

Salute & Benessere



Lo svezzamento

Mariolina De Angelis*



Al raggiungimento del sesto mese di vita inizia per il bambino una fase delicata per quanto riguarda l'alimentazione. Mi riferisco allo svezzamento, un atto importante nello sviluppo del neonato. Penso che lo svezzamento sia una fase entusiasmante ed emozionante anche per i genitori, fase che si accompagna a molte domande. Le mamme in particolare si chiedono quali sono i cibi adatti e come inserirli nelle varie poppate per

avere una buona alimentazione complementare che contenga il fabbisogno nutrizionale.

Quando il latte diventa non più sufficiente da solo? Il latte materno o formale non basta più quando non contiene più quelle quantità sufficienti di elementi che sono indispensabili per la crescita fisica e neuronale del bambino. Per quanto riguarda gli elementi mi riferisco in particolare al ferro, allo zinco e al fluoro. E questo è il momento di inserire nuovi cibi che abbiano una diversa consistenza. Abbandonato il biberon il bambino inizia a mangiare con le posate adatte, magari con dei colori vivaci questo per sti-

molare anche la palpabilità e la curiosità intrinseca del bebè. Le pappe preparate dalle mamme sono le migliori. Inoltre la capacità della mamma di trasformare il pasto in un gioco creerà una complicità e una partecipazione comune. Pur di far mangiare il suo piccolo la mamma inventerà canzoncine, magari giochi, e attraverso carezze, risate e "spunti" tutto diventerà misterioso e al tempo stesso bello.

Che cosa è da evitare nello svezzamento? Anzitutto lo zucchero che per il lattante è deleterio. Il bambino non ne ha bisogno, lo troviamo sotto forma di saccarosio come ad esempio nei biscotti,

nei gelati, nei budini. Certo un po' di dolce può essere occasionalmente usato per motivazioni sociali e partecipative. Ben venga la frutta magari data grattugiata nei primi tempi. Occhio invece hai succhi di frutta. Non sono altro che concentrati di zuccheri semplici in forma liquida. Scegliamo vivamente la frutta di stagione di agricoltura biologica priva quindi di pesticidi e di additivi. Il latte materno è povero di proteine. Ma il baby non ha bisogno di proteine per crescere. Il lattante ha bisogno di una elevata quantità di carboidrati, infatti intorno ai tre anni, in cui lo stimolo iperplastico al tessuto adiposo che inizia

l'incremento della massa grassa e con essa l'introduzione quindi delle proteine nella dieta, diviene necessario e opportuno. Per quanto riguarda i salati questi piacciono molto ai bambini. E' comunque importante sottolineare ai genitori che il bambino deve mangiare alimenti sempre privi di sale. Il sale non va bene nei neonati. Le fibre invece sono utili per salvaguardare l'equilibrio del microbiota. Vanno comunque introdotte in quantità moderate per evitare che il bambino si sazi velocemente e non assuma il resto del pasto, magari quello che contiene i nutrienti necessari.

*Farmacista

**PREVENZIONE.** Una patologia non notevole crescita

Novembre, mese dedicato al diabete

Rafforzare l'educazione sanitaria e garantire a tutti l'accesso alle cure

Francesca Finelli



Garantire a tutti l'accesso alle cure per il diabete e rafforzare l'educazione sanitaria è il tema del World diabetes day 2022, la Giornata mondiale del diabete, creata nel 1991 da International diabetes federation (Idf) e Organizzazione mondiale della sanità (Oms-Who), che si celebra tutti gli anni il 14 novembre. La Giornata mondiale del diabete (che dal 2006 è anche un evento ufficiale dell'Onu), rappresentata da un cerchio blu, simbolo della manifestazione, anche quest'anno si svolgerà il 14 novembre, perché questa è la data di nascita di Frederick Banting, uno degli scienziati scopritori dell'insulina nel 1922, insieme con il collega Charles Best. Si tratta della più vasta campagna di sensibilizzazione al mondo: raggiunge infatti oltre un miliardo di persone di 160 Paesi del mondo (Italia, naturalmente, compresa). È il culmine di una attività promossa e patrocinata dalla Idf che si articola durante tutto l'anno per far comprendere a tutti l'importanza globale del problema-diabete e indicare la via per affrontarlo il più efficacemente possibile con azioni e iniziative coordinate e mirate. Una patologia, purtroppo in notevole crescita, si stima che 537 milioni di persone nel mondo abbiano il diabete (un adulto su dieci), ma sono 240 milioni -quasi la metà- coloro che non sono stati diagnosticati. Secondo le stime del rapporto "Idf Atlas", inoltre, 541 milioni sono coloro che si trovano in una condizione a rischio di sviluppare un diabete di tipo 2. Nel 2030 il numero delle persone con diabete nel mondo potrebbe arrivare a 643 milioni di individui. Nel 2021 il diabete ha causato 6,7 milioni di morti. In questo stesso anno i costi per la cura della patologia sono stati pari a 966 miliardi di dollari, il 9% del totale della spesa sanitaria mondiale. Negli ultimi anni, la ricerca scientifica ha messo a disposizione cure sempre più

"personalizzate e personalizzati" per fronteggiare la malattia. Nuove classi farmacologiche (DPP4-inibitori, agonisti recettoriali del GLP1, SGLT2-inibitori), nuove tecnologie sempre più sofisticate (sensori per la rilevazione della glicemia, microinfusori con capacità "predittive") hanno dimostra-

to efficacia nel controllo glicemico senza particolari rischi aggiuntivi di ipoglicemia, sviluppando potenziali effetti di prevenzione cardio-nefro-cerebro-vascolare. Gli studi clinici randomizzati e controllati effettuati utilizzando i nuovi farmaci e le tecnologie innovative hanno rivoluzionato le indicazioni delle linee guida internazionali e nazionali, ponendo sempre più al centro dell'attenzione la salute globale del paziente affetto da diabete mellito con l'indicazione ad agire precocemente ed efficacemente. L'accesso alle cure, garantito dal nostro Sistema Sanitario Nazionale universalistico, deve essere garantito grazie ad una interazione e ad una collaborazione tra i pazienti, le loro famiglie e tutte le figure professionali sanitarie coinvolte. Infatti nel management del paziente diabetico, il ruolo del Nutrizionista è fondamentale. L'approccio nutrizionale rappresenta il trattamento basilare, insieme con attività fisica regolare e trattamento farmacologico, considerando che, un terzo dei pazienti diabetici può essere compensato grazie al solo rispetto della dieta e che, anche per i pazienti in terapia farmacologica, rispettare la terapia nutrizionale permette di mantenere al minimo le quantità di farmaci necessari. Gli scopi della terapia nutrizionale, infatti sono: fornire le calorie sufficienti per raggiungere e mantenere il peso corporeo nei limiti fisiologici; fornire un'alimentazione razionalmente ottimale dal punto di vista qualitativo; consentire la migliore regolazione dei valori glicemici durante le 24 h mediante la più opportuna scelta degli orari dei pasti; contribuire a prevenire le complicanze acute del diabete insulino-trattato e quelle croniche del diabete in genere come la nefropatia autonoma, l'ipertensione e le malattie cardiovascolari (CVD). Molti studi sul trattamento del diabete hanno dimostrato che la terapia nutrizionale deve essere orientata al raggiungimento della cosiddetta euglicemia, ovvero un equilibrio costante della glicemia, al fine di evitare o almeno ritardare le complicanze correlate al diabete, quali ad esempio disturbi cardiovascolari, retinopatia diabetica, tenendo in considerazione un corretto intervento sullo stile di vita in modo da ridurre il consumo di alcool e grassi ed aumentare l'apporto di fibre vegetali e l'attività fisica.

