

Salute & Benessere



Il futuro della cosmesi

Mariolina De Angelis*



Tutto cambia, tutto esiste proprio perché cambia. È così anche per il nostro destino biologico. Il nostro corredo genetico, infatti, è responsabile dei processi biochimici che avvengono nel nostro organismo ed è influenzato dall'ambiente che ci circonda. Ed è pro-

prio a causa dell'interazione tra i geni e l'ambiente esterno che in ognuno di noi si creano delle interazioni biologiche. Si tratta di fenomeni esclusivi, definiti epimutazioni. Sono dei legami covalenti che si instaurano tra i filamenti di cromatina del DNA e alcune proteine, le quali possono favorire un'espressione o silenziare uno o più geni. È proprio l'insieme di queste epimutazioni a costituire l'epigenoma che è alla base di molti processi di dif-

ferenziazione cellulare ed è implicato nei fenomeni di senescenza ed invecchiamento cutaneo. L'ambiente quindi influenza il nostro patrimonio genetico tenendo conto che queste epimutazioni sono evitabili. Si comprende perciò l'elevato interesse dell'epigenetica nella dermocosmesi. Gli studi scientifici finora condotti e quelli ancora in essere hanno studiato il rapporto esistente tra il tempo e l'epigenetica. Sono state soprattutto evidenziate le

correlazioni tra fattori ambientali e invecchiamento cutaneo. Sono state messe in evidenza come causa o concausa dell'invecchiamento la vita frenetica, l'inquinamento, il fumo, l'esposizione ai raggi Uv e le cattive abitudini alimentari. Come è possibile, allora, arginare il fenomeno? Ci sono degli attivi capaci di promuovere il ringiovanimento e il rinnovamento cutaneo. Esso avviene attraverso diversi meccanismi, capaci di riattivare i

geni silenti, la cui espressione concorrerebbe a ridonare alla pelle un aspetto giovanile. Trattandosi di una nuova disciplina, è necessario ancora del tempo per fugare dubbi ed interrogativi. Successivamente potremmo avere dei prodotti cosmetici formulati con tecniche epigenetiche. È chiaro, che il nostro Modus vivendi ha un ruolo importante e determinante in questo complesso sistema

*Farmacista



► ► **PREVENZIONE.** Non sempre sono patologie legate a questa zona anatomica

La pubalgia del calciatore

Il termine Groin Pain Syndrome identifica una serie di sintomi e difficoltà di movimento riferiti al pube

Mario e Alessandro Ciarimboli*
Mirko Russo**

Il termine *Groin Pain Syndrome* identifica un insieme di sintomi, in particolare dolore e difficoltà al movimento, riferiti al pube ma non sempre dovuti a patologie che originano da questa regione anatomica. Il termine *groin pain*, accademicamente corretto, viene spesso sostituito con *pubalgia* o *athletic pubalgia*, o *osteite pubica*, tutti esprimenti la stessa sintomatologia. I sintomi più comuni della Groin Pain Syndrome o *pubalgia* sono il dolore muscolo tendineo all'inguine, dolore all'interno della coscia, dolore all'altezza della sinfisi pubica e alla parte bassa dell'addome. Naturalmente al dolore si associa la difficoltà nella corsa, nel cammino e nel gesto del calciare o nel salto. Questo tipo di dolore può essere secondario a problematiche muscolo scheletriche (tendiniti per ripetuti microtraumi a carico dei muscoli dell'interno coscia ed addominali, squilibrio di attività dei muscoli adduttori con squilibrio del bacino e della sinfisi pubica, infiammazione della guaina del retto dell'addome come si verifica nel calciatore per la tensione che il gesto del calciare determina nella porzione bassa dei muscoli addominali). La stessa sintomatologia può però essere causata da affezioni di tipo neurologico, gastrointestinale, urogenitale e ginecologico. Spesso si possono verificare più patologie intrecciate tra loro. Quando si verifica una *pubalgia* va ben definita la diagnosi con valutazioni cliniche ad ampio spettro che definiscano correttamente l'ambito di trattamento non sempre di esclusivo carattere medico sportivo. Negli sportivi gli infortuni che coinvolgono l'inguine costituiscono una percentuale compresa tra il 2% e l'8%, con punte del 13% nei calciatori. Oltre il 50% dei calciatori ha una storia di *pubalgia*. Il dato sale se si considera il calcio maschile professionistico dove il 14% - 17% di tutti i giocatori incorre in una lesione all'inguine in ogni stagione. In particolare, durante la stagione agonistica con numerose partite ravvicinate, il 60% circa degli uomini riferisce almeno un episodio di dolore all'inguine. La GPS o *pubalgia* può avere un andamento acuto o cronico quando la mancata cura della fase acuta determina un protrarsi della sintomatologia ed una sua cronicizzazione con successive gravi difficoltà terapeutiche. Essa si manifesta prevalentemente in quegli sports in cui sono previsti salti, rapide accelerazioni e cambi di direzione e, soprattutto, calci al pallone. Ovviamente gli eventi acuti sono facilmente riconducibili ad una problematica muscolo-scheletrica grazie alla storia dell'insorgenza del dolore (per stiramento muscolare, spesso in seguito ad improvviso cambio di direzione o calcio "a freddo", o contrazione muscolare forzata e prolungata durante l'attività) ed all'assenza di altri segni quali ad esempio il dolore alla palpazione a livello del canale inguinale e a livello dell'addome. Se vi è lesione muscola-



re si possono riscontrare, a conferma, ecchimosi, gonfiore muscolare, dolore alla palpazione del muscolo con eventuale sensazione al tatto di zone di interruzione del muscolo. Decisamente più complessa è la *pubalgia* cronica, presente da mesi o anni; in questo caso è necessaria una valutazione polispecialistica. Infatti, i sintomi di diverse patologie sono simili tra loro per presenza di molte strutture raggruppate in una piccola area con possibilità che siano presenti più cause, spesso tra loro correlate. Oltre il 50% dei pazienti con dolore cronico all'inguine presenta più di una patologia (urologica, ginecologica, neurologica ecc.). È pertanto indispensabile che si effettui una rapida diagnosi in caso di un dolore inguinale acuto con cure attente e puntuali per evitare che un prolungamento dei sintomi causi cronicizzazione della malattia stessa. In caso di riscontro di GPS o *pubalgia* cronica è indispensabile una valutazione clinica e strumentale a 360° per identificare la eventuale concomitanza di patologie di altri organi presenti nella regione e non limitarsi alla esclusiva valutazione di tendini e muscoli. Ricerche scientifiche hanno evidenziato che vi è una stretta correlazione tra il deterioramento osteo-articolare conseguente a eccessivi carichi di lavoro atletico scorretti e prolungati, effettuati in fase adolescenziale, con ostacolo alla corretta crescita muscolo scheletrica e alla salda formazione delle strutture. Sappiamo bene che gli atleti professionisti hanno iniziato le proprie attività sportive in età adolescenziale e che non sempre queste sono condotte nei giusti limiti di intensità propri dell'età della crescita. Se a ciò aggiungiamo che l'atleta professionista è sottoposto a carichi di allenamento sempre maggiori e ad un eccesso di impegni agonistici si com-

prende bene quanto siano elevati la possibilità di infortuni. In maniera del tutto particolare il rischio di infortuni all'inguine è altissimo in sport come il calcio, il rugby e l'hockey, perché queste attività prevedono movimenti come calciare il pallone ed effettuare rapidi cambi di direzione con conseguente stress a livello della zona dell'inguine. Il calcio, in particolare, è lo sport che maggiormente causa infortuni nelle zone dell'anca e dell'inguine. Ma quali sono i principali fattori di rischio?

- Precedente infortunio all'inguine, con successiva riabilitazione inadeguata.

- Alto livello di gioco, con allenamenti intensi e frequenti partite.

- Scarso allenamento sport-specifico, soprattutto nella preparazione che precede la stagione agonistica; per ridurre l'incidenza di questo fattore occorre lavorare sullo squilibrio muscolare identificandolo con valutazioni specifiche (elettromiografia di superficie) e favorire il corretto reclutamento muscolare.

- Ridotta forza dei muscoli adduttori dell'anca.

- Ruolo del giocatore: sono a rischio i ruoli in cui si calcia più frequentemente il pallone e si eseguono rapidi cambi di direzione.

L'infortunio all'inguine si verifica per un trauma diretto o per una intensa e rapida contrazione muscolare o per microtraumi che si ripetono spesso e si cumulano. Tra i microtraumi cumulativi più frequenti sono da considerare i movimenti laterali ed i cambi di direzione in cui si intrecciano movimenti di estensione dell'anca, rotazione esterna ed abduzione. L'evento acuto è al contrario determinato da una rapida attivazione muscolare seguita da rapido allungamento dello stesso muscolo come si verifi-

ca nel calciare o nel salto quando si passa molto rapidamente da una posizione di anca estesa ed abdotta ad una flessione ed adduzione con rotazione esterna. Questo è il meccanismo che causa la lesione acuta degli adduttori. "L'iperestensione della coscia rende il pube un pivot in cui agiscono contemporaneamente gli adduttori in senso caudale e il retto dell'addome in senso craniale, esercitando sul pube forze contrapposte" (Meyers - 2000). L'atto del calciare la palla è comunque un gesto molto variabile dal punto di vista tecnico e biomeccanico, perché coinvolge piede, caviglia e un'articolazione molto mobile come l'anca con necessità di una corretta stabilizzazione del bacino e del tronco. La pratica intensa di questo gioco richiede una potente attività dei muscoli che stabilizzano il bacino cioè appunto gli adduttori, con conseguente e frequente insorgenza di tendinopatie degli stessi adduttori (GPS o cosiddetta *pubalgia* degli atleti). Ma non solo: infatti la complessità del gesto che coinvolge altre articolazioni ed altre catene muscolari causa frequentemente altre affezioni come tendinopatie del rotuleo, del quadricipite, e lesioni muscolari di quadricipite, ileopsoas e tibiale anteriore. Ne consegue, se ne comprende facilmente il motivo, che il calciatore per eseguire un buon gesto tecnico deve avere sviluppato e coordinato l'apparato muscolare degli arti inferiori, del bacino e del tronco. I muscoli vanno rafforzati ed ipertrofizzati ma anche equilibrati tra loro con adeguata distribuzione dei programmi di allenamento. Scopo di questa attività è favorire la stabilità corporea prima che inizi il carico del gesto sportivo specifico ed agonistico. Qualunque attività di allenamento pre-

agonistico va pertanto preceduta da questo lavoro di "stabilizzazione" muscolare e corporea con esercizi che coinvolgano più gruppi muscolari (ginnastica posturale "globale") e favoriscano allungamento muscolare. Non necessitano di specifica attrezzatura ma richiedono grande concentrazione nella esecuzione e rispetto di alcune regole: eseguire l'esercizio lentamente e con precisione, evitare lo slancio, mantenere la posizione per 5-20 secondi, terminare ai primi segni di affaticamento. La durata complessiva della seduta non deve durare più di 20-25 minuti. Tutto ciò è avvalorato da numerosissimi studi scientifici con proposte di protocolli di preparazione atletica che costituiscono l'unica valida attività preventiva per la GPS. Per quanto riguarda la cura dell'evento acuto sicuramente abbiamo prove che il dolore all'inguine collegato agli adduttori, il più comune tra gli sportivi, benefici di una riabilitazione attiva che si traduce, infatti, in una maggiore percentuale di atleti che ritorna a giocare, rispetto agli atleti che svolgono esclusivamente trattamenti passivi. Dal 50% al 75% circa degli atleti con dolore all'inguine legato agli adduttori torna ai livelli di attività precedenti l'infortunio, senza avere più dolore, utilizzando un approccio basato sull'esercizio terapeutico (Holmich et al., 1999; Weir et al., 2011). È indicato abbinare riabilitazione attiva a trattamenti passivi. Infatti, questi ultimi, in aggiunta all'esercizio terapeutico, come la terapia manuale o la terapia con le onde d'urto, sembrano accelerare il ritorno all'attività agonistica. (Schoberl et al., 2017; Weir et al., 2011).

**Fisiatri

**Laureando in Fisioterapia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

► **SOCIETÀ'.** Molte patologie sono strettamente collegate alla posizione che assumiamo

Postura e malattie disfunzionali

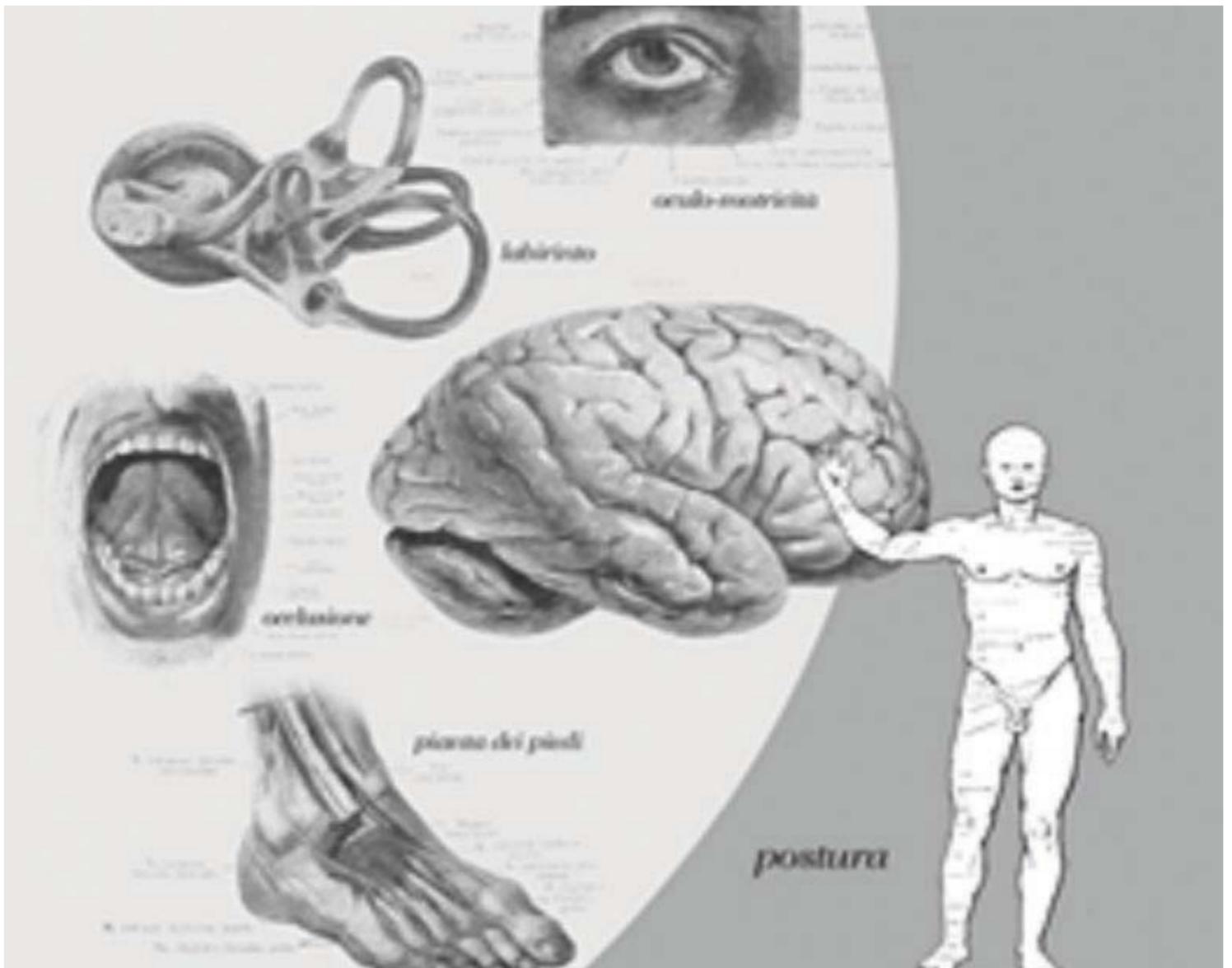
La presenza di un dorso curvo non garantisce una corretta espansione polmonare e può determinare dispnea

Maria Antonietta Fusco*



Comincia oggi la mia collaborazione con la testata giornalistica Il Quotidiano del Sud, nello specifico con l'insero

Salute & Benessere. Ringrazio il Direttore e la Redazione tutta di questo coinvolgimento, e penso che sia importante che mi possa presentare ai lettori. Sono un Cardiologo che ha svolto le sua attività sempre in Ospedale, prima in Friuli Venezia Giulia e poi presso il Moscato di Avellino per oltre venti anni. Improvvisamente, all'età di 45 anni, sono stata travolta dall'interesse per le patologie disfunzionali dell'organismo ed in particolare dell'apparato locomotore. Venticinque anni fa la parola "postura" era un'illustre sconosciuta e l'analisi posturale era tutta da inventare. Negli anni questi termini sono diventati sempre più presenti, ed anche riviste di divulgazione o trasmissioni televisive di intrattenimento si dedicano volentieri a questo argomento. La Postura è una delle funzioni involontarie ed automatiche del nostro organismo. Rappresenta l'atteggiamento, la posizione che l'uomo assume rispetto a sé stesso ed all'ambiente che lo circonda. E' la posizione che deve garantire un buon equilibrio nello svolgimento di tutte le funzioni statiche e dinamiche dell'organismo. E' l'atteggiamento corporeo caratteristico di ciascuna specie animale, mantenuto grazie al persistente lavoro di gruppi muscolari e strutture complesse fondamentali, la cui unica funzione è quella di opporsi alla forza di gravità. La postura presenta caratteristiche comuni nei vari animali e caratteristiche proprie nelle varie specie. Nell'uomo, in particolare, la postura è completamente diversa da quella di qualsiasi altra specie del mondo animale e spesso assume anche la valenza di comunicazione ed interazione tra uomo ed ambiente e tra individuo ed individuo. L'uomo in genere si concentra talmente tanto sulle parole, da dimenticare che anche i suoi movimenti, le sue espressioni e le sue posture parlano un proprio linguaggio. Nell'animale uomo la postura è la principale forma di comunicazione non verbale, viene infatti chiamato "LINGUAGGIO DEL CORPO". E' un linguaggio spontaneo ed automatico che si sottrae al controllo della volontà e della razionalità. L'atteggiamento che il corpo assume nello spazio, è sicuramente quello desiderato, in piedi o seduto o sdraiato, ma è anche quello possibile in relazione alla forza di gravità ed all'intima forma e struttura dei suoi tessuti, specie quelli capaci di sviluppare una



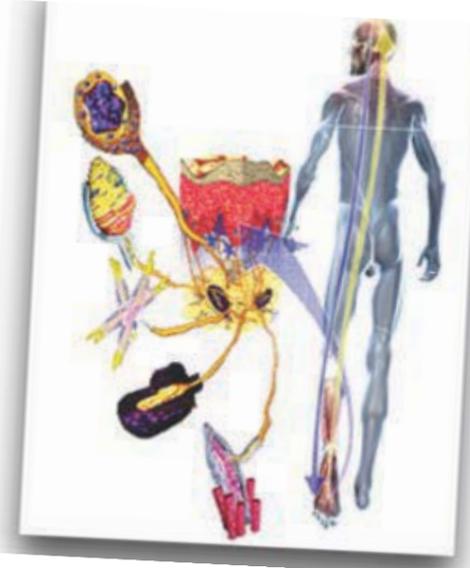
forza tonico-elastica. Sono essenzialmente i riflessi vestibolo-spinali e cervico-spinali, attraverso la percezione della direzione della forza di gravità e della posizione del capo rispetto al tronco, a controllare la nostra ortostasi. A questo già complesso sistema che coinvolge il vestibolo dell'orecchio, organo dell'equilibrio, la vista e l'oculomotricità, la posizione della lingua e dell'osso ioide, si aggiungono i riflessi estero-proprio-

ativi provenienti dalla pianta dei piedi, che attivano la muscolatura estensoria antigrafitaria della colonna e degli arti inferiori, per determinare la nostra postura. A questi sensori che ci connettono con l'ambiente esterno, si aggiungono informazioni provenienti da sensori interni che informano sulle posizioni spaziali relative ai vari segmenti corporei, gli uni in rapporto con gli altri. La postura quindi è una

funzione estremamente complessa dovuta alla interazione polisensoriale di strutture anche molto differenti tra loro, che interagiscono per ottenere un risultato che coinvolge tutto l'organismo. L'analisi della postura, quindi, potrebbe essere la chiave di lettura di diverse problematiche disfunzionali dell'organismo. Ad esempio, la presenza di un dorso curvo con spalle ruotate in avanti, non garantisce una corretta espansione pol-

monare per sforzi lievi. Si determina così una funzione alterata o turbata del polmone, senza alcun difetto del polmone stesso, solo per scarso volume ed elasticità della gabbia toracica che lo accoglie. Molte patologie disfunzionali di organi ed apparati sono legate alla cattiva postura. Ma quali sono le malattie disfunzionali? Sono uno stato di malessere continuo, costante, ingravescente, a volte anche invalidante, che si manifesta in assenza di lesioni o alterazioni anatomico-istologiche delle strutture sede dei sintomi. Sono la sofferenza senza la malattia. Sono la sofferenza che, se non rimossa, provocherà prima o poi la malattia. Sono situazioni talmente subdole che, il più delle volte, anche gli esami di laboratorio o di radiodiagnostica sono negativi, cioè non presentano alterazioni. In questi casi partire da un esame clinico completo dell'intero organismo, applicare i dettami della vecchia e cara semeiotica medica, osservare ed analizzare l'architettura tridimensionale del corpo, ci offre spesso la via di interpretazione giusta di tali sintomi.

*Spec. in Cardiologia e Flebologia-
Docente di Posturologia Plantare



**PREVENZIONE.** Nei casi più gravi l'escursione ventilatoria è limitata

Scoliosi e deficit della funzione respiratoria

Biagio Campana*



L'integrità anatomica e funzionale della gabbia toracica è necessaria per il corretto funzionamento dei polmoni. Qualsiasi alterazione della forma, delle dimensioni o del movimento della gabbia toracica implica difetti della ventilazione. Deformità della colonna vertebrale (dismorfismi) ed esiti di vecchi interventi di asportazione di parte dei polmoni (toracoplastica) ne sono l'esempio più lampante. La scoliosi è il dismorfismo più frequente e diffuso. Riguarda in 7 casi su 10 il sesso femminile e colpisce circa il 3% della popolazione, anche se è grave in meno dello 0,5 per mille. È una deviazione laterale di tratti della colonna vertebrale sul piano frontale con rotazione dei corpi vertebrali. E' definita nell'80-85% dei casi idiopatica, parola che indica che per ora non ne conosciamo le cause: negli altri casi è secondaria a malattie neurologiche, congenite, metaboliche, etc. Di solito, compare in età giovanile e varia da modeste curvature che possono tendere alla guarigione spontanea nella fase della crescita ad altre molto importanti che possono richiedere interventi correttivi. Se la deformità s'instaura e peggiora lentamente (nel corso di anni), la meccanica polmonare si adatta e compensa, tanto che nelle forme a lento decorso si può mantenere per anni una funzione respiratoria globalmente buona. Nelle scoliosi gravi, il polmone dal lato della concavità è di volume ridotto, e dal lato opposto (a causa della rotazione delle coste e delle vertebre) l'escursione ventilatoria è limitata. Si evidenziano quindi deficit della funzione respiratoria di tipo restrittivo.

Diversi studi hanno analizzato le alterazioni della meccanica respiratoria nella scoliosi idiopatica. Uno studio realizzato nel 2019 ("Analisi di correlazione tra il test di funzionalità polmonare e i parametri radiologici della curva toracica destra principale nella scoliosi idiopatica dell'adolescente", Wang Y, et al. J Orthop. Surg. Res. 2019) ha eseguito un'analisi, un confronto tra i test di funzionalità polmonare e i parametri radiologici della curva scoliotica e la gabbia toracica nell'adolescente, dimostrando come una grave scoliosi porti a un aumento della deformità toracica con rischio associato di danno polmonare. Uno studio meno recente ("Imaging a risonanza magnetica dinamica nella valutazione dei volumi polmonari, della parete toracica e dei movimenti del diaframma nella scoliosi idiopatica dell'adolescente rispetto ai normali controlli", Chu WC et al. Spine 2006.) ha valutato i cambiamenti nel volume polmonare, nella parete toracica e nei movimenti diaframmatici nei pazienti con

scoliosi idiopatica confrontati con i normali controlli, utilizzando la tecnica BH-MR ultraveloce (imaging a trattenimento del respiro dinamico-risonanza magnetica). I risultati ottenuti hanno evidenziato come il volume polmonare inspiratorio, espiratorio e le altezze diaframmatiche sono significativamente ridotti nel gruppo con scoliosi grave con deficit di tipo restrittivo. Le prove di funzionalità respiratoria giocano un ruolo fondamentale nella diagnosi del deficit ventilatorio. Da un punto di vista dei sintomi, una dispnea da sforzo che diviene progressivamente più importante è il sintomo predominante in molti pazienti.

A questa può associarsi una tosse secca e persistente (raramente una tosse produttiva). Col passare del tempo si può assiste-



re a quadri franchi di insufficienza respiratoria cronica che richiedono anche la ventilazione meccanica non invasiva e nelle forme gravissime con necessità di più di 18 ore di utilizzo del ventilatore polmonare anche quella invasiva. Il corsetto può in qualche modo inficiare la capacità respiratoria? Dalla dis-

amina della letteratura scientifica, il corsetto può generare la compressione dell'addome, la riduzione della mobilità del diaframma con conseguente sensazione di difficoltà respiratoria, ma questo può succedere solitamente la prima volta che lo si indossa, risultando pertanto un effetto solo temporaneo; i ragaz-

zi si abituanano facilmente alla nuova situazione e compensano l'effetto di mancanza d'aria, vicariando la funzione diaframmatica con altri muscoli, cosicché la sensazione di difficoltà scompare dopo alcuni giorni.

Specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio

Laura Melzini*



Rafforzare le difese immunitarie del nostro organismo è un'azione che dobbiamo compiere con costanza, tutti i giorni, prestando attenzione al nostro stile di vita che deve prevedere, prima di tutto, il rispetto di una sana alimentazione.

Condizioni di stress, febbre e anche un semplice raffreddore possono portare ad un deficit delle nostre difese immunitarie, quindi è opportuno in questo periodo cercare di trovarsi nel miglior stato di salute possibile. Come entra un virus nel nostro organismo? La prima barriera è l'epidermide, poi la mucosa del tratto respiratorio e gastro intestinale. Per tenere in equilibrio questa mucosa è fondamentale mantenere nel giusto equilibrio i batteri che la colonizzano: il microbiota, cioè l'insieme dei microrganismi che popolano il nostro intestino, ha un enorme ruolo nell'educazione e nel controllo dell'efficacia del sistema immunitario, ragion per cui viene definito anche "organo invisibile immunocompetente". Le ricerche sono concordi nell'affermare che un microbiota danneggiato non protegge dalle infezioni. Infatti, la salute del sistema immune inizia con la salute del microbiota; risulta quindi essenziale un consumo di alimenti eubiotici (fibre prebiotiche, enzimi, olio vegetali) riducendo il consumo di prodotti raffinati. Un microbiota intestinale in salute produce sostanze antivirali e che, invece, se la flora batterica intestinale è alterata (ad esempio per l'assunzione di antibiotici o per un'alimentazione equilibrata) non riesce più a proteggerci dagli attacchi esterni.

Dunque, mai come in questi giorni è importante "nutrire" il microbiota mantenendo un giusto apporto di macro e micro nu-

Alimentazione e difese immunitarie



trienti, fibre e acqua.

Per migliorare il microbiota intestinale e di conseguenza il suo equilibrio dobbiamo eliminare gli abusi di cibi che "infiammano" l'organismo, come l'eccesso di carboidrati e zuccheri semplici in grado di creare la cosiddetta "disbiosi" intestinale. Quindi, se mangiamo sano, con poco sale, con fonti proteiche selezionate (pesce, legumi) con buon apporto di acidi grassi insaturi e polinsaturi come quelli della frutta secca, del pesce e dell'olio d'oliva oltre che con abbondante uso di vegetali ricchi di oligoelementi e soprattutto fibre, ottimizziamo composizione e funzione del nostro microbiota intestinale e di conseguenza la sua capacità di incrementare l'efficacia difensiva

del sistema immunitario nei confronti di tutti gli agenti patogeni esterni.

Tra i micronutrienti importanti che implementano il funzionamento del sistema immunitario ci sono la vitamina C e la D, e i sali minerali come zinco, magnesio e selenio che possono aiutare il sistema immunitario a farsi trovare più preparato. Da un recente studio si è visto che la vitamina D viene attivata localmente nei tessuti polmonari, il che suggerisce che un elevato apporto di vitamina D può avere un effetto preventivo contro le polmoniti.

Il Selenio è presente nei cereali, in particolare cereali integrali e riso integrale. Nelle fonti non vegetali si trova nelle ostriche e nei molluschi, nel pesce in

genere, nella carne e nelle uova.

Lo Zinco si trova, invece, nel pesce e nella carne, nei legumi, nella frutta secca e nei semi di zucca. Alte percentuali le troviamo nel lievito, nel latte, nelle noci e nel tuorlo d'uovo.

Il Magnesio è un minerale presente in vari alimenti, soprattutto di origine vegetale come verdure a foglia verde, come bietole, carciofi e spinaci, frutta secca e legumi come fagioli e lenticchie.

Uno stile di vita corretto e un'alimentazione sana rinforza il sistema immunitario. La dieta mediterranea è sicuramente il modo più praticabile e piacevole per farlo.

***Specialista in scienza dell'alimentazione**

► **PREVENZIONE.** La tecnica di Rives prevede l'inserimento di una protesi sintetica nello spazio retromuscolare

Chirurgia addominale e laparocoele

Claudio Di Nardo*

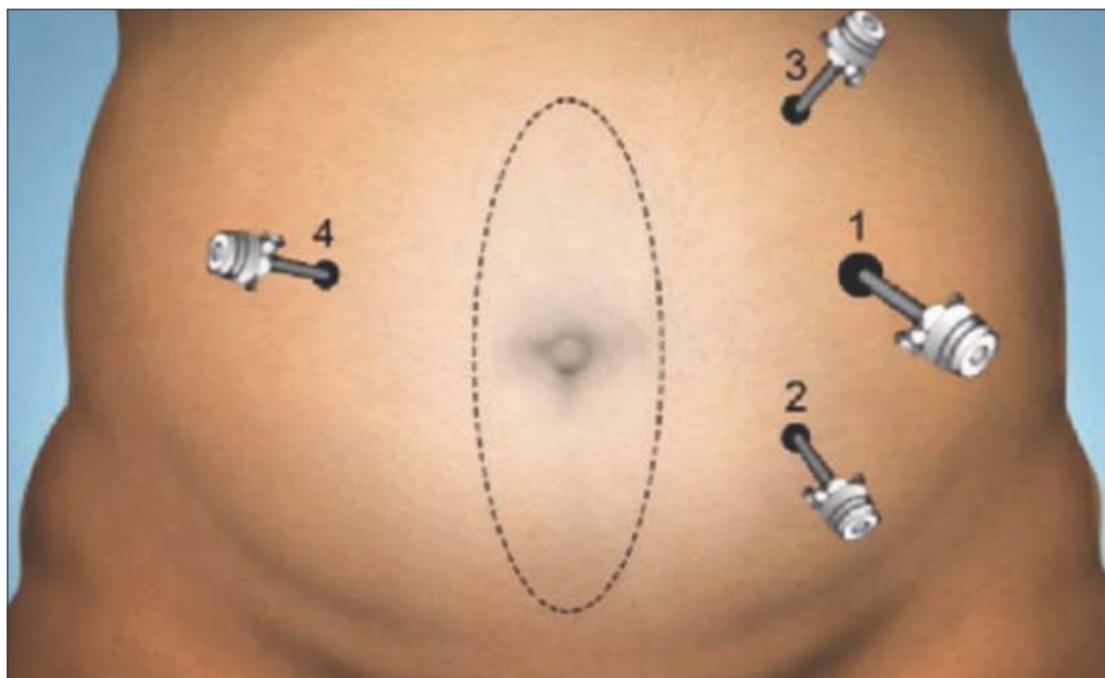
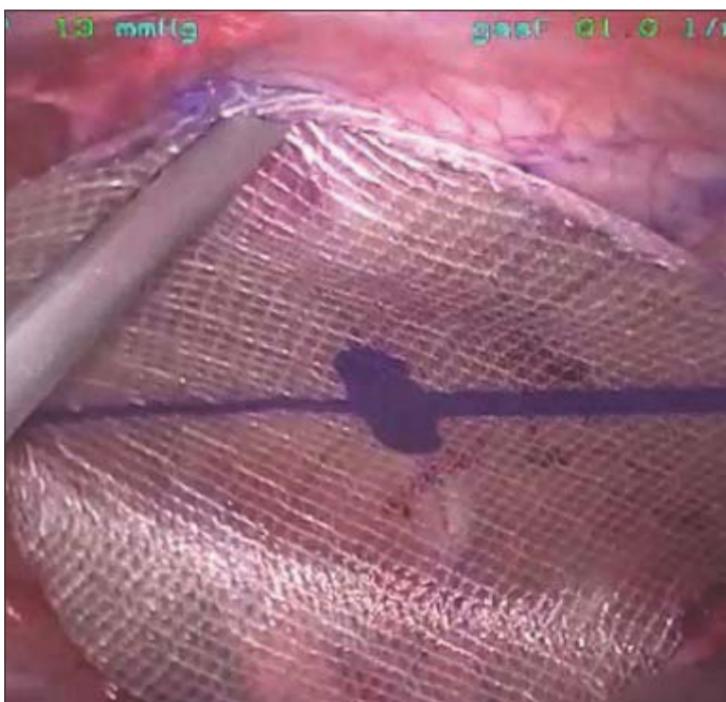


Una delle complicanze a medio-lungo termine della chirurgia addominale è il laparocoele. Questo è un'ernia della

parete addominale che è conseguenza del formarsi di un difetto muscolo-fasciale su una cicatrice dopo un intervento di chirurgia addominale. Tale evenienza può interessare con maggiore frequenza la chirurgia tradizionale aperta laparotomica, che prevede un'apertura più o meno ampia dell'addome, tuttavia anche la chirurgia laparoscopica non ne è esente, anche se con minore frequenza, a causa del verificarsi, a livello delle incisioni di 10-12 mm di accesso dei trocar, di un cedimento muscolo fasciale, ovviamente di minori dimensioni.

Comunque in entrambi i casi, ad una certa distanza di tempo dall'intervento, può accadere che la parete muscolo-fasciale dell'addome sede dell'incisione, già indebolita a causa dell'intervento e della sutura, cede a seguito della pressione endoaddominale dovuta a sforzi di vario genere, per cui si forma un difetto muscolo fasciale, cioè un vero e proprio "buco" della parete addominale ricoperto solo dal sottocutaneo e dalla cute. Attraverso tale cedimento si forma quindi un'ernia, detta "ernia incisionale", costituita da un involucreto peritoneale, il "sacco", il cui contenuto è costituito nella maggioranza dei casi dall'intestino.

Il laparocoele, conviene quindi ribadire, è la formazione di un'ernia su una cicatrice chirurgica in seguito a un intervento di chirurgia addominale, con un'incidenza di circa il 10% sulle incisioni chirurgiche addominali. Come si è detto, esso è causato dal verificarsi nel tempo di un cedimento della parete muscolo-fasciale, attraverso il quale fuoriesce il peritoneo, una sottile membrana che riveste all'interno la parete addominale ed i suoi visceri, che va ad aderire direttamente con il sottocute e la cute, portando con sé il suo contenuto viscerale. Si crea così una tumefazione obiettivamente rilevabile sulla sede della cicatrice chirurgica. I fattori favoriti la comparsa del laparocoele sono l'età avanzata, l'obesità, una pregressa infezione della ferita, l'entità e la sede dell'incisione chirurgica, nonché una non perfetta sutura dell'incisione. Come tutte le ernie della parete addominale il laparocoele può essere gravato da complicanze, le più frequenti e pericolose delle quali sono l'intasamento e lo strozzamento, che ri-



chiedono un intervento chirurgico urgente per occlusione intestinale, possibile necrosi di anse intestinali e addirittura peritonite.

Dal punto di vista delle manifestazioni cliniche il laparocoele può essere del tutto asintomatico, limitandosi la sintomatologia alla semplice presenza della tumefazione addominale, facilmente riducibile spontaneamente in addome assumendo la posizione supina. Quando il laparocoele diventa sintomatico, soprattutto ma non necessariamente a seguito di sforzi, affaticamento o prolungata stazione eretta, causa dolore nella sua sede, disturbi di transito intestinale accompagnati da dolori crampiformi dell'addome, nausea o addirittura vomito, difficoltà di riduzione in addome anche in posizione supina. Questa sintomatologia, diventando ingravescente, rappresenta il pre-

ludio alle complicanze descritte e pone indicazione alla risoluzione chirurgica.

È importante adottare delle misure di prevenzione del laparocoele, sia in sede intraoperatoria eseguendo una buona tecnica di chiusura della ferita e di prevenzione di siero-ematomi o di infezioni, sia in sede postoperatoria, osservando da parte del paziente un tempo adeguato di riposo dopo un intervento chirurgico addominale, limitando soprattutto gli sforzi nelle settimane e mesi successivi all'intervento, soprattutto in casi di ferita estesa, rispettando le indicazioni del chirurgo.

La diagnosi di laparocoele è semplice e si basa sul rilievo anamnestico di un intervento chirurgico addominale e sull'esame obiettivo da parte del chirurgo, che evidenzia la tipica tumefazione sulla sede della cicatrice. In sede di programma-



zione dell'intervento di riparazione è buona norma effettuare uno studio TAC dell'addome, che ha il duplice obiettivo di valutare l'entità del difetto erniario e la natura e le condizioni del contenuto dell'ernia, soprattutto nei casi in cui si procede in urgenza. Il trattamento chirurgico del laparocoele può essere eseguito con due procedure, entrambe in anestesia generale. L'intervento tradizionale aperto di RIVES e l'intervento laparoscopico. Entrambi prevedono l'utilizzo di una protesi sintetica, la "rete", a riparazione del difetto erniario. La tecnica di Rives per il trattamento dei laparocoele prevede l'inserimento di una protesi sintetica nello spazio retromuscolare al di sopra della fascia posteriore dei muscoli retti, preventivamente suturata sulla linea mediana, dopo la sua apertura per creare lo spazio per il posizionamento

della protesi. L'intervento inizia con l'asportazione della vecchia cicatrice chirurgica. Viene isolato il sacco erniario, liberato fino alla fascia e ridotto in addome. Si apre la fascia anteriore dei muscoli retti nel limite di congiunzione con la fascia posteriore. Le fasce posteriori vengono suture sulla linea mediana con sutura continua, quindi viene posizionata sulla fascia posteriore dei retti nello spazio retromuscolare la protesi sintetica, che viene fissata con punti trans-fasciali. Si sutura la fascia anteriore e si chiude la ferita ponendo dei drenaggi in aspirazione. La tecnica laparoscopica prevede delle piccole incisioni della parete addominale, di 5 e 10/12 mm, attraverso le quali viene creata una camera gassosa che distende la parete addominale (pneumoperitoneo), vengono introdotti un sistema ottico collegato ad una telecamera, dei trocar e degli strumenti dedicati, per mezzo dei quali viene inserita una protesi sintetica e fissata con delle clips alla parete addominale, sede del difetto, dall'interno dell'addome. Questa protesi ha in effetti la funzione di chiudere il difetto dall'interno come una "toppa". Una critica che viene mossa a tale tecnica si basa sulla considerazione che essa non ripara il difetto muscolo-fasciale della parete addominale, come invece avviene con la tecnica di RIVES, ma si limita a ricoprirlo dall'interno appunto tappandolo con la protesi intraperitoneale. Questa critica è condivisibile perché tale tecnica non risolve totalmente il problema anatomico-chirurgico del laparocoele, motivo per cui oggi viene praticata la tecnica di RIVES nella maggioranza delle Unità di Chirurgia.

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



■ **SOCIETÀ** Ridefinire il rapporto con la medicina ospedaliera

Il Pnrr, sfida e opportunità per il futuro

La priorità è il potenziamento dell'assistenza territoriale

Pino Rosato



Nel dibattito pubblico si sottolinea a più voci la necessità di utilizzare bene e rapidamente le risorse a disposizione per

realizzare gli obiettivi che il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) si propone, ma dobbiamo essere consapevoli che la capacità di spesa è strettamente correlata alla capacità organizzativa e al buon funzionamento delle nostre istituzioni, alla rapidità dei processi decisionali e alla competenza tecnica e manageriale nella loro implementazione.

C'è l'opportunità di riportare al centro il ruolo degli enti locali, dato che negli ultimi decenni si è ridotto il loro margine di azione per effetto della riduzione della spesa pubblica e di una contrazione delle dotazioni organiche e professionali nei servizi pubblici locali.

Bisogna, però, contemporaneamente evitare che restino immutati gli antichi campanilismi e i modelli di amministrazione ormai anacronistici.

Non possiamo correre il rischio di investire risorse pubbliche sul territorio senza una visione di sistema e l'assunzione di impegni concreti, misurabili e rendicontabili. Dobbiamo puntare a un ampio ricambio generazionale e a un diffuso investimento in nuove competenze e tecnologie che aumentino il livello di trasparenza ed efficienza dei processi di programmazione e realizzazione di piani e progetti di sviluppo. Il PNRR costituisce

un'opportunità imperdibile di sviluppo, investimenti e riforme che, credo, consentirà al nostro Paese di riprendere un percorso di crescita economica sostenibile e duratura. Inoltre, attraverso una programmazione mirata e un monitoraggio continuo e puntuale dei dati di ritorno, potremo aspirare ad attuare quella riforma sanitaria che ormai è indispensabile al Paese, sia in termini di sostenibilità che dal punto di vista dell'equità sociale. Il PNRR definisce gli investimenti e le "forme" dei progetti. Queste risorse aggiuntive pongono la sfida del cambiamento che non sarebbe saggio affidare alla varietà delle interpretazioni locali. Non si può, infatti, ignorare che la Sanità dalle 21 facce non ha incontrato, nei mesi della crisi, il consenso dell'opinione pubblica, disorientata da troppe iniziative di gratuita originalità.

È indispensabile un ripensamento complessivo che ridefinisca i modi dell'esercizio della funzione della tutela, i compiti della medicina generale e delle cure primarie, gli asset dei servizi territoriali e le loro correlazioni con gli ospedali: senza una riorganizzazione radicale il Sistema non può reggere.

Siamo tutti fiduciosi che il Paese saprà raccogliere le energie e le competenze necessarie a ottenere i finanziamenti e a utilizzarli nei tempi e nei modi prestabiliti, ma credo che, per quel che riguarda la Sanità, spendere solo bene non sarà sufficiente, perché senza una coerente organizzazione, gli stessi investimenti potrebbero rivelarsi, nel prossimo futuro, insostenibili.

Come è noto, alla Sanità (missione 6 del PNRR) sono destinati 20,2 miliardi (complessivamente sui 3 fondi) e la mission 6 si articola in

due componenti principali:

- il potenziamento dell'assistenza territoriale tramite la creazione di nuove strutture (strutture intermedie e Case della Comunità), rafforzamento dell'assistenza domiciliare e sviluppo della telemedicina;

- la digitalizzazione e il rafforzamento del capitale umano del SSN attraverso il potenziamento della ricerca e della formazione.

Più in particolare, gli investimenti saranno dedicati alla costruzione di case della comunità e alla presa in carico delle persone per 2 miliardi di euro; a garantire che la casa sia il primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina con 4 miliardi di euro; il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia assorbirà 1 miliardo di euro, mentre all'ammodernamento del parco tecnologico digitale ospedaliero sono dedicati 4,5 miliardi di euro. Per garantire ospedali sicuri e sostenibili verranno impiegati 1,64 miliardi di euro, per il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e di gestione dei dati 1,67 miliardi di euro, per il potenziamento della ricerca biomedica del SSN 0,52 miliardi di euro, mentre per lo sviluppo delle competenze del personale del SSN 0,74 miliardi di euro saranno destinati a interventi formativi.

I nodi cruciali di tale riorganizzazione su cui bisogna lavorare sono:

- il rapporto tra Stato e Regioni;
- il rapporto tra medicina ospedaliera e medicina territoriale;
- l'integrazione tra sociale e sanitario;
- il rapporto tra pubblico e privato sia nel finanziamento che nella produzione;
- il ruolo della prevenzione e del-



la preparazione contro le emergenze;

- lo sviluppo delle competenze professionali e gestionali;

- la garanzia di uno stabile finanziamento a medio termine.

Se questi nodi non verranno affrontati ci ritroveremo poi nelle stesse difficoltà incontrate oggi

per garantire ai cittadini un'assistenza sanitaria integrata e continuativa, in particolar modo per la gestione delle malattie cronico-degenerative. L'evoluzione tecnologica dirompente deve essere un altro elemento cruciale di questa riorganizzazione che, da una parte, dovrà prevedere la capacità del Sistema Sanitario di arrivare al singolo cittadino per prevenire l'insorgere di malattie e promuovere stili di vita sani, nonché di assistere i malati cronici e gli anziani nel modo più appropriato, limitandone l'ospedalizzazione, dall'altra di garantire sicurezza in un contesto globale.

Per assicurare ciò dovrà esserci assolutamente il rafforzamento delle strutture a livello centrale. L'obiettivo è di primaria importanza perché si tratta non solo di mettere in grado il nostro sistema di rispondere a una domanda crescente per qualità e quantità di servizi di cura, ma anche di restituire al settore una visione corrispondente alla sua rilevanza strategica per il Paese.

È pur vero però che l'obiettivo può essere raggiunto se tutte le componenti che costituiscono gli assi portanti dell'edificio partecipano al comune sforzo, motivo per cui chiediamo con forza come medici che i decisori pubblici non trascurino, all'interno del processo, le risorse professionali quali elementi costituenti di tutto il percorso di rinnovamento. Le pur necessarie azioni di ammodernamento delle strutture sanitarie, di aggiornamento tecnologico a fini assistenziali, il rafforzamento del capitale

Dating on line e burnout emotivo

Ad impazzare le app di incontri legate ad una logica di tipo consumistico

Alfonso Leo



Quando viene, verrà senza avvisare, proprio mentre mi sto frugando il naso? Busserà la mattina alla mia porta o là sul bus mi pesterà un piede?

Accadrà come quando cambia il tempo?

Sarà cortese o spiccio il suo saluto?

Darà una svolta a tutta la mia vita?

La verità, vi prego, sull'amore.

Il poeta Wylan Hugh Auden scrisse questa poesia, dal titolo "la verità, vi prego, sull'amore", negli anni '30 che ha anche ispirato un film con lo

stesso titolo, nel 2001. Parla della possibilità di incontrare l'amore dappertutto, non si sa quando o dove ma può arrivare. Attualmente sembra che non sia mai stato così facile incontrare l'amore e internet in questo può essere d'aiuto. La giornalista Judith Dupontail ha pubblicato un libro dal titolo Dating fatigue: Amours et solitudes dans les années (20)20. Tinder ci ha convinti che l'amore è a portata di swipe e che l'anima gemella si trovi in fondo alla chat. L'esplosione del dating online ha avuto un netto incremento durante la pandemia, portando a questa illusione che tutto sia a portata di un click, sullo smartphone. Ciò si può tradurre in quello che la giornalista definisce "inciviltà affettive": dal ghosting (pratica che consiste nel cessare di ri-

spondere improvvisamente a messaggi e chiamate) al breadcrumbing (disseminare briciole con parsimonia, ovvero rimanere in contatto con l'altro perché non si disinteressa del tutto, ma non troppo spesso perché la relazione avanzi), passando per l'orbiting (orbitare intorno a una persona sui social senza mai avvicinarsi troppo). Si instaura quello che l'autrice definisce un burnout emotivo, la versione del XXI secolo della malinconia amorosa. Lei definisce queste app di incontri come legate ad una logica di tipo consumistico, io direi citando Lacan secondo la logica del discorso capitalistico. Come dice la Dupontail: "ci mettono in una posizione di cliente, minacciando la nostra relazione con l'altro. È un sistema che si estende a tutta

la società: ogni giorno siamo portati a valutare una persona o il suo rendimento professionale. Tutti vestono la versione Instagram di sé stessi."

Si sceglie il partner secondo logiche di mercato, a patto che abbia caratteristiche ben precise, come se si scegliesse un prodotto dallo scaffale di un supermercato o un albergo sulle app di tipo turistico e lo si ordina come si ordinerebbe una pizza su una app di delivery. Il risultato è che se l'incontro non va iniziano "le recensioni negative", come se ci fosse un servizio clienti a cui recapitare le lamentele perché il prodotto non corrisponde a quello sulla confezione. Ancora la giornalista: "Quindi non è vero che non è mai stato così facile incontrare persone, piuttosto non è mai stato così facile pre-

sentarsi come venditore della propria anima. Un incontro è un'altra cosa (...) Questo è il nuovo sapore del vuoto nella moltitudine". Ci si interroga come costruire relazioni egualitarie tra uomo e donna in un mondo che non lo è. Come creare un rapporto d'amore che non sia tra dominante e dominato, ma pretendere dolcezza? - dice la Dupontail. Già parlare di pretendere dolcezza ci porta ad una logica di scontro, come se il rapporto amoroso fosse una sorta di guerra.

Nessuna speranza sembra emergere da queste considerazioni. Ma allora non c'è futuro per l'amore!

Fortunatamente non è così, dato che esistono anche amori nati, sì grazie a Tinder, vissuti con incontri in zona rossa, davanti ai banchi dei surgelati in un supermarket poiché, come dice Auden nella poesia all'inizio dell'articolo non sai quando l'amore verrà, verrà senza avvisare, anche con l'app di dating. Ma cosa dovremo cercare in que-

Assistenza
domiciliare

umano in termini di formazione sono un condivisibile sforzo di riallineamento dei servizi assistenziali sanitari ai bisogni dei cittadini-pazienti. Tutto ciò però necessita di un contestuale, coerente coinvolgimento e giusta valorizzazione dei ruoli dei professionisti sanitari.

È intorno ai professionisti e alle relative competenze che va costruita la nuova assistenza sanitaria innovata nella tecnologia, resa sinergica nelle strategie, potenziata in termini di formazione, integrata nei servizi, rafforzata nelle reti ospedaliere e nelle strutture di prossimità, atta a superare disuguaglianze territoriali e bisogno sociale.

Abbiamo la convinzione che l'azione che si andrà ad intraprendere, quale il PNRR, in assenza del coinvolgimento, sia da ritenersi insufficiente a risolvere il contesto della realtà sanitaria attuale. Non si può

pensare ad una riforma di sistema in assenza, però, della giusta attenzione da riservare ai professionisti costitutivi del sistema stesso. È importante individuare un ulteriore valido strumento normativo che affronti concretamente i nodi che la professione pone, quali: la governance sanitaria che non tiene più conto delle competenze e delle esigenze sanitarie nella definizione degli obiettivi aziendali; il ruolo sociale svolto dalla professione a garanzia dei diritti previsti dalla nostra Carta costituzionale; i modelli assistenziali e il ruolo del medico; la formazione e la programmazione dei professionisti.

Noi medici faremo senz'altro la nostra parte, senza però trascurare il tema focale: l'attenzione che la politica, le istituzioni e la società dovranno avere nei nostri confronti.

**Cardiologo
Presidente CdA Villa dei Pini
Avellino**

sto rapporto?

Dovremmo comprendere che, come dice Jacques Lacan: "Amore è donare quello che non si ha a qualcuno che non lo vuole". Sembra la solita frase ad effetto ma se la si analizza bene si comprende che amare è dare proprio la propria mancanza. Quando il nostro partner ci chiede: "ti sono mancato?" capisce che l'amore è legato all'mancanza, se io non manco all'altro, se l'altro non è mancante l'amore non c'è. Di certo l'amore non è dare qualcosa che si ha. Non è dare oggetti, non è dare ciò che si possiede, ma dare la propria mancanza. Di certo l'altro non vuole una mancanza. Cerca di sopperire al desiderio dell'altro, pensando così di sopperire alla propria mancanza.

È necessario che sorga qualcosa di nuovo, una discontinuità, qualcosa di imprevisto, inatteso, a cui dire sì e che un altro vi risponda cogliendo un al di là del nostro dire, proprio nello stesso punto in cui siamo mancanti e fallaci, limite oltre il qua-

le si situa il nostro desiderio. Basta un buon incontro, che abbia il carattere della novità e spezzia la ripetizione dei rapporti in serie a cui la logica consumistica delle app di incontri sembrano invitare. Ma per prodursi questo incontro è necessario che ci si incontra, che ci si scontra, si condivida una lingua comune, si abbiano delle referenze comuni e che questo qualcuno accolga la nostra mancanza.

Dacìò deriva un'altra affermazione di Lacan che mi capita spesso di citare: "Amore è il desiderio del desiderio dell'altro". Questa frase sembra quasi uno scioglilingua, ma si può comprendere che nella sua semplicità non costituisce altro che una ulteriore della frase precedente. Io amando voglio che l'altro desideri, ma si desidera ciò che non si ha! Se io voglio il bene del mio paziente, voglio che lei/lui abbia voglia di guarire, di tirarsi fuori dalla sua situazione di disagio. Se io amo la/il mia/o partner voglio che abbia voglia di me, di passare del tempo con me, non

di certo di oggetti. Anche se sappiamo bene che ciò non sarà mai del tutto vero, non sarà mai del tutto possibile, non sarà mai.

L'illusione di Platone che andava alla ricerca della mezza mela con cui ricongiungersi, in maniera che da due si facesse Uno, si vede che costituisce solo un'illusione e che se fosse vera sarebbe la morte dell'amore, diventato un oggetto scontato, non più vitale.

Non si tratta di quello che afferma il giornalista: "Ci aspettiamo dall'amore quello che gli altri si aspettavano da Dio. Nessun uomo, nessuna coppia, nessun amore, per quanto bello e ardente, ci libererà dal peso del mistero e della fragilità della nostra esistenza. Da quando siamo nati, siamo e saremo soli. Per fortuna, ci sono momenti di tregua sublime. Dobbiamo imparare a coglierli, averne cura e crearli."

Non possiamo puntare a momenti di tregua sublime, è troppo poco.

Nell'amore non c'è timore, al

Negativi neonati da 10 madri positive

Bambini, Covid e vaccinazioni

Hanno reagito al virus meglio di adulti e anziani

Giuseppe Perrotti*



meglio considerate e studiate nei prossimi anni.

Non era infatti mai capitato che bambini in età scolare e prescolare venissero per tanto tempo isolati senza poter avere contatti con familiari e soprattutto con altri bambini, privati delle attività sportive essenziali durante la crisi e anche occasioni di svago e divertimento e costretti quindi a far uso o per meglio dire abuso di programmi audiovisivi.

Questo sistema di vita assolutamente innaturale se da una parte ha causato una drastica caduta delle patologie più comuni, come le infezioni respiratorie ricorrenti e quindi la netta diminuzione dell'uso di terapie aerosoliche, antiinfiammatorie e talvolta antibiotiche, dall'altra ha creato o alcune volte peggiorato problemi riguardanti principalmente linguaggio e comportamento.

Il ritorno per la popolazione infantile ad una quasi normalità, che ha compensato almeno in parte un periodo estremamente negativo, è stato possibile soltanto con la diffusione, in un primo momento nella popolazione adulta e successivamente anche tra i ragazzi di almeno 12 anni, della vaccinazione anti Covid, che ha drasticamente ridotto la circolazione del virus.

La resistenza dei genitori a vaccinare i propri figli nasce da diverse motivazioni tra cui il fatto che

ad oggi l'epidemia di COVID-19 ha colpito in maniera piuttosto limitata i neonati, i bambini e gli adolescenti e il più delle volte con forme asintomatiche o lievi; non si conoscono inoltre i rischi a lungo termine.

Per la mia personale esperienza posso dichiarare che nella nostra città alcuni bambini si sono contagiati, probabilmente in ambiente familiare, con Covid 19 ma hanno reagito al contatto con il virus meglio di adulti e anziani, presentando modeste complicanze respiratorie risolubili con terapie tradizionali ed evitando così l'aumento della occupazione delle terapie intensive e dei reparti di diagnosi e

che preesistenti che rappresentano fattori di rischio di gravità della malattia.

Negli anni passati, grazie alle vaccinazioni obbligatorie in Pediatria, basti pensare al morbillo, il tasso di mortalità per questa malattia è calato drasticamente. È infatti motivo di allarme per l'Organizzazione Mondiale della Sanità che, con l'emergenza Covid-19, molti bambini nel 2020 hanno saltato le dosi di vaccino per il morbillo.

Per i motivi suddetti, i ragazzi più grandi che mi hanno interpellato per un consiglio sono stati anche da me consigliati, insieme ai genitori, a sottoporsi al vaccino, guadagnando in tal modo la libertà di accesso a tante attività che erano state loro precluse. Erano state alla vaccinazione non ho osservato e non sono stati a me riferiti effetti collaterali degni di nota.

Nel nostro ospedale i neonati da 10 madri positive per Covid sono risultati negativi per Covid e in buone condizioni. Nonostante questo dato positivo, ormai già da tempo raccomandiamo la vaccinazione contro il COVID-19 alle donne nel secondo e terzo mese di gravidanza e/o in allattamento al seno, seguendo le chiare indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità, soprattutto quando vi è un serio pericolo di contrarre l'infezione, a causa del controllo del virus e soprattutto delle sue varianti, e di sviluppare, per un rischio individuale, una forma grave della malattia.

Auspichiamo che a breve, oltre alle indicazioni del Governo, la Società Italiana di Pediatria consigli con fermezza il vaccino anche ai bambini di età inferiore a 12 anni a partire da 7-8 anni.

***Medico specialista in pediatria e neonatologia
Già direttore del dipartimento materno-infantile presso la Aosp Moscatti di Avellino**



Bambini e vaccini

cura.

Non bisogna però dimenticare che è stata registrata una mortalità per Covid di 14 bimbi su 240.000 infetti, nella fascia da 0 a 9 anni, e di 16 su 436.000, nella fascia da 10 a 19 anni, e che anche in età pediatrica possono presentarsi casi gravi come la cosiddetta sindrome infiammatoria multi-sistemica e, come negli adulti, il long-covid associato anche a problemi di natura psicologica (ansia, depressione).

Va ricordato inoltre che il vaccino, protegge anche soggetti che hanno risposte immunitarie compromesse o condizioni patologiche.

contrario l'amore perfetto scaccia il timore, perché il timore suppone un castigo e chi teme non è perfetto nell'amore, dice San Giovanni nel Vangelo.

Non si deve avere paura di amare, qualsiasi sia la modalità di amare. L'amore fa bene e crea emozioni. Scaccia la paura anche in tempo di COVID. E l'amore sopravvive anche alla morte. Continuando ad amare anche da questa terra. L'amore può opporsi all'idea di morte che pervade la nostra epoca, non parlo solo del coronavirus ma della mancanza di emozioni che spesso ci capita di provare.

Lacan diceva: "che cos'è che fa emozione? Credete forse che siano le viscere che si muovono? Si muovono a causa di parole. Non c'è niente che colpisca di più di colui che ho qualificato di essere parlante".

Essere esseri parlanti è ciò che crea scompiglio ma anche il piacere di vivere e desiderare, non dando niente per scontato, ma ogni volta progettando, co-

struendo. Non dando mai nulla per acquisito, in maniera definitiva.

Si comprende, allora, che anche gli strumenti della tecnologia, se usati con intelligenza possono essere utili, a patto di usarli in maniera appropriata, lasciando poi lo spazio all'incontro e alla parola, non mediata da uno schermo di qualsiasi device (smartphone, pc o tablet). Avere voglia, di nuovo, di incontrare le persone dal vivo. Si ha sempre paura quando si deve affrontare una situazione nuova e sconosciuta. Sta emergendo la consapevolezza che è irrealista la convinzione di poter controllare ogni situazione. Tuttavia, da questa incertezza possono emergere nuove opportunità, a patto di sapere e soprattutto volerle cogliere. Citando Mario Sironi, famoso pittore degli inizi del '900: certi terremoti sono la vita dell'arte e dell'emozione. Se si fa ordine e si mette ogni cosa a posto si esce dalla magia e ci si ritrova in un mondo banale.

***Psicoanalista**

► **SOCIETÀ'** La speranza dal nuovo presidio farmaceutico antivirale

Lotta al Covid, la superpillola della svolta

Gianpaolo Palumbo*

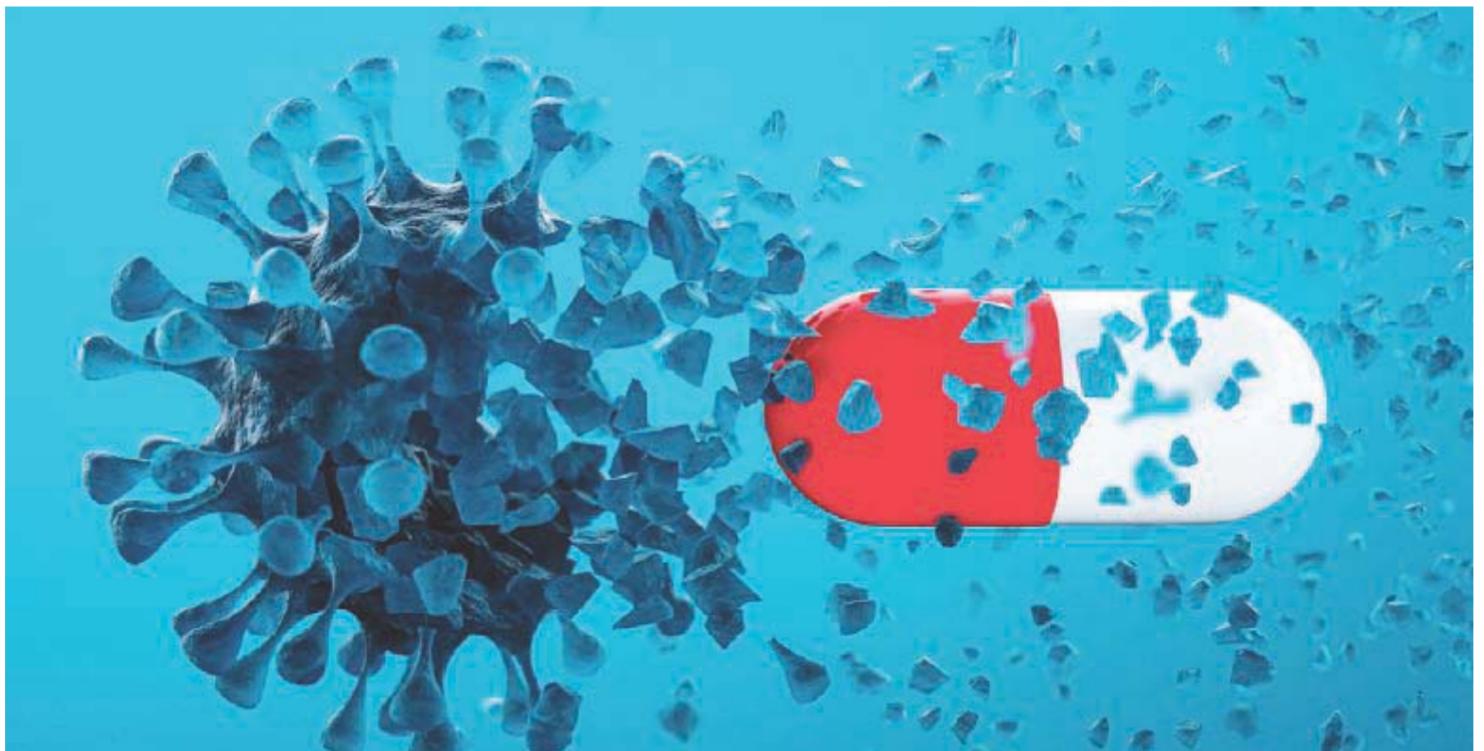


Con il termine “pillola” per decenni e fino, se così si può dire, all’altro ieri, si è chiamata nel mondo intero la “compressina” che le donne assumevano ed ancora assumono come anticoncezionale. Da “ieri” esiste il “pillolo”, la compressa anticoncezionale per l’uomo che blocca la produzione di spermatozoi agendo sugli ormoni che la innescano. Non è ancora in commercio ma ci siamo vicini. Da “oggi” esiste la “superpillola” o “superpillola della svolta”, che dovrebbe cambiare, migliorare e...quindi risolvere i problemi creati dal coronavirus sulla terra.

Si tratta del Molnupiravir che è stato assemblato per sviluppare il trattamento contro l’influenza, ma dal mese di ottobre dell’anno 2020 viene utilizzato dall’azienda farmaceutica Merck contro l’instaurarsi di una forma grave della Covid-19, come si chiama la malattia da Sars-CoV-2. L’azienda statunitense l’ha utilizzata su 775 soggetti adulti in buona salute e già possiede un nome commerciale, anche se non in vendita in farmacia. Si chiamerà Ronapreve ed è un mix di anticorpi monoclonali composto da Casirivimab e Imdevimab.

Anche la Roche in Svizzera sta seguendo la stessa linea di utilizzo, al pari della Pfizer che negli Stati Uniti ha già utilizzato il farmaco su 2.660 volontari.

Tutti i soggetti in trattamento hanno iniziato ad assumere il farmaco appena è stata fatta la diagnosi di Covid-19, riducendo del 50% i ricoveri in



ospedale. Sono tutti adulti non ospedalizzati, con almeno un fattore di rischio e con una forma di malattia da coronavirus lieve o moderata.

A tutti sono state somministrate quattro compresse al giorno per cinque giorni. Per coloro i quali hanno seguito questo protocollo è stato riscontrato solo il 7,3% di ricoveri e di decessi. Tra coloro i quali assumevano il placebo sono deceduti o ricoverati il 14,1% dei pazienti. Con risultati così positivi sono stati interrotti i trials di sperimentazione e si è chiesta l’autorizzazione all’utilizzo del farmaco in emergenza.

Il nuovo presidio farmaceutico antivirale, considerato dai ricercatori molto attivo anche nei confronti delle più diffuse

varianti del coronavirus (Gamma, Delta e Mu), fa parte della classe degli analoghi ribonucleosidici ed agisce inserendosi in un filamento di RNA virale di nuova formazione, impedendogli di crescere e di moltiplicarsