

Salute & Benessere



Dermatite seborroica

Mariolina De Angelis*



La dermatite seborroica è una patologia infiammatoria della cute che ha un andamento cronico recidivante.

È una patologia frequente che colpisce il 5% della popolazione. Raggiunge il picco durante 3 fasi della vita.

Nei primi mesi, durante la pubertà e nell'età adulta tra i quaranta e i sessan-

t'anni. I più colpiti sono gli uomini.

I fattori predisponenti sono: l'assunzione di farmaci, (aloperidolo, litio, cimetidina) carenza di zinco, disturbi neurologici (morbo di Parkinson), altri fattori predisponenti sono HIV, un'alimentazione scorretta, fattori ambientali e stress. L'eziologia è da ricercare in un aumento della produzione di sebo e dell'alterazione della composizione lipidica che crea un ambiente favorevole allo sviluppo del lievito malassezia.

L'alterazione della micro flora cutanea ha la capacità infatti di metabolizzare alcune lipidi che scatenano la risposta infiammatoria. I lieviti poi sono coinvolti nella patogenesi del disturbo cutaneo come la dermatite atopica.

La malassezia produce in pratica acidi grassi liberi e l'acido arachidonico che causa alterazione dello stato corneo alterando la barriera epidermica scatenando la risposta infiammatoria. La manifestazione della dermatite seborroica la si ritrova in diverse aree del corpo: vol-

to, cuoio capelluto e tronco. Si formano delle vere e proprie chiazze eritematose ricoperte da scaglie untuose e giallastre.

Sul volto: nelle pieghe naso labiali e sul bordo palpebrale.

Sul cuoio capelluto può essere secca solo se flogistica o grassa, in questo caso le squame sono untuose e giallastre.

La terapia medica ha l'obiettivo di ridurre i sintomi e i segni visibili.

L'utilizzo di shampoo medicati contenenti ketoconazolo i ciclopi roxolamina (antimicotici) con-

trollano la produzione della malassezia. L'associazione di detergenti contenenti piritone riducono i sintomi se la dermatite seborroica è localizzata sul tronco.

È importante associare la terapia medica a quella dermocosmetica per ottenere un'azione antiflogistica e cheratolitica. L'azione sebo regolatrice può essere ottenuta con prodotti che contengono zinco lattato, acido ialuronico e acido glicirretico, quest'ultimo precursore nei cortisonici.

*Farmacista

► **REUMATOLOGIA.** Cause ancora incerte

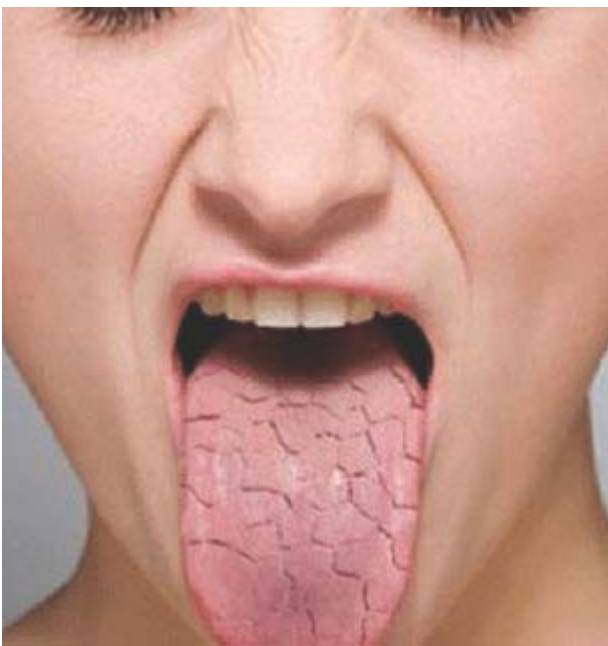
Sindrome di Sjogren

Quei sintomi che la avvicinano e la differenziano dall'Artrite Reumatoide

Mario ed Alessandro Ciarimboli*

Nel vasto campo della reumatologia capita spesso di riscontrare sintomi tipici della Artrite Reumatoide associati a manifestazioni cliniche proprie di altre specialità mediche. Esiste una lunga serie di malattie o, meglio, di sindromi che hanno in comune con l'artrite reumatoide un alterato assetto immunitario cioè uno sconvolgimento dei meccanismi di difesa.

La sindrome di Sjogren è una di queste intricate patologie reumatologiche. Si definisce sindrome e non malattia proprio in virtù della ricca e multiforme sintomatologia che la contraddistingue: è un insieme di sintomi e di segni clinici che la avvicinano sì alla Artrite Reumatoide ma che, allo stesso tempo, la differenziano da essa per le loro multiformi manifestazioni. Le sue cause sono tuttora incerte ed oggetto di studio: è una patologia autoimmunitaria e fa parte di quelle affezioni in cui il sistema immunitario, che normalmente difende la persona aggredendo elementi estranei all'organismo (batteri, virus, ecc.), non riconosce alcuni organi o attività del corpo e sviluppa una attività immunitaria lesiva di questi organi. Per questo motivo si parla di autoimmunità cioè "immunità verso sé stessi" con formazione di anticorpi contro normali tessuti del corpo umano. Nel caso della sindrome di Sjogren si sviluppa una attività immunitaria contro tessuti di rivestimento della mucosa della bocca e dell'occhio ma possono essere colpiti, sia pure in minor misura, anche altri tessuti come le articolazioni (artrite) e il sistema nervoso (neurite). Da questa sindrome sono prevalentemente colpite le donne, di età compresa tra i 30 e 50 anni con un rapporto donna/uomo di 20:1. All'origine della malattia sembra (in proposito sono in corso studi) che vi sia un evento infettivo che provocherebbe la reazione immunitaria. In altre parole, si generano anticorpi che erroneamente vanno ad aggredire la struttura epiteliale dei condotti di ghiandole salivari della bocca e lacrimali dell'occhio. Gli autoanticorpi provocano una infiltrazione di linfociti che progressivamente riduce la funzionalità delle ghiandole con conseguente riduzione di secrezione di liquidi salivari e lacrimali: i primi sintomi, spesso trascurati, sono la secchezza dell'occhio e della bocca. Pertanto, le prime avvisaglie della malattia sono date dalla sensazione di "bocca ed occhi asciutti". A questa sensa-



zione soggettiva fa seguito una infiammazione dei tessuti interessati per possibile e frequente sovrapposizione batterica. Si manifestano pertanto congiuntiviti, disturbi gengivali e rigonfiamento delle ghiandole salivari, parotidi in particolare. Ai sintomi iniziali possono far seguito sintomi ben più gravi causati dallo svilupparsi di attività autoimmunitaria contro altri tessuti: dolori articolari, secchezza della pelle, delle mucose respiratorie con tosse, secchezza dei genitali, macchie cutanee da interessamento dei piccoli vasi (vasculite), disturbi della sensibilità. La diagnosi è innanzitutto clinica: il Medico riconosce la tipica e persistente sintoma-

tologia che prima abbiamo descritto ed avvalorata la sua diagnosi con test di laboratorio condotti sulla secrezione lacrimale e sul sangue (fattore reumatoide, ANA).

In casi fortemente dubbi è dirimente la biopsia delle ghiandole salivari minori delle labbra dove possono riscontrarsi infiltrati linfocitari. La cura della sindrome di Sjogren è esclusivamente rivolta a ridurre i fastidiosi sintomi. Non esiste infatti una cura risolutiva.

I trattamenti in uso possono alleviare la secchezza degli occhi e della bocca con sostituti salivari e lacrimali (cosiddette lacrime e saliva artificiali). Può essere utile, se tollerato, un farmaco che incrementa la salivazione e la lacrimazione, la pilocarpina, composto eterociclico imidazolico derivato da una pianta (*Pilocarpus jaborandi*) che va usato con grande cautela perché potenzialmente tossico. In caso di sintomatologia ingravescente e pluridirezionale (artriti, neuriti ecc.) vanno utilizzati farmaci immunosoppressori come nella artrite reumatoide. In particolare, vengono somministrati cortisonici, Azatioprina, Ciclofosfamide, Metotrexate, Idrossiclorochina cioè farmaci che sono in grado di ridurre il numero degli autoanticorpi e mitigare l'attività aggressiva nei confronti dei tessuti colpiti dalla impropria "tempesta" immunitaria.

*Fisiatri

► **SOCIETÀ'.** Dalle case agli ospedali di comunità

Coronavirus, riprogettare la sanità

Giampaolo Palumbo*



In uno dei più recenti report dell'ONU si inneggia al fatto che negli ultimi trent'anni un miliardo di persone è uscito dalla situazione di estrema povertà, ma con una percentuale di reddito invariata ed una produzione economica mondiale triplicata dal 1990. Uscire dall'estrema povertà non significa quindi non essere più poveri, ma solo esserlo di meno con le disuguaglianze sociali che aumentano sempre di più. Infatti anche se i poveri sono considerati dagli economisti meno...poveri, l'1,0% dei ricchi è ancora più ricco.

Le disuguaglianze sociali ed economiche sono sempre esistite e continuano ad esistere per colpa di tante situazioni che vanno dalla posizione geografica (zone interne ed impervie e zone costiere e pianeggianti, aree rurali ed urbane industrializzate, ecc.), all'appartenenza demografica, fino ad arrivare addirittura alle differenze di genere, perché le donne ancora oggi sono trattate male rispetto agli uomini. Appare chiaro che il divario tra ricchi e poveri è la disparità della distribuzione del patrimonio economico e del reddito tra gli individui di una popolazione. Questa disuguaglianza può essere associata a una singola nazione oppure applicata globalmente. Che fare di fronte a tutto questo? Non essere indifferenti. Ed infatti, siccome non abbiamo raggiunto né giustizia né equità sostanziali, l'Agenda 2030, scritta dall'ONU nel 2015, prevede tra i suoi obiettivi da realizzare entro i prossimi dieci anni la dissoluzione delle ingiustizie e delle disparità. Ridurre le disuguaglianze all'interno "di e fra" le nazioni è l'obiettivo 10 di tale Agenda che prevede anche altre finalità importanti legate alla sostenibilità, ai cambiamenti climatici, a una crescita economica equa e capace di includere il benessere collettivo tra i suoi indici.

Oltre ai salari, cui abbiamo appena fatto cenno, esistono i problemi della sicurezza sul posto di lavoro, la disoccupazione, ecc. esempi di problematiche esistenziali che sono sempre esistite, ma che sono aumentate con la più grande pandemia della storia dell'umanità. Tale, purtroppo, brutale evenienza ha creato tanti problemi nella gestione della salute dei cittadini. Nel nostro paese, ma anche -come abbiamo già detto- in tutto il mondo, si sta e si stava meglio o peggio a seconda di dove si nasceva, in quale famiglia, in quale posto, con quale possibilità economica e via di seguito. C'era una differenza tra Nord e Sud ma la pandemia ha messo in evidenza le cose non buone del Nord e quelle accettabili del Sud. Sono state mostrate tutte le pecche del Sistema Sanitario Nazionale. Stabilito che non è tutto oro che luccica, si deve lavorare per riequilibrare le sorti della nostra popolazione eliminando i divari soprattutto e, prima di tutto, della sanità.

Si deve rimodulare e rilanciare il sistema sanitario con una vicinanza maggiore ai cittadini in tutti i sensi e con trattamenti uguali per tutti, incentivando in maniera forte l'assistenza territoriale. E' importante che l'accesso ai servizi e soprattutto alle cure sia uguale per tutti, rapido e rispondente alle problematiche della patologia per la quale ci si rivolge alle ASL o agli Ospedali. Bisogna "approfittare" del Piano per la Sanità

del Pnrr con un suo programma operativo che vada oltre anche al sostegno dell'Europa, che il Ministro Speranza ha chiamato "Programma Nazionale per l'Equità della Salute". La sua utilità è molto importante perché serve in un certo modo a ripristinare quello che la sanità italiana era sempre stata: accettabile al di là dei problemi organizzativi. Bisogna ripristinare una rete ospedaliera quanto più vicina alla gente. La riduzione dei posti letto e delle terapie intensive hanno fatto risparmiare certamente agli amministratori ma, quando è stato necessario ricoverare migliaia di persone contemporaneamente si è vista in faccia la tragedia che i tagli lineari hanno messo in scena.

Ben vengano allora le 169 Case di Comunità ed i 45 Ospedali di Comunità solo in Campania; una specie di Istituti Intermedi per evitare sovraccarichi ed ingorghi nelle accettazioni e nei pronto soccorsi. A queste due risorse vanno aggiunti i fondi per sostituire le apparecchiature con oltre cinque anni di vita e quelli per il rinnovo totale dei settori dell'emergenza, oltre al potenziamento degli screenig soprattutto oncologici.

L'Europa, con i suoi fondi, sarà vicina all'Italia Meridionale con 625milioni di euro per gli anni 2021-2027 per il cosiddetto Piano Sanitario dell'Equità. Tutto questo "movimento" di sostegno alla medicina critica dell'emergenza-urgenza è figlio della pandemia da coronavirus che, con la sua cattiveria, ha fatto capire, ed in tutto il mondo, che solo una sanità organizzata sul territorio e negli ospedali potrà venire incontro alle esigenze dei popoli. Moltiplicare per tre i letti dedicati all'emergenza in tutta la penisola significa affrontare con successo e sicurezza altri eventi pandemici.

Senza il dispiegarsi del virus a forma di corona dovunque e senza sosta, non avremmo mai avuto un efficiente rinnovo in sanità con la previsione di trecento interventi in Campania, per rendere, secondo il Ministro della Salute Speranza: "sicuri e sostenibili gli ospedali, oltre alla formazione, alla ricerca ed alla digitalizzazione dell'assistenza".

Il nostro augurio è che tutti gli incentivi previsti diventino necessari per stimolare i talenti, per rendere la torta sociale più ampia, per costruire una società giusta che possa, finalmente, perseguire il maggior benessere possibile per il maggior numero di persone. E riprendendo la teoria espressa nel "Principio di differenziazione" di John Bardley Rawls, filosofo statunitense, figura di spicco della filosofia morale e politica, per il quale anche le disuguaglianze di reddito sono giuste, perché legate ai meriti di ogni singolo individuo, auspichiamo davvero un salto di qualità in tale direzione!

La sanità non doveva andare distrutta con i piani di rientro e la chiusura lineare dei posti letto e di interi ospedali per perseguire un risparmio e per dare sempre la stessa assistenza ma con risorse minori. Il nostro "declino" sanitario era già iniziato con il numero chiuso delle iscrizioni alla facoltà di medicina, che non teneva conto di un giusto e soppesato turnover, ignorando le reali necessità del territorio, degli ospedali e dei distretti e senza tener conto che i medici e gli infermieri vanno in pensione, si possono ammalare e possono, come è successo con la pandemia, andare incontro a morte (369 colleghi ed 80 infermieri ad oggi).

*Medico Federazione medici sportivi italiani



► **PREVENZIONE.** *L'obiettivo è ridurre la mortalità per questa patologia*

Tumore del Polmone: screening e prospettive future

Biagio Campana*



I tumori rappresentano la seconda causa di morte (29% di tutti i decessi), dopo le malattie cardio-circolatorie (37%). Si può affermare che, mediamente, ogni giorno oltre 485 persone muoiono in Italia a causa di un tumore. Il tumore che fa registrare il maggior numero di decessi è quello al polmone (33.838), seguito da colon-retto (19.575), mammella (12.760), pancreas (12.049) e fegato (9.702). I dati riguardanti le aree coperte dai Registri Tumori indicano come prima causa di morte oncologica nella popolazione il tumore del polmone (12%). Da anni la comunità scientifica si è posta come obiettivo la riduzione dell'incidenza e della mortalità per questa patologia, tramite sia interventi di prevenzione primaria che secondaria. I primi sono volti a contrastare l'insorgenza del tumore andando ad agire sui cosiddetti fattori di rischio modificabili. Tra questi, l'abitudine tabagica risulta ancora oggi, nonostante le massicce campagne antifumo, il più frequente e socialmente rilevante. Contemporaneamente si è affermata l'importanza della prevenzione secondaria, rivolta ad individui

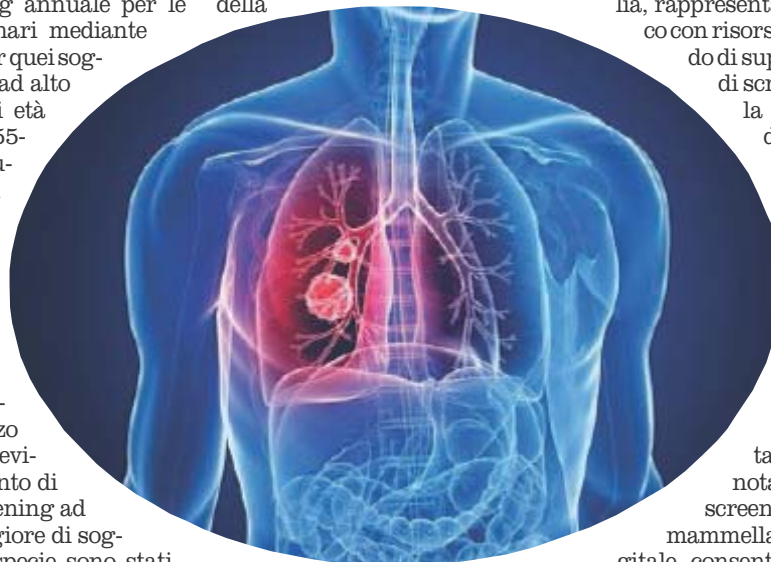
asintomatici tramite l'utilizzo di test di screening che mirano ad aumentare il numero di diagnosi precoci con l'obiettivo di abbattere o quantomeno ridurre la mortalità. A tal fine, nel 2013 sono state diramate da parte dell'US Preventive Services Task Force (USPSTF) specifiche raccomandazioni, che suggeriscono uno screening annuale per le neoplasie polmonari mediante TC a basse dosi per quei soggetti considerati ad alto rischio ovvero di età compresa tra i 55-80 anni, forti fumatori con pack year (numero di pacchetti consumati all'anno) > 30 oppure ex fumatori che avessero smesso da non più di 15 anni. Tali raccomandazioni nel marzo 2021 sono state revisionate con l'intento di estendere lo screening ad un numero maggiore di soggetti. Nella fattispecie sono stati inclusi i forti fumatori con pack year > 20 e con età compresa tra 50-80 anni. Queste raccomandazioni si basano su un importante studio clinico, il National Lung Screening Trial (NLST) condotto negli Stati

Uniti tra il 2002 ed il 2009 e che ha interessato più di 50.000 persone fortemente a rischio di sviluppare tumore del polmone ossia forti fumatori o ex fumatori di meno di 15 anni che sono stati sottoposti a screening con TC a basse dosi per 3 anni. Lo studio ha dimostrato una riduzione della

anche problematiche o meglio limiti legati ai programmi di screening. Uno su tutti l'aderenza della popolazione allo screening, senza considerare che l'assistenza sanitaria, almeno in Italia, rappresenta un servizio pubblico con risorse sempre non in grado di supportare programmi di screening su larga scala e gli effetti dannosi dovuti all'esposizione delle radiazioni. Nell'ottica di ridurre l'esposizione a radiazioni ionizzanti in soggetti sani, si è pensato a metodiche alternative alla TC a basse dosi come l'utilizzo della tomosintesi digitale, una tecnica già nota ed utilizzata nello screening del tumore della mammella. La tomosintesi digitale consente di ottenere delle proiezioni radiografiche digitali elaborate in maniera tridimensionale con risultati sovrapponibili alla TC anche se con qualche falso positivo in più. Grande interesse invece, riveste da anni, l'eventuale iden-

tifica-zione di biomarkers neoplastici. Inizialmente si pensava di utilizzare come marker diagnostico precoce il numero di cellule tumorali circolanti (CTCs) di cui però non si è mai riusciti a dimostrare la reale affidabilità. Similmente, in via ancora ad oggi del tutto sperimentale, si parla dei cosiddetti micro RNA circolanti che al momento sembrerebbero poter avere un ruolo più nelle eventuali recidive che nella diagnosi iniziale del tumore del polmone. Strategie di abbattimento del rischio primario potrebbero gradualmente portare ad una riduzione del numero di fumatori, dell'incidenza e della mortalità del tumore del polmone, ma emerge sempre di più la necessità di un approccio multimodale al problema, che vede coinvolte figure professionali differenti, ognuno con le proprie competenze con l'obiettivo di smorzare il ruolo di big Killer che le neoplasie polmonari hanno di fatto recentemente assunto.

*Specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio



OGGI PUOI IMPARARE A DIFFONDERE L'ENERGIA DI DOMANI.

Grazie al Programma Energie Per Crescere, puoi accedere gratuitamente ai migliori corsi di inserimento professionale nel settore energetico per la realizzazione delle reti elettriche di domani. Una marcia in più per il tuo curriculum ma anche per il Paese, che potrà contare sulla tua professionalità per muoversi verso un futuro sempre più sostenibile. Scegli un domani migliore.

CANDIDATI SUBITO SU
WWW.ELIS.ORG/ENELOPENSCHOOL

OPEN POWER
FOR A BRIGHTER FUTURE.

Segui @EnelGroupIT su



enel.it

elis enel

**► PREVENZIONE.** *Necessario ridurre l'apporto di grassi, soprattutto quelli di origine animale*

Ipertensione e alimentazione: ecco come combatterla

Francesca Finelli *



Secondo gli ultimi dati disponibili, in Italia l'ipertensione arteriosa colpisce in media il 33% degli uomini e il 31% delle donne e di questi rispettivamente il 19% e il 14% sarebbe ad alto rischio per lo sviluppo di patologie cardiovascolari o renali. Al mantenimento della pressione arteriosa nei limiti della norma contribuisce in maniera importante un corretto stile alimentare, tanto che nelle forme più lievi o più responsive può rappresentare addirittura la sola terapia. Mentre in caso di trattamento farmacologico, la dieta aiuta a potenziare l'efficacia dei farmaci antipertensivi, permettendo laddove possibile di ridurre la posologia e/o il numero dei farmaci assunti. Alla base delle principali malattie cardiovascolari troviamo l'aterosclerosi, una malattia poli-distrettuale che può colpire ogni distretto dell'organismo da quello cardiaco, a quello cerebrale, renale o degli arti inferiori. L'aterosclerosi è una malattia delle arterie caratterizzata dalla formazione di placche sulla superficie interna della parete arteriosa. Troppo spesso infatti, si incorre nell'errore di identificare il trattamento terapeutico

nella sola terapia farmacologica, senza porre la giusta attenzione in quello che è il punto fondamentale per una vita sana e di buona salute, ovvero un corretto stile di vita.

Una sana alimentazione, un regolare esercizio fisico e norme comportamentali corrette, oltre a poter rappresentare un'alternativa terapeutica ottimale, sono di fondamentale importanza per la buona riuscita di qualsiasi tipo di terapia. L'ipertensione è parte di una malattia ma può rappresentare essa stessa una malattia nel momento in cui viene trascurata e sottovalutata. Seguire una alimentazione sana, bilanciata, varia, con un ridotto apporto di sale e di alimenti ricchi di sodio è un passo importante. Si è visto che il consumo eccessivo di sale può contribuire allo sviluppo di ipertensione resistente. Il normale introito di sale è

tra i 9 e i 12 g/die in molti paesi del mondo. È stato dimostrato che una riduzione di circa 5 g/die ha un modesto (1-2 mmHg) effetto nel ridurre la PAS nei soggetti normotesi mentre risulta più pronunciato (4-5 mmHg) nei sog-

ipertese non più di 10-20 g di alcool/die. Il consumo di alcool non dovrebbe eccedere di 140g alla settimana per gli uomini e 80 g per le donne. E' consigliato inoltre di ridurre l'apporto di grassi, soprat-



tutto quelli di origine animale, aumentando quello di vegetali, come frutta e verdura, cereali ricchi in fibre ecc. Controllare il peso è fondamentale. Nei soggetti normotesi l'aumento del peso è associato ad un aumento della pressione arteriosa, mentre nei soggetti obesi ipertesi la perdita di peso porta ad una riduzione della pressione stessa o, nel caso siano sottoposti a trattamento,

rende possibile la riduzione o l'abolizione di quest'ultimo. Inoltre un consiglio fondamentale è quello di praticare un esercizio fisico regolare. Studi epidemiologici suggeriscono che l'esercizio fisico regolare di tipo aerobico possa essere benefico sia per la prevenzione

che per il trattamento dell'ipertensione, per ridurre il rischio cardiovascolare e per diminuire la mortalità. Da studi approfonditi condotti su centinaia di volontari è emerso che il programma alimentare "DASH" contribuisce a ridurre la pressione arteriosa sistolica di circa 6 mmHg e quella diastolica di circa 3 mmHg, dopo appena 2 settimane dall'inizio del nuovo regime dietetico. La parola DASH è l'acronimo di Dietary Approaches to Stop Hypertension ossia di approcci dietetici per fermare l'ipertensione. Essa, in realtà, è molto simile alla dieta mediterranea e si basa su un elevato apporto di cereali integrali, pesce, frutta e verdura. La riduzione del NaCl (sale da cucina) a 2,3 g al giorno, va di pari passo all'aumento del consumo di frutta, verdure e cereali che favoriscono l'ingresso nel nostro corpo di Potassio e di fibre, utili per l'abbassamento della pressione. Per molti anni alimentazione e ipertensione arteriosa sono state tenute in relazione soltanto dalla famosa dieta iposodica; una dieta che, oltre ad essere ipocalorica, era caratterizzata da alimenti con basso contenuto di sodio. Il contributo innovativo dato da questo studio, consiste nell'avvicinare alla dieta iposodica una precisa variabilità e scelta degli alimenti per il loro contenuto in antiossidanti. Ad esempio: Vitamina C, Vitamina E, Selenio. Alla luce di quanto emerge quindi, la sana alimentazione e lo stretto binomio tra "alimentazione e buona salute" rimane lo strumento vincente. L'alimentazione è uno dei fattori che maggiormente incidono sullo sviluppo, sul rendimento e sulla produttività delle persone, sulla qualità della vita e sulle condizioni psico-fisiche con cui si affronta l'invecchiamento.

Nutrizionista




Casa di Cura
VILLA MARIA

Casa di Cura VILLA MARIA
MIRABELLA ECLANO AV

PER INFORMAZIONI E PRENOTAZIONI

TEL. **0825 407301**

www.casadicuravillamaria.it

REPARTI

convenzionati col S.S.N.

- CHIRURGIA GENERALE
- ORTOPEDIA
- OCULISTICA
- UROLOGIA
- ONCOLOGIA

SERVIZI:

- **DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**
TC MULTISTRATO (128) REVOLUTION EVO GE
La TAC con minima esposizione alle radiazioni
RMN SIGNA Explorer GE
La rivoluzionaria Risonanza per tutti i pazienti!
- **FISIOPATOLOGIA DIGESTIVA**
ENDOSCOPIA DIGESTIVA AD ALTA DEFINIZIONE CON NBI
MANOMETRIA ESOFAGEA
PH IMPEDENZIOMETRIA ESOFAGEA DELLE 24 H

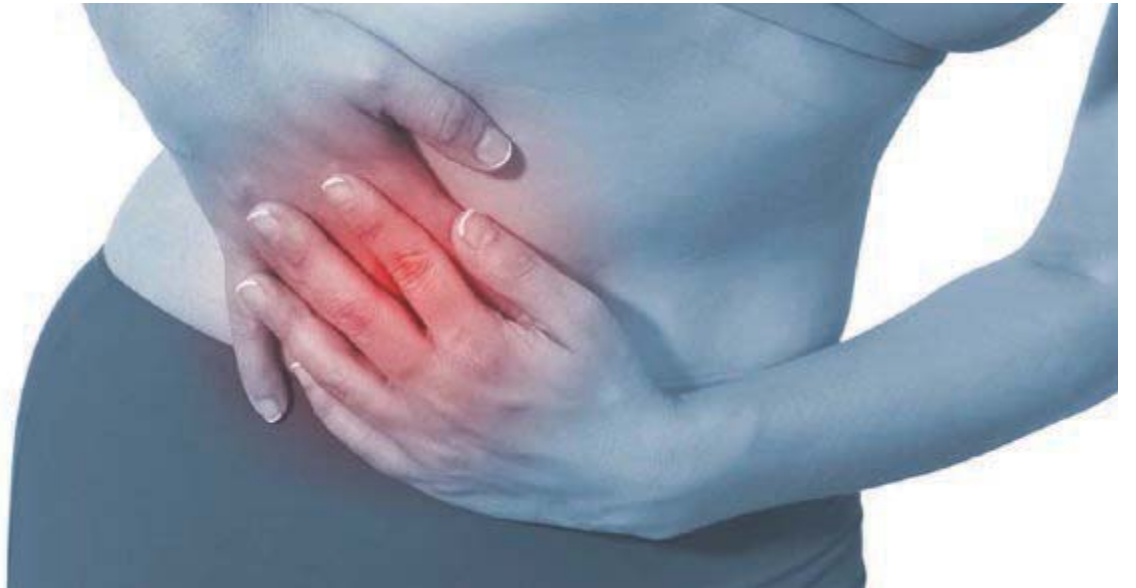
- **RADIOTERAPIA AD ALTA SPECIALIZZAZIONE**

UPMC HILLMAN
Vila Maria CANCER CENTRE

- SERVIZI SANITARI ALL'AVANGUARDIA
- UN TEAM ALTAMENTE SPECIALIZZATO
- TEMPI DI ATTESA BREVI PER TUTTE LE PRESTAZIONI

► **PREVENZIONE.** *Interessa una donna su sei della popolazione femminile*

Il dolore pelvico cronico



Mario Polichetti*



Il dolore pelvico cronico (DPC) è una sintomatologia dolorosa che può manifestarsi in modo costante oppure intermittente, in maniera ciclica oppure casuale, a livello della regione pelvica, e che persiste da almeno 6 mesi.

Generalmente interessa una donna su sei della popolazione femminile in età riproduttiva, con limitazione importante nelle proprie attività lavorative o domestiche.

I fattori causali e la prognosi sono diversi per ciascuna condizione, che hanno tuttavia in comune il grave impatto esercitato sulla salute della donna, legato oltre che all'intensità del sintomo anche ai suoi effetti sulle dinamiche familiari e lavorative.

La percezione del dolore è il risultato di una integrazione di stimoli periferici e di variabili corticali, quali l'umore e l'ansia, secondo la teoria del gate-control di Melzack. Dunque, nella percezione di questo dolore viene sottolineata la pari importanza delle due componenti, somatica e psicogena, in un rapporto di determinismo reciproco e che di volta in volta attenuano o potenziano la percezione del dolore.

La comune innervazione dei visceri pelvici rende difficile la precisa individuazione per la paziente dell'organo da cui abbiano origine gli stimoli dolorosi. Inoltre, il dolore viscerale risale il sistema nervoso centrale lungo la via spinoreticolotamica e raggiunge la corteccia cerebrale ma non possiede una rappresentazione corticale ben differenziata, cosicché il dolore viscerale (organi interni) ha una localizzazione meno delimitabile e più diffusa rispetto al dolore somatico (cute, muscoli, articolazioni, ossa).

I possibili fattori eziologici del DPC sono molteplici e traggono origine dall'apparato genitale ma anche da quello urologico, gastrointestinale, muscolo-scheletrico, neurologico e infine anche da un disequilibrio psicofisico.

Le cause possono essere organiche, non organiche o multifattoriali:

Ginecologiche:

Anomalie mulleriane: sono difetti congeniti del tratto genitale (imene imperforato, setto vaginale trasverso, atrofia o agenesia cervicale) che impediscono la fuoriuscita in modo completo del flusso mestruale e causano dolore ciclico. Altre patologie malformative quali un setto vaginale trasverso incompleto o un utero unicorne, si associano a dolore ingravescente e anche a dolore intermestruale.

Flogosi pelvica cronica: il dolore si esacerba in fase perimestruale, è presente di spareunia (dolore durante i rapporti sessuali) e spesso sterilità. L'utero può essere retroverso e fisso per presenza di aderenze e ispessimenti fibrotici che irritano i tessuti. La genesi può essere attribuita a microrganismi patogeni a trasmissione sessuale.

Endometriosi: il dolore inizia con dismenorrea (dolore associato al ciclo mestruale) durante l'adolescenza e i primi anni di vita adulta. La dismenorrea diventa più intensa finché il dolore diventerà continuo. Il sintomo può esacerbarsi in fase premenstruale e mestruale. Due sono le ipotesi sul dolore provocato dall'endometriosi: quella meccanica e quella biochimica. Secondo l'ipotesi meccanica, le aree di endometrio ectopico danno ciclicamente luogo a criptomestruazioni in cavità peritoneale o in aree incapsulate da tessuto fibroso o peritoneale, mettendo in tensione i tessuti circostanti. Intor-

no ai focolai si sviluppa, inoltre, una reazione infiammatoria che esita in aderenze e sclerosi detraente. La teoria biochimica suppone che il tessuto endometrioso non sia solo organo bersaglio degli stimoli ormonali, ma esso stesso abbia una funzione endocrina, producendo prostaglandine, soprattutto della classe F, che come è noto sono potenti mediatori dell'infiammazione e inoltre sensibilizzano le terminazioni nervose agli stimoli dolorosi.

Adenomiosi: consiste nella presenza di ghiandole endometriali nello spessore della muscolatura uterina, il che provoca ipermenorrea (mestruazioni abbondanti) e dismenorrea. L'origine del dolore è riconducibile agli stessi meccanismi dell'endometriosi.

Miomi uterini: sono presenti in circa il 25% delle donne, possono essere asintomatici oppure diventare dolorosi in funzione della sede, delle dimensioni, dei rapporti che contraggono con altri organi. Quelli con sviluppo sottosieroso o infraligamentario possono provocare DPC attraverso la distensione del rivestimento peritoneale o per compressione di organi vicini. Il dolore talora è dovuto a fatti degenerativi, ischemici o a torsione.

Cisti ovariche: se si escludono le cisti endometrioidiche, le altre non sono causa di DPC ma frequentemente di dolore pelvico acuto [10]. Generalmente danno un senso di peso e distensione addominale.

Retroversione uterina:

la patogenesi del sintomo doloroso è riconducibile alla congestione del viscere uterino conseguente a un ostacolato ritorno venoso nel plesso vascolare dei legamenti larghi.

Varicocele pelvico: è una ectasia del sistema venoso degli organi riproduttivi, si presenta con senso di pesantezza pelvica e dolore, che si manifestano inizialmente in fase luteinica o premenstruale. Col tempo, i giorni in cui sono presenti questi sintomi si fanno sempre più numerosi finché la condizione diventa stabile, con riacutizzazioni premenstruali. Il dolore è tanto maggiore quanto più tempo la donna rimane in posizione eretta e può attenuarsi con il riposo.

Aderenze pelviche: la loro presenza va sospettata nelle pazienti con anamnesi di precedente chirurgia addomino-pelvica e con dolore pelvico che si modifica ai cambiamenti di posizione. Si ritiene che comincino a formarsi nelle prime settimane dopo l'intervento e che siano causa di DPC solo quelle aventi una innervazione e uno spessore maggiori.

Dismenorrea primaria: dolore legato all'evento mestruale, quindi ciclico o ricorrente. L'endometrio produce un eccesso di prostaglandine, rilevabile a livello plasmatico.

Dolore pelvico di metà ciclo: riconosce come causa probabile la rottura follicolare, oppure la rapida crescita che precede l'ovulazione. Di solito è di breve durata, sino a un massimo di 3-4 giorni e perdita genitale ematica con carattere di spotting.

Urologiche: le strette connessioni anatomico-funzionali del tratto urinario e di quello riproduttivo dipendono dalla comune ori-

gine embriologica, numerose sono le alterazioni urologiche specifiche che causano dolore pelvico:

Cistite interstiziale: si associa a una triade di sintomi clinici. Disturbi irritativi, della minzione e dolore sovrapubico. La flogosi interessa la parete vescicale ed è stata attribuita a una permeabilità abnorme della parete, che permette un'infiltrazione di sostanze presenti nell'urina. Ciò causa una risposta infiammatoria per migrazione di mastcellule (attivatori dell'infiammazione).

Urolitiasi: presenza di calcoli nel sistema urinario, solitamente nei reni e negli ureteri, i sintomi dipendono dalla posizione del calcolo che ostruirà il deflusso di urina, generalmente il dolore è addominale.

Sindrome uretrale: si manifesta con sintomi irritativi delle basse vie escrettrici quali disuria (difficoltà alla minzione), urgenza minzionale, irritazione vulvare, dolore vaginale. Si ipotizza che sia presente un'infezione uretrale, in particolare una invasione batterica con cronicizzazione della flogosi. Interagirebbe anche uno stato di spasticità uretrale con il risultato finale di uno spasmo muscolare doloroso.

Gastrointestinali: dal momento che gli organi pelvici condividono la medesima innervazione viscerale con il basso tratto gastrointestinale, diverse patologie a carico di

Ernie addominali: includono le ernie ombelicali, epigastriche, lombari, incisionali, in cui vi è una protrusione dei visceri addominali attraverso la fascia addominale. Il sintomo può consistere in un dolore addominale intermittente, oppure acuto in caso di incarceramento e occlusione.

Neoplasie: i tumori della regione pelvica e della regione addominale soprattutto colon e sigma causano dolore cronico nel 65% dei casi, secondo in frequenza alle alterazioni dell'alvo.

Muscolo-scheletriche: il dolore è molto simile a quello ginecologico ed è spesso modificato dall'assetto ormonale associato a mestruazione o gravidanza. I recettori del dolore vengono attivati da stimoli meccanici e chimici quali la compressione, lo stiramento, l'infiammazione o disordini metabolici. Sintomi dolorosi pelvici, che si presentano come algie addominali, vaginali o del pavimento pelvico, possono avere origine dalla colonna lombare, dal bacino, dalla muscolatura del pavimento pelvico o dalle articolazioni sacroiliache e dai legamenti. L'influenza ormonale sarebbe mediata dall'aumento di progesterone e della relaxina nella fase luteale.

Neurologiche: pazienti con precedenti di interventi laparotomici del basso addome, anche quelli con incisione Pfannenstiel, possono risentire della lesione dovuta all'accesso chirurgico a carico dei nervi ileoinguinale e ileoipo-gastrico che decorrono in corrispondenza della zona di incisione [26]. Altro dolore da neuropatia è quello a carico del nervo pudendo che crea dispareunia, disuria, dolore alla defecazione, dolore in posizione seduta.

Psicosociali: turbe emotive della sfera psichica come uno stato ansioso depressivo, ipocondria, somatizzazione o precedenti di violenza fisica possono avere un complesso intreccio patogenetico con il dolore pelvico cronico.

L'eziologia del DPC rimane in molti casi oscura e questo limita la possibilità di formulare una strategia preventiva adeguata. La formulazione di una corretta diagnosi eziologica è un compito talora molto impegnativo essendo caratteristiche frequenti di questa patologia la ricerca lunga e infruttuosa della causa.

L'approccio multidisciplinare è considerato più attuale, secondo il quale il sintomo doloroso deve essere affrontato dando spazio al contributo plurispecialistico in fase sia diagnostica sia terapeutica. Neppure in presenza di specifica patologia si può escludere nella stessa donna una genesi multifattoriale e che la soluzione del singolo caso di dolore è tanto più probabile quanto meno si trascurano, assieme alle cause organiche, anche quelle emozionali, psico-affettive e sociali.

La diagnosi deve essere pertanto accurata e precoce, con la tempestività si evitano le complicanze tardive, soprattutto per l'azione biochimica dei mediatori dell'infiammazione che devastano l'architettura cellulare e la funzione dei diversi tessuti e organi coinvolti. Inoltre, una terapia ben personalizzata e articolata riuscirà con una buona aderenza da parte della donna a controllare il dolore, agendo sui fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento.

*Direttore UO gravidanza a Rischio e Diagnostica Prenatale AOU Salerno



quest'ultimo causano DPC:

Sindrome del colon irritabile: è una disfunzione intestinale senza anomalie strutturali o biochimiche. Nella sindrome sarebbe modificata la soglia della percezione del dolore viscerale con una ipersensibilità dei recettori presenti nella parete del colon o del piccolo intestino, è dunque una risposta esagerata a distensioni o contrazioni peraltro fisiologiche del viscere.

Morbo di Crohn: malattia infiammatoria in cui la flogosi interessa la parete intestinale a tutto spessore, l'intestino si ispessisce, si stenotizza e possono formarsi fistole peritoneali ed extraperitoneali [20].

Rettocolite ulcerosa: interessa il colon discendente e il retto, il dolore è presente nel 50% dei casi ed dovuto ai processi infiammatori.

Diverticolosi: consiste nella erniazione della mucosa e sottomucosa attraverso la tonaca muscolare della parete del colon. Il sintomo più frequente è il dolore ai quadranti inferiori dell'addome, solitamente a sinistra].

**► PREVENZIONE.** Si tratta della metodica di prima istanza nella valutazione del sacco scrotale

L'ecografia nella diagnosi dello scroto

Necessario differenziare un quadro di flogosi da uno di torsione testicolare

Luigi Monaco*

Tra le cause di scroto acuto
-Processi flogistici;
-Torsione
-Ernia inguino-scrotale strozzata

-Traumi
le più frequenti sono l'epididimite e la torsione.
PROCESSI INFIAMMATORI.

Le infiammazioni dell'epididimo e del didimo (spesso quest'ultimo da interessamento secondario) sono tra le più frequenti patologie responsabili di dolore scrotale.

Diversi sono i microorganismi che sostengono le infezioni dell'epididimo e del didimo che originano da infezioni delle vie urinarie (cistiti, uretriti, prostatiti) e raggiungono lo scroto attraverso i dotti deferenti o i vasi linfatici del funicolo spermatico. Le complicanze possono essere talvolta gravi se non si interviene prontamente con adeguata terapia medica.

L'ecografia permette di effettuare una diagnosi immediata ed in particolare nella fase iniziale differenziare un quadro di flogosi da un quadro di torsione testicolare. E' necessario però l'utilizzo dello studio vascolare delle strutture in quanto la diagnosi è corretta solo dimostrando un aumento significativo delle strutture vascolari secondario all'iperemia. Può essere necessario l'impiego dell'ecografia con mezzo di contrasto (CEUS: argomento di precedente) per migliorare la visualizzazione dei segnali vascolari. E' però fondamentale che allo studio vascolare si associ sempre un quadro ecografico di base significativo di alterazione strutturale caratterizzato da incremento volumetrico e ridotta ecogenicità dell'epididimo e del didimo, se interessato.

In aggiunta al quadro di base ed alla valutazione vascolare (eco-power Doppler) lo studio Doppler pulsato (valutazione dello spettro Doppler dei vasi) rappresenta un ulteriore elemento dirimente per la diagnosi finale.

Non è rara la possibilità di interessamento flogistico anche del funicolo sper-

matico caratterizzato da incremento volumetrico ed accentuazione della vascolarizzazione nel contesto.

L'evoluzione di una flogosi acuta può essere la cronicizzazione con la visibilità di calcificazioni epididimarie ed un certo grado di atrofia del testicolo omolaterale che appare di dimensioni ridotte e con una struttura disomogenea.

In genere l'infiammazione dell'epididimo si estende al testicolo. Dal punto di vista ecografico il testicolo si presenta aumentato di dimensioni con aspetto scuro (ipoecogeno) e con accentuata vascolarizzazione nel contesto al color Doppler.

TORSIONE TESTICOLARE (CORDONE SPERMATICO E DEI RESIDUI MULLERIANI E WOLFFIANI)

Il quadro clinico si caratterizza da intenso dolore scrotale talora con irradiazione verso l'inguine.

In epoca neonatale è possibile la torsione dei residui mulleriani e wolffiani ed in genere interessa l'appendice del testicolo (idatide del Morgagni).

La torsione del cordone spermatico presenta la massima frequenza alla pubertà (85% dei pazienti compresi tra i 12 ed i 18 anni) e nella maggior parte dei casi è unilaterale.

Il quadro ecografico è diverso a seconda del momento in cui viene effettuata l'esame.

In fase iniziale (dopo almeno 4-6 ore) si ha un aumento di dimensioni del testicolo con struttura che diventa scura (ipoecogeno); caratteristico è la visualizzazione del funicolo che, in relazione all'edema, assume un aspetto tortuoso, bianco (iperocogeno), il così detto aspetto "spiral twist". Successivamente il testicolo presenta un sovertimento strutturale per la presenza nel contesto di aree necrotico-infartuali.

Dopo 24-48 ore si associa un ispessimento delle borse scrotali e l'idrocele reattivo (liquido che circonda il testicolo).

Lo studio vascolare con color-power Doppler è fondamentale per la diagnosi. Esso mostra la riduzione o arresto della vascolarizzazione nel parenchima testicolare interessato rispetto al testicolo controlaterale.

L'ischemia prodotta deve

essere corretta in tempi brevi dall'avvenuta torsione per il ripristino della normale vascolarizzazione ed evitare in tal modo fenomeni di necrosi ischemica: entro le sei ore dall'insorgenza della sintomatologia il 70-100% dei testicoli possono essere salvati; dopo dodici ore questa percentuale si riduce a meno del 20% ed è minima dopo 24

ore.

La scintigrafia è certamente la metodica cartterizzata da una più alta accuratezza diagnostica, purtroppo raramente è disponibile in urgenza.

L'impiego del mezzo di contrasto ecografico (CEUS) è utile soprattutto in quei casi in cui l'esame color Doppler basale non mostra vascolarizzazione in-

tratesticolare riducendo significativamente il numero di falsi positivi. E' stato proposto anche l'impiego della Risonanza magnetica per la diagnosi differenziale tra torsioni in fase subacuta ed epididimiti.

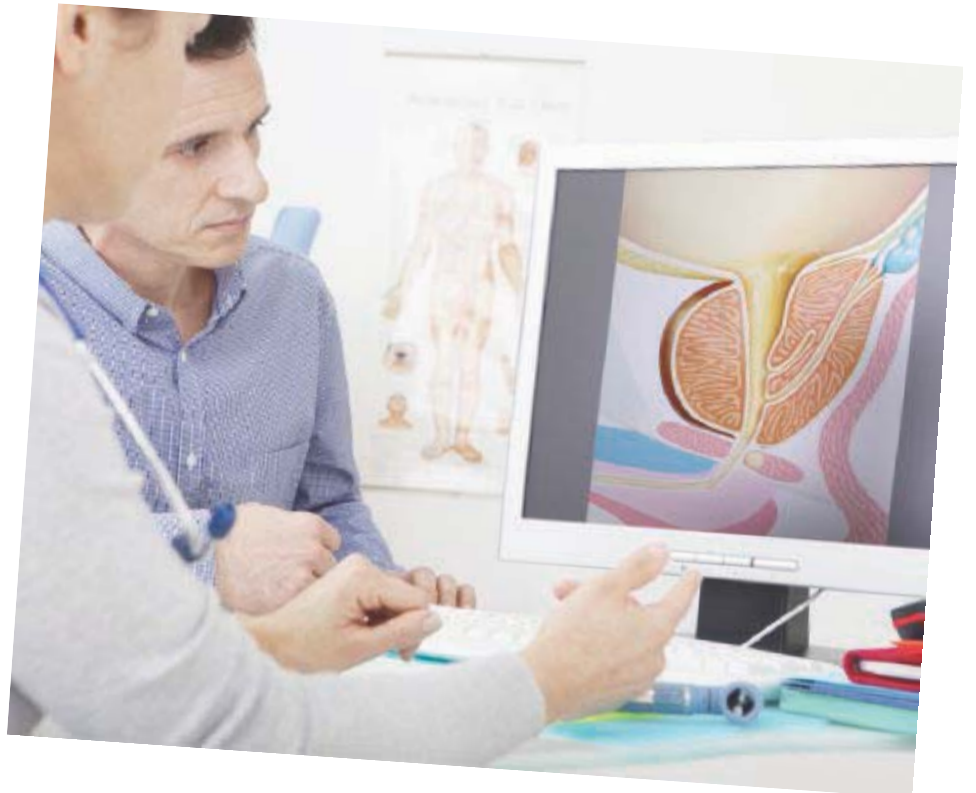
CONCLUSIONI.

L'ecografia dello scroto è considerata la metodica di prima istanza nella valutazione del sacco scrotale e

del suo contenuto.

La correlazione tra i reperti palpatori clinici e quelli ecografici è un momento fondamentale per indirizzare l'ecografista ad uno studio mirato della patologia scrotale.

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

**ESAMI**

Sottoporsi a una biopsia ascoltando musica

**Graziella Di Grezia***

Le procedure interventistiche rappresentano parte integrante del percorso diagnostico in senologia e non vengono eseguite soltanto in

caso di sospetto, ma anche di dubbio e discrepanze diagnostiche o in follow-up.

Per questo il numero di biopsie eseguite sotto guida ecografica o mammografica rappresentano un sottogruppo significativo di una unità operativa di diagnostica senologica che si occupa di prevenzione su ampie popolazioni target.

Le procedure vengono eseguite preferibilmente da personale dedicato in ambienti confortevoli per gli operatori e per la paziente così che il tempo e i passaggi siano ottimizzati e i frustoli ottenuti siano sufficienti per una diagnosi esautiva e conclusiva.

Tuttavia, per la paziente, la notizia di doversi sottoporre ad una procedura interventistica rappresenta un motivo di ansia non sempre facilmente gestibile.

Talvolta si associa una sensazione di dolore, solo attenuata, ma non sempre del tutto eliminata dalle premedicazioni farmacologiche.

La compliance della paziente alla biopsia è un elemento importante sia per la corretta esecuzione della procedura sia per la riduzione del tasso di complicanze; influisce sul benessere globale della donna e incide sull'adesione della donna ai controlli a cui si sottoporrà in futuro.

Esistono realtà isolate che hanno sperimentato l'utilizzo della musica classica durante l'esecuzione della biopsia [Akin, DIR 2021]; su una piccola coorte di pazienti è stata dimostrata una riduzione del tasso d'ansia legato alla procedura, ma non una riduzione del livello di dolore percepito.

Soltanto in donne che avevano

avuto esperienza di meditazione, anche la percezione del grado di intensità di dolore è risultato inferiore.

L'ascolto di brani famosi di musica classica è stato associato anche ad altre procedure mediche quali la rimozione di tubi di drenaggio, la somministrazione di farmaci chemioterapici, l'endoscopia, esami di Risonanza Magnetica e durante il taglio cesareo.

Ridurre il disagio e l'ansia durante una procedura interventistica implica che l'evento non venga ricordato come traumatico e consente in seguito di affrontare anche altre procedure con il minimo discomfort possibile.

La diagnostica senologica integrata, e la medicina in genere, non può occuparsi della salute intesa soltanto come assenza di malattia, ma deve porre attenzione al benessere psicologico della paziente e al comfort di ogni step diagnostico.

***Radiologo PhD**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

► IL LIBRO. Così le ricette raccontano i difficili giorni dell'emergenza

Voci di medici in cucina

In un volume le esperienze terapeutiche e culinarie del lockdown di ottanta illustri camici bianchi

La prefazione di Ernesto Claar e Gabriella Fabbrocini presenta gli obiettivi ed i contenuti principali del volume "Medici in Cucina" (Grimaldi & C. Editori, 2021).

Gabriella Fabbrocini
e Ernesto Claar

Ars medica e Ars culinaria hanno molti punti in comune. Si parla di ricetta medica e ricetta culinaria: così diverse e così simili. Entrambe attribuiscono benessere a chi le riceve, ecco perché quando ci è stato proposto di "curare" questo volume sui medici in cucina abbiamo accettato con entusiasmo. È noto che già nel primo secolo dopo Cristo oggetti di impiego domestico fossero utilizzati per uso sanitario in genere dal pater familias che prescrive e medica a beneficio di familiari e schiavi. Da sempre si è ricorsi ad una diversificata farmacopea naturale; oggi come allora dietro la do-



mus si è appurata l'esistenza di orti medicinali, balsamari di vetro contenenti tracce di medicinali ed aromi e antiche ricette tramandate dai testi e soprattutto dalle nonne.

Sappiamo bene come sia complicato gestire un paziente e i nostri predecessori non aveva no farmaci già confezionati e dovevano dosare in una ricetta miracolosa tanti ingredienti al pari di uno chef ai fornelli che deve ben equilibrare il gusto e i singoli sa-

pori e odori per il palato.

Aggiungi, toglì, integra è quello che fa uno chef quando crea o riproduce una ricetta al pari del medico che davanti ad una annosa gastrite o un'orticaria recidivante deve ben dosare i rimedi per ottenere il massimo beneficio con il minimo disagio. Pensiamo al piccante in cucina; se troppo poco rischia di passare inosservato, se troppo abbondante rischia di bruciare il palato ma se ben calibrato delizia i

La copertina del libro



palati più sopraffini, così come il cortisone che se troppo rischia di sviluppare difficoltà digestive, se troppo poco non dà benefici, ma se ben calibrato e tamponato porta a guarigione e benessere.

Per non parlare di quante volte il medico è chiamato a correggere false convinzioni che, senza alcun motivo, rischiano di limitare la qualità di vita e l'estro culinario delle persone: "soffro di diverticoli del colon e non posso mangiare frutta e semi" oppure "penso di dover mangiare in bianco", o ancora "le verdure che puzzano fanno male al fegato".

Fatte queste premesse, chi più del medico può sapere o volere cucinare? Ce lo siamo chiesti noi

curatori del volume invitando un po' di colleghi e la risposta è stata sempre affermativa e in più ognuno di loro ha aggiunto l'emozione del piatto raccontandosi e scoprendo una parte più nascosta che spesso si cela dietro il camice bianco. Medici in cucina vuole testare il gusto e la capacità di noi medici di essere portatori di benessere non solo nell'ambiente ospedaliero ma anche nell'ambiente di quotidianità sociale.

Una prova in più a cui tutti hanno saputo tenere testa suggerendo al lettore nuove e gustose ricette per le nostre belle giornate in famiglia, con gli amici e magari anche a lavoro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA TESTIMONIANZA

Le storie di quarantena dei medici in prima linea

Quella di Paolo Ascierto, presidente della Fondazione Melanoma, tra i massimi studiosi al mondo di immunoterapia dei tumori, è una delle "80 storie di quarantena" del volume "Medici in cucina".

