



Farmaci scaduti? Ecco cosa fare

Mariolina De Angelis*



Può succedere di assumere una compressa di un farmaco scaduto come per esempio quella presente in una confezione di Tachipirina posta in fondo al cassetto dei medicinali che usiamo in emergenza. Per quanto riguarda la forma farmaceutica delle compresse e delle capsule, la letteratura che deriva da studi recenti, ha evidenziato che assumere un farmaco scaduto anche dopo un anno

non crea problemi in termini di sicurezza. Recenti studi in merito alla stabilità hanno poi dimostrato che le compresse anche di un farmaco scaduto rimangono stabili dall'80 al 100% nei due anni successivi alla scadenza. Perciò se si assume accidentalmente un farmaco sotto forma di compressa oltre la data di scadenza non occorre andare nel panico. La condizione più plausibile è che abbia perso la propria efficacia, per cui per ottenere l'effetto desiderato sarà opportuno recarsi in farmacia per acquistare una confezione nuova del farmaco stesso. La componente si può alterare inve-

ce in maniera negativa e pericolosa, circa la conservazione non adeguata dei medicinali in casa. Infatti dal momento in cui apriamo la confezione e il suo blister, la conservazione ottimale del farmaco potrebbe essere compromessa. Ciò soprattutto se il farmaco viene conservato in stanza umida, come può essere il cassetto in bagno o una mensola della cucina. I farmaci per restare stabile ed efficace dopo l'apertura della confezione devono essere conservati in ambienti a umidità costante e a temperatura stabile, non inferiore a 10 gradi né superiore a 25. Situazione questa che rende po-

co adatti alla conservazione i luoghi in cui abitualmente riteniamo ideali. Sono luoghi questi in cui la temperatura e l'umidità non subiscono quindi variazioni: la camera da letto e soggiorno. Il discorso cambia quando si parla invece di preparazioni iniettabili, di sciroppi, di gocce. Questi infatti non devono essere assunti oltre la data di scadenza, soprattutto se mostrano alterazioni quali sedimenti o torbidità. prima dell'assunzione, quindi, occorre sempre controllare l'integrità della formulazione per evitare spiacevoli inconvenienti. Per i colliri invece, oltre la data di scadenza e la pos-

sibile formazione di sedimenti, occorre controllare sulla confezione per quanto tempo è possibile assumere il farmaco dopo la sua apertura, solitamente non più di un mese. Ma ci sono anche colliri che possono essere utilizzati anche un mese dopo la data di apertura. E' opportuno quindi conservare i medicinali in modo adeguato e controllare ogni 6 mesi la data di scadenza delle confezioni che abbiamo in casa, in tal modo il ridurremo la probabilità di assumere accidentalmente farmaci scaduti, anche in formulazioni più delicate delle compresse.

*Farmacista

► **TERAPIE.** *Decisiva può risultare la tecnica chirurgica che corregga tale prolasso*

Prevenire la Malattia Emorroidaria

Claudio Di Nardo*



La malattia emorroidaria è una patologia che interessa i plessi venosi emorroidari del canale anale. Per comprendere a fondo l'origine di essa sono fondamentali alcune conoscenze sulla anatomia dei "cuscinetti

emorroidari" e sul loro ruolo fisiologico nella continenza anale nei confronti dei gas intestinali e delle feci. (Thomson, 1975).

Infatti in sede anale il plesso vascolare forma tre tipici "cuscinetti emorroidari interni", strutturalmente formati da capillari arterovenosi che creano delle vere e proprie lacune vascolari fasciate da muscolatura liscia. Tali cuscinetti emorroidari ricevono una ricca irrorazione sanguigna dalle arterie emorroidarie, finalizzata appunto a determinare un rigonfiamento di essi, tale da contribuire in maniera significativa alla funzione della continenza anale.

Secondo i sostenitori di questa visione anatomo-fisiologica dei cuscinetti emorroidari interni, il meccanismo che è alla base della malattia emorroidaria è quello del prolasso, ovvero lo scivolamento all'esterno dell'ano di questi cuscinetti insieme alla mucosa che li ricopre, a seguito della degenerazione del loro apparato di sostegno, struttura fibrosa detta legamento di Treitz. A tale meccanismo si associa spesso la degenerazione del tessuto di sostegno dell'anoderma, la cute anale priva dello strato corneo, per cui si determina uno scivolamento distale anche di questo.

Le inevitabili alterazioni vascolari che conseguono al prolasso emorroidario, quali stiramento e danni strutturali, determinano un ostacolo al deflusso venoso con

conseguente rigonfiamento dei cuscinetti emorroidari, stasi venosa e quindi trombosi emorroidaria. Queste alterazioni vascolari pertanto caratterizzano clinicamente la malattia, che si manifesta con varie forme di incontinenza, dall'ano umido al "discharge", la tromboflebite, il sanguinamento, la mancata risposta sfinteriale riflessa.

Se la malattia emorroidaria è secondaria al prolasso muco-emorroidario, una tecnica chirurgica che corregga tale prolasso inevitabilmente sarà curativa della malattia. Tale tecnica, messa a punto per la prima volta da Longo, corregge il prolasso muco-emorroidario mediante l'escissione di un cilindro della mucosa rettale distale e l'interruzione dei rami arteriosi che la irrorano, servendosi di una Suturatrice Meccanica Circolare (Stapler) che taglia e cuce contemporaneamente, risultato della ricerca tecnologica di industrie dedicate al settore. L'esito chirurgico dell'intervento è una sutura muco-mucosa in sede rettale distale.

Il razionale terapeutico di questa tecnica si basa sul fatto che l'asportazione di un cilindro di mucosa rettale, operando un "lifting" della parete anoretale, corregga di fatto il prolasso riportando la mucosa anale nella sua sede corretta e determinando un miglioramento del deflusso venoso. Inoltre questo "lifting", stirando in alto la mucosa rettale, riduce l'attrito tra cilindro fecale e mucosa durante la defecazione, abbassando così il rischio di lesione traumatica e quindi di sanguinamento. Alla prevenzione di questo contribuisce anche l'interruzione dei rami arteriosi, con la conseguente riduzione dell'afflusso arterioso a livello della mucosa anale.