*Nutrizionista

**BENESSERE**

Cromoterapia: guarire con i colori

Giovanna Barzaghi*



La cromoterapia, o terapia del colore, è un metodo terapeutico usato fin dall'antichità, una valida terapia di sostegno che può affiancare altre terapie anche allopatriche. Le sue origini sono antichissime; gli antichi egizi furono i primi a usare come terapia la luce e il colore. Dalle piramidi di Giza un sentiero sacro conduceva ai "templi di cura solare" dove venivano fatti trattamenti di cromoterapia. I greci associavano i quattro principali organi (milza, cuore, fegato e cervello) con i quattro colori dei fluidi corpo: la bile gialla, il sangue rosso, l'animo bianco e la bile nera e usavano la cromoterapia per tenere in equilibrio questi elementi". La medicina Ayurvedica e cinese hanno sempre tenuto conto di come i colori influenzino l'equilibrio dei Chakra. Che senso hanno espressioni come essere "rossi dalla rabbia" o "verdi per l'invidia" nel linguaggio comune? La cromoterapia indaga queste connessioni come uno strumento musicale che deve essere accordato per avere la giusta intonazione. La terapia del colore si serve delle vibrazioni cromatiche legate alla luce per ristabilire l'equilibrio energetico. La luce "bianca" in realtà è formata da un insieme di colori, basta pensare all'arcobaleno, dove la luce del sole (bianca) attraversando l'atmosfera viene frazionata nei suoi diversi colori. Il colore dunque è energia, che viene assorbita su vari livelli, non solo visivo ma anche fisico, chimico e psichico. L'effetto terapeutico è legato alla natura oscillatoria del colore e delle nostre cellule. Secondo la cromoterapia, quando si espone una parte del corpo a una luce colorata, avviene un assorbimento di onde elettromagnetiche, la cui frequenza cambia a seconda del colore stesso. La luce colorata può essere rilassante, stimolante, rigenerante. I colori vengono suddivisi in caldi e freddi. Come si utilizzano? I trattamenti della cromoterapia sono svariati: acque solarizzate, bagni di luce colorata, respirazione dei colori, massaggio con speciali pigmenti colorati, cromodieta. Il colore può essere utilizzato attraverso gli alimenti: quelli rossi sono consiglia-



ti in alcune forme di depressione e agiscono stimolando l'energia. Gli alimenti arancioni attivano l'energia psicofisica e tonificano il sistema immunitario. I cibi gialli riattivano la peristalsi, quelli indaco e blu sono purificanti; in assoluto i verdi sono riequilibranti e hanno un'azione alcalinizzante ristabilendo l'equilibrio acido basico dell'organismo. Per bagni di luce colorata si utilizzano faretti da 100 watt a una distanza dal corpo di 50-80 centimetri. Un esempio di applicazione pratico: Cistite causata da calore, irradiare con il blu per 10 minuti, anche più volte al giorno; bere acqua solarizzata blu fino a un litro e mezzo al giorno abbinato a bagni di luce. Se la cistite è causata dal freddo, si irradia la zona con il rosso per 10 minuti al giorno fino a remissione dei sintomi. Colite: si tratta la zona con il colore verde per circa 10 minuti al giorno; se il verde non funziona si usa il blu. Gastrite: trattare la zona con il giallo per 10 minuti, bere una tisana con fiori gialli e arancio, camomilla, calendula. Insonnia: irradiare la testa e il plesso solare con luce blu per 10 minuti facendo seguire luce rosa per altri 5 minuti. Terapia quotidiana per una settimana, da diradare con il miglioramento. Anche gli abiti o qualche accessorio, soprattutto se di seta (trasmette meglio le vibrazioni del colore) o un rossetto possono assolvere al compito di piccoli rimedi

cromoterapici. Sbazzaratevi con i vostri abiti! Anche l'armadio può rappresentare un viaggio per rivelarci le nostre emozioni. In sintesi annottiamo le caratteristiche dei colori fondamentali: Il Rosso è il colore associato all'istinto, al desiderio sessuale; è il colore dell'amore. Il Giallo aumenta il tono neuro-muscolare, migliora la digestione, è il colore dell'intelligenza, dell'estroversione. Le funzioni della tiroide e della milza possono essere regolarizzate, invece, dall'Arancio, il colore della gioia, dell'allegria ma anche della saggezza. Il Verde è il colore dell'equilibrio, simbolo di stabilità. Il Blu, il colore dell'acqua, dunque della madre, è associato all'infinito, alla calma. Cautela e controindicazioni: i colori possono guarire, ma possono anche avere effetti dannosi. Ad esempio, quando i nervi sono eccessivamente eccitati o irritabili o quando un paziente soffre di palpitazioni, febbre alta, infiammazione e nevralgia, i toni rossastri gialli o arancioni non devono essere utilizzati. Allo stesso modo, il blu, l'indaco e il violetto devono essere evitati in caso di paralisi, gotta, reumatismi o ingresso di freddo. "Il colore è un mezzo per esercitare un influsso diretto sull'Anima." Nei secoli passati artisti come Michelangelo o Rembrandt sapevano come inviare messaggi subliminali su tela tramite l'uso dei colori.

*Naturopata

► **PREVENZIONE.** Le linee guida europee raccomandano una colonscopia di controllo a 1 anno

Sorveglianza post-polipectomia

Luca Covotta*



L'adenoma (polipo del colon) è il precursore della maggioranza dei tumori colorettali ed è la lesione più frequentemente evidenziata in corso di colonscopia effettuata sia come test di screening sia dopo un test fecale positivo.

Nonostante l'alta affidabilità dell'esame endoscopico nel trovare queste lesioni, diversi sono i fattori che possono contribuire a non riuscire ad individuare la presenza dei polipi (adenoma miss rate):

-Esperienza dell'operatore. Esiste un criterio di valutazione definito: Adenoma Detection Rate che indica la percentuale delle lesioni polipoidi riscontrate dal singolo operatore rispetto al numero totale di procedure eseguite. Questo indice si dovrebbe aggirare intorno al 20% nella popolazione soggetta alle colonscopie di screening. Studi scientifici accreditati hanno confermato come per ogni aumento dell'1% dell'ADR corrisponda una diminuzione del 3% del rischio di cancro colorettale

-Corporatura del paziente: più impegnativi i grandi obesi, per difficoltà nella riduzione manuale delle anse che spesso comporta il mancato raggiungimento della valvola ileocecale

-Grado di preparazione intestinale; la presenza di residui fecali ovviamente rende impossibile la corretta visualizzazione della mucosa e quindi di eventuali lesioni.

-Livello di sedazione impiegata: è stato dimostrato che la sedazione aumenta il tasso di raggiungimento del cieco.

-Un dolico colon ovvero un viscere molto lungo e tortuoso: questa particolare conformazione comporta un alto rischio di miss rate legato alla possibilità che nella varie curvature una lesione può sfuggire soprattutto nella retrazione dello strumento.

In considerazione di questi fattori in corso di colonscopia l'adenoma miss rate si aggira per adenomi < 10mm tra il 25 ed il 50%, cosa più preoccupante, è stato osservato che fino al 6% degli adenomi maggiore o uguale 10 mm e circa il 4% dei tumori non viene identificato dalla colonscopia.

Pertanto anche con esame endoscopico negativo, soprattutto se in

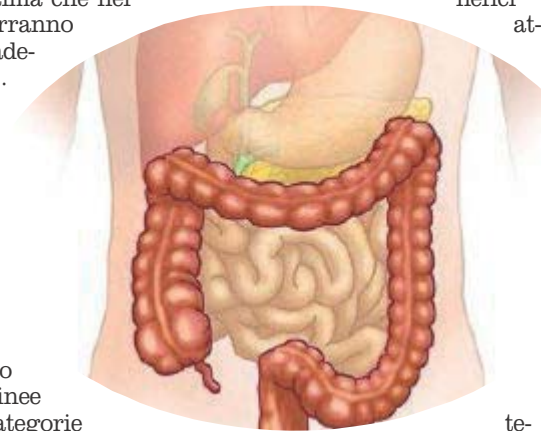
presenza dei fattori elencati prima si consiglia di ripetere a distanza di tre/cinque anni la colonscopia.

Ma una volta identificato ed asportato un polipo il rischio successivo di sviluppare cancro colorettale, sebbene ridotto, non viene azzerato. Infatti si stima che nel 33% dei soggetti verranno identificati ulteriori adenomi entro 3 anni. Questo sottolinea il ruolo cruciale della sorveglianza post-polipectomia che, consente l'identificazione e l'asportazione di nuovi adenomi e di quelli missed dalla colonscopia di base.

Ultimamente sono state pubblicate le linee guida europee delle categorie di rischio su cui costruire i programmi di sorveglianza:

1. Gruppo a basso rischio. Pazienti con uno o due adenomi < 10 mm. Esiste un generale accordo sul fatto che dopo l'asportazione di 1 o 2 polipi il rischio di sviluppare successivamente adenomi advanced è molto basso. In particolare in un recente studio è stato dimostrato che il rischio cumulativo di eviden-

ziare neoplasia avanzata nell'arco di 5 anni in soggetti con 1 o 2 adenomi tubulari non è significativamente differente da quello dei soggetti in cui non è stato evidenziato alcun adenoma alla colonscopia di base. In questo gruppo, poichè i benefici



te si sono basati e la sorveglianza probabilmente non è costo/efficace, le linee guida europee non raccomandano la sorveglianza, consigliando di ritornare allo screening.

2. Gruppo a rischio intermedio. Pazienti con tre o quattro adenomi o almeno un adenoma maggiore o uguale 10 mm e < 20 mm (o polipi < 10 mm con componente villosa o di-

splasia di alto grado). Questo gruppo di pazienti ha un rischio di sviluppare successivamente adenomi advanced e cancro. In particolare sulla base di una recente analisi pooled di 8 studi americani il rischio di questo gruppo appare raddoppiato rispetto alla media. Si raccomanda un intervallo di 2 anni per la prima colonscopia di sorveglianza; una nuova colonscopia a 5 anni dopo il primo esame negativo e l'interruzione della sorveglianza in caso di secondo esame negativo.

3. Gruppo ad alto rischio. Pazienti con 5 o più adenomi o un adenoma maggiore o uguale 20 mm. Recenti studi hanno riportato che i pazienti con 5 o più adenomi o con un adenoma maggiore o uguale 20 mm rimangono ad alto rischio di sviluppare neoplasia avanzata nonostante la sorveglianza a 3 anni. In particolare in presenza di 5 o più adenomi il rischio aumenta di 4 volte, mentre in presenza di un adenoma maggiore o uguale 20 mm il rischio aumenta di 3 volte. Le linee guida europee raccomandano una colonscopia di controllo a 1 anno, una nuova colonscopia dopo 3 anni ed in caso di 2 esami negativi consecutivi un controllo ulteriore a 5 anni.

Utilizzare questa stratificazione del rischio per stabilire gli intervalli tra un esame di sorveglianza e l'altro teoricamente consente di ridurre il numero di procedure non necessarie e quindi i carichi di lavoro ed i costi nonché il numero di complicanze, garantendo nello stesso tempo la maggiore protezione per i soggetti a più alto rischio

***Specialista in Chirurgia Dell'Apparato Digerente Ed Endoscopia Digestiva - Responsabile dell'UNITA' DI CHIRURGIA LAPAROSCOPICA E SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA 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
CANCER CENTRE
Villa Maria

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



► **PATOLOGIE.** Una volta trasmessa all'embrione o al feto, l'infezione può provocare aborto spontaneo

La rosolia in gravidanza

Se contratta durante la gestazione, può essere molto pericolosa per la salute del nascituro

Mario Polichetti*



La rosolia in gravidanza è una malattia esantematica che, se contratta durante la gestazione, può essere molto pericolosa

per la salute del nascituro.

Una volta trasmessa dalla madre all'embrione o al feto, infatti, l'infezione può provocare aborto spontaneo, morte intrauterina e malformazioni di varia gravità (tra cui difetti alla vista o cecità completa, sordità, cardiopatie congenite e ritardato sviluppo fisico e psichico).

La rosolia in gravidanza comporta rischi particolarmente gravi se contratta nei primi 3-4 mesi di gestazione (soprattutto entro le sedici settimane). Nel secondo trimestre di gestazione, il rischio di un'infezione fetale si riduce, ma rimane comunque significativo.

Il problema non sussiste se la donna è stata vaccinata o si è ammala di rosolia in passato, ottenendone l'immunità.

Per verificare la presenza degli anticorpi contro il virus, quindi avere la certezza di avere già contratto in precedenza l'infezione, le donne dovrebbero sottoporsi, prima del concepimento, ad un specifico test di laboratorio, chiamato Rubeo test. Se l'esito di quest'esame è negativo, per non correre rischi e proteggersi dalla rosolia in gravidanza, è raccomandabile la vaccinazione, almeno 3-6 mesi prima di concepire un bambino.

La rosolia è una tra le più note malattie esantematiche tipiche dell'infanzia. Di solito, il decorso è benigno e la sintomatologia è di lieve entità, senza particolari conseguenze per la salute. Una volta superata, la rosolia lascia un'immunità permanente, pertanto non è più possibile ammalarsi.

Tuttavia, se l'infezione è contratta per la prima volta in gravidanza, può essere trasmessa al feto. La rosolia è una malattia grave, se contratta per la prima volta



durante la gravidanza, cioè quando colpisce donne non vaccinate o che non siano state esposte in precedenza all'infezione. In questo caso, infatti, esiste una concreta probabilità che il virus possa essere trasmesso al feto attraverso la placenta e provochi seri danni. Le più comuni e gravi manifestazioni fetali della rosolia congenita sono i difetti della vista, la sordità, le malformazioni cardiache ed il ritardo mentale.

La rosolia è una malattia infettiva di origine virale che colpisce soprattutto i bambini, specialmente tra i 5 e i 14 anni. La malattia ha un periodo di incubazione di 14-23 giorni ed è contagiosa nella settimana che precede la comparsa dell'eruzione cutanea e per i 4 giorni successivi.

Quando l'infezione viene contratta per la prima volta nel corso della gravidanza, l'agente virale può superare la barriera placentare, infettare il feto e provocare conseguenze molto serie: dalle possibili malformazioni nel nascituro (sindrome da rosolia congenita) al rischio di un aborto spontaneo.

Se la donna ha contratto la rosolia in passato, ottenendone l'immunità, o è stata vaccinata, l'eventuale contatto con il virus non comporta rischi per il feto, se non in rarissimi casi.

L'infezione acuta primaria e la vaccinazione anti-rosolia deter-

minano immunità permanente.

La rosolia è una malattia molto contagiosa. Il Rubella virus che ne è responsabile si trasmette soprattutto per via aerea (attraverso le goccioline di saliva emesse con tosse, starnuti o semplicemente parlando) o contatto diretto con le secrezioni provenienti da naso, bocca e faringe di un soggetto infetto.

Durante la gravidanza, inoltre, il virus della rosolia può superare la barriera placentare, quindi può essere trasmesso all'embrione o al feto.

La rosolia in gravidanza può essere trasmessa dalla futura mamma all'embrione o al feto in via di sviluppo attraverso la circolazione sanguigna.

Il virus che ne è responsabile, infatti, può superare la placenta, raggiungere il sistema circolatorio fetale e moltiplicarsi rapidamente nei tessuti embrionali, provocando danni cromosomici ed alterazioni dell'organogenesi. L'infezione congenita e le possibili conseguenze della malattia sono strettamente connesse al momento in cui la gestante contrae la malattia. In particolare, se la rosolia viene contratta durante le prime 10 settimane di gravidanza, il rischio stimato di conseguenze per il feto è fino al 90%.

Le probabilità che il nascituro sviluppi complicanze si riducono al 30%, se l'infezione avviene tra la 11esima e la 16esima settimana. Nelle infezioni contratte oltre la 17esima settimana di gravidanza, nel neonato è stato registrato prevalentemente un rischio di sordità congenita. Oltre il primo trimestre di gestazione, infatti, la placenta esplica un'azione protettiva, quindi è più raro che si verifichi un'infezione fetale in questo periodo.

La trasmissione dell'infezione può verificarsi durante tutto il periodo gestazionale, ma il maggior rischio di passaggio transplacentare si verifica nelle prime 16 settimane di gravidanza. La rosolia in gravidanza ha un periodo di incubazione che va da un minimo di 12 ad un massimo di 23 giorni, dopo l'esposizione all'agente infettivo. Il periodo di contagiosità va da

una settimana prima a 4 giorni dopo la comparsa dell'esantema. Occorre osservare che la rosolia, tuttavia, non si presenta sempre con segni o sintomi ben definiti, per cui le infezioni possono passare del tutto inosservate.

Un neonato che ha contratto l'infezione durante lo sviluppo intrauterino può rimanere infettivo anche per mesi dopo la nascita.

La rosolia è generalmente caratterizzata da un rash, cioè un'eruzione cutanea nella quale compaiono tante piccole macchiette lievemente rilevate al tatto, di colore rosa o rosso pallido. In circa il 20-50% dei casi, però, questa manifestazione può mancare del tutto. L'esantema della rosolia è simile a quello del morbillo, ma rispetto a quest'ultimo le macchioline sono più piccole, meno rosse, più distanziate le une dalle altre e non tendono a confluire. Il rash diffonde partendo dal viso e dal collo, poi interessa il resto del corpo, prima di scomparire nel giro di 3-4 giorni.

Altri sintomi possono essere:

Febbre non alta;
Ingrossamento dei linfonodi alla base della nuca;
Altre manifestazioni sono aspecifiche e comprendono:

Cefalea;
Dolori articolari;
Inappetenza;
Diminuzione dei globuli bianchi. La rosolia è generalmente trascurabile, poiché ha un andamento benigno e non porta a complicanze: i disturbi si risolvono, senza conseguenze, al massimo entro un paio di settimane. Tuttavia, se contratto durante la gravidanza, il virus responsabile della rosolia può dare gravissime conseguenze, quali l'aborto spontaneo e diverse malformazioni fetali.

La rosolia in gravidanza produce danni tanto più gravi, quanto più precoce è il periodo di gestazione nel quale si trova la donna al momento in cui contrae la malattia.

La rosolia in gravidanza espone il nascituro a gravi conseguenze, soprattutto se il contagio avviene entro il primo trimestre. All'inizio della gravidanza, i pos-

sibili danni al feto comprendono:

- Aborto spontaneo;
- Morte in utero;
- Difetti dell'orecchio (sordità neurosensoriale);
- Problemi alla vista, tra cui cataratta, microftalmia, glaucoma e corioretinite;
- Malformazioni cardiache (dotto arterioso pervio, stenosi polmonare, difetto interatriale ed interventricolare);
- Danni cerebrali con microcefalia e diverse forme di ritardo mentale;
- Danni al fegato e alla milza;
- Alterazioni ossee (difetti dell'osteogenesi e dell'ossificazione a livello delle metafisi delle ossa lunghe);
- Ritardo di accrescimento;
- Disturbi ematologici (anemia emolitica, porpora trombocitopenica ecc.).

Trascorse le prime 16 settimane, le probabilità di passaggio transplacentare del virus è sempre più bassa e, se l'infezione dovesse arrivare al bambino, resta un rischio generico comune ad altre infezioni di tipo virale (sofferenza fetale, ritardo di crescita ecc.) che richiedono un attento monitoraggio.

Diagnosi:

La diagnosi della rosolia in gravidanza è principalmente di tipo clinico e si basa su indagini orientate a isolare il virus responsabile e ricercare nel siero gli anticorpi diretti contro lo stesso, quindi è volto ad accertare l'immunità della futura mamma. L'esame è chiamato Rubeo test e conferma se la donna ha contratto l'infezione in passato o la malattia è in corso.

In Italia, il Rubeo test è compreso fra gli esami di screening infettivologici previsti dal Ministero della Sanità ed offerti gratuitamente (Decreto Ministeriale del 10 settembre 1998 (G.U. 20/10/98, n. 245).

Quando le donne che desiderano o iniziano una gravidanza non sanno di essere immuni per la rosolia (poiché, ad esempio, non ricordano di essere state vaccinate o di essersi ammalate da bambine), possono sottoporsi ad un test di screening (Rubeo test).





DOLORE AL POLSO

Tendinite delle nonne, ecco come difendersi

Mario e Alessandro Ciarimboli*

Un dolore al polso, attribuito dalle mamme al bambino tenuto in braccio e dai papà ritenuto una simulazione per trasferire il “dolce fardello” nelle mani del coniuge, è, in realtà, complicanza molto frequente del puerperio. Questo disturbo colpisce, tuttavia, anche lavoratori che, con ripetute attività manuali, vanno a sovraccaricare i tendini dei muscoli estensore breve ed abduuttore lungo del pollice. Infatti, questi tendini, con la ripetuta attività motoria dei muscoli ad essi collegati (come si verifica nel sollevare un bambino piccolo o nell'effettuare lavori materiali) facilmente si infiammano e provocano dolore al polso. La malattia è stata descritta la prima volta dal Medico svizzero dott. De Quervain da cui, appunto, prende il nome come “malattia di De Quervain”. La patologia è determinata sicuramente dalla frizione che si verifica tra i tendini di cui sopra quando si effettuano movimenti come tenere in braccio il bambino o quando si eseguono esasperati movimenti di attivazione del polso e del pollice come avviene per il lavoro. È innegabile tuttavia che, nel caso delle neo mamme, vi è una facilità ad infiammazione verosimilmente causata da predisposizione occasionale, per fattori endocrini, nel periodo successivo al parto. La sintomatologia è rappresentata dal dolore e difficoltà o impossibilità a muovere il polso ed il pollice. Al dolore può associarsi tumefazione sulla parte esterna del polso. Il medico può facilmente diagnosticare la tendinite con una attenta osservazione ed eventualmente utilizzando dei semplici tests come il test di Finkelstein. Questo test consiste nel prendere il polso della persona e deviarlo rapidamente verso l'esterno (lato dell'ulna). È positivo se la manovra provoca forte dolore. Il test di Eichhoff consiste nel porre il pollice all'interno delle altre dita che si stringono a pugno intorno al pollice stesso. Il medico devia il polso all'esterno provocando, in caso di tendinite, dolore intenso. Può esservi dubbio diagnostico con la rizoartrosi (artrosi del pollice) o il dito “a scatto” (tendinite di altri tendini): in questo caso è dirimente l'ecografia. In che cosa consiste il trattamento? Nei casi più lievi può essere prescritto, con buoni risultati, il trattamento di “riposo funzionale” con un tutore confezionato su misura



(“splint” che blocca polso e pollice evitando la frizione tra tendini) ed utilizzato soprattutto nelle ore notturne. Molto utile è la applicazione di ghiaccio (crioterapia) per applicazioni non superiori ai 20', da ripetere tre o quattro volte al giorno. Positivo è l'uso oculato ed attento di farmaci antidolorifici ed antiinfiammatori. Alcune applicazioni di terapia fisica possono essere efficaci come gli ultrasuoni e, introdotte recentemente, le onde d'urto. Di recente ed utile introduzione è la Graston Technique, metodica manuale basata su tecniche di linfodrenaggio e mobilizzazione dei tessuti molli. Al massaggio e alla mobilizzazione può far seguito l'applicazione di kinesioplasting (applicazione di nastri adesivi che pongono polso e pollice in posizione ottimale di riposo). Altra metodica farmacologica è la iniezione di cor-

ticosteroidi (cortisone) nella sede del dolore. Nei casi più gravi e nelle situazioni in cui la terapia conservativa è inefficace si ricorre all'intervento chirurgico. Questo viene effettuato in anestesia locale con una piccola incisione che apre il canale dove, al polso, passano i tendini del lungo abduuttore e dell'estensore breve del pollice. In tal modo si riduce la frizione tra i tendini stessi bloccando questo meccanismo che mantiene attiva l'infiammazione. L'intervento è di breve durata e seguita da una medicazione “asciutta”. Si consiglia l'immediata uscita della mano che non va tenuta ferma. In ogni caso se l'intervento conservativo è precoce (tutore, terapia fisica o infiltrazioni) si ottengono risultati molto positivi senza intervento chirurgico.

*Fisiatri

Quest'esame si effettua tramite un semplice prelievo del sangue e, in Italia, rientra tra i controlli gratuiti del primo trimestre di gravidanza (entro la 13esima settimana).

Lo scopo del Rubeo test consiste nel:

Verificare l'immunità della futura mamma;

Identificare le donne suscettibili all'infezione.

Se l'esito è positivo, è importante sapere che la rosolia è una malattia esantematica che conferisce un'immunità permanente.

Alle donne non vaccinate o con Rubeo test negativo, quindi non immuni alla rosolia in gravidanza, viene proposta la ripetizione dell'esame entro la 17esima settimana di gestazione, periodo oltre il quale i rischi per il feto si abbassano notevolmente.

Al momento, non esiste una terapia specifica per la rosolia in gravidanza o per ridurre la trasmissione materno-fetale. In altre parole, bisogna aspettare che la malattia faccia il suo corso. Nel frattempo, è consigliato il riposo a letto, in seguito a una dieta leggera, ricca di liquidi.

Solo in particolari situazioni di rischio il ginecologo valuterà l'opportunità di ricorrere all'immunizzazione passiva, somministrando immunoglobuline specifiche anti-rosolia, per potenziare le difese immunitarie e ridurre le cause di infezione, la probabilità che questa venga trasmessa al feto.

La vaccinazione è il solo mezzo per difendersi dalla rosolia in gravidanza e le conseguenze sul nascituro. Quando si pianifica il concepimento, quindi, è bene effettuare il Rubeo test e, in caso di negatività dell'esito (dunque, di assenza degli specifici anticorpi), l'indicazione è quella di sottoporsi al vaccino.

L'immunizzazione attiva contro la rosolia si ottiene attraverso l'inoculazione di virus vivi attenuati, incapaci di provocare la malattia, ma in grado di stimolare la produzione di anticorpi efficaci contro l'infezione.

***Direttore UO Gravidanza a Rischio e Diagnostica Prenatale AOU Salerno**



FARMACIA IMPERIO



Prenotazioni C.U.P, Autoanalisi sangue, Check up pelle e capelli, Foratura lobi, Misurazione della pressione, Integratori Dermocosmesi, Omeopatia, Dietetica, Veterinaria, Fitoterapia, Prodotti per l'infanzia, Prodotti per celiaci, Prodotti per i nefropatici.

Via Roma, 55-83020 Forino (AV)
Tel./Fax 0825761688
imperiofarmacia1@gmail.com

► **SOCIETÀ.** No alla comunicazione selvaggia. Ma il virus rimane

Pandemia, non basta cancellare i dati

Gianpaolo Palumbo*



Socrate, tra i più grandi filosofi dell'umanità, diceva: "io so di non sapere", pur essendo uno degli uomini più colti ed uno dei pensatori più profondi dell'antichità. Il dilemma tra sapere di non sapere e non sapere di sapere, dà un senso di inadeguatezza che svaluta l'uomo in sé con le proprie competenze.

Con la pandemia in atto, oltre ai vaccini, c'era di positivo la disponibilità di dati, tempestivi e diffusamente comprensibili. Sembra che la messe di notizie sull'andamento della penetrazione in Italia e nel mondo del coronavirus debbano essere non "riportate", se non ogni sette giorni. E' un non sapere o un tacere "strano" che non è applicato in nessun paese della parte occidentale del mondo? Eppure pensavamo che come ci si comportava sui dati epidemiologici della pandemia lo si potesse fare anche per l'influenza, per il vaiolo delle scimmie e per altre patologie. Sembra che il non sapere sia meglio, ma per chi?

Valutare le variazioni del rischio pandemico "funziona" se si segue lo sviluppo giornaliero, perché la media settimanale è più difficile da interpretare. Capire ciò che accade è importante per avere un'idea del rischio del contagio e per un nostro successivo comportamento di difesa.

Siamo fino ad ora abituati con precisione millimetrica a conoscere il numero dei vaccinati, il numero delle eventuali reazioni, i ricoveri ordinari e quelli in rianimazione, oltre a tutta una serie di notizie che erano rese comprensibili anche ai non addetti ai lavori.

Oggi, con la riservatezza sui dati che, immagino, saranno disponibili solo alla comunità scientifica, si potrebbe ridurre quello che rimane di una iniziale comunicazione selvaggia e terroristica che oggi quasi non esiste, ma che abbiamo patito parecchio nei primi mesi, al tempo della simpaticissima "fuga" del virus dai vari laboratori.

In uno studio pubblicato di recente dall'Associazione Italiana di Epidemiologia gli autori si chiedono perché non dobbiamo conoscere i dati nazionali dell'influenza, della varicella, del rotavirus e via di seguito? Basti pensare che i dati sulla diffusione annuale del virus dell'influenza vengono pubblicati il mese di marzo dell'anno successivo. Per non parlare poi dei decessi sia nel numero che nelle cause. La digitalizzazione collegata alla pandemia ci ha permesso di essere allo stesso livello, cosa che dovrebbe essere normale, delle nazioni più evolute in campo della disponibilità dei dati.

Gli epidemiologi del nostro paese ricordano che: "Ora, anziché pensare di cogliere l'opportunità per un avanzamento generalizzato della disponibilità di dati su tutte le altre patologie infettive (e non) e utilizzare la prevista digitalizzazione per mettere il nostro Paese al livello di molti altri contesti Europei, si propone di ritornare allo stato di quiescenza dettato dal non sapere. In particolare per la malattia COVID-19 vale la pena ricordare alcune cifre: ogni 500.000 persone contagiate da SARS-CoV-2 ci sono ancora 100 decessi, men-



tre - in assenza di infezione - sullo stesso numero di persone ci si dovrebbero aspettare non più di 20 decessi. Attualmente, si contano nel nostro Paese circa mezzo milione di contagiati e ci sono almeno 30.000 nuovi contagi ogni giorno: peraltro, questo dato è con ogni probabilità largamente sottostimato in considerazione del sempre più ampio uso dei test autosomministrati, i cui esiti non vengono riportati nei sistemi di sorveglianza."

I super esperti di epidemiologia e di igiene pubblica ci ricordano che: "è di questi giorni il comunicato dell'EMA (European Medicines Agency) che avverte che ci si aspetta una recrudescenza dei contagi nelle prossime settimane, per la diffusione di nuove varianti del virus con grandi capacità diffusive. E' comprensibile la tentazione di considerare la pandemia una vicenda ormai chiusa, ma la realtà che i dati e gli studi raccontano nel nostro Paese e nel resto del mondo, non supporta questo atteggiamento, come ci ricorda anche il Presidente Mattarella".

Oltre alla diffusione non quotidiana dei dati sulla pandemia in Italia c'è anche la disposizione del rientro anticipato di due mesi dei sanitari "No-Vax" che rappresentano lo 0,7% degli iscritti agli ordini provinciali. Tale deliberazione potrebbe essere utile per colmare, in minima parte il deficit di personale, che è legato invece alla follia del numero chiuso per le facoltà mediche. Tale provvedimento, quando fu emanato, non teneva conto evidentemente della possibilità che anche i medici si ammaliano, vanno in pensione e, purtroppo, muoiono. Solo fino al dicembre dello scorso anno sono deceduti "per" o "con" l'infezione da coronavirus ben 305 sanitari. Sono stati messi in campo gli spe-

cializzandi per affrettare la copertura dei vuoti procurati oltre che dal virus, dalla fuga dagli ospedali e dal pensionamento.

Menomale che si è deciso di lasciare l'utilizzo delle mascherine negli ospedali, nelle case di cura e nelle residenze sanitarie assistite per anziani per il contenimento della diffusione e per fare in modo che i colleghi "No-Vax" siano protetti in qualche modo dalla mancanza degli anticorpi, alla cui produzione provvedono i vaccini e/o l'infezione progressiva. A questo punto sarebbe utile utilizzare i medici non vaccinati in reparti non a rischio.

Ci stiamo avviando, quindi, alla fine dell'epidemia "in diretta" con tante notizie sui progressi degli studi, sul lavoro svolto a sostegno della popolazione, monitorando la diffusione della malattia con l'attività di sorveglianza e prevenzione.

Dovrebbero rimanere informati i ricercatori ed i sanitari che seguono giornalmente l'evoluzione dell'epidemia per trasmettere indicazioni, preoccupazioni, tranquillità sulla base di ciò che loro ricavano dalle evidenze scientifiche che una volta erano quotidianamente e contemporaneamente trasmesse a tutti.

Quindi, oggi, al di là della pandemia, per ogni cosa che accade nel mondo, viviamo l'era della comunicazione spinta, del sovradosaggio di informazione, delle conoscenze diffuse con tutti i mezzi possibili con grande presunzione di verità. A noi, per problematiche di salute, sembra normale che ogni cittadino si possa avvicinare a ciò che accade nella sua nazione o nel mondo. Bisogna soltanto essere saggi nell'interpretazione dei dati, ma non credere di essere dei super competenti.

*Medico Federazione medici sportivi

Iniziano a mancare i farmaci

La mancanza di materie prime e di carburante mette in serie difficoltà le case farmaceutiche che devono approvvigionare le farmacie di tutto il mondo che sono state prese d'assalto, specialmente nella prima ondata pandemica.

Anche in Italia si registra una carenza di farmaci, quasi 3.000 prodotti, ma a mancare cronicamente sono il paracetamolo (Esempio: Tachipirina), gli antidepressivi, gli antibiotici e gli antinfiammatori. Gli antidepressivi hanno avuto il boom perché legati alla situazione di "chiusura" che il covid ha portato nel mondo. Ovviamente l'isolamento ha rattristato gli animi e reso fragile un'ampia fetta di popolazione. Gli antibiotici (nati per combattere i batteri) si sono consumati in autonomia, nel senso che le persone sceglievano di acquistarli per combattere il virus, cosa ampiamente inesistente.

Grosso "successo" si è meritato l'ibuprofene (Esempio: Brufen) con i "tagli" da "600" ed "800" mg che hanno spopolato in ogni parte della penisola. Bisogna dire che l'ibuprofene è un buon antinfiammatorio ed analgesico (fino a trenta volte più "forte" dell'acido acetilsalicilico).

Lo sport prescritto con ricetta medica

Oramai da mezzo secolo andiamo ripetendo che il movimento è vita, lo sport è vita. Solo da qualche tempo si inizia a parlare di iniziative importanti come quella di poter prescrivere in ricetta medica la pratica sportiva. Nel disegno di legge c'è addirittura la possibilità di pagare solo ed eventualmente il ticket. Fino all'età di 18 anni potrebbe essere gratuita come lo è oggi la visita di idoneità effettuata presso i centri regionali autorizzati. Per il resto, tutto dovrebbe essere a carico del Sistema Sanitario Nazionale.

Lo sport è il primo ed unico farmaco al mondo senza controindicazioni... "chimiche", quindi assolutamente super sicuro.

In alcune città dell'Emilia Romagna e della Sardegna è già partita la sperimentazione.

La Senatrice di "Italia Viva" Daniela Sbröllini rilancia il disegno di legge che aveva presentato la scorsa legislatura in maniera completa, compresa la possibilità di scaricare le spese sul 730. Siamo di fronte ad una vera e propria rivoluzione.

Come superare il "numero chiuso"

Abolire il numero chiuso per la Facoltà di Medicina e Chirurgia non appare al momento fattibile, però qualcosa si può fare. Ad esempio va incrementato il numero degli studenti che possono accedere con i famigerati quiz. In contemporanea vanno aumentate le borse di studio per le specializzazioni, soprattutto per quelle di cui si ha maggiormente bisogno.

Si potrebbe anche imitare la Francia che utilizza un metodo diverso di valutazione, superando il blocco dell'iscrizione al primo anno.

Il modello transalpino è additato ad esempio dal rappresentante della Sanità dei Fratelli d'Italia Marcello Gemmato che afferma che i "nostri" test di ingresso "poco attengono alla preparazione medico-scientifica del candidato".

La selezione in Francia è spostata al secondo anno ed in base al numero di esami superati si può "continuare" il corso di studio.

Tale metodo potrebbe e dovrebbe essere applicato in Italia a tutte le facoltà scientifiche.

► **DISPOSIZIONI.** *Le modifiche del nuovo governo*

Covid, Acone: non abbassare la guardia

La mascherina va usata in modo corretto. Le chirurgiche meno protettive

Angela Del Gaizo

Prosegue il dibattito sulle modifiche apportate dal governo, nel corso del primo consiglio dei ministri, alle disposizioni vigenti sul covid. Ne abbiamo parlato con il dr. Nicola Acone specialista in malattie infettive.

D. - Non è più obbligatorio il vaccino per il personale sanitario, per i lavoratori delle rsa e per tutti coloro che operano all'interno di strutture che effettuano attività sanitarie e socio-sanitarie. Quale è il suo parere?

R. - Ci troviamo di fronte ad un decreto che non stravolge più di tanto, come si vuol far credere. Da un lato perché in tutta Italia i medici non vaccinati si stimano intorno allo 0,3%, dall'altro le nuove disposizioni anticipano di due mesi ciò che era già previsto nella normativa del precedente governo. Ma oltre alla questione covid, il grande problema inerente l'ospedale ed anche il territorio è il numero insufficiente di medici, quindi è necessario recuperare le risorse disponibili. L'aspetto invece da non sottovalutare, infatti lo prevede anche il nuovo decreto, è l'utilizzo delle mascherine ffp2, non le chirurgiche che sono inefficaci, che se usate nel modo corretto, in particolare nelle strutture sanitarie e nelle rsa, sono molto più valide di altre precauzioni per evitare il contagio. Infatti quando circolava il primo virus, il delta, le persone vaccinate erano difese dall'infezione solo per il 40%. Oggi con le varianti non abbiamo più neanche questa protezione, anche se siamo coperti da un punto di vista clinico ovvero che esiste la possibilità di prendere il covid ma in maniera molto lieve.

D. - Quindi per stare all'ospedale Moscati di Avellino e alle strutture presenti sul territorio, lei ritiene importante il reintegro dei cosiddetti medici e operatori sanitari no vax?

R. - E' una boccata di ossigeno soprattutto per chi è costretto a fare turni massacranti proprio per mancanza di personale, in particolare nei reparti di emergenza come per esempio il pronto soccorso. Insomma non ritenere sia un grande problema, l'importante, come ho già detto, è usare la mascherina che utilizzata correttamente è una grossa barriera per il virus. Ciò non significa che il vaccino non sia utile in particolare per i soggetti fragili che hanno determinate patologie che diminuiscono le difese immunitarie.

D. - Come è attualmente la situazione covid. Bisogna ancora tenere alta l'attenzione?

R. - La letteratura ci dice che le



Nicola Acone

pandemie finiscono o perché il virus ha terminato la sua attività e non è il caso del covid che circola ancora con le sue varianti fortunatamente molto lievi e simili all'influenza, oppure perché la vaccinazione è talmente efficace da debellare completamente il virus e neanche questo è il nostro caso. Poi c'è un terza

ipotesi: la pandemia finisce quando non se ne parla più, quando le persone stanche di sentire bollettini quotidiani su contagi e quant'altro ritornano alla normalità. In poche parole la gente non ne può più, anche perché non abbiamo avuto a che fare con una pandemia ma con una sindemia ovvero un insieme

di problemi di salute, ambientali, sociali ed economici che hanno comportato pesanti ripercussioni sulle condizioni di vita degli italiani. Ed in questo contesto il dato più allarmante che emerge sono le ripercussioni sulla psicologia delle persone dopo due anni di isolamento, ed in modo particolare

sui giovani.

D. - Ma come è possibile che una pandemia come questa da covid duri così tanto?

R. - Non c'è da meravigliarsi. Tutte le pandemie hanno tempi lunghi in quanto il virus circola, con o senza varianti, almeno per due anni o fino a quando non diventa endemico. Ad un certo punto questo virus si stabilizzerà come succede per esempio con l'influenza stagionale.

D. - A proposito di influenza, consiglia di fare il vaccino?

R. - Assolutamente sì. E' molto efficace e ha scarsi o quasi nulli effetti collaterali. Lo consiglio a tutti ed in modo particolare ai soggetti fragili e credo che quest'anno avremo il picco nel mese di dicembre.

D. - Un'ultima domanda sulla sanità irpina, tema di grande attualità e molto discusso.

R. - Bisogna partire da un binomio imprescindibile: territorio-ospedale, in quanto la funzionalità di una struttura ospedaliera è strettamente collegata alla funzionalità del territorio. In passato l'ospedale è stato il punto di riferimento per tutto e per tutti grazie alla disponibilità di centinaia di posti letto e di personale. Oggi non è più così a causa dei piani di rientro e quindi è determinante attivare il territorio con azioni mirate, concrete e rapide e incrementare il personale e i posti letto al Moscati. Solo in questo modo si possono fronteggiare le criticità di un settore in affanno.



RADIOLOGIA

Radiomica in risonanza della mammella

Graziella Di Grezia*



Il tentativo di un radiologo di effettuare una diagnosi quanto più vicina possibile alla diagnosi anatomopatologica, rappresenta da sempre la sua massima aspirazione.

D'altra parte, invece, lo sviluppo dell'intelligenza artificiale viene percepita nei termini di sostituzione del medico radiologo con software infallibile e che ha una soluzione per ogni quesito.

La radiomica, per quanto ancora una applicazione in via di sviluppo, può rivelarsi una valida conciliazione tra le desiderate del radiologo senza la perdita di un ruolo, che di fatto è e resterà insostituibile.

La radiomica è l'analisi quantitativa, attraverso dei software di analisi della tessi-

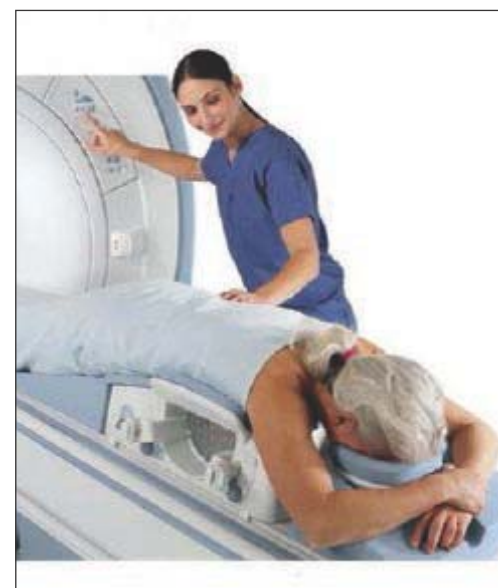
tura dell'immagine; in ambito senologico, la radiomica basata sulla risonanza magnetica è stata utilizzata per la valutazione dello stato dei recettori di estrogeni e progesterone nelle lesioni eteroplasiche.

Sono state analizzate le caratteristiche radiomiche intratumorali, peritumorali e combinate intra e peritumorali [Zhong Diagnostic 2022].

L'analisi di questi dati ha mostrato risultati promettenti per la valutazione preoperatoria dello stato ormonale del carcinoma della mammella.

Avere a disposizione molteplici informazioni sulle caratteristiche di un tumore consente non soltanto un approccio mirato già in fase diagnostica, ma anche una maggiore consapevolezza sulla prognosi e la possibile pianificazione terapeutica in ambito multidisciplinare.

La radiomica si rivela così un valido aiu-



to al radiologo che potrà perfezionare ancor di più le sue diagnosi, con l'effetto finale di una comunicazione sempre più tecnica per la paziente.

*Radiologo PhD

**PREVENZIONE.** Una gestione complessa sia dal punto di vista diagnostico che da quello terapeutico

Il piede diabetico, problema sempre attuale

Claudio Di Nardo



Il Piede Diabetico è un'entità nosologica, nel quadro del Diabete, caratterizzata da infezione, ulcerazione e/o distruzione di tessuti profondi, associate ad anomalie neurologiche e a vari gradi di vasculopatia periferica degli arti inferiori, secondo criteri stabiliti dall'OMS (International Consensus on the Diabetic Foot, 1999).

Frequenti componenti del quadro clinico del Piede Diabetico sono gli eventi infettivi che molto spesso complicano il decorso della malattia diabetica. La gestione è complessa sia dal punto di vista diagnostico, che da quello terapeutico e necessita di un approccio multidisciplinare.

Dimensioni del problema Il 15% dei diabetici sviluppa lesioni del piede nel corso della sua vita. La massima incidenza è fra i 45 e 65 anni. I costi medi diretti ed indiretti per la terapia si aggirano intorno ai 6.664 dollari per paziente. Il costo totale è calcolato intorno ai 20 miliardi di dollari l'anno.

L'infezione del piede diabetico è la minaccia più grave per l'arto inferiore e rappresenta la causa di amputazione nel 25-50% dei casi, motivo per cui deve essere trattata in maniera aggressiva. La maggiore suscettibilità del piede alle infezioni è dovuta alla sua particolare struttura anatomica ed alle caratteristiche peculiari di vascolarizzazione, che permettono all'infezione di procedere con estrema facilità.

Segni e sintomi d'infezione (febbre, leucocitosi, elevati indici infiammatori) possono essere inizialmente assenti. Un'infezione superficiale è abitualmente causata da batteri gram-positivi, mentre le infezioni profonde sono spesso polimicrobiche ed implicano batteri gram-negativi ed anaerobi. Ancora difficile da valutare epidemiologicamente il ruolo dei batteri anaerobi, spesso non correttamente ricercati dal punto di vista microbiologico. In un lavoro relativo alle infezioni moderate-severe, l'84% di queste è risultato polimicrobico, isolando solo aerobi nel 53% dei casi e nel 47% una flora mista aerobioanaerobia (Citron DM, J Clin Microbiol 45: 2819-28; 2007). La microbiologia del piede diabetico non è semplice, soprattutto per le difficoltà di una corretta raccolta dei campioni da inviare al laboratorio. Le indagini a maggiore sensibilità sono relative a prelievi tissutali, che devono sempre essere eseguiti tramite biopsia o curettage. L'esecuzione di tamponi superficiali non è consigliabile, in quanto i tamponi superficiali diagnosticano correttamente il 75% delle infezioni di cute e tessuti molli ma solo il 30% dei patogeni che causano osteomielite.

L'approccio alla cura del piede diabetico prevede, nell'ordine, lo sbrigliamento e la detersione dalle parti necrotiche, provvedimenti atti ad assicurare un adeguato apporto vascolare, il controllo metabolico, l'esame colturale dei tessuti profondi e dell'osso, il trattamento antibiotico mirato, la medicazione meticolosa della lesione.

La terapia delle infezioni del piede diabetico deve essere in accordo alla gravità, ovvero allo stadio,

dell'infezione nonché al patogeno responsabile. Vengono riconosciuti tre gradi di infezione, lieve, moderata e grave (Giornale Italiano di Diabetologia e Metabolismo 2015;35:257-263). I patogeni che più frequentemente sono responsabili sono lo Stafilococco Resistente alla Meticillina (MRSA), lo Streptococco, gli Enterobatteri, lo Pseudomonas Aeruginosa, anaerobi obbligati. Il trattamento medico consiste nell'antibiototerapia, in un primo step basata sull'impiego di un antibiotico a largo spettro, successivamente, sulla base di un preliminare esame colturale dell'essudato e di un antibiogramma, basata sull'impiego di un antibiotico specifico, attivo sul germe sensibile, pervenendo così ad una terapia eziologica, cioè causale, delle infezioni del piede diabetico.

Il primo passo nel trattamento delle lesioni del Piede Diabetico è stabilire l'entità del danno tissutale,

ipotensione, ipovolemia, fino allo Shock settico.

