro, mentre la nostalgia si fa desiderio. Desiderio di colmare una mancanza, proiettando nel futuro il passato. L'uomo, così, vive il presente costruendo il suo futuro, che è il suo passato originario e avendolo come senso, come orizzonte di senso. In breve, definisce il suo cammino nel tempo. Ne viene che la ricerca-costruzione di qualcosa che somigli al paradiso terrestre è un trascendere nell'immanenza verso il divino che è nell'uomo e lo rende capace di ciò che affratella “l'umana compagnia”, crea la società dei “liberi e uguali”, lo fa sentire in sintonia e in pace con la nostra anima e con



L'Angelus Novus di Klee

l'anima del mondo. Universo mondo che, come che sia stato, è pur sempre stata creato, direbbe Platone, da un “Dio buono e senza invidia”, che aveva dinanzi a se archetipi luminosi e belli. E direbbe la Bibbia, tramite l'uomo, sa rendere “buone tutte le cose”.

*Filosofo

▶ **PREVENZIONE.** *E' una delle malattie reumatologiche più diffuse e non diagnosticata*

Ecco come curare l'artrite psoriasica

Mario e Alessandro Ciarimboli*

Una delle malattie reumatologiche più diffuse e spesso non diagnosticata o non curata adeguatamente è l'artrite psoriasica, malattia classificata come spondiloartrite e che colpisce in Italia oltre centomila persone. Come è ben noto la psoriasi è una malattia della pelle che colpisce il 3% della popolazione e che spesso può causare in queste persone una infiammazione delle articolazioni e che, appunto, si chiama artrite psoriasica. Questa artrite interessa le articolazioni periferiche, asimmetricamente a destra o sinistra, e la colonna vertebrale (spondiloartrite). L'infiammazione articolare si verifica pertanto in persone affette dalla psoriasi, ben nota malattia della pelle, o che in famiglia, tra i parenti di primo e secondo grado (genitori, nonni, fratelli ecc.), hanno casi di psoriasi. Nessuna età è esente dalla artrite psoriasica anche se maggiormente colpisce la fascia di età compresa tra 30 e 40 anni. Il 20% quindi degli ammalati di psoriasi cutanea sviluppa l'artrite che riconosce l'ereditarietà alla sua base. Al meccanismo ereditario possono aggiungersi altre cause, per la verità ancora non ben conosciute, come il possibile intervento di batteri che agiscono sulla predisposizione ereditaria in presenza di fattori occasionali scatenanti (traumi o malattie acute). Questo tipo di azione concomitante (attività di un batterio in un momento di stress fisico) può causare nell'organismo una risposta immunitaria che provoca l'infiammazione articolare o della pelle. Clinicamente l'artrite psoriasica si presenta, come è facile immaginare, con gonfiore e dolore delle articolazioni colpite (ginocchia, caviglie, mani, piedi) e con interessamento della colonna vertebrale (cervicalgia, lombalgie) e delle articolazioni sacro iliache ove è intenso il dolore. Oltre manifestazione clinica frequente è l'infiammazione dei tendini come la fascia plantare o il tendine di Achille o, in particolare, dei tendini delle dita causando il cosiddetto "dito a salsicciotto". Se è presente la malattia della pelle vengono interessati punti inizialmente caratteristici come i gomiti, il cuoio capelluto e le unghie. Tipica dell'artrite è la rigidità al mattino, al risveglio. L'artrite psoriasica

quindi si riconosce per la presenza dei sintomi sopra descritti ed in riscontro di psoriasi cutanea o familiarità psoriasica. Contrariamente ad altre malattie reumatologiche il laboratorio aiuta poco nell'identificare la malattia non esistendo esami specifici. Le analisi che identificano l'infiammazione (PCR, VES ecc.) sono positive ma, come è noto, non sono specifiche giacché possono essere alterate in corso di molte altre patologie. Di maggior aiuto sono la radiografia, la RMN e l'ecografia delle articolazioni che fanno rilevare l'infiammazione articolare ed alcuni segni caratteristici della malattia. In definitiva la malattia viene diagnosticata da un attento specialista reumatologo con la sua esperienza clinica che consente peraltro la cura adeguata. Gli obiettivi delle cure