E' necessario ribadire che questa procedura chirurgica non è una emorroidectomia, infatti vi è il risparmio della mucosa



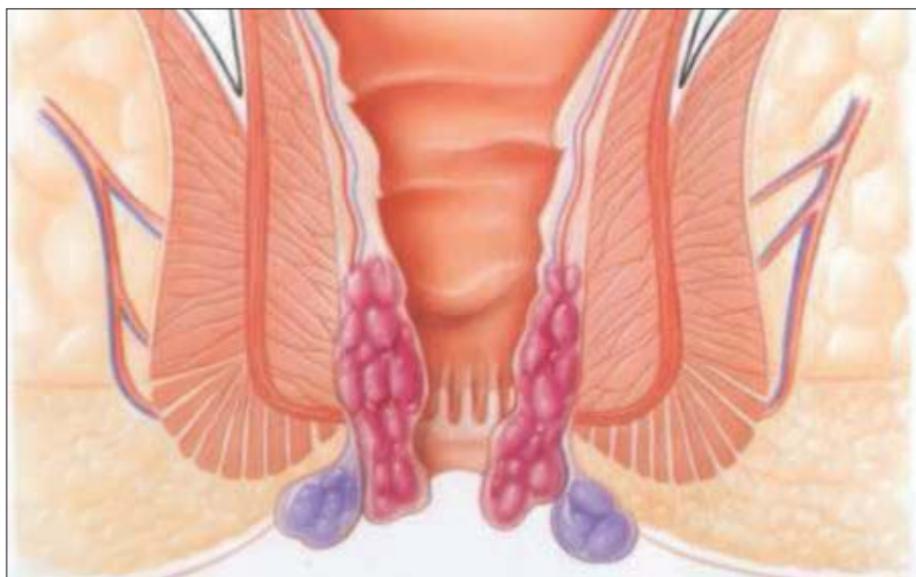
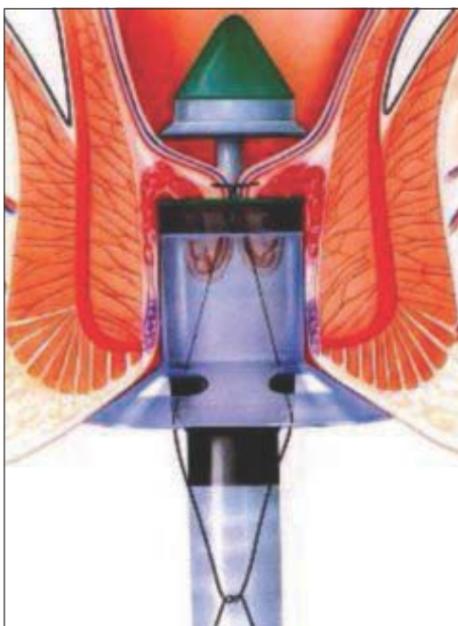
anale e dei cuscinetti emorroidali, in quanto l'asportazione del cilindro

mucoso avviene in una sede più alta, cioè appunto in sede rettale. Pertanto la sua corretta denominazione è "prolassotomia mucoemorroidaria con stapler ed anastomosi retto-rettale". L'indicazione di tale procedura è data dalla presenza del prolasso emorroidario accompagnato ad un prolasso mucoso rettale, la cui sintomatologia clinica tipica condizioni la qualità di vita del paziente.

L'introduzione di una nuova tecnologia

nel campo della chirurgia proctologica comporta ovviamente da parte del chirurgo, oltre che una specifica esperienza nella chirurgia anoretale, anche una dimestichezza con l'uso delle suturatrici circolari. Il numero crescente di pubblicazioni scientifiche sulla chirurgia delle emorroidi sottolinea i vantaggi della Prolassotomia con stapler, che potrebbe pertanto rappresentare la terapia di scelta della malattia emorroidaria.

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



- PREPARAZIONI GALENICHE E MAGISTRALI
- FARMACI VETERINARI
- PUNTOBLU.
- PRENOTAZIONE & TICKET

Farmacia Amodeo
Via Tagliamento, 42/44 - 83100 Avellino - Tel. 0825 36917
www.farmaciamodeo.it - farmaciamodeo@libero.it

- CONTROLLO DELLA PRESSIONE
- CONSULENZE DERMOCOSMETICHE
- MC CLUB FIDELITY

**► GLOBESITY.** L'OMS riporta una crescente diffusione del sovrappeso nel mondo

Cosa conta oltre il cibo?

In Italia l'80% della popolazione adulta consuma abitualmente frutta e verdura



Maria Luisa D'Amore*



Che l'alimentazione fosse indispensabile per un buono stato di salute è un concetto chiaro a tutti; nonostante gli innumerevoli sforzi dei professionisti del settore e delle campagne di sensibilizzazione nazionale, il binomio "cibo migliore-vita migliore" sembra però ancora oggi essere relegato alla teoria.

Già da tempo, infatti, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) riporta una continua e crescente diffusione del sovrappeso e dell'obesità nel mondo, identificata con il termine "globesity", che minaccia la salute e le economie sanitarie internazionali e si impone come un problema di sanità pubblica fortemente rilevante.

Questo problema inoltre, non è

più circoscritto ai soli Paesi industrializzati, ma sembrerebbe estendersi a macchia d'olio anche nei paesi in via di sviluppo, aumentando drammaticamente il divario con le regioni del globo che ancora oggi tergiversano in una situazione di profonda denutrizione.

Come diretta conseguenza di ciò, i dati epidemiologici mondiali ed europei, mostrano un incremento di patologie a carico del sistema cardiovascolare e metabolico, nonché di alcuni tipi di tumore e patologie neuro-degenerative.

Eppure, lo squilibrio tra apporto calorico e dispendio energetico che porta un individuo ad ingrassare, non dipende unicamente dalla qualità della dieta e da abitudini alimentari scorrette, ma anche da stili di vita e condizioni socio-economiche carenti.

Ma procediamo con ordine.

Un contributo sicuramente significativo all'aumento di peso da

parte dei cittadini europei è legato alla sempre maggiore diffusione dei Fast-Food: la politica di vendita a cui tali catene si appoggiano, con porzioni di cibo abbondanti a prezzo basso, rappresenta un rischio per la salute dei cittadini che sono portati a consumare prodotti ad alta densità energetica in modo totalmente inconsapevole; tale situazione è stata definita dagli esperti come "iper-consumo passivo".

Un'altra abitudine non salutare a cui le persone prestano poca attenzione, è il consumo fuori pasto di alimenti altamente energetici e bevande zuccherate: questa pratica infatti, contrariamente a quanto si pensi, ha come effetto negativo quello di eludere la normale regolazione dei cicli fame-sazietà, innescando una continua richiesta di cibo.

Secondo le analisi epidemiologiche condotte nel nostro Paese relativamente alle abitudini ali-

mentari, l'80% della popolazione adulta riferisce di essere consumatrice abituale di frutta e verdura, con una maggiore percentuale di donne rispetto agli uomini; allo stesso modo l'abitudine di fare una colazione adeguata si conferma molto diffusa.

Ma allora dove è il vero problema? Analisi stratificate mostrano che il trend negativo delle corrette abitudini alimentari va ricercato nei giovani e nei bambini: secondo quanto riportato del sistema italiano di sorveglianza per l'obesità pediatrica, OKkio alla Salute, un bambino su dieci non fa colazione al mattino, mentre uno su tre fa una colazione non adeguata; il dato più drammatico è però rappresentato proprio dal consumo di bibite zuccherate e/o gassate che, secondo le statistiche, interessa un bambino su due.

Nei giovani la situazione non è poi migliore: un adolescente su

quattro salta la prima colazione, mentre cresce il consumo di bevande alcoliche e di carne rossa.

Oltre al cibo, anche la scarsa attività fisica incide in maniera preponderante sul progressivo aumento di peso nella popolazione.

Analisi condotte a livello globale, riportano infatti che siamo un "mondo pigro", schiavo di una tecnologia sempre più sviluppata.

Anche in questo caso il problema parte dai più piccoli: quasi un bambino su due passa gran parte del tempo davanti alla TV o ai videogiochi, preferendoli di gran lunga all'attività fisica.

In merito a ciò è doveroso ricordare come, oltre al fatto che il tempo trascorso davanti a dispositivi elettronici impedisca a giovani e giovanissimi di praticare sport benefici per la salute, la TV contrasta ulteriormente le campagne di buona alimentazione attraverso una propaganda pubblicitaria di alimenti e bevande zuccherine sempre più aggressive: non è raro imbattersi in forme di promozione che sfuggono al controllo dei genitori come sms o messaggi promozionali su internet, ma anche réclame promozionali all'interno delle scuole o inserzioni sui mezzi pubblici.

In ogni caso i comportamenti sedentari interessano anche gli adulti, seppur in modo minore: uno studio americano condotto su 36 adulti in sovrappeso o obesi ha infatti dimostrato come, una riduzione progressiva del tempo trascorso davanti alla TV aiuta ad aumentare la spesa energetica giornaliera, favorendo la progressiva perdita di peso.

In ultimo, ma non per ultimo, l'alimentazione è intrinsecamente influenzata dalle caratteristiche della rete sociale della comunità, nonché da fattori socio-economici e culturali: uno studio condotto su 8500 bambini statunitensi incentrato sul legame tra il sovrappeso e la Food Insecurity, ha dimostrato che come conseguenza di un accesso limitato al cibo in termini di quantità si ha, paradossalmente, un incremento del rischio di sovrappeso.

La stessa analisi ha poi dimostrato come, in presenza di una diminuzione del reddito, le stesse famiglie tendono ad eliminare dalla spesa gli alimenti più salutarissimi ma anche più costosi, a favore di altri più economici ma dal più alto contenuto di sale e grassi.

Non solo cibo quindi, ma diversi aspetti contribuiscono al mantenimento di un corretto stato di salute.

Stia a noi scegliere di vivere nel modo corretto e guidare i più piccoli a fare lo stesso: per i bambini e gli adolescenti la famiglia e la scuola rappresentano il luogo privilegiato dove si sviluppano i modelli sugli stili di vita, alimentari e non.

*Biologa-Nutrizionista
© RIPRODUZIONE RISERVATA

SARS-COVID 2, gli scenari possibili

Dalla convivenza pacifica col virus al rischio deflagrazione

Biagio Campana*



L'incremento del tasso di vaccinazione nella popolazione adulta mondiale ha reso ipotizzabile un ritorno alla vita pre pandemica. Tuttavia,

l'accesso molto diversificato ai vaccini alle varie latitudini del globo, la persistente esitazione di un numero non poco considerevole di persone a vaccinarsi, l'emergere di nuovi varianti virali sempre più aggressive e soprattutto la concomitanza con altre patologie potrebbe rendere una chimera questa ipotesi e farci ripiombare di nuovo in una fase pandemica. Gli scenari ipotizzabili sono almeno tre: eradicamento ed eliminazione, convivenza più o meno pacifica con il virus oppure conflagrazione. Non sono esclusi tuttavia possibili ulteriori scenari. Cosa servirebbe per eradicare completamente SARS-CoV-2? Per definizione, l'eradicazione richiederebbe l'azzeramento permanente a livello mondiale della prevalenza della malattia mediata da SARS-CoV-2. Per realizzare tutto ciò si dovrebbe indispensabilmente raggiungere un'immunità di gregge sia attraverso l'immunizzazione attiva e quindi la vaccinazione che attraverso coloro che hanno contratto l'infezione. L'immunità derivata sia dal vaccino che dall'infezione dovrebbe essere altamente efficace, di lunga durata, in grado di prevenire la trasmissione secondaria e la reinfezione e pro-

tettiva contro ogni tipo di variante virale. Date queste premesse e soprattutto questi requisiti così rigorosi, l'eradicazione può diventare un obiettivo troppo difficile da raggiungere! Israele e l'Australia erano andati molto vicini all'obiettivo nei mesi scorsi ma l'arrivo della variante delta o indiana ha completamente cambiato le carte in tavola. Tuttavia, il vaiolo, un'altra infezione trasmessa per via respiratoria altamente contagiosa, è stata debellata in mo-

incontro ad una convivenza più o meno pacifica con il SARS-CoV-2. In questo scenario, la protezione ottenuta attraverso i vaccini sarebbe in grado di prevenire le manifestazioni più gravi della malattia, di interrompere la catena di trasmissione virale e contrastare la maggior parte delle varianti virali emergenti. Le prove a sostegno della realizzazione di tale scenario includeranno probabilmente, il riscontro di un basso tasso di reinfezioni, di un tasso di le-

demicità di livello moderato del SARS-CoV-2. In questo caso, tenendo conto di ampi segmenti della popolazione mondiale che non sarebbero raggiunti dalle campagne vaccinali o che abbiano mostrato esitazione e quindi rifiuto oppure che nonostante il vaccino a causa di stati di immunodeficienza concomitanti non presentino un'ottimale copertura vaccinale verso il virus, la circolazione virale sarebbe destinata a rimanere consistente e significativa. Ciò offrirebbe al virus continue opportunità di replicarsi e adattarsi in modo da eludere le risposte immunitarie mediate dall'ospite e derivate dal vaccino. Tra le popolazioni vaccinate, le infezioni potrebbero ancora sorgere periodicamente a causa dell'immunità incompleta derivata dal vaccino, del declino dell'efficacia del vaccino stesso, dell'"escape" da parte di nuove varianti virali o della trasmissione da parte dei non vaccinati. In conclusione possiamo affermare senza timore di essere smentiti che il futuro dei singoli paesi dipenderà sicuramente dalle scelte di politica sanitaria di volta in volta intraprese ma ciò nonostante un ruolo importantissimo avranno

quelle dinamiche spesso imperscrutabili e forse imprevedibili che vedono ancora oggi a quasi un anno e mezzo dalla pandemia, nel Sars Covid 2, un virus ancora poco conosciuto e che temiamo possa ancora stupirci con le sue evoluzioni.

*Specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio



do definitivo e permanente, un risultato, questo, una volta considerato inimmaginabile mentre altre malattie trasmesse per via aerea prevenibili con il vaccino come il morbillo e la rosolia sono state oggetto di eliminazione a livello regionale ma non globale. In alternativa a questo primo scenario, si potrebbe andare

talità sostenibile ed accettabile dall'opinione pubblica ed una trasmissione secondaria trascurabile anche a fronte della maggior parte delle varianti virali. In assenza di un'opzione di convivenza, il finale potrebbe assomigliare molto ad una vera e propria conflagrazione, caratterizzato da una situazione di en-

► **INTERVENTI.** Una forma di sterilizzazione chirurgica femminile permanente.

La chiusura delle tube

Con la legatura viene impedita la migrazione dell'ovulo dall'ovaio

Mario Polichetti*



La legatura delle tube, anche nota come sterilizzazione tubarica, è una forma di sterilizzazione chirurgica femminile permanente.

La procedura prevede la chiusura delle tube di Falloppio, che connettono anatomicamente l'ovaio all'utero, e sono la sede in cui avviene la fecondazione dell'ovulo da parte dello spermatozoo; con la legatura viene impedita la migrazione dell'ovulo dall'ovaio nella tuba e la risalita degli spermatozoi verso la tuba stessa, impedendo quindi la fecondazione.

L'intervento viene effettuato in ospedale e richiede generalmente circa 30 minuti; quasi tutte le donne operate vengono dimesse in giornata (o quella successiva) e sono in grado di ritornare alle proprie attività entro pochi giorni.

Benché l'operazione sia ormai legata a standard di sicurezza elevatissimi, esiste la possibilità di incorrere in complicazioni importanti, che tuttavia si verificano in meno di 1 donna su 1000; tra i rischi potenziali ricordiamo:

- emorragie,
- infezioni,
- danni ad altri organi addominali,
- effetti collaterali legati all'anestesia,
- gravidenza (per chiusura incompleta),
- gravidenza extrauterina.

L'efficacia dell'intervento è molto elevata (poche decine di gravidanze ogni 1000 donne su un arco temporale di 10 anni).

La procedura non interferisce invece con il normale ciclo mestruale, non causa quindi alterazioni ormonali, in quanto né ovaie né utero vengono interessati dall'intervento. Non causa inoltre interferenze della vita sessuale.

La legatura tubarica può essere eseguita in qualsiasi momento, da sola o in combinazione con altri interventi addominali, come per esempio un parto cesareo; è una procedura sempre più utilizzata, perché permette di ottenere una sterilizzazione permanente e duratura nel tempo, senza dover più ricorrere ad altri metodi contraccettivi.

Alcuni studi hanno inoltre dimostrato come tale intervento possa ridurre il rischio di sviluppare il tumore dell'ovaio.

È bene ricordare che tale procedura NON previene il rischio di infezioni sessualmente trasmesse, in quanto l'unico strumento contraccettivo che può proteggere da questo rischio è il "preservativo" (astinenza a parte).

La sterilizzazione tubarica non è un intervento da prendere in considerazione se c'è anche la remota possibilità di cambiare idea e di volere quindi una gravidanza, essendo un intervento permanente e difficilmente reversibile.

I reinterventi per "eliminare" la le-

gatura tubarica sono infatti molto complessi e delicati, potrebbe inoltre essere necessario ricorrere a tecniche di "fecondazione assistita". In entrambi i casi la percentuale di successo è molto variabile.

Efficacia

Si stima che durante il primo anno dopo l'intervento meno di una donna su 100 resti incinta.

La probabilità di successo è influenzata dall'età, per cui quanto più si è giovani al momento dell'intervento, tanto più alto è il rischio di fallimento della procedura. Inoltre, se si decide di voler avere un figlio dopo aver eseguito la legatura tubarica, vi è un aumento del rischio di gravidanza ectopica (impianto dell'embrione al di fuori dell'utero, generalmente in questo caso l'impianto avviene a livello della tuba stessa).

Reversibilità

È considerata teoricamente una procedura reversibile, sebbene la riapertura richieda un intervento di chirurgia maggiore la cui efficacia non è sempre certa.

Alternative

Un'altra possibilità con simile efficacia contraccettiva è rappresentata dalla sterilizzazione isteroscopica, intervento piuttosto rapido, eseguito in regime ambulatoriale, che prevede l'inserimento di dispositivi specifici direttamente attraverso la vagina e l'utero (spesso viene utilizzata una piccola spirale) nelle tube di Falloppio, causando così una reazione che porta alla formazione di tessuto cicatriziale che chiude le tube in circa 3 mesi: si tuttavia di una procedura permanente e senza possibilità di riapertura chirurgica. È necessaria inoltre una copertura contraccettiva aggiuntiva per almeno 3 mesi.

La sterilizzazione tubarica non è un intervento da prendere in considerazione se c'è anche la remota possibilità di cambiare idea e di volere quindi una gravidanza, essendo come già detto un intervento permanente e difficilmente reversibile. I reinterventi per "eliminare" la legatura tubarica infatti sono molto complessi e delicati; potrebbe inoltre essere necessario ricorrere a tecniche di "fecondazione assistita". In entrambi i casi la percentuale di successo è molto variabile.

Esistono altri metodi contraccettivi di lunga durata (in termini di anni), ripetibili e, soprattutto, reversibili, che possono cioè essere interrotti quando, per un qualsiasi motivo, si desidera una nuova gravidanza.

•Spirale (dispositivo che viene inserito in utero):

1.Spirale in rame, con durata fino a 10 anni, che fallisce in 6 casi su

1.000 (su 1.000 donne che usano questa "spirale" per 1 anno, 6 restano incinte),

2.Spirale ormonale, come Mirena o Jaydess, con durata fino a 5 anni; si verifica un fallimento su 1.000 (su 1.000 donne che usano questa "spirale" per 1 anno, 1 resta incinta),

•"Implanon", un dispositivo a forma di "bastoncino" e in grado di rilasciare ormoni, delle dimensioni di un fiammifero, che si inserisce sotto la pelle e dura per 3 anni; fallisce in 1 caso su 1.000 (su 1.000 donne che usano questa "spirale" per 1 anno, 1 resta incinta).

