

Salute & Benessere



La pelle in... fumo

Mariolina De Angelis*



Il fumo nuoce gravemente alla salute e i danni provocati dal fumo di sigaretta. Si evidenziano anche sulla nostra pelle in particolare modo su quella del viso dove i segni dell'invecchiamento cutaneo sono evidenti. Anche i capelli e le unghie nessuno colpiti punto è importante sottolineare che fumando una sigaretta si introducono nell'organismo oltre 4000 sostanze chimiche molte delle quali cancerogene punto la sigaretta infatti oltre al tabacco essiccato contiene tutte le sostanze che si formano attraverso la sua lavorazione per migliorare il sapore e la biodisponibilità. Una volta accesa la sigaretta, la combustione del tabacco sprigiona

Infatti diversi prodotti. Anzitutto la nicotina che è responsabile di effetti neurologici e della stessa dipendenza da fumo punto si sprigiona. Inoltre acido cianidrico, toluene acetone ammoniacale e catrame punto quest'ultimo, derivato dalla combustione contiene molte sostanze cancerogene come il benzopirene e altri idrocarburi aromatici. Sono presenti inoltre una discreta quantità di nitrosamine punto il fumo, è noto causa molti danni gravi e mortali tumori e patologie del sistema. Solo punto A subire infatti gli effetti più visibili è proprio la nostra pelle. Già negli anni 90 questo problema è stato affrontato in diversi Congressi dermatologici in cui ciò che è stato evidenziato e la correlazione tra fumo e invecchiamento cutaneo. Ciò da attribuire senza ombra di dubbio al fatto che la nicotina e le altre sostanze

derivate dal processo di combustione facilitano la disidratazione e la perdita di luminosità della pelle. Inoltre si assiste ad un danneggiamento delle fibre di collagene ed elastina indispensabili per mantenere tono ed elasticità dell'epidermide. Conseguenza diretta ovviamente è la formazione di rughe e macchie cutanee. Inoltre la nicotina causa vasocostrizione dei piccoli vasi sanguigni e con questo diminuzione dell'apporto di ossigeno nel sangue punto c'ho esteticamente si traduce con una pelle che appare spenta ed opaca. Le rughe inoltre compaiono anche per un danno meccanico causato dalla ripetitività dei movimenti come avvicinare la sigaretta alla bocca aspirare il fumo ed espellerlo. È proprio da questa conseguenza che si formano quelle odiose rughe labiali definite in gergo

codice a barre. A livello molecolare la ricerca scientifica ha dimostrato che il fumo è anche fonte di radicali liberi in grado di danneggiare i meccanismi di riparazione tissutale e ad alterare il turnover della matrice extracellulare. uno studio recente pubblicato su una rivista di chirurgia plastica ha evidenziato da un confronto fotografico di diverse coppie di gemelli identici ma con storie di fumo diversi come i tratti del viso dei gemelli fumatori accaniti fossero più marcate soprattutto nelle zone delle palpebre delle guance e della bocca. È importante sottolineare che la lassità muscolare provocata dai muscoli facciali e labiali durante l'aspirazione e l'espulsione del fumo provocavano tutto questo. I danni però non sono confinati solo al viso coinvolgono la pelle in toto e anche i capelli le unghie e le mucose. Un terzo dei fumatori infatti presen-

ta una pigmentazione genivale attribuibile al fatto che la nicotina lega la melanina. Questa a sua volta legandosi ai tessuti Generalmente macchia. Nicotina e catrame generano inoltre anche le macchie dentali. Le unghie dei fumatori assumono un colore grigiastro e giallastro dovuto al diminuito apporto di ossigeno nel sangue nonché agli effetti della nicotina nella zona. Inoltre le unghie appaiono più fragili e le risulta rallentata la loro crescita. Per quanto riguarda i capelli il fumo determina un'inibizione dell'enzima aromatasi che provoca una diminuzione della quantità degli ormoni estroprogestinici circolanti ciò determina una possibile caduta o un aggravamento di situazioni anche di alopecia. E' scontato dire che smettendo di fumare ne gioverà tutto il corpo compreso la nostra pelle che ce ne sarà grata *Farmacista

▶ **ALIMENTAZIONE.** *Un valore aggiunto alla terapia oncologica*

Longevità, la sfida parte a tavola

E' necessario ritornare ad una alimentazione semplice e genuina

Francesca Finelli*



L'8 maggio si è celebrata in tutto il mondo la Giornata contro il Tumore Ovarico, e 140 associazioni di 50 paesi che aderiscono alla World Ovarian Cancer Coalition, sono impegnate da sempre a sensibilizzare le donne e far conoscere a tutti una malattia di cui oggi si parla ancora poco, ma che rappresenta una delle prime 5 cause di morte per cancro tra le donne tra i 50 e i 69 anni. La giornata ha visto al centro di tutte le iniziative l'evento 'Dot Wall', il grande murales sul tumore ovarico in costruzione sul sito della World Ovarian Cancer Coalition: tutte le donne del mondo, e i loro amici e parenti, possono andare sul sito e cliccando sul pulsante "joint the wall", potranno dipingere il proprio coriandolo colorato fino a ottenere, tutti insieme, un grande affresco, simbolo della malattia. In Italia convivono con una diagnosi di carcinoma ovarico 49.800 donne e 5.200 sono quelle che si ammalano ogni anno, la sopravvivenza di queste pazienti a 5 anni è del 40%. Una percentuale bassa, ma che non deve essere interpretata come una sconfitta: "Tutt'altro, è piuttosto una conquista", dice Domenica Lorusso, professore associato di ostetricia e ginecologia all'Università cattolica di Roma e responsabile della Ricerca Clinica della Fondazione Policlinico Gemelli IRCCS: "Non dobbiamo dimenticare che parliamo di una forma di tumore senza test di screening o strumenti di prevenzione (come il pap test per il tumore dell'utero o la mammografia per il tumore al seno, ndr.). E che non ha sintomi specifici di esordio: i segnali di malattia, per esempio gonfiore o dolore addominale, cattiva digestione, si possono confondere con disturbi molto comuni. Ecco, tutto questo implica che nell'80% dei casi la diagnosi di carcinoma ovarico arriva quando la malattia è in fase avanzata, al 3° o 4° stadio, peggiorando la prognosi. Per questo le donne devono cogliere i segnali e se sono persistenti devono parlarne a un medico. Dedicare un giorno alla malattia aumenta la conoscenza. E au-

mentare la conoscenza aumenta la possibilità di diagnosi tempestiva. Che può salvare la vita". E' quanto abbiamo letto dal quotidiano online di Repubblica. Ma che ruolo gioca la Nutrizione nello scenario neoplastico? Un'alimentazione fatta di alimenti sani è in grado di prevenire la malattia oncologica, viceversa, un'alimentazione non corretta, contribuisce ad aumentare i processi infiammatori e di crescita cellulare. Infatti non va dimenticato che l'alimentazione incide con un 37% come causa della neoplasia. La Nutrizione è un valore aggiunto alla Terapia Oncologica ed è un valore essenziale nella Prevenzione Oncologica. Una corretta alimentazione può ridurre l'apporto nutrizionale alla neoplasia e ridurre l'incidenza delle recidive. Quindi non solo, è necessario una alimentazione regolare e con giuste dosi di minerali, vitamine, antiossidanti, con un basso apporto calorico e proteico aiuterà a vivere meglio ma anche a ridurre il rischio di ammalarsi di tumore. Un regime alimentare scorretto ovviamente non causa il cancro, ma certamente aumenta il rischio di svilupparlo. Ripeto spesso ai miei pazienti che non esiste una dieta specifica ma esiste una corretta nutrizione che il paziente con neoplasia dovrebbe avere; una nutrizione ricca di alimenti che hanno dimostrato di essere in grado di contrastare l'infiammazione e la crescita tumorale e povera di alimenti che al contrario le favoriscono. Ogni forma tumorale, poi, può presentare delle variazioni, soprattutto i tumori che colpiscono l'apparato gastrointestinale. Quindi è importante privilegiare gli alimenti di origine vegetale, i legumi, gli ortaggi, i cereali, soprattutto quelli antichi, ma anche il pesce, le uova, l'olio di oliva, la frutta secca e i semi, le spezie e ridurre gli zuccheri. Quello che è poi importante leggere bene le etichette, e la provenienza del prodotto, controllare gli ingredienti all'interno dell'alimento che si compra. Ma anche prestare attenzione al metodo di cottura: preferire quelli più salutari come la cottura al vapore ed evitare quelli nocivi come la grigliatura o la cottura alla brace.

L'alimentazione, alla luce delle nuove acquisizioni e

scoperte scientifiche, non rappresenta soltanto il modo e come mangiamo, ma cosa, quanto e quando lo mangiamo. Gli alimenti rappresentano allo stesso tempo una causa della malattia o la possibilità di cura della stessa. La grande quantità di cibo a disposizione, la facilità con la quale scegliamo i nostri alimenti, il processo di industrializzazione ha causato l'insorgenza di importanti problemi nutrizionali.

Spesso è proprio il marketing Nutrizionale che indirizza verso la scelta del cibo: alimenti preconfezionati, surgelati o i loro surrogati, facili da preparare, sono sempre più ricchi di zuccheri, carboidrati raffinati e grassi e poveri di nutrienti indispensabili. Tutto questo porta allo sviluppo di soggetti ipernutriti, obesi e con patologie metaboliche importanti (diabete, ipercole-

sterolemia, ipertensione ecc) fino ad un sempre maggior numero di tumori. La Salute e la Malattia sono rispettivamente equilibrio e squilibrio degli elementi che costituiscono il corpo umano. Bisogna ritornare ad una alimentazione necessaria, semplice e genuina per il nostro fabbisogno giornaliero e per mantenersi in forma. La corretta alimentazione con una moderata attività

fisica sono indispensabili per predisporci ad una vita lunga e senza malattie. Il viaggio per la longevità inizia da scelte di benessere che coinvolgono un equilibrio costante tra mente, corpo e spirito.
Biologa Nutrizionista - Perfezionata nei disturbi del Comportamento Alimentare - Nutrizionista presso U.O. Pediatria A.O.S.G. Moscati - Consulente HACCP, Igiene e Sicurezza Alimentare



Riscoprire il valore dell'alimentazione

SULLA TAVOLA

Carote, alimento prezioso in ogni dieta

Maria Luisa D'Amore*



Ora che l'estate inizia pian piano a prender forma, è necessario prepararsi al meglio al suo arrivo.

E poiché "noi siamo quello che mangiamo" la cura per noi stessi deve partire dalla tavola.

Il periodo tardo-primaverile/estivo ci regala, tra le altre cose, una vasta gamma di verdure ed ortaggi con cui imbandire le nostre tavole; tra questi, però, le carote non dovrebbero mai mancare nella nostra dieta, qualsiasi sia la stagione.

Arancioni, fresche e tanto amate dai bambini per l'immediata associazione al simpatico Bugs Bunny, le carote sono tra le poche verdure che si prestano bene a qualsiasi ricetta.

Il nome scientifico della carota è *Daucus Carota*, pianta erbacea appartenente alla famiglia delle Umbrellifere, così chiamate per le infiorescenze simili ad un ombrello.

In natura sono presenti molte varietà di carote dai colori che virano dal bianco al rosso: basti pensare che le prime carote coltivate nell'antico Egitto erano di colore viola, e che solo nel 1700 sono state affiancate dalle più tradizionali carote arancioni.

Per quanto riguarda la stagionalità, invece, si tratta di ortaggi tipicamente primaverili, sebbene anche i mesi estivi siano altamente indicati alla loro raccolta.

Passiamo ora alla nutrizione: quali sono le loro proprietà?

Sicuramente l'elemento che contraddistingue al massimo questo ortaggio è la grande quantità di beta-carotene contenuto al suo interno.

Questo pigmento vegetale, che non a caso deve il suo nome proprio alla carota, dove è stato isolato per la prima volta, è un potente antiossidante naturale che contrasta la produzione di specie radicaliche dell'ossigeno (ROS) a livello cellulare.

Lo stesso, inoltre, una volta assor-

bitto dall'organismo è convertito in vitamina A, divenendo indispensabile per numerose altre funzioni biologiche come il differenziamento cellulare durante lo sviluppo embrionale, la vista, la maturazione ovarica e testicolare e l'accrescimento osseo.

In aggiunta al beta-carotene, le carote sono anche un concentrato di vitamine (vitamina B6, vitamina K, vitamina C) e Sali minerali (potassio), oltre che di acqua.

Bassissimo invece il loro apporto calorico, con sole 41kcal per 100 grammi di prodotto.

Ma tutto questo cosa comporta in termini di salute?

Tra i principali distretti a beneficiare degli influssi positivi delle carote, c'è sicuramente il sistema cardiovascolare: la presenza di composti antiossidanti, infatti, protegge l'endotelio dei vasi dall'azione deleteria dei ROS.

Come in precedenza accennato, le carote sono inoltre amiche della vista: la vitamina A aiuta a proteggere la cornea dalla degenerazione maculare e dai danni alla retina.

I benefici legati all'assunzione di carote sono da anni oggetto di studio nella valutazione di eventuali effetti sull'apparato gastro-intestinale: recenti scoperte le associano ad un ruolo protettivo sulla mucosa intestinale e preventivo nell'insorgenza del cancro al colon.

In ultimo, sono valide sostenitrici della "tintarella": i caroteni favoriscono l'abbronzatura e svolgono un effetto fotoprotettivo per la pelle.

Il consumo di carote non ha controindicazioni, tant'è che questi sono tra i primi alimenti inseriti nella dieta dei più piccoli.

Occhio però a non esagerare! Un consumo eccessivo può infatti causare una condizione reversibile nota come carotenosi, legata all'accumulo di beta-carotene, che si manifesta con una colorazione giallastra della pelle.

Per tali ragioni, la quantità di carote consigliata è di circa 400 grammi al giorno.

*Biologa-Nutrizionista



► **SOCIETÀ'.** *Sfruttare al meglio i sistemi di trattamento a distanza che oggi mette a disposizione la tecnologia*

Come fare fisioterapia in sicurezza

Le strutture hanno adeguato ambienti e procedure all'emergenza Covid

Mario e Alessandro Giarimboli*

L'epidemia di COVID 19 ha cambiato il nostro modo di vivere! A parte le restrizioni cui siamo, "oborto collo", ancora soggetti (come ad esempio il coprifuoco, il limitato accesso agli spazi di ristoro ecc.) e che prima o poi saranno abolite, la presenza del virus ci ha abituati a condizioni di vita improntate a massima attenzione ai rapporti sociali ed alla igiene. Anche (anzi, direi, soprattutto!) le strutture sanitarie hanno dovuto adeguare gli ambienti e i comportamenti degli operatori ai nuovi pericoli causati dalla pandemia. Questo processo di cambiamento ha naturalmente impegnato in maniera particolare la riabilitazione, ambito assistenziale nel quale è indispensabile il contatto fisico diretto tra Fisioterapista e Paziente. Per garantire la sicurezza di entrambi è stato necessario adottare nuove procedure che riducono il rischio di contagio. In primis riteniamo che andrebbero sfruttati i sistemi di trattamento a distanza che oggi la tecnologia ci mette a disposizio-

ne come, ad esempio la semplice videochiamata. È vero che il trattamento fisioterapico necessita di una valutazione preventiva da effettuarsi in presenza fisica così come le prestazioni di medicina manuale e strumentale ma è pur vero che, per consolidare i risultati a lungo termine, sono indispensabili attività motorie che il Paziente può svolgere autonomamente e che possono essere migliorate qualitativamente con la supervisione a distanza da parte del fisioterapista. Tale fase che possiamo definire "di mantenimento" può tranquillamente essere svolta con la tele riabilitazione. Questa richiede una dotazione tecnologica abbastanza accessibile ma che non tutte le persone, per motivi economici o per ridotta abilità tecnologica, possono permettersi e che dovrebbe prevedere l'intervento del Servizio Sanitario. Le strutture riabilitative (ex art. 26 ma anche le ambulatoriali ex art. 44) devono essere dotate di strumenti e tecniche di tele-riabilitazione da condividere con i Pazienti in condizione di utilizzarle e che, in tal maniera, possano proseguire il percorso tera-

peutico senza perdere i risultati ottenuti dopo il periodo di degenza riabilitativa o di attività ambulatoriale. I vantaggi che ne potrebbero conseguire sarebbero molteplici riducendo il numero di prestazioni in presenza, senza spostarsi da casa ed evitando i rischi obiettivi di contagio dovuti non tanto al contatto fisico con il Fisioterapista quanto ai mezzi di trasporto e alla promiscuità. Ma al di là della tele-riabilitazione, della cui tecnologia i centri e gli ambulatori sono dotati o possono dotarsi facilmente e con un limite, peraltro facilmente superabile con l'addestramento, legato alla capacità di utilizzarla da parte dei Pazienti, le strutture riabilitative hanno adeguato ambienti e procedure alla nuova situazione. Sappiamo bene che il contagio da Coronavirus avviene a mezzo del "droplet", cioè le goccioline salivari o respiratorie provenienti dalle vie aeree dei contagiati. Le dimensioni del droplet possono essere molto piccole, meno di 4-5 micron di diametro, che rimangono sospese in aria (aerosol) o più grandi. In questo caso per la loro grandezza ricadono

sulle superfici circostanti (pavimenti, arredamento ecc.). Con queste premesse le nuove procedure prevedono obbligatoriamente, al termine di ogni prestazione, la sanificazione delle superfici del lettino, delle sedie, delle maniglie e degli strumenti di fisioterapia con soluzioni alcoliche o ipoclorito di sodio. Le mani dell'operatore vanno protette dall'uso del guanto con cambio dello stesso ad ogni trattamento e previo lavaggio delle mani stesse con successiva applicazione di gel sanificante. Il corpo del fisioterapista è protetto da camice monouso in TNT così come il viso con visiera o occhiali. Immane naturalmente è la mascherina FP2 (rigorosamente senza valvola). Indispensabile è il frequente ricambio dell'aria nei locali di lavoro, possibilmente preceduta da spray sanificante. Le procedure prevedono igienizzazione degli ambienti al termine del turno di lavoro. Gli operatori delle strutture sanitarie hanno tutti ricevuto la vaccinazione anti Covid: chi non è stato vaccinato viene utilizzato in mansione diversa o, se ciò non è possibile, posto in congedo. Natural-

mente anche i Pazienti svolgono la propria parte: sono obbligati a rispettare gli orari di appuntamento cadenzati secondo i ritmi imposti dalle sanificazioni. In tal maniera si evitano affollamenti nelle sale d'attesa ove, in ogni caso, vi sono obblighi di distanziamento. Inoltre, il Paziente (salvo eccezioni decise dalla Direzione Sanitaria) non può essere accompagnato da altri nelle sale di terapia e deve essere dotato di mascherina (se sprovvisto, provvede la struttura di riabilitazione). Di obbligo sono anche il controllo della temperatura corporea e l'esclusione dal trattamento di persone con sintomatologia delle vie respiratorie (raffreddore, tosse ecc.). L'aspetto nuovo, interessante e da approfondire soprattutto da parte delle autorità sanitarie, è rappresentato dall'utilizzo delle attività di tele-riabilitazione che possono, anche in periodi di normalità e non solo di pandemia, migliorare la qualità dell'assistenza riabilitativa e ridurre i costi e i rischi sociali legati alle attività di trasferimento.

*Fisiatristi



► **SOCIETÀ'.** *Continua il dibattito sull'utilità dei dispositivi di protezione al di fuori degli spazi chiusi*

Usare le mascherine anche all'aperto?

La proposta, libertà di scelta in condizioni di basso rischio

Biagio Campana

Ora è stato accertato che il rischio di contrarre SARS-CoV-2 all'aperto risulta essere molto basso e meno del 10% dei casi segnalati sarebbe correlabile ad un'infezione contratta in queste condizioni. In più si tratterebbe di contatti ravvicinati e prolungati nel tempo in assenza di un'efficiente ventilazione naturale. È probabile che l'infezione da SARS-CoV-2 dipenda dalla quantità di particelle infettive inoculate, che a sua volta dipende principalmente da due fattori: la concentrazione del virus nell'aria e la durata dell'esposizione. Ad ulteriore conferma del dato, nessun cluster di grandi dimensioni, i cosiddetti eventi "superspreading", eccetto forse la partita di calcio Atalanta - Valencia disputata nel febbraio 2020 e per la quale valgono tutta una serie di considerazioni particolari, sembrerebbe correlato alla diffusione virale in ambienti esterni. L'utilizzo della mascherina all'aperto oramai viene vista come una pratica



semplice e quasi "naturale", giustificata da un principio di massima precauzione. Tuttavia, un appropriato utilizzo del principio di precauzione richiede sempre un'attenta valutazione dei benefici e dei costi e non può essere invocato in assenza di dati solidi. La buona riuscita degli interventi di sanità pubblica dipende sempre dal livello di fiducia che le persone ripongono nelle autorità competenti e ciò

non può non basarsi su una chiara, puntuale e corretta informazione che dovrebbe essere scevra da opinioni personali e non dovrebbe rappresentare una corrente politica piuttosto che un'altra. Essendo così basso il rischio di trasmissione all'aperto, le raccomandazioni o peggio ancora l'imposizione all'utilizzo delle stesse mascherine, può sembrare poco credibile e spesso addirittura arbitra-

rio influenzando la fiducia delle persone nelle istituzioni e diventando controproducente in situazioni dove invece l'uso è fortemente raccomandato. Sia il Regno Unito che gli Stati Uniti d'America si stanno muovendo proprio in questa direzione. L'isolamento sociale contribuisce in modo significativo alla morbidità e alla mortalità precoce più di quanto percepiamo. Le restrizioni resosi necessarie durante la pandemia hanno determinato notevoli livelli di stress e depressione nella popolazione e dover continuare ad indossare una mascherina all'aperto potrebbe essere controproducente soprattutto negli anziani diventando un disincentivo ad attività comuni come la semplice passeggiata all'aria aperta alimentando a sua volta l'isolamento sociale anche dove non più necessario. Inoltre potrebbe portare alcune persone a riunirsi al chiuso con tutti i rischi connessi o ad astenersi dall'esercizio fisico, una componente cruciale della salute mentale e fisica. Le decisioni relative all'utilizzo di una mascherina all'aperto possono essere popolari in alcuni contesti, in quanto sono tra gli interventi più "visibili" ma tutta-

via, spesso dietro questa scelta si nascondano inefficienze ed enormi difficoltà ad affrontare problematiche molto più importanti come il trasporto urbano che rappresenta una criticità crescente ed irrisolta e che espone a severi rischi di infezione, oggi al SARS-CoV-2 domani ad un "banale" virus influenzale o simil influenzale che comunque comporta costi sociali in termini di perdita di giornate di lavoro ed in casi più gravi di ospedalizzazione con notevoli costi sui sistemi sanitari che mostrano sempre debolezza in caso di incremento dei numeri. Sicuramente indossare mascherine all'aperto, in particolari condizioni come i grandi eventi sportivi o in determinate situazioni in cui potrebbe risultare difficile assicurare il distanziamento fisico per periodi prolungati, potrebbe essere utile per prevenire quei cosiddetti eventi superspreading di cui si parlava sopra, ma indossarla in condizioni diverse da quelle descritte potrebbe addirittura risultare controproducente e per tanto andranno fatte delle opportune riflessioni da parte degli organismi governativi che dovrebbero optare per una maggiore libertà di scelta in condizioni di basso rischio e alla luce di una crescente percentuale di soggetti vaccinati.

Specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio



SERVIZI DI STAMPA OFFSET

■ REALIZZAZIONE E PROGETTAZIONE GRAFICA ■

PER INFO
segreteria@finedit.com

**SAMITA'.** E' la seconda dose che offre la massima copertura

Aspettando i vaccini agli over 15

Scendono i valori dell'andamento pandemico ma la strada è lunga

Gianpaolo Palumbo*

La città era cinese (Wuhan) e nei suoi ospedali si moriva di una strana polmonite già dalla metà dell'anno 2019. All'inizio del 2020 si scopre che il colpevole di tanti casi letali è un virus, anzi, un coronavirus che viene isolato negli animali dei mercati umidi delle città cinesi. Dall'epoca il bilancio dei contagiati e dei decessi si aggiorna oramai da ora in ora, ed ancora non smettiamo di farlo.

Esattamente il 10 maggio 2021 i contagi nel mondo arrivano alla cifra di 158.480.718 milioni con quasi tre milioni e trecentomila morti. Il dato strano riguarda proprio il nostro paese che è ottavo al mondo per numero di contagi (4.166.287) e sesto al mondo per decessi (123.021) davanti a Russia, Francia, Germania e Spagna. Lasciamo da parte il dato della Russia che è troppo basso rispetto alla popolazione ed ai contagiati, ma la Germania, la Francia e la Spagna viaggiano con dati confortanti. La situazione economica è diversa da quella dell'Italia, basti pensare al numero molto alto di giovani che diventano presto autonomi e vanno via da casa molto presto. Le possibilità lavorative favoriscono le giovani convivenze ed i giovanissimi matrimoni. Vivendo "larghi" si ha anche la possibilità di ridurre la trasmissione del virus. Nelle nostre case, lo abbiamo ribadito più volte, quasi mini appartamenti, con i giovani ospitiamo i nonni e gli zii non sposati.....

Tornando alla tipologia dei decessi il problema è quello che non tutti muoiono in terapia intensiva ed il covid spesso e volentieri è accompagnato dall'ipertensione arteriosa, dal diabete mellito, da cardiopatie di vario genere, dall'insufficienza renale e dall'obesità. Rispetto poi, alla Germania, Francia e Spagna la nostra vita media è più alta, tanto che nel giorno 30 marzo 2021 era di 81 anni (con il 43,9%

di donne). L'Italia, paese di 60 milioni e mezzo di abitanti ha sempre presentato un numero di morti troppo alto in proporzione ai contagi (16/03/2021: 29.396 contagi e 502 decessi; 17/03/2021: 23059 contagi con 431 morti).

Nel nostro paese la mortalità potrà calare in maniera abbastanza sensibile allorché si immunizzeranno gli ultrasettantenni, così che la curva degli infetti si sposta verso il basso. Il "basso" è rappresentato dai giovani che si infettano lo stesso ma muoiono in numero

zione delle terapie intensive e delle aree mediche covid.

Ma questi dati non indicano ancora una netta inversione di tendenza, la presenza di

numeri a tre cifre, rappresentativi dei decessi, evidenzia come continui ad essere necessaria la cautela per gestire questa fase della pandemia. Il rischio di vanificare i grandi sacrifici fatti finora, c'è! Solo quando il numero dei nuovi guariti sarà superiore ai nuovi casi, allora il serbatoio di infezione si starà svuotando: ma per ridurre i numeri dei decessi, adesso non si può fare niente purtroppo.

Occorreva tempestività delle azioni di rilevazione e tracciamento dei casi, velocità del processo di ricovero nei pazienti bisognosi, ma soprattutto occorre un sistema di medicina territoriale più prossima ai malati, non una specie di "porta a porta", ma un supporto più vicino e costante.

"Historia magistra vitae", scriveva Cicerone nell'opera "De Oratore". Anche Machiavelli, qualche anno più tardi, riprendeva la stessa antica locuzione latina. Entrambi perché credevano nell'immutabilità della natura umana e nel riscontro nel presente di situazioni analoghe a quelle passate, da cui è possibile cogliere insegnamento. Dunque, conoscere il passato per costruire il futuro, per indirizzare nel migliore dei modi la nostra esistenza e, di conseguenza, per evitare di riproporre errori già commessi: perché spinti dalla volontà di guardare sempre avanti, da una certa indifferenza per quanto ci ha preceduto, all'affermazione dell'interesse individuale piuttosto di quello collettivo.

Sappiamo bene che l'arrivo dei vaccini non basterà. Insieme ad essi bisognerà continuare ad essere attenti alle nostre abitudini: distanziamento, igiene e mascherine. Insomma, dopo 430 giorni dovremmo essere già abituati, o quasi!

Si tenta di ripetere il successo di Gran Bretagna ed Israele, che, con una vasta campagna di sole prime dosi hanno abbattuto la morta-



decisamente minore per lo stato di buona salute che si portano dietro. Così potrà calare la mortalità.

Probabilmente è la seconda dose che offre la massima copertura del vaccino. La prima copre per il 50% dell'efficacia tra 1° e 2° dose passano ¾ settimane e gli anticorpi "arrivano" a due settimane dal secondo incolo. Quindi dall'inizio della vaccinazione sono necessarie 5/6 settimane per la protezione massima. In questo periodo molti soggetti si possono infettare e le categorie fragili possono finire in terapia intensiva.

Nonostante questa precisazione oggi si tende ad aumentare la "platea" delle prime dosi e già nelle Regione Lazio il richiamo Pfizer è stato spostato a cinque settimane e verrà somministrato agli interessati previa convocazione attraverso SMS, per fare quanto prima possibile.

In questi giorni i valori dell'andamento pandemico in Italia scendono: bene la diminuzione dei valori relativi all'indice di trasmissibilità Rt, del tasso di positività, di quello relativo all'occupa-



zione delle terapie intensive e delle aree mediche covid. Ma questi dati non indicano ancora una netta inversione di tendenza, la presenza di numeri a tre cifre, rappresentativi dei decessi, evidenzia come continui ad essere necessaria la cautela per gestire questa fase della pandemia. Il rischio di vanificare i grandi sacrifici fatti finora, c'è! Solo quando il numero dei nuovi guariti sarà superiore ai nuovi casi, allora il serbatoio di infezione si starà svuotando: ma per ridurre i numeri dei decessi, adesso non si può fare niente purtroppo.

Occorreva tempestività delle azioni di rilevazione e tracciamento dei casi, velocità del processo di ricovero nei pazienti bisognosi, ma soprattutto occorre un sistema di medicina territoriale più prossima ai malati, non una specie di "porta a porta", ma un supporto più vicino e costante.

zioni, avendo già vaccinato il 28,7% della popolazione con una sola dose (17 milioni e 135mila abitanti) e sette milioni sono coloro i quali hanno ricevuto anche la seconda. A breve dovrebbe es-

serci l'o.k. per la "partenza" vaccinale per gli over quindici anni ed allora la... tranquillità inizierà a farci vivere meglio.

*Medico Federazione medici sportivi italiani

PREVENZIONE. Colpisce testa, viso e collo

Angiosarcoma cutaneo, se diagnosticata in tempo può essere curata

Maria Assunta Baldassarre*

L'angiosarcoma cutaneo è un tumore raro che origina dalle cellule endoteliali e che ha una prognosi infausta. Le sedi principalmente interessate dalla neoplasia sono testa, viso e collo. L'eziologia non è nota, ma è stata riscontrata un'associazione con l'esposizione ad arsenico, plastica o radiazioni ultraviolette. Colpisce soprattutto gli uomini e la sopravvivenza a cinque anni è inferiore al 20%. E' un tumore particolare che può essere confuso con lesioni benigne quali porpora, edema del volto, angiomi, rosacea ecc. Clinicamente si presenta con chiazze e

placche eritemato-violacee, a volte sormontate da noduli. Può dare metastasi a polmone, fegato, ossa. Una variante di angiosarcoma è quello che insorge su un arto linfedematoso. Il linfedema può essere secondario a radioterapia ed in questo caso si parla di angiosarcoma post-radioterapia oppure a linfadenectomia. Questa procedura viene effettuata soprattutto nelle donne con neoplasia mammaria. Il chirurgo, dopo aver asportato il



tumore al seno, procede, in alcuni casi, allo "svuotamento ascellare". In seguito all'interruzione dei vasi linfatici l'arto interessato diventa linfedematoso ed in quella sede si crea un locus minoris resistentiae, cioè una regione del corpo più vulnerabile per alterazione dell'immunità locale, che può essere facilmente attaccata da virus, tumori ed altre patologie. In questo caso si parla di angiosarcoma di Stewart-Treves che insorge su un arto linfedematoso post-mastectomia. L'angiosarcoma è un tumore che andrebbe diagnosticato in tempo perché la chirurgia rappresenta la terapia di elezione. In alternativa si può far ricorso all'associazione di

chemioterapia e radioterapia con un controllo temporaneo della neoplasia.

*Dermatologa

**▶ PREVENZIONE.** Se contratta in gestazione può mettere a rischio la salute del nascituro

I pericoli della rosolia in gravidanza

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 ammalata 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 provocare 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.

Cause
La rosolia è una malattia infetti-

va 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 determinano immunità permanente.