sono naturalmente rappresentati dalla riduzione del dolore, dal miglioramento dello stato funzionale delle articolazioni e dalla prevenzione di danni anatomici alle articolazioni. Le cure consistono nel saggio ed attento uso di farmaci antinfiammatori steroidei (cortisone) e non steroidei (FANS come Aspirina, Indometacina, Chetopofene, Diclofenac, Meloxicam ecc.), che consentono un immediato controllo della infiammazione e del dolore. A questi possono essere associati i farmaci antireumatici (DMARDs) di cui abbiamo parlato in precedenti articoli e che consentono nel tempo un rallentamento dell'evolversi della malattia. I DMARDs - Disease Modifying Anti-Rheumatic Drug - sono farmaci usati come terapia di fondo. In particolare, si fa ricorso a Metotrexato, Sul-

fasalazina, Ciclosporina, Leflunomide, Idrossiciclorochina. Negli ultimi anni sono stati introdotti in terapia farmaci biologici o meglio tecnobiologici che agiscono su targets (bersagli) specifici del processo infiammatorio. Essi sono farmaci in grado di bloccare i processi infiammatori che causano la patologia. Si prescrivono in genere nei casi di mancata risposta al trattamento con DMARDs. Ricordiamo Etanecept, Infliximab, Adalimumab, Ustekinumab, Secukinumab, Ixekizumab, Golimumab (Simponi), Certolizumabpegol (Cimzia), Apremilast (Otezla). Le linee guida di trattamento prevedono il trattamento con FANS e l'uso dei DMARDs prima dei biologici nel caso di artrite delle "grosse articolazioni" come ginocchia e caviglie. Se invece sono presenti infiammazioni



dei tendini come manifestazione clinica preponderante è raccomandato l'uso dei farmaci biologici. In associazione alle terapie mediche è raccomandata la chinesiologia, attività motoria articolare da utilizzare al di fuori delle fasi di infiammazione articolare con l'obiettivo di conservare la funzionalità articolare. In particolare, questo tipo di terapia è riconosciuta come

LEA (terapia facente parte dei Livelli Essenziali di Assistenza): la nostra Regione Campania fornisce in accreditamento ex art. 44 il Profilo riabilitativo 3 che appunto prevede intervento di rieducazione motoria e mobilitazione articolare in caso di artrite, ripetibile dopo riacutizzazione del processo flogistico curato con i farmaci sopra citati.

*FISIATRI

ALIMENTAZIONE

Fave, dalle proprietà depurative all'azione benefica sul cervello

Maria Luisa D'Amore*



Spesso dimenticate e sottovalutate, le fave rappresentano uno degli ortaggi di elezione del periodo primaverile che vanta un uso diffuso già da tempi più remoti: come per i fagioli e le patate, infatti, anche le fave in passato hanno rappresentato l'elemento essenziale del regime alimentare delle classi sociali meno abbienti, visto il loro scarso costo e la loro facilissima reperibilità in quanto erano usate anche come alimento per gli animali da foraggio.

Il nome scientifico della fava è Faba Vulgaris, o Vicia Faba: la pianta, appartenente alla famiglia delle Fabacee, vanta prevalentemente uno sviluppo verticale e presenta un fusto eretto e molto ramificato alla base; similmente ai piselli, le fave crescono raccolte in baccelli della lunghezza media di 20 centimetri, contenenti al loro interno larghi semi carnosì e di colore giallastro.

Benché le fave siano originarie dell'Asia Minore, da tempo ormai memorabile riempiono le tavole e i ricettari tipici di molte zone d'Italia, con maggiore frequenza in Puglia, Sicilia e Sardegna: che siano consumate crude, al vapore o come elemento principale di pasta e risotti, questi ortaggi sembrerebbero essere sempre una garanzia di bontà.

Ma non solo gusto. In un'ottica più strettamente nutrizionale, infatti le fave si assestano tra gli ortaggi con più alto contenuto proteico (anche più dei fagioli): esse contengono, circa il 5% di proteine, 5% di fibre; 4% di carboidrati ma soprattutto pochissimi grassi; il restante 80% è invece totalmente costituito da acqua.

Sono ricche di vitamine, tra cui si ricorda l'acido ascorbico, e minerali, come potassio, magnesio, rame, selenio e ferro; proprio per l'alto contenuto di ferro il consumo di fave sembrerebbe utile per contrastare l'anemia.

Alla luce dei numerosi nutrienti contenuti, le fave aiutano il nostro organismo in modi spesso poco noti:

• Aiutano a rimanere in forma: essendo costi-

tuite per la maggior parte di acqua, e potendo vantare un contenuto molto alto di proteine e fibre, le fave sono in generale un alimento amico del peso forma. Dovrebbero, per questo motivo essere inserite nella dieta di tutti i giorni per mantenere delle sane abitudini alimentari.

• Aiutano a prevenire il diabete e a ridurre il colesterolo: tra le qualità non note a tutti delle fave, spicca sicuramente per importanza la loro capacità di stabilizzare i livelli di colesterolo nel sangue. Le fibre, ne prevengono l'accumulo oltre a regolarizzare i livelli di glucosio ematico ed evitare condizioni di insulino-resistenza.

Poiché inoltre, alti livelli di colesterolo e zuccheri sono tra gli attori principali per lo sviluppo di patologie circolatorie, ne consegue che il consumo abituale di fave si traduce in una riduzione del rischio di infarto.

• Proprietà depurative e diuretiche: il grande contenuto di acqua li rende legumi adatti per combattere la ritenzione idrica e sostenere la corretta funzionalità renale.

• Hanno un'azione benefica sul cervello: soprattutto in questi ultimi anni le fave si sono imposte per la loro potenziale azione benefica a livello neuronale.

Esse contengono infatti levodopa, un amminoacido intermedio della via biosintetica della dopamina che aiuta a mantenere in salute l'organismo e che, ad oggi, è il farmaco di elezione nella lotta contro il morbo di Parkinson.

È però doverosa una precisazione: sebbene la pianta di fave sia effettivamente in grado di produrre L-dopa, ad oggi non esistono studi scientifici inconfutabili sulla relazione tra la levodopa contenuta nelle fave e il trattamento del Par-

kinson, anche perché solo alcuni pazienti affetti da Parkinson e sottoposti ad una quotidiana assunzione di fave hanno mostrato significativi benefici, mentre per altri i miglioramenti sono da ritenersi praticamente nulli. Diversamente dagli altri ortaggi però, le fave possono anche essere pericolose per la salute: in soggetti sensibili e già precedentemente predisposti, il consumo di fave può innescare una reazione allergica che, nei casi più gravi e non trattati, può progredire rapidamente e indurre al coma. Esse inoltre, non dovrebbero mai essere assunte in concomitanza a farmaci inibitori delle monoamminossidasi (MAO); la levodopa contenuta nelle fave associata a dopamina può comportare crisi ipotensive. Il divieto massimo al consumo di fave è imposto di sicuro ai soggetti affetti da favismo: si tratta di un difetto genetico a trasmissione ereditaria con la cromosoma X, dell'enzima glucosio 6-fosfato deidrogenasi, contenuto

principalmente nei globuli rossi. Il soggetto carente dell'enzima, quando ingerisce fave, induce la lisi dei globuli rossi avviando così una cascata di reazioni che termina in un'anemia emolitica acuta e una colorazione giallastra della pelle (ittero). In ultimo una curiosità.

Il consumo delle fave in passato era anche, in determinate cerchie intellettuali, vietato per "legge": è il caso del filosofo greco Pitagora che aveva riportato al numero trentasette delle trentanove "regole di purificazione" per i suoi discepoli, il divieto assoluto di mangiare fave. All'origine del divieto potrebbero esserci ragioni disparate, che si muovono dalla scienza al simbolismo: poteva trattarsi di una forma di precauzione contro il favismo, oppure era legato al fatto che questo legume era considerato impuro. Le fave erano infatti utilizzate per il culto dei morti, in quanto il loro stelo liscio le faceva ritenere punto di contatto con il mondo dell'Ade.

Per tali ragioni ai pitagorici era persino vietato toccarle: la leggenda narra che, lo stesso Pitagora, abbia preferito farsi uccidere dai suoi sicari piuttosto che attraversare un campo di fave.

*Biologa-Nutrizionista



**► OSPEDALI.** *Far convivere i bisogni di salute della popolazione anziana e i limiti dell'organizzazione delle strutture*

Aree geriatriche, ecco perché sono indispensabili

Pino Rosato*



Alla domanda a cosa serve un'area a valenza geriatrica in uno ospedale moderno si può facilmente rispondere perché l'invecchiamento della popolazione è un fenomeno non nuovo, ampiamente previsto e studiato e perché la GERIATRIA ha sviluppato negli ultimi trent'anni un numero rilevante di modelli di cura che hanno migliorato la qualità di vita delle persone.

La GERIATRIA ha dimostrato outcome migliori per le persone anziane ricoverate negli ospedali per acuti, nelle unità di terapia intensiva per la gestione del delirium, nelle ortopedie (ortogeriatriche), nei reparti di post acuti (unità di valutazione e riabilitazione geriatrica) e nella gestione territoriale della cronicità come supporto alla medicina di prossimità con costi ridotti.

Come è possibile quindi far convivere bisogni crescenti di salute della popolazione anziana e le qualità delle cure con i limiti derivanti dall'attuale organizzazione ospedaliera? Cerchiamo di affrontare i punti principali del problema:

1) L'ospedale è sempre più un ospedale per anziani ed è indubbio che per fornire a questi pazienti un livello adeguato di cure e necessario una cultura e una prassi geriatrica che non si improvvisano;

2) Per far bene la medicina degli anziani è innanzitutto necessario conoscere i principi della gerontologia e geriatrica;

3) La presentazione di una patologia è spesso diversa in un anziano in quanto segno caratteristico dell'invecchiamento è la ridotta capacità di rispondere allo stress;

4) La risposta dell'organismo che tipicamente genera i segni e i sintomi di una malattia nella persona anziana non è mai così attiva;

5) Una malattia non si presenta mai da sola: il coinvolgimento di più organi e sistemi è la regola, così come regola è la necessità di utilizzare più farmaci contemporaneamente;

6) Le malattie si presentano più spesso come "SINDROMI" (le cadute, il delirium, la sarcopenia ecc...) e la definizione della relazione fra la presentazione clinica, le singole patologie, i dati biologici, la risposta alla terapia e all'assistenza in generale è complessa e richiede un approccio unitario piuttosto che la frammentazione in sottosistemi;

7) La definizione dei risultati dell'intervento non è automatica (quasi mai la guarigione è completa, più spesso è la prevenzione o la riduzione della disabilità, sempre è il sollievo dei sintomi),



ma richiede una precisa definizione della prognosi che dipende a sua volta dall'interazione fra i controlli fisici, mentali e socio-ambientali.

Fondamenti della specialità geriatrica sono:

-La FRAGILITÀ che rappresenta uno stato di facile vulnerabilità,

di ridotta capacità a recuperare l'equilibrio che si è rotto dopo un evento acuto stressante;

-La co-presenza di altre patologie e della loro gravità;

-L'impatto sulla DISABILITÀ e la PROGnosi del paziente.

La ricerca ha affrontato il pro-

blema della gravità delle patologie e della loro co-presenza (polipatologie, comorbidità, multimorbidità) e questa situazione rappresenta un nodo cruciale nella comprensione dello stato di salute soggettivo, della definizione prognostica e delle possibilità terapeutiche.

La disabilità nell'anziano è la conseguenza principale delle malattie croniche e della loro combinazione. Poiché la prevalenza della maggior parte delle patologie croniche aumenta con l'età, con essa aumenta anche la prevalenza della disabilità. Pertanto, il fenotipo del paziente anziano è la risultante dell'interazione tra processi biologici propri dell'invecchiamento, dalla presenza delle malattie di gravità variabile e della loro combinazione, della fragilità, della disabilità, della demenza e delle variabili sociali. Ognuno di questi aspetti è oggetto specifico della GERIATRIA. Una risposta adeguata, in ospedale come nel territorio, richiede un sistema organizzato che coinvolge la prassi medica, quella infermieristica, le relazioni strutturate fra i vari livelli di intensità di cure e i diversi luoghi delle cure.

L'intervento è necessariamente multiprofessionale e deve vedere coinvolti medici, infermie-

ri, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali nel raggiungimento di un obiettivo clinico e assistenziale condiviso.

In un ospedale moderno, soprattutto se di grandi dimensioni, non può non esserci un'area geriatrica organizzata in più strutture con funzioni differenziate: quella dei ricoveri dei casi più complessi (area di cure intensive geriatriche), quella di supporto ai Servizi di Pronto Soccorso ed alle aree chirurgiche, quella di lungodegenza e riabilitazione ed infine un'area di formazione della "cultura geriatrica" che deve essere diffusa.

Il geriatra, nel contesto di tale complessità formativa, organizzativa e gestionale, si trova ad essere una sorta di super specialista trasversale a più aree cliniche e sociosanitarie e l'ospedale, che spesso è uno snodo indispensabile per la cura dell'anziano con patologia acuta o riacutizzazione di una patologia cronica, deve essere in grado di connettersi con la rete dei servizi e garantire un livello adeguato di cure.

**Cardiologo e Geriatra
Presidente CDA Casa di Cura "Villa dei Pini"
Avellino**

La pandemia in rapporto con la salute mentale

Dopo un anno di pandemia è innegabile che il 'trauma collettivo da Covid-19' abbia creato un reale impatto sulla salute mentale collettiva. A pagarne il prezzo più alto sono stati i più fragili, a cominciare da bambini/e e adolescenti che, a causa di un maggiore componente stressogeno all'interno del proprio nucleo familiare, sono esposti a maggiore rischio di maltrattamento. E' questo il quadro allarmante che emerge dalla IV edizione dell'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia curato da Fondazione Cesvi: 'In una situazione di sofferenza generalizzata, la futura generazione è messa gravemente a rischio ed è necessario adottare, quanto prima, un intervento multidimensionale di medio e lungo termine per le politiche di prevenzione e contrasto al maltrattamento, oltre a quelle di cura della salute mentale per evitare che il trauma da Covid-19 accresca il fenomeno - spiega la fondazione -. La lettura di dati numerici del fenomeno del maltrattamento non può non tener conto di questi elementi: solo tenendo in considerazione anche questi fattori è possibile restituire una fotografia chiara del rischio al quale sono esposti migliaia di bambini e adolescenti nel nostro Paese dopo un anno di pandemia'. Dalla ricerca, infatti, emerge l'opinione condivisa sull'esistenza di uno specifico 'trauma collettivo da Covid-19' che ha agito da detonatore di disagio grave, in special modo tra le persone e le famiglie già fragili o con traumi pregressi. Nelle famiglie più fragili è infatti aumentata in modo preoccupante la conflittualità, la violenza contro le donne e la violenza as-



sistita e subita dai minori. Se si considera che la casa rappresenta il luogo più pericoloso (tra il 60/70% dei bambini/e tra i 2 e i 14 anni di età ha vissuto episodi di violenza emotiva da parte dei propri caregiver) è facile intuire come i periodi di lockdown abbiano costituito una aggravante della problematicità. Nell'ultimo anno abbiamo assistito anche a un forte stress negativo sullo stato di salute mentale di genitori e bambini/e legato a fattori quali la paura di ammalarsi, i minori contatti sociali, le preoccupazioni economiche e l'insegnamento online, contribuendo all'aumento del burnout genitoriale, situa-

zione in cui è stato dimostrato essere più probabile che i bambini e le bambine vengano maltrattati anche in presenza di fattori protettivi quali, ad esempio, il livello di reddito o di istruzione, dal momento che si tratta di un fenomeno che colpisce potenzialmente tutti i tipi di famiglie. Il 43% degli italiani e delle italiane, inoltre, ha riportato un peggioramento della salute mentale nell'ultimo anno. Il Covid-19 rappresenta, dunque, un potente fattore di rischio per il maltrattamento all'infanzia: un quadro tanto più preoccupante se si considera che il fenomeno emergerà in tutta la sua portata solo quando la pandemia sarà conclusa. Ad aggravare il quadro complessivo della situazione di bambini e adolescenti in Italia, il dato riportato dall'Indice che riguarda l'impatto del Covid-19 sulla loro salute mentale: in generale c'è stato un aumento nelle richieste di aiuto psicologico per bambini/e e ragazzi/e e si è registrato un aumento dei tentativi di suicidio di ragazzi/e, specie durante la seconda ondata della pandemia: dall'ottobre del 2020 fino ad

oggi sono aumentati del 30% i tentativi di autolesionismo e di suicidio da parte degli adolescenti. E' quindi evidente l'urgenza di un intervento sul sistema dei servizi alla famiglia e ai minori: 'Le istituzioni devono agire subito. Dopo anni di mancati investimenti, il nostro Paese si è presentato chiaramente impreparato alla prova della pandemia. E' dunque indispensabile un rafforzamento dei servizi territoriali per renderli all'altezza della sfida che ci attende. Il rischio di maltrattamento per i nostri bambini e le nostre bambine crescerà in modo esponenziale e con esso il bisogno di cure mentali'.