A seconda del livello di gravità vi può essere un più o meno coinvolgimento metabolico, da una lieve fino ad una grave iperglicemia con acidosi metabolica. Dal punto di vista vascolare vi è sempre una riduzione di apporto arterioso, che va da una riduzione dei polsi arteriosi fino alla loro assoluta mancanza. Uno degli obiettivi principali è ridurre il più possibile il rischio d'infezione delle lesioni puramente vascolari, qualora questa sia invece presente, fondamentale è la diagnosi precoce e soprattutto la diagnosi eziologica per poter impostare una terapia antibiotica mirata. Ulcerazione non è sinonimo di infezione; è importante distinguere infatti un'ulcera asettica, secondaria ad insufficienza arteriosa, da quella invece con segni di infezione che possono essere locali, con eritema, edema, essudato sieroso o purulento, fi-

indispensabile osservare delle regole che rappresentano i cardini del trattamento delle lesioni tipiche di questa patologia. La detersione/sbrigliamento (debridement) chirurgico del tessuto necrotico deve essere radicale, giungendo fino al tessuto vitale non infetto e ripetuto più volte se necessario, al fine di ridurre la crescita batterica e favorire la proliferazione fibroblastica, cioè la rigenerazione tissutale. Si deve sempre effettuare l'esame colturale del tessuto profondo e del suo essudato. Se durante lo sbrigliamento o il drenaggio di un ascesso si incontra l'osso, nell'89% dei casi è presente osteomielite e quindi bisogna attivare l'algoritmo diagnostico per confermare la diagnosi di tale affezione. È sempre raccomandabile effettuare una diagnosi microbiologica, a meno che, secondo le linee guida IDSA, l'infezione sia di grado lieve e il paziente non abbia mai effettuato terapia antibiotica. In tal caso la copertura empirica nei confronti dei soli cocchi Gram-positivi pansensibili, principali agenti eziologici, risulta sufficiente. La diagnosi eziologica si basa sul prelievo profondo di tessuto infetto, effettuato prima di iniziare qualsiasi terapia antibiotica, attraverso una biopsia ossea nel caso di osteomielite, o attraverso curettage della ferita. Metodica accettabile è anche l'aspirazione mediante siringa di secrezioni purulente della ferita o della fistola. Assolutamente da evitare sono i tamponi superficiali perché rischiano di isolare batteri che in realtà sono commensali o contaminanti della



le, cui consegue una esatta valutazione del rischio. Ciò rappresenta una chiara guida per la terapia e la prognosi. Gli aspetti chiave trovano un inquadramento nella seguente classificazione di Wagner (Università del Texas) che considera i principali fattori di rischio che portano all'amputazione così come le principali sequele neuropatiche (Skow MAH et al, Infectious Diseases 2020; 52.6:405-4129).

Grado 0 Cute intatta, possibili deformità ossee, callosità e/o lesioni preulcerative.

Grado 1 Ulcere localizzate superficiali Grado IIA Ulcere profonde, coinvolgimento di tendini, legamenti ed articolazioni Grado IIB Come IIA più infezione e cellulite Grado IIIA Ascesso profondo più cellulite Grado IIIB Osteomielite più cellulite Grado IV Gangrena interessata le dita e la pianta Grado V Gangrena interessata l'intero piede La gravità dell'infezione è definita da segni locali e da segni sistemici. I primi dipendono dalla presenza di una infezione lieve o grave, dalla sua progressione lenta o rapida, dalla caratteristica dell'ulcerazione solo cutanea o profonda, dal coinvolgimento dei tessuti, dalla cute al sottocute, alla fascia e/o al muscolo o fino all'osso, sulla presenza di una cellulite minima o estesa. I segni sistemici sono assenti nelle forme non gravi, minimi nelle forme lievi, oppure nelle forme più severe sono rappresentati da febbre, leucocitosi,

stole secernenti, tessuti necrotici, o anche sistemici come febbre, leucocitosi, indici infiammatori elevati. L'eziologia delle infezioni è quasi sempre polimicrobica, rappresentata come si è già detto sia da batteri gram-positivi che gram-negativi, aerobi o anaerobi, con percentuali variabili per ogni singolo agente.

La scelta degli antibiotici si basa necessariamente sulle indicazioni dell'esame colturale e dell'antibiogramma. A tale proposito si sono dimostrati attivi sui singoli germi in causa antibiotici appartenenti alle principali classi farmacologiche. Perché un antibiotico si dimostri efficace deve rispondere a determinate caratteristiche, come essere attivo sui più comuni patogeni isolati, avere azione battericida, rapida ed elevata diffusibilità tissutale, una lunga emivita, raggiungere concentrazioni tissutali elevate e protratte nel tempo, avere una tossicità trascurabile ed una scarsa capacità di indurre resistenze batteriche, una alta compliance, nonché un favorevole rapporto costo/benefici. Quando si affronta la cura del piede diabetico è

particolare il piede diabetico e le infezioni cutanee, tendono ad avere decorso clinico ed outcome peggiori. Nel diabetico bisogna porre particolare attenzione clinica alla diagnosi tempestiva di infezioni ed è necessario sottoporre il paziente a trattamenti antibiotici mirati, aggressivi e prolungati nel tempo. Oltre ad essere potenzialmente più gravi, le infezioni nei diabetici possono causare complicanze locali invalidanti, come le amputazioni nei casi di piede diabetico, ma anche complicanze metaboliche come l'ipoglicemia, la chetoacidosi ed il coma. Sono necessarie ulteriori ricerche per chiarire i meccanismi immunopatogenetici che collegano diabete ed infezioni.

Nei casi di osteomielite, la terapia deve essere orientata quindi sull'isolamento microbiologico e sui test di Sensibilità. La durata del trattamento è variabile, ovviamente breve in caso di amputazione, lunga di alcune settimane o mesi nei casi di trattamento conservativo con revisione chirurgica dei tessuti molli o dei residui ossei. L'iter diagnostico dell'osteomielite comprende l'anamnesi e l'esame clinico, l'esame RX, TAC e/o RMN, se necessario Scintigrafia ossea, prelievi biotici ed esame colturale con antibiogramma per permettere una terapia antibiotica mirata.

Nella terapia dell'osteomielite, la chirurgia ha un ruolo importante: una appropriata terapia antibiotica deve essere accompagnata da una completa asportazione dell'osso infetto, così come la detersione di ascessi e sequestri, raggiungendo il tessuto vitale e ben irrorato, prevenendo così la recidiva, cercando al contempo di conservare un'accettabile funzionalità. In alcuni casi si rende necessario valutare la necessità di una rivascularizzazione chirurgica. La medicazione postoperatoria deve obbedire a regole fondamentali. Esistono in commercio medicazioni speciali avanzate, come esteri dell'acido ialuronico oppure reti assorbibili di fibroblasti coltivati in vitro. La durata della terapia antibiotica è estremamente variabile e deve essere protratta a dosaggi elevati per il tempo idoneo a debellare la infezione senza indurre resistenze.

In caso di ospedalizzazione, la corretta gestione dei pazienti diabetici con un'infezione è affidata ad un Team Multidisciplinare, formato da diabetologi, infettivologi, chirurghi, radiologi, anatomopatologi e, in caso di complicanze, dagli specialisti del caso. La presenza del team specialistico dedicato migliora il compenso metabolico, riduce la degenza e i ripetuti ricoveri. Per affrontare con successo ed efficacia un piede diabetico ed in generale un'infezione in un paziente diabetico il fattore tempo è cruciale. È indispensabile fare diagnosi precoce ai primi segni clinici ed attuare rapidamente l'iter diagnostico, eseguire i prelievi per l'esame colturale e l'ATB e instaurare la terapia antibiotica, prima empirica in attesa dell'ATB, successivamente mirata sugli esami colturali. Concludendo le persone con diabete presentano un rischio infettivo aumentato rispetto alla popolazione generale.

Le infezioni, in particolare il piede diabetico e le infezioni cutanee, tendono ad avere decorso clinico ed outcome peggiori. Nel diabetico bisogna porre particolare attenzione clinica alla diagnosi tempestiva di infezioni ed è necessario sottoporre il paziente a trattamenti antibiotici mirati, aggressivi e prolungati nel tempo. Oltre ad essere potenzialmente più gravi, le infezioni nei diabetici possono causare complicanze locali invalidanti, come le amputazioni nei casi di piede diabetico, ma anche complicanze metaboliche come l'ipoglicemia, la chetoacidosi ed il coma. Sono necessarie ulteriori ricerche per chiarire i meccanismi immunopatogenetici che collegano diabete ed infezioni.

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