Come si può contrarre l'infezione

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 diret-

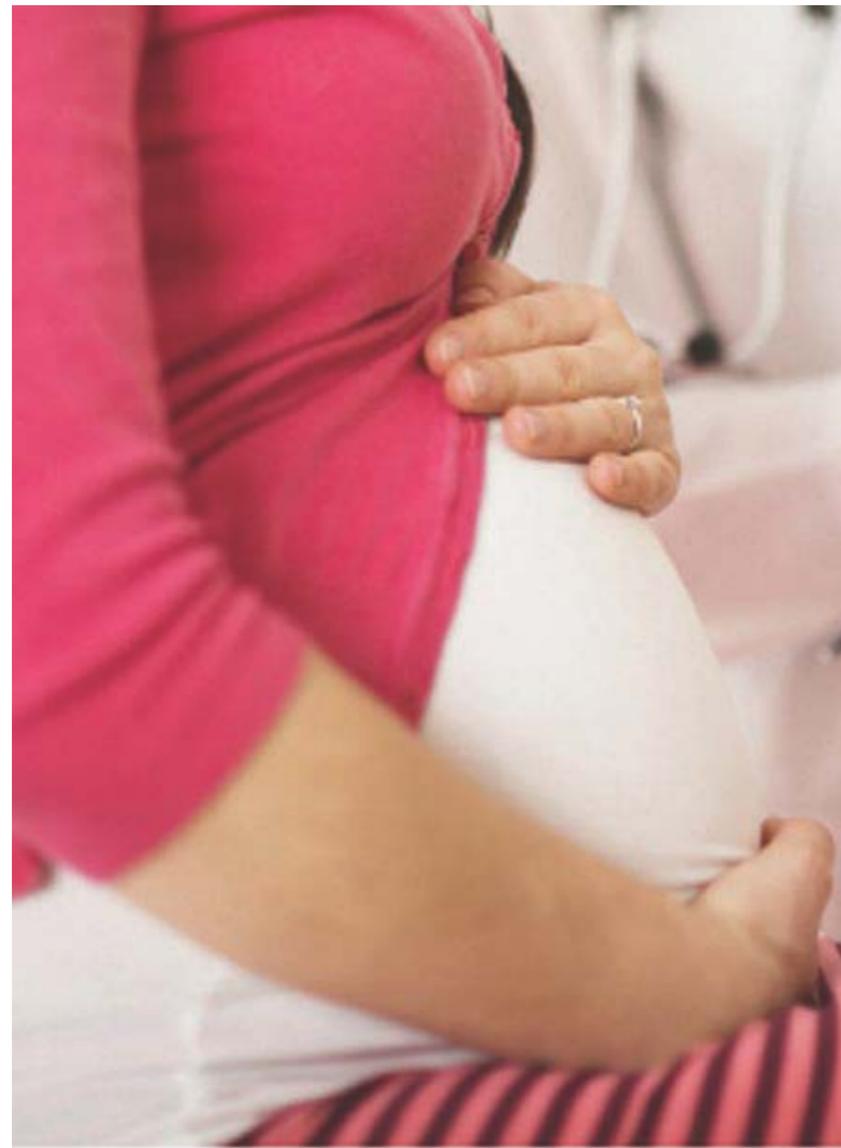
to con le secrezioni provenienti da naso, bocca e faringe di un soggetto infetto.

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. Incubazione e contagiosità.

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 infetto anche per mesi dopo la nascita.

Sintomi e Complicazioni
•La rosolia è generalmente ca-



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 comprendono:
•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.

Rischi per il feto
La rosolia in gravidanza espone il nascituro a gravi conseguenze, soprattutto se il contagio avviene entro il primo trimestre.

•All'inizio della gravidanza, i possibili 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 inter-

•All'inizio della gravidanza, i possibili 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 inter-

•All'inizio della gravidanza, i possibili 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 inter-

•All'inizio della gravidanza, i possibili 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 inter-

•All'inizio della gravidanza, i possibili 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 inter-

•All'inizio della gravidanza, i possibili 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 inter-

•All'inizio della gravidanza, i possibili 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 inter-

•All'inizio della gravidanza, i possibili 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 inter-

•All'inizio della gravidanza, i possibili 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 inter-





ventricolare);
•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).

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:

1. Verificare l'immunità della fu-

tura mamma;
2. 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.

Trattamento
Al momento, non esiste una terapia specifica per la rosolia in gravidanza o per ridurre la trasmissione materna-fetale. In altre parole, bisogna aspettare che la malattia faccia il suo corso. Nel frattempo, è consigliato il riposo a letto, insieme 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, in caso di infezione, la probabilità che questa venga trasmessa al feto.

Prevenzione
La prevenzione 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. Tra la profilassi anti-rubeolica e l'inizio della gravidanza (concepimento) devono trascorrere almeno tre mesi.

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

Difendersi da prolasso e incontinenza

Annarita Cicalese*

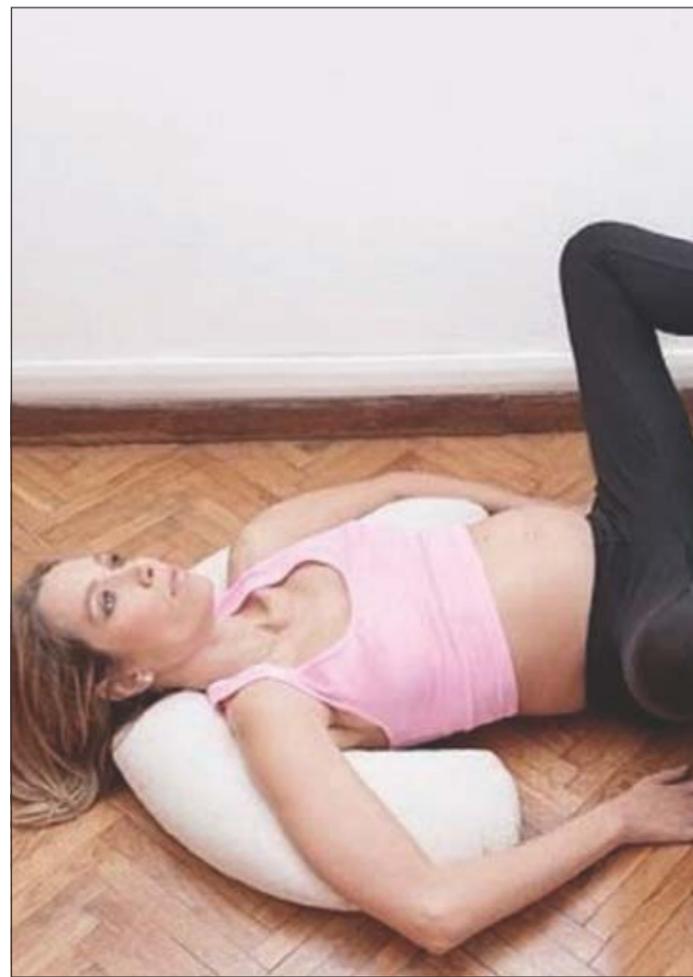


Per prolasso si intende il dislocamento di uno o più organi della pelvi femminile dalla loro posizione fisiologica all'interno della cavità vaginale.

Il prolasso può interessare la vescica, l'uretra, il retto, l'utero. Spesso si associa erroneamente l'idea del prolasso all'idea della malattia d'organo. Ebbene è giusto precisare che il prolasso non è una malattia dell'organo, ma dei suoi sistemi di sostegno. Infatti ogni sistema della pelvi femminile si mantiene nella sua posizione anatomica grazie all'interazione di un insieme di forze sostenute da strutture anatomiche di tipo muscolare, legamentoso e fasciale. Queste strutture costituiscono nel loro insieme quello che spesso viene denominato il "pavimento pelvico" che, quindi, è il responsabile della statica degli organi pelvici.

Altra cosa da sottolineare è che il prolasso da sottolineare non implica necessariamente il coinvolgimento delle altre strutture anatomiche vicine e, soprattutto, che il prolasso di un organo non necessariamente comporta un problema nella funzione dell'organo stesso. Ad esempio un prolasso del retto non comporta necessariamente stitichezza. Così, contrariamente a quanto spesso si sente dire, il prolasso della vescica non implica necessariamente l'incontinenza. Anzi, proprio in questo caso, quello che può verificarsi è esattamente l'opposto. In alcuni casi il prolasso della vescica può causare una disfunzione nella svuotamento della vescica stessa, il quale può essere difficoltoso ed incompleto. Non solo. Addirittura la presenza di un prolasso vescicale può mascherare la presenza di una incontinenza urinaria da sforzo. Per incontinenza urinaria da sforzo si intende una incontinenza che si manifesta in concomitanza delle manovre che aumentano la pressione endoaddominale, come tossire, starnutire, ridere intensamente o sollevare grossi pesi. In questi casi l'incontinenza è nascosta dalla presenza del prolasso e può rendersi evidente clinicamente quando il prolasso viene risolto. Spesso, infatti si pensa, erroneamente, che l'incontinenza degli interventi chirurgici effettuati per la cura del prolasso dell'utero o della vescica. In realtà, nella maggior parte dei casi l'incontinenza è preesistente all'intervento e questo ha solo l'effetto di slatentizzarla.

Altro mito da sfatare è che l'urgenza minzionale (lo stimolo di urinare improvviso ed im-



pellente, spesso frequente) possa essere il risultato di un aumento di volume dell'utero. L'urgenza trova la sua origine in una disfunzione vescicale durante il tempo in cui la vescica è impegnata a riempirsi. Infatti il riempimento della vescica non è un processo passivo, ma comporta una attività delle pareti vescicali che si rilassano per poter accogliere un volume crescente di urine mantenendo al loro interno una pressione bassa, in grado di consentire ai reni di funzionare costantemente ed in maniera continuativa. L'urgenza minzionale si verifica quando la vescica non è più in grado di distendersi in maniera

corretta e quando il fisiologico controllo volontario della contrazione vescicale viene perso. In questi casi l'asportazione dell'utero non è, ovviamente, risolutiva.

E' quindi molto importante, quando ci si avvicina al trattamento del prolasso, tener conto della funzione della vescica e dell'uretra, poiché ripristinare una anatomia corretta non significa sempre ripristinare una funzione soddisfacente. Ricordiamo che è la funzione a dare qualità di vita al paziente e che è proprio in questa ottica che dovrebbero muoversi tutte le strategie terapeutiche.

***Urologa**





► SOCIETÀ' Si sentono alienati dai loro corpi, attraversati dai cambiamenti

Disforia di genere e adolescenza

Diventa fondamentale l'apporto di esperti per prendere in esame la richiesta di cambiamento di sesso

Alfonso Leo*



Il 1° dicembre 2020 una donna britannica di 24 anni, Keira Bell, ha vinto una causa presso la Corte Suprema contro il Gender Identity Development Service (GIDS) del Tavistock and Portman National Health Service (NHS) Foundation Trust, a Londra, sostenendo che i medici avrebbero dovuto indagare di più sulla sua decisione di transizione di genere prima di iniziare il trattamento medico.

In breve, la Corte Suprema britannica ha stabilito che i giovani sotto i 16 anni con disforia di genere - persone il cui sesso alla nascita è contrario al genere con cui si identificano - non possano dare un pieno consenso informato al trattamento con bloccanti della pubertà, farmaci che in Italia sono stati autorizzati solo nel 2019.

Sì, anche in Italia è possibile iniziare il trattamento in età pre-puberale, cioè in età inferiore ai 16 anni, prima della comparsa dei caratteri sessuali secondari quali i peli, lo sviluppo della dimensione dei genitali nei maschi o del seno nelle donne, così da evitare di crescere secondo il sesso cromosomico o biologico.

Questa sentenza di 36 pagine ribalta il modello di trattamento medico degli adolescenti con disforia di genere nel Regno Unito; la decisione è attualmente oggetto di appello.

In merito a bambini e adolescenti, la World Professional Association for Transgender Health Standards of Care definisce non etici gli interventi "finalizzati ad adeguare l'identità e l'espressione di genere per diventare più congruenti al sesso assegnato alla nascita". Le motivazioni che giustificano questa presa di posizione sono riportate anche nell'adattamento italiano delle Linee-guida per la pratica psicologica. Le stesse linee-guida affermano che: "Molto meno controverso è il campo della pratica con gli adolescenti che presentano problematiche inerenti all'identità di genere". E ciò si applica al caso di Keira Bell.

Nei bambini il trattamento consiste nella somministrazione di bloccanti della pubertà, farmaci in grado di ritardare l'inizio del passaggio dall'infanzia all'adolescenza, considerati innocui o quasi, per un massimo di tre anni. Tuttavia, alcuni studi hanno dimostrato l'insorgere di possibili effetti negativi: riduzione della densità minerale ossea e rischi per una crescita armonica. Quasi il 100% dei bambini che hanno assunto queste sostanze ha proseguito assumendo ormoni sessuali del genere opposto a quello assegnato alla nascita, contraddicendo le affermazioni secondo cui i bloccanti della pubertà funzionino come una "pausa" per dare ai bambini più tempo per considerare le diverse opzioni; i risultati suggeriscono piuttosto che i bambini entrino effettivamente in un percorso a senso unico verso la transizione medicalmente assistita. La disforia di genere presente durante l'infanzia non continua necessariamente fino al raggiungimento dell'età adulta. Negli studi di follow-up sui bambini di età pre-puberale (principalmente maschi) che erano stati indirizzati a cliniche per la valutazione della disforia di genere, la disforia era continuata fino all'età adulta solo per il 6-23% di essi. Si comprende che usare i bloccanti della pubertà risulta quasi sempre in un obbligo nell'intraprendere i passi successivi verso la transizione.

A questa "pausa" segue l'assunzione di ormoni sessuali che vengono definiti "parzialmente reversibili". Questi comprendono la terapia ormonale per mascolinizzare o fem-



minilizzare il corpo. Alcuni cambiamenti indotti dagli ormoni potrebbero necessitare di chirurgia ricostruttiva per invertirne l'effetto (per esempio, ginecomastia causata da estrogeni), mentre altri cambiamenti non sono reversibili (ad esempio, l'abbassamento della voce causata dal testosterone), secondo le linee-guida WPATH. Questo è appunto il problema in cui si è ritrovata Keira Bell: le avevano assicurato che tutto fosse potenzialmente reversibile, tuttavia l'assunzione di ormoni sessuali si associa a diversi cambiamenti irreversibili, tra cui l'approfondimento della voce, i peli del viso, la crescita del clitoride nelle ragazze che assumono testosterone e la possibile infertilità e disfunzione sessuale (sia nelle ragazze che nei ragazzi). Gli effetti avversi a lungo termine includono osteoporosi, eventi tromboembolici, malattie cardiovascolari e tumori maligni.

Passo successivo è spesso la chirurgia: per le donne l'asportazione delle mammelle e per gli uomini l'impianto di protesi mammarie, sino alla vera e propria ricostruzione dei genitali, in maniera conforme al sesso percepito. In alcuni paesi queste operazioni sono eseguibili solo dopo i 18 anni, in altri è possibile prima. L'Italia è tra questi.

È possibile ad esempio in una adolescente, che vuole fare il passaggio da femmina a maschio (FtoM) il prelievo degli ovuli prima di intraprendere l'assunzione degli ormoni mascolinizzanti che comporteranno cambiamenti irreversibili sulle capacità di procreazione. "Ero una ragazza infelice che aveva bisogno di aiuto. Invece, sono stata trattata come un esperimento" dice Bell, raccontando la sua storia su «Persuasion». "Man mano che crescevo, ho riconosciuto che la disforia di genere era un sintomo del mio malessere generale, non la sua causa. Cinque

anni dopo aver iniziato la mia transizione per diventare maschio, ho iniziato il processo di detransizione. Le conseguenze di quello che mi è successo sono state profonde: possibile infertilità, perdita del seno e incapacità di allattare, genitali atrofizzati, voce cambiata in modo permanente, peli sul viso".

Fino a qualche anno fa si incontravano principalmente maschi adulti che volevano cambiare sesso oppure la classica disforia di genere a esordio infantile in cui i bambini piccoli (principalmente maschi) riferivano di sentirsi intrappolati nel corpo sbagliato. Attualmente la stragrande maggioranza dei giovani che si manifestano disforia di genere sono adolescenti che improvvisamente esprimono repulsione per il loro sesso dalla nascita e il 70% di loro sono nati femmine. "Molti di loro hanno comorbidità come ansia, disturbo da deficit di attenzione e iperattività, tratti dello spettro autistico e depressione".

Questa nuova definizione dei sintomi - che è stata definita disforia di genere tardiva, adolescenziale o a esordio rapido - è ora osservata in tutti i centri specialistici nel mondo occidentale e c'è stato un enorme aumento del numero di casi. Un recente sondaggio statunitense ha rilevato un aumento del 4000% dal 2006 e si sono verificati aumenti simili in Finlandia, Norvegia, Paesi Bassi, Canada e Australia. In Italia non esistono studi sistematici, ma la percezione di chi lavora in questo ambito è la stessa.

Non c'è una spiegazione scientifica per tutto ciò ma è evidente nella pratica clinica di chi si occupa di adolescenti che la cosiddetta disforia di genere è un problema soprattutto delle ragazze all'inizio della pubertà.

Qualcuno afferma che siamo di fronte a



una vera e propria "epidemia di trans", come afferma Miller: "il trans è spesso descritto come un eroe dell'uomo - e della donna - che avrebbe sconfitto l'antico patriarcato e i suoi odiosi stereotipi al fine di aprire all'umanità la via radiosa dell'autonomia di genere". Il non-trans invece appare come un trans vergognoso, inibito o nevrotico che nega per cordardia, stupidità e transfobia, il divenire trans che sarebbe la vocazione di ogni essere umano. Cavalcando l'euforia demografica generata dalla crescita esponenziale del numero di trans di cui abbiamo visto prima la possibile realtà effettiva, i dirigenti del movimento di emancipazione trans sono inclini a preferire ora degli enunciati che a volte assumono la forma di quello che potremmo chiamare il suprematismo trans. Si può parlare propriamente di contagio sociale, per cui ad esempio in alcune scuole vi sono gruppi di ragazzi adolescenti che affermano di essere transgender ma mancano d'indagare le cause profonde della difficoltà relativa alla propria identificazione di genere. Non esistono studi sull'inversione delle operazioni di cambiamento di sesso, ovvero in merito ai cosiddetti detransitioners: si tratta soprattutto di ventenni che hanno deciso di cambiare sesso durante il periodo dell'adolescenza e tale tendenza è decisamente in aumento negli ultimi tempi.

Come afferma Abigail Shrier in un suo libro: "molte ragazze adolescenti che si identificano come transgender in realtà non vogliono diventare uomini. Vogliono semplicemente fuggire dalla femminilità come da una casa in fiamme, le loro menti sono fissate sulla fuga, non su una destinazione particolare. Si sentono alienate dai loro corpi e dai cambiamenti dovuti alla pubertà: acne, mestruazioni, sviluppo del seno e attenzione scomoda da parte degli uomini". Diventa fondamentale l'apporto di esperti per prendere in esame la richiesta di cambiamento di sesso le linee guida affermano che sia necessario l'apporto di un team multidisciplinare per la valutazione, poiché talvolta la disforia di genere rappresenta una soluzione a un problema diverso. La valutazione trova il suo ruolo fondamentale nella consulenza psicologica, non affidata solo ad una pura valutazione medica.

Attualmente si parla sempre più di genderfluid. Nei media la fluidità fa parte ormai della moda della musica della cultura. Gli interventi medici invece diventano pericolosi poiché fissano la scelta in maniera irreversibile.

Si scrive che gli adolescenti transgender hanno un maggiore tasso di suicidi, di depressione, di comportamenti autolesionistici rispetto agli adolescenti cisgender. Altri dati suggeriscono che il cambiamento di sesso non incide in maniera significativa su questi tassi. D'altra parte, la decisione di cambiare sesso viene vista come una possibile soluzione al male di vivere, ma tale soluzione si rivela insufficiente.

La scelta viene fatta, attualmente, grazie all'acquisizione del consenso informato da parte dell'adolescente e dei genitori o di chi esercita la patria potestà. Tuttavia, la maturità cognitiva non si raggiunge fino all'età di 25 anni secondo alcuni autori. Si aprono enormi problemi etici, soprattutto quando ci si ritrova nella propria pratica clinica davanti a bambini adolescenti che fanno richieste in questo senso. La disforia di genere è solo una parte di un problema complesso che non va trascurato in tutti i suoi aspetti. Se il 2021 è stato definito l'anno trans, come afferma Jacques Alain Miller è necessario essere "docile al trans"?

*Psicoanalista