Paolo Ascierto

Claudia Claudia, la mia Claudietta che mi rimproverava e mi diceva doc mettiti la mascherina. Me lo diceva che era gennaio, a Pittsburgh, dove si stava specializzando e io ero lì per un congresso. Me lo diceva quando in Italia e nel resto del mondo il Covid era ancora la malattia dei cinesi. «Smettila Claudia, non essere così ossessiva», le dicevo sbuffando. Lei è così, tanto bella e brava quanto pesante. E invece aveva ragione lei, il virus aveva già travalicato tutti i confini. Aveva capito tutto la mascotte del mio gruppo di ragazzi. E prima di me aveva capito qualcosa in più anche mio fratello Filippo. Il 20 febbraio 2020 ero a Chicago per un meeting sul melanoma, ero atterrito da poco e mi stavo sistemando in albergo quando mi arriva la telefonata di Filippo. Lui vive a Padova: «Paolo - mi dicono molto preoccupato, qui in Italia continuano a minimizzare, a parlare di una semplice influenza, ma io ho paura. A Codogno c'è stato un caso Covid. Io non credo si tratti di influenza». Di lì a poco la storia nota a tutti: il lockdown, i quasi centomila morti in Ita-

lia, due milioni nel mondo. Morti a cui, finita l'emergenza, la politica e la sanità mondiale dovranno dare necessariamente delle risposte. Ma torniamo indietro. Torniamo a quella data che ha cambiato le nostre vite: il 9 marzo 2020. Io non so cosa sia il lockdown. Posso dire, anzi, che mai periodo professionale sia stato più intenso e teso dell'ultimo anno. Mentre il mondo si fermava, io mi sono ritrovato impegnato a tempo pieno sia con i miei pazienti, quelli malati di melanoma (magari il tumore avesse conosciuto il lockdown) sia con lo studio del Tocilizumab, il farmaco antiartrite con cui abbiamo salvato vite, forse spacciate, nelle forme complicate da Covid. Certo, in ospedale non sono mai stato solo. Medici e infermieri, a cominciare dal mio team, non hanno conosciuto battute d'arresto. La vita si è fermata, ma fuori dai laboratori, dai reparti, dalle sale operatorie, dalle terapie intensive. Il



Una delle foto simbolo del lockdown nelle corsie dell'Istituto Pascale

blocco ha colpito soprattutto i giovani. A cominciare dai miei ragazzi, Marco e Luca, loro sì che hanno vissuto l'isolamento, orfani del padre, ma anche della madre, chirurgo, impegnata tutto il giorno anche lei in ospedale. Un isolamento che, tuttavia, ha dato in molti casi la possibilità di cercare nuovi stimoli. I miei ragazzi, per esempio, hanno scoperto la cucina. E così, la domenica è diventata la giornata dei pranzetti e delle tradizioni ritrovate. In un momento in cui tutto sembrava sgretolarsi sotto i nostri piedi, in cui anche un abbraccio era una bestemmia da non dire, ho (abbiamo) riscoperto il piacere di ritrovarci con gioia intorno a un piatto di pasta, a un secondo, a un contorno, e in quel piatto abbiamo decongestionato la tensione e la stanchezza e ritrovato sapori antichi. I miei ragazzi mi hanno fatto ritrovare mia madre e la tradizione della mia famiglia d'origine in un piatto che (forse non lo sapevo, o lo avevo semplicemente dimenticato) fa parte della mia vita: il puparuolo 'mbuttunato (il peperone imbottito). Era uno dei miei piatti preferiti di quando da bambino andavo a trovare mia nonna a Solopaca e che mia madre mi preparava quando il fine settimana tornavo a casa dall'Università. Me ne preparava teglie intere, buone da mangiare quella domenica, ma anche da condividere con i ragazzi con cui dividevo la stanza a Napoli durante tutta la settimana. Credo che molti di loro se lo ricordano ancora il puparuolo 'mbuttunato di mamma Cesira. Mia madre lo faceva in diversi modi: quello classico, con pan grattato, i capperi e le olive, quello più elaborato, con carne macinata e mozzarella. C'era una versione anche con il tonno. A me piacevano tutte.

te tutta la settimana. Credo che molti di loro se lo ricordano ancora il puparuolo 'mbuttunato di mamma Cesira. Mia madre lo faceva in diversi modi: quello classico, con pan grattato, i capperi e le olive, quello più elaborato, con carne macinata e mozzarella. C'era una versione anche con il tonno. A me piacevano tutte.

LA RICETTA DI PAOLO ASCIERTO

Puparuoli 'mbuttunati

Ingredienti per 4 persone: 12 peperoni rossi (cornetti o papacelle; personalmente preferisco le papacelle, ovvero i peperoni ro-tondi conservati in salamoia o sott'aceto); 300 gr. di mollica di pane bianco case-reccio raffermo, sbriciolata; 6 filetti di acciughe sott'olio; 2 sarde salate; 1 spicchio aglio tritato; 1 cucchiaino di capperi; 20 olive nere di Gaeta; olio extra vergine di oliva q.b.; 3 noci; 1 scatoletta di tonno sgocciolato da 160 gr.; prezzemolo q.b.; pinoli a piacere; 1 cucchiaino di vincotto; 1 cucchiaino di uva sultanina.



Preparazione: Lavate e asciugate i peperoni, quindi togliete i piccioli con un coltellino e rimuovete i semi. L'uva sultanina va ammorbidente in acqua.

Lavate i capperi e le sarde. Tagliate il pane a pezzi piccoli e sbriciolate la mollica a pezzi molto piccoli. Denocciate le olive. Tagliate finemente acciughe, capperi, olive. Versate gli ingredienti in una ciotola capiente, unite il tutto e mescolate per ottenere un composto omogeneo.

Aggiungete l'olio fino a quando l'impasto appare compatto, mettetelo in frigo per un giorno per insaporire. Riempite i peperoni svuotati e chiudeteli con la crosta del pane. Infornateli in forno preriscaldato a 200°C per 15 minuti, quindi abbassate la temperatura a 180° per altri 15 minuti circa. Anche il profumo appetitoso vi avvertirà che sono pronti. Infine, frigate il peperone in abbondante olio cominciando dalla parte superiore, quella chiusa con il pane.

► **SOCIETÀ'.** Al tempo dei social recuperare il senso del pudore è il vero coraggio

Paura di sentirsi inadeguati

Esibiamo prepotentemente le nostre maschere e ci vergogniamo della nostra autentica fragilità

Carmen De Guglielmo*



"Tutti e due erano nudi, l'uomo e sua moglie, ma non ne provavano vergogna" (2,25- Genesi).

Nella Genesi Adamo ed Eva, dopo aver disobbedito a Dio spinti dalla curiosità, mangiarono dall'albero della Conoscenza del Bene e del Male ed incontrarono per la prima volta la vergogna. Di fronte allo sguardo di Dio, Adamo ed Eva si accorsero della loro nudità e, nel tentativo di nascondersi per la vergogna, furono cacciati dall'Eden.

Nella lettura de "Il sé nudo. Alle origini della vergogna" di M. Lewis, troviamo un'interessante interpretazione: La curiosità porta alla conoscenza e la conoscenza a sua volta genera la vergogna.

L'etimologia della vergogna, dal latino "verecundia", dal verbo "vereri" ossia "aver riguardo", ci riporta alla natura primitiva di questa emozione che potremmo definire "emozione sociale". A differenza di altre emozioni, la vergogna può generarsi solo nel momento in cui il bambino esperisce il riconoscimento di sé diverso dall'altro. Il riconoscimento dell'alterità, lo sguardo dell'altro, è la base per provare vergogna.

La vergogna non esiste alla nascita ma si sviluppa quando il bambino sviluppa la cosiddetta "autoconsapevolezza oggettiva" attraverso la quale compaiono le emozioni legate all'immagine riflessa di sé e si incorporano modelli e norme provenienti dall'altro. Il giudizio, la conoscenza del bene e del male provenienti dall'adulto, vengono interiorizzati dal bambino ed emergono così le emozioni autocoscienze. Per riassumere brevemente, potremmo dire che la vergogna nasce nel momento in cui c'è il riconoscimento dell'altro.

La vergogna quindi ha a che fare particolarmente con l'identità e lo svelamento della propria identità avviene inevitabilmente in contesto relazionale, passa cioè attraverso lo sguardo dell'altro. L'identità si costruisce solo riconoscendo l'alterità.

La vergogna possiamo definirla come una sensazione che trae origine dalla percezione di discostarsi dall'insieme di regole, codici comportamentali e norme sociali, imposteci dall'esterno sin dalla prima infanzia. La vergogna fa parte del gruppo delle emozioni secondarie, ossia quelle emozioni non innate (come sono ad esempio la rabbia, la tristezza o la gioia) e non universali ossia emozioni indotte dal contesto sociale in cui l'individuo vive e da cui subisce le influenze e la pressione alla conformità. La vergogna è, o dovrebbe essere, una naturale reazione che si origina dal nostro interno, dal nostro auto-giudizio, e va a ridefinire ogni volta la percezione che abbiamo di noi stessi ed il nostro concetto di persona.

Tutti ci sentiamo solitamente



parte di un gruppo di riferimento (dal più piccolo, come il nucleo familiare, a gruppi più estesi, come le etnie) il quale contribuisce alla costruzione del concetto di identità personale attraverso la condivisione di norme e valori. E proprio in questo contesto che nasce la vergogna ossia quel "aver riguardo" verso norme e responsabilità che il nostro super-io, giudice interiore, ci rammenta continuamente.

Ad oggi sappiamo che la nostra personalità è il risultato di più cause e fattori: biologiche, sociali e psicologiche. Un quadro dove dobbiamo riconoscerci limitati e ammettere che siamo quel che siamo. "Saper tollerare tutto ciò che si può trovare nella propria realtà interna è una delle grandi difficoltà umane" (Winnicott, 1986). Ma il guardarsi per come si è realmente comporta una sofferenza del nostro narcisismo. Il sentimento di vergogna si fonda essenzialmente nella paura di un attacco all'immagine di sé, alla propria identità, profondamente intrisa di narcisismo. Certamente la vergogna è anche un fatto relativo poiché è tale oggi in relazione al contesto socio-culturale in cui agisce e in relazione al significato che le persone ne percepiscono.

La vergogna può diventare facilmente una dinamica disfunzionale in quanto l'individuo paralizzato nell'agire e nell'autodeterminarsi, può mettere in atto comportamenti auto-punitivi. Tutto questo nasce dall'incapacità di integrare, dall'incapacità di vedere il "grigio" delle cose. Oggi si passa da un estremo all'altro. Tutto bianco, tutto nero, tutto giusto o tutto sbagliato. L'individuo che non ha sviluppato la capacità di tollerare l'ambivalenza dei propri sentimenti e quindi la capacità di provare vergogna, spesso ri-

corre a un meccanismo difensivo di scissione: tutto è scisso in buono o cattivo. Per queste persone non esistono mezze misure. Le cose possono essere o solo buone o solo cattive. L'individuo è incapace di tollerare quella che in fondo è la natura dell'essere umano: amore e odio insieme, bontà e anche cattiveria.

La vergogna in realtà favorisce il riconoscimento del proprio limite, del proprio ed altrui spazio, inteso come integrità in cui coesiste il bene e il male. L'accettazione di se stessi e dei propri comportamenti agiti nel reale si definisce, invece, assunzione di responsabilità. Questa presuppone che l'individuo si veda, si concepisca e si accetti consapevolmente così come è, nei suoi pregi e soprattutto nei suoi limiti, senza lasciarsi deprimere o paralizzare ma anzi prendendone atto e adoperandosi per trovare soluzioni e compiere scelte per modificare l'esistente.

Ma che fine ha fatto la vergogna? Siamo degli SVERGOGNATI!

Oggi sembra che la regola fondamentale sia diventata "esporsi senza limiti!". L'esporsi, il mettersi a nudo, non fa più paura e lo sguardo dell'altro non è più riconosciuto. Non c'è più vergogna perché non c'è più lo sguardo dell'Altro e quel senso del limite imposto dalla vergogna sembra non essere più riconosciuto.

L'altro è semplicemente un guardone passivo rispetto al nostro esibizionismo. I social media sono lo specchio dei nostri tempi e riflettono la nostra società che è divisa tra esibizionisti e voyeur.

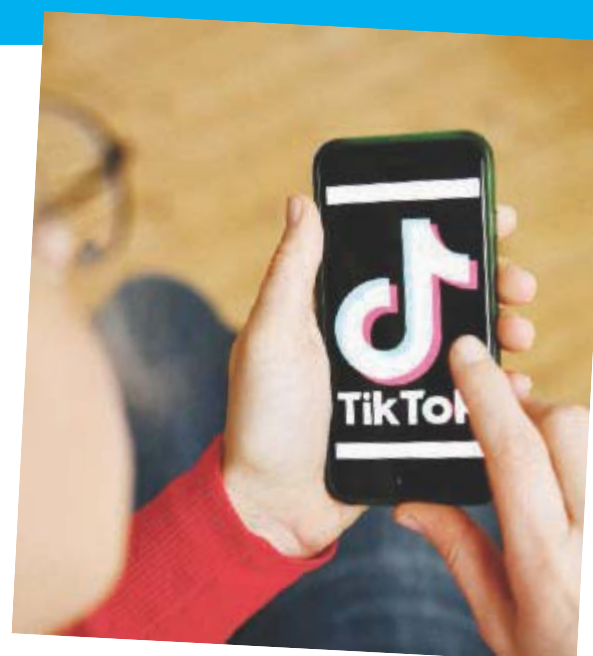
Un tempo andava di moda il diario segreto. Soprattutto durante l'adolescenza, si custodivano i propri vissuti su fogli gelosamente nascosti, sigillati da lucchetti e il solo

pensiero che qualcuno avesse potuto violare la segretezza di quei diari, suscitava vergogna. C'era il riguardo per i propri vissuti, un senso di pudore e di protezione per i nostri più profondi pensieri. Un tempo andavano di moda gli album fotografici. Si raccoglievano foto che ritraevano eventi e momenti unici, colmi di emozioni e ricordi. Quei vissuti erano intimi e venivano condivisi solo con gli affetti più cari.

Oggi le mode sono cambiate. Sui social ognuno di noi ha le sue pagine virtuali che tutti possono sfogliare. Facebook ci chiede costantemente "a cosa stai pensando?" senza "aver riguardo" per il nostro ed altrui spazio intimo. Assistiamo ad un esibizionismo illimitato caratterizzato da una svendita della nudità emotiva e assecondiamo quotidianamente delle mancanze di rispetto perpetuate senza un minimo di vergogna. E' difficile oggi incontrare delle persone che provano vergogna e, paradossalmente, chi prova vergogna è chi in realtà non dovrebbe provarne.

Reduci da una settimana Sanremese, non posso non fare riferimento a Drusilla Foer che, oltre a dare colore ed eleganza al festival, ha saputo condividere il proprio vissuto nell'autobiografia "Tu non conosci la vergogna. La mia vita elegantissima". L'artista riesce a giocare con l'ambiguità integrando l'essere eleganti e l'essere ganzi, il non avere vergogna conservando il pudore. È vero, la vergogna può essere immobilizzante, un luogo che inchioda ma, se accolta con un dolce pudore, può essere un luogo gentile, una stanza dove custodiamo le cose che non ci convincono o che vogliamo tenere per noi. Tutti abbiamo diritto ai segreti.

Se talvolta la vergogna esprime



impaccio o timore dovuti a riservatezza, sempre essa è un sentimento binario: o si ha il coraggio per avvertirla o non è possibile fingere vergogna.

È "sentire" il fallimento, l'errore, l'inadeguatezza rispetto al proprio ruolo. È molto di più dell'imbarazzo; la vergogna infatti tocca corde profonde, intime, identitarie perché è un sentimento legato alla percezione che si ha di se stessi. Quando si prova vergogna si ha la percezione di essere stati o essersi scoperti inadeguati. Si vorrebbe diventare invisibili. Sparire per sempre dagli sguardi altrui.

Ma la vergogna può anche esprimere indignazione nei confronti di fatti, idee, opinioni che può indurre alla ribellione, al cambiamento. Da questa vergogna di se stessi, dei propri gesti, dei propri pensieri, può nascere il riscatto, la consapevolezza e il cambiamento verso gesti e pensieri... verecondi, appunto. In questo senso, "La vergogna non ha nulla di vergognoso: infatti è un sentimento che rivela il possedere una coscienza e ci preserva dalla banalità del male" (E. Bianchi). La vergogna può anche essere una presa d'atto collettiva. In questo caso, afferma K. Marx "La vergogna non si limita a precedere la rivoluzione; è già in sé una rivoluzione".

Nella nostra epoca - a prevalenza narcisistica - pare scomparsa la vergogna, sia individuale sia collettiva. Ci si vergogna di vergognarsi, di apparire vulnerabili e consapevoli. Gli atti e i gesti di cui un tempo ci si vergognava, adesso piuttosto che celati sono esibiti. Recuperare il nobile sentimento della vergogna non necessariamente è segno di fragilità; può esprimere addirittura coraggio, perché "Non c'è mai vergogna nel chiedere aiuto; è una delle cose più coraggiose che puoi fare" (L. Lane).

Quando penso all'ultima volta che ho visto una persona vergognarsi mi viene in mente il viso coperto di persone che cercano di nascondersi mentre si concedono un autentico pianto. Quante volte ci è capitato di piangere e di scusarci con il nostro interlocutore, vergognandoci della nostra fragilità? Questo è il paradosso dei nostri tempi. Esibiamo prepotentemente le nostre maschere e ci vergogniamo della nostra autentica fragilità.

Non c'è da vergognarsi nell'aver vergogna. Vergognarsi è normale, naturale, umano.

La prevenzione della vergogna è l'umiltà. Purtroppo l'umiltà non è più di questo mondo impregnato di materialismo, prepotenza, arrivismo, esibizionismo. Un mondo di svergognati!

Per vergognarsi occorre riconoscere di avere qualche responsabilità, ma oggi quasi nessuno si riconosce responsabile di qualcosa. La responsabilità, se c'è, è sempre di altri...

"È una cosa vergognosa non avere nulla di cui vergognarsi" (Sant'Agostino).

* Psicologa-Psicoterapeuta