Laddove non vi siano controindicazioni al loro uso, sarebbero sicuramente alternative valide e da preferire perché:

- possono essere rimossi quando si vuole,
- non necessitano di un intervento chirurgico per essere posizionati, evitando quindi i rischi relativi,
- e inoltre i dispositivi ormonali possono fornire protezione da alcuni tumori dell'utero.

Prima di sottoporsi alla legatura tubarica bisogna considerare alcuni importanti aspetti:

- Valutare il rapporto rischio/bene-



al momento della procedura ed eventualmente eseguire un test di gravidanza per sicurezza).

Procedura

La legatura delle tube è un intervento chirurgico vero e proprio, come tale necessita di procedure preoperatorie di preparazione anche in base al quadro clinico e ai relativi rischi della paziente:

- analisi del sangue,
 - eventuale radiografia del torace,
 - prove di funzionalità respiratoria,
 - valutazione anestesologica.
- I rischi connessi a questo tipo di procedura chirurgica includono:
- possibili danni all'intestino, vescica o lesioni vascolari,
 - reazioni avverse ai farmaci utilizzati per l'anestesia,
 - cicatrici ipertrofiche o cheloidi (ci-

prevede una piccola incisione di circa 4-6 cm eseguita appena sopra il pube o sotto l'ombelico in caso di gravidanza recente).

L'intervento viene generalmente eseguito in anestesia generale o spinale.

Tecnica chirurgica

All'inizio della procedura viene inserito un ago a livello dell'ombelico, così da riempire l'addome di gas (anidride carbonica) al fine di dilatarne la cavità; questo permette al chirurgo di avere un adeguato campo operatorio, sia dal punto di vista visivo che di spazio, così da garantire una manualità sufficiente. Solitamente vengono praticate dalle 2 o 3 mini-incisioni, attraverso le quali vengono inseriti in addome gli strumenti chirurgici specifici.

Individuate le tube di Falloppio, il chirurgo provvede a chiuderle tramite piccoli anelli di plastica o clip metalliche.

Altro metodo possibile consiste nella "bruciatura" (elettrocoagulazione) di un tratto di ciascuna tuba che "saldano" insieme le pareti della tuba e chiude il passaggio all'interno.

Se l'intervento è eseguito in laparotomia (col "taglio" classico) la procedura può consistere nella legatura, taglio e asportazione di un segmento di tuba.

Bisogna inoltre tenere presente che pur avendo concordato un tipo di intervento e iniziato ad operare in tal senso,

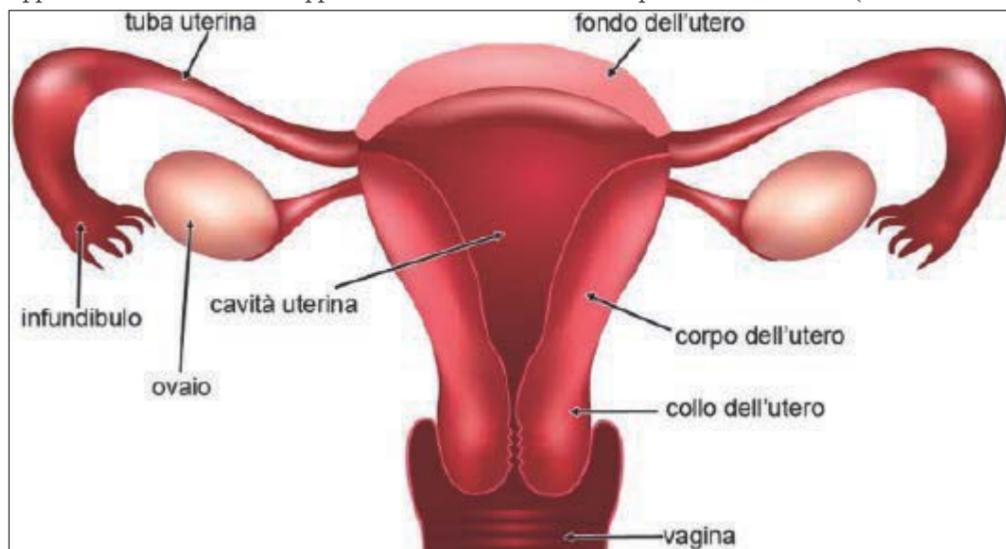
l'operatore può trovarsi costretto, per una qualsiasi complicanza (presenza di aderenze, infezioni, lesioni agli organi interni, emorragie, ...), a modificare la tecnica (per esempio da "laparoscopia" a "laparotomia") e ad eseguire ogni altro atto chirurgico necessario ad evitare maggiori danni alla salute della paziente.

Convalescenza

Degenza e convalescenza non sono particolarmente lunghe, ma dipendono anche dal tipo di intervento eseguito e da eventuali complicazioni; in linea di massima si prevede una degenza di 24 ore in day surgery per la mini-laparotomia e la laparoscopia, con una convalescenza che può variare dai 3 ai 7 giorni (nei quali sono consigliati riposo e astensione da sforzi).

Il controllo post-operatorio viene solitamente eseguito a 30 giorni dall'intervento.

*Direttore Unità Operativa Gravidanza a Rischio Azienda Universitaria di Salerno



ficio dei metodi contraccettivi disponibili, siano essi permanenti o meno.

•Esplicitare le ragioni della scelta di una sterilizzazione permanente e discutere i fattori (magari legati al momento che si sta vivendo) che possano successivamente condurre a pentirsi di tale scelta (per esempio giovane età o attuali problemi di coppia).

•Comprendere in modo chiaro e completo i dettagli della procedura.

•Discutere le cause e la probabilità di fallimento della procedura, nonché le possibilità circa l'eventuale reversibilità dell'intervento.

•Informarsi circa i metodi di protezione dalle malattie sessualmente trasmesse.

•Discutere e confrontarsi con il proprio ginecologo per decidere quale sia il momento migliore per sottoporsi all'intervento, per esempio subito dopo il parto o in concomitanza di un'altra procedura chirurgica addominale (è bene inoltre conoscere la fase del ciclo in cui si è

cicatrici esuberanti con eccessiva produzione di tessuto cicatriziale, evento legato anche a una predisposizione soggettiva),

- infezioni,
- dolore addominale o pelvico persistente.

Alcune condizioni che potrebbero complicare l'intervento, o comunque incrementare il rischio di complicanze, sono rappresentate da:

- precedente chirurgia addominale e/o pelvica,
- storia di obesità e/o diabete,
- disordini della coagulazione.

L'intervento chirurgico viene solitamente eseguito in laparoscopia, una metodica mini-invasiva che prevede delle piccole incisioni che permettono l'inserimento in addome di strumenti chirurgici specifici, dotati di luce e telecamera senza che il chirurgo entri direttamente con le mani in addome; si differenzia dalla laparotomia, tecnica che comporta invece il classico taglio addominale.

Alternativamente può essere eseguita una mini-laparotomia (che

**SOCIETÀ'** Tanti i problemi che restano dopo la malattia, dall'affaticamento al malessere generalizzato

Post-Covid, una storia infinita?

Gianpaolo Palumbo*



Si parla da tempo di dosi aggiuntivi per i vaccini anti-Sars-CoV-2 nell'attesa dell'immunità di "gregge" o di vaccinazioni annuali del tipo di quelle che vengono utilizzate per l'influenza. A far rallentare l'ottimismo è quello che accade in Gran Bretagna

ed in Israele dove si cantava "quasi" vittoria ed invece si parla di nuovo di restrizioni.

Per gli inglesi è bastato andare a Londra in migliaia e migliaia ad assistere alla storica "batosta" calcistica da parte del nostro calcio, per iniziare subito, complici varianti e mutazioni, a soffrire l'aggressività del virus a forma di corona. Più che aggressività si tratta di vera e propria cattiveria che ha dato anche nei guariti una serie infinita di disturbi e conseguenze cliniche. Addirittura le sindromi post-infezioni sono state catalogate, anche per la durata dei postumi, come "long covid" e con 203 sintomi riconosciuti, 66 dei quali possono durare fino a sette mesi dall'avvenuta guarigione.

L'University College di Londra ha svolto in questi ultimi mesi di pandemia una indagine su quasi quattromila guariti in 56 nazioni colpite fortemente dal covid. Guariti nel senso che sono risultati negativi ai tamponi dopo la malattia, ma con sequele di problemi clinici tra i più disparati. I distretti corporei più colpiti sono in ordine di frequenza: l'apparato respiratorio, quello gastro-intestinale, l'urinario, l'endocrino, il cardiovascolare, il

muscolo scheletrico ed il neurologico.

Sull'ultimo numero della rivista "Doctor33" è riportato l'elenco dei sintomi più comuni: l'affaticamento, un malessere generalizzato dopo uno sforzo fisico o mentale ed un protratto stato confusionale. In numero minore sono presenti le allucinazioni visive, i tremori, l'orticaria, le modifiche del ciclo mestruale, le disfunzioni sessuali, la tachicardia, l'incontinenza urinaria, la perdita di memoria, la visione offuscata e la diarrea.

La Prof.ssa Athena Akrami, responsabile della ricerca più vasta mai pubblicata fin'ora sulle problematiche del "prolungarsi" della malattia "Covid - 19", ha sottolineato che la preoccupazione maggiore riguarda i sintomi neurologici che ha colpiti l'85% dei guariti, con vari gradi di intensità. Si inizia con il semplice mal di testa e si continua con l'insonnia, le vertigini, le nevralgie, le alterazioni neuropsichiatriche, i tremori localizzati ed in alcuni casi generalizzati, particolare sensibilità alla luce ed ai rumori, le allucinazioni ed i fastidiosissimi acufeni.

Col passare del tempo tanti sintomi si sono attenuati fino a scomparire ma un volontario su cinque ha dichiarato (22% dei partecipanti alla ricerca) che non è stato più in grado di lavorare. Questo è l'aspetto più grave della "Sindrome Long-Covid" per cui si sono registrate tra i partecipanti allo studio richieste di aspettative, dimissioni e, purtroppo, licenziamenti.

Il coronavirus ci ha fatto conoscere dati "strani": ci si ammala senza accorgersene, si guarisce allo stesso modo, si trasmette la malattia in maniera subdola. Non esiste terapia



mirata, al momento. E' un vero miracolo l'esistenza dei vaccini che, al di là del terrorismo di chi non si vuole vaccinare, stanno salvando mezzo mondo. Il dato più strano in assoluto è proprio l'esistenza del long-covid. Eppure il virus Sars-CoV-2 discende direttamente da quelli dell'epidemia della Sars nel 2002, della Zika Virus del 2015, dell'influenza "Asiatica" degli anni 1957-58 e dell'influenza di "Hong-Kong" del 1968-69. Tutte epidemie senza nessuna sequela particolare.

Ritornando alla ricerca inglese va sottolineato un altro dato importante che è quello del 45% di soggetti che ha dovuto richiedere di passare al part-time sul lavoro. Una percentuale troppo elevata. Da long-covid all'infinito-covid la strada non è proprio corta. Ci sono sofferenze che si protraggono per mesi e mesi, in particolare quelle psicologiche legate all'evento pandemico in maniera più subdola, che condizionano il nostro vissuto.

Il sintomo principale è il "flashback", ossia il vivere l'evento al di là della volontà della persona di ricordarlo. Praticamente i ricordi dei momenti di forte emotività e sofferenza vissuta si impongono in maniera intrusiva nella nostra mente. Dunque il ricordo diventa il veicolo per spostarsi lungo la linea del tempo, sulla quale si recupera il passato e si guarda al futuro senza differenza alcuna. E' l'immagine di un infinito passato che si rivi-

ve nel presente e che sarà inevitabilmente il nostro futuro.

Chi soffre di questi tipi di postumi percepisce la vita fuori da ogni elemento concreto: uno spazio senza tempo ed un tempo senza spazio, solo proiezioni in un infinito che ci soffoca e ci annulla. Suggestiva a tal proposito è la frase di Kant, tratta dalla "Critica della ragion pura" che chiarisce il concetto espresso in maniera inequivocabile: "Eppure tutta la nostra esperienza si fonda su queste due categorie dello spazio e del tempo; cosa possiamo immaginarci senza spazio e senza tempo?"

Oggi, alla seconda estate all'insegna del Covid-19 e della sua variante Delta, viviamo con la consapevolezza che tutto non potrà ritornare come prima; guardare questa tragica situazione è come vivere una "storia infinita" (infinito-covid).

Chi non ricorda il famosissimo film fantastico degli anni '80 "The never ending store", molto apprezzato che per la sua colonna sonora che ancora oggi canticchiamo? Facendo mente locale è come vivere una guerra "Humans versus Covid-19", dove i protagonisti siamo proprio noi. Sfortunatamente ciò che è successo ed ancora succede nel mondo, non è fantasia, ma cruda realtà.

*Medico Federazione medici sportivi italiani

Annarita Cicalese*



La cistite è una patologia infettiva della vescica causata dalla presenza di batteri di origine intestinale all'interno della vescica. Il microrganismo

più coinvolto è Escherichia Coli, responsabile di circa l'80-90% delle cistiti batteriche. Le cistiti batteriche colpiscono le donne con una frequenza maggiore rispetto al sesso maschile per ragioni anatomiche e funzionali.

I sintomi possono essere estremamente variabili. Molte pazienti riferiscono bruciore durante la minzione, aumento della frequenza minzionale, diurna e notturna, sensazione di incompleto svuotamento vescicale e dolore riferito in area sovrapubica.

La terapia della fase acuta, trattandosi di una infezione batterica, è affidata alla terapia antibiotica, finalizzata a bloccare la moltiplicazione batterica e a debellare la sintomatologia associata all'evento infettivo.

Ma non bisogna abbassare la guardia: è importante prevenire le recidive. Infatti, queste infezioni diventano spesso "recidivanti", cioè cominciano a presentarsi in maniera ripetuta, dopo intervalli di tempo che possono variare da pochi giorni fino ad alcuni mesi. Per affrontare correttamente in rischio di sviluppare recidive, assume una importanza determinante

La cistite batterica

Tra i principali responsabili Escherichia Coli



la valutazione dello stile di vita della paziente. Va consigliata innanzitutto, una adeguata introduzione di liquidi quotidiana. Nei mesi estivi, per esempio, in conseguenza del caldo e dell'aumento della sudorazione il nostro organismo consuma più liquidi che, quindi, devono essere reintegrati. Inoltre, la possibilità di svolgere più attività all'esterno e lontano da casa (vacanze, mare, viaggi) conduce spesso all'abitudine di procrastinare la minzione con un maggior

ristagno di urine in vescica.

In seguito, prima di approdare a terapie "di prevenzione" è fondamentale fare una valutazione funzionale della vescica. E' possibile ricorrere, a tale scopo, ad esami strumentali non invasivi. Importantissime informazioni derivano dalla conoscenza delle abitudini minzionali (introito giornaliero di liquidi e gestione degli svuotamenti vescicali) e possono essere facilmente acquisite mediante la compilazione, da parte del pazien-

te, di un diario delle minzioni. Tutti questi dati vanno integrati alla valutazione dello stato degli altri organi pelvici e soprattutto dello stile di vita del soggetto per definire un profilo globale del paziente, espressione dei fattori di rischio per lo sviluppo delle infezioni urinarie. Solo a questo punto è possibile individuare una terapia "di prevenzione" della cistite che potrà comprendere farmaci, integratori, interventi chirurgici, terapie riabilitative, modifiche com-

portamentali. In alcuni casi, è molto importante evidenziare e trattare altre patologie (diabete mellito, neuropatie periferiche, disturbi intestinali e della statica pelvica), apparentemente non correlate alla cistite, ma che, invece, incidono frequentemente ed in maniera significativa nello sviluppo delle infezioni stesse.

Le terapie quindi, sono estremamente personalizzate, e spesso coinvolgono molti aspetti dello stato di salute del paziente. Solo in questa ottica è possibile ottenere risultati positivi nella gestione delle cistiti recidivanti. La diminuzione del numero degli episodi infettivi sintomatici e la riduzione dell'utilizzo di terapie antibiotiche rappresentano oggi il principale obiettivo nella gestione del paziente affetto da infezioni urinarie recidivanti. Ed è proprio in tal senso che da qualche anno si sono attivate le linee guida internazionali per il trattamento delle cistiti, specificando che l'utilizzo delle terapie antibiotiche deve essere limitato a casi selezionati ed, in particolare, è assolutamente controindicato in una serie di situazioni tra cui quelle relative a pazienti non sintomatici, seppur in presenza di evidenze laboratoristiche di infezione.

La gestione delle cistiti, quindi, scaturisce dall'integrazione di molteplici fattori relativi al paziente, sia di tipo comportamentale che medico, coinvolgendo in maniera trasversale vari aspetti dello stato di salute.

*Urologa

► **PIANO NAZIONALE.** Ricostruire un modello basato sui territori e sulle reti di assistenza

Il PNRR: occasione da non perdere

Superare le differenze tra i diversi sistemi sanitari

E' tempo di progettare e agire al più presto per costruire la sanità pubblica del futuro

Pino Rosato*



Il piano nazionale di ripresa e resistenza (PNRR) è stato approvato a Bruxelles e i singoli progetti saranno presentati, approvati e realizzati. Tutti concordano sulla necessità di mettere mano con urgenza ad una rifondazione del servizio nazionale sanitario che ha mostrato, in più di un settore, segni di cedimento e noi dobbiamo crederci. Gli interventi previsti dal Piano rappresentano concretamente una possibilità per il cambiamento auspicato, ma è necessario far bene e in fretta.

Da dove ripartire per l'innovazione del SSN? Quali sono i problemi radicati ed endemici del nostro SSN messi in evidenza dalla pandemia?

La missione del PNRR indica risorse e modalità da rispettare. Prevede l'utilizzo di 19,72 miliardi di cui 7,9 per l'assistenza di prossimità e telemedicina e 11,82 per innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria. In verità, siamo un po' delusi dalle poche risorse messe a disposizione per la sanità a confronto delle necessità riconosciute dagli esperti.

La componente M6C1, denominata Assistenza di prossimità e telemedicina, è finalizzata:

- a potenziare e riorientare il SSN verso un modello incentrato sui territori e sulle reti di assistenza socio-sanitaria;

- a superare la frammentazione e il divario strutturale tra i diversi sistemi sanitari regionali garantendo omogeneità nell'accesso alle cure e nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA);

- a potenziare la prevenzione e l'assistenza territoriale, migliorando la capacità di integrare servizi ospedalieri, servizi sanitari locali e servizi sociali, per garantire continuità assistenziale, approcci multidisciplinari e percorsi integrati Ospedale-Domicilio a tutta la popolazione;

- a rafforzare la capacità, l'efficacia, la resilienza e la equità del Paese di fronte agli impatti sulla salute, attuali e futuri, associati ai rischi ambientali e climatici.

Lo stanziamento totale di questo cluster è pari a 7,5 miliardi a cui si aggiungono 400 milioni di React EU.

L'M6C1 prevede:

- l'intervento 1.1: case della comunità e presa in carico delle persone, che si qualificano come punto di riferimento di prossimità e punto di accoglienza e



orientamento ai servizi di assistenza primaria di natura sanitaria, socio-sanitaria e sociale per i cittadini, garantendo interventi interdisciplinari attraverso la contiguità spaziale dei servizi e l'integrazione delle comunità di professionisti che operano secondo programmi e percorsi integrati, tra servizi sanitari (territorio-ospedale) e tra servizi sanitari e sociali. Necessaria è la distribuzione di tali strutture su tutto il territorio nazionale, identificandole quale nodo facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, all'interno della più ampia rete di offerte dei servizi sa-

una adeguata socialità e la prosimità della rete dell'assistenza primaria. In questa prospettiva, il progetto si pone in stretta connessione con la progettualità descritta dalla "casa della comunità" realizzando uno degli strumenti necessari ad una integrata ed efficace gestione della cronicità, erogando prestazioni di assistenza domiciliare con il supporto delle soluzioni tecnologiche-digitali e di telemedicina.

L'obiettivo è quello di definire a livello nazionale indicazioni per l'erogazione di prestazioni di telemedicina entro il 2022 e di implementare e di mettere a regime un nuovo modello di ADI entro il 2026, con 575 centri di coordinamento attivati, 51.750 medici e altri professionisti nonché 282.425 pazienti con kit technical package attivo. Risultati attesi 500.00 nuovi pazienti over 65 presi in carico.

- L'intervento 1.3: sviluppo delle cure intermedie.

Il progetto mira all'implementazione di presidi sanitari a degenza breve (ospedali di comunità) che, interconnessi con il sistema dei servizi sanitari e sociali, svolgono una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero al fine di sgravare l'ospedale da prestazioni di bassa complessità che non necessitano di un elevato carico assistenziale e contribuire così in modo sostanziale alla riduzione degli accessi impropri alle strutture di ricovero e al Pronto Soccorso. Sono strutture che si pongono ad un livello intermedio tra l'assistenza territoriale e l'assistenza ospedaliera, per fornire una risposta adeguata a tutti i soggetti che non hanno necessità di ricovero ma di un'assistenza e sorveglianza sanitaria che non potrebbero ricevere a domicilio. Si prevede di definire entro il 2022 il piano d'azione per realizzare/adequare le strutture a Ospedale di co-

nitari, socio sanitari e socio assistenziali. Con questo intervento si intende definire un atto regolamentare preliminare entro il 2022 e realizzare entro il 2026 una "casa della comunità" ogni 24.500 abitanti: si punta a realizzare 2564 nuove case di comunità con l'obiettivo di prendere in carico 8 milioni circa di pazienti cronici mono-patologici e 5 milioni circa di pazienti cronici multipatologici.

- l'intervento 1.2: la casa come primo luogo di cura. Assistenza domiciliare. Costituisce un modello di cure alternativo al ricovero ospedaliero, che consente la permanenza a domicilio di persone fragili e con patologie croniche e l'attuazione di percorsi terapeutici integrati dal punto di vista sanitario e sociale, garantendo, nel contempo,



munità. Il progetto si traduce nella realizzazione di posti letto in strutture di ricovero di breve durata (15-20 giorni), secondo uno standard uniforme su tutto il territorio nazionale. L'obiettivo è quello di realizzare e/o adeguare un ospedale di comunità ogni 80.000 abitanti. 753 ospedali entro il 2026.

Come fare per sfruttare al meglio questa occasione di sviluppo a livello territoriale che non ha precedenti?

E come farlo entro 5 anni, tempo che il PNRR mette a disposizione?

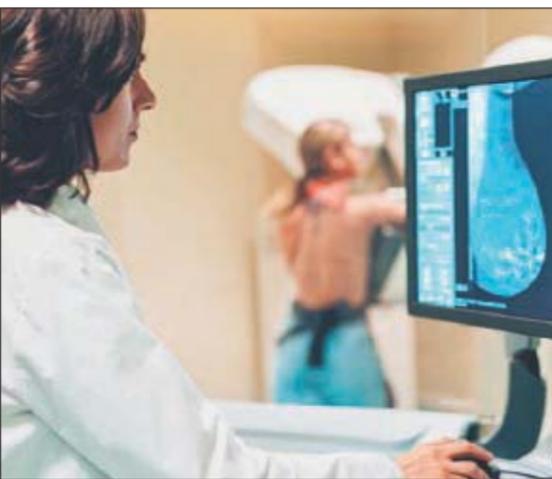
La risposta è semplice: è tempo di progettare, ma soprattutto è il tempo di fare, di agire subito

per sviluppare la sanità pubblica del futuro, in un contesto che vedrà nascere grandi riforme.

Il prossimo articolo si occuperà della componente M6C2: innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN che mira allo sviluppo di una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologiche; a rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario; a individuare un centro di eccellenza per le epidemie.

*Cardiologo
*Presidente c.d.a. Casa di Cura
Villa dei Pini Avellino

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Tea tree oil: azione e benefici

Tea tree oil o malaleuca alternifolia è una pianta originaria dell'Australia. E' chiamata albero del tè in quanto il capitano Cook e i suoi marinai, arrivati in Australia avevano utilizzato le foglie di questa pianta per la preparazione del tè. Furono poi gli aborigeni ad utilizzare le foglie per curare ferite, scottature, punture di insetti e anche per disinfettare l'acqua.

Il Tea three è noto per le proprietà essenziali del suo olio che è costituito da circa 100 componenti fido complessi terpeni alcolici, capaci di avere un'attività antimicrobica e antinfiammatoria.

Il tea tree oil è utilizzato in molte preparazioni cosmetiche. Studi scientifici dimostrano che il tea tree oil possiede un ampio spettro d'azione che è attivo nei confronti di virus, batteri, funghi e protozoi.

Le indicazioni d'uso ri-

portate nella monografia pubblicata dall'agenzia Europea dei farmaci sono: trattamento di piccole ferite superficiali, puntura di insetto, acne, foruncoli, sollievo del prurito nel piede, trattamento sintomatico di lieve infiammazione della mucosa orale.

Il tea tree oil è molto utile per i lavaggi frequenti in quanto evita l'impoverimento del manto idrolipidico della pelle.

L'azione del Tea Tree Oil aumenta nel caso in cui nel prodotto utilizzato venga aggiunta anche della salvia, da cui attività igienizzante è nota a tutti. Inoltre questa sostanza è molto utile per i lavaggi frequenti in quanto evita l'impoverimento del manto idrolipidico della pelle.

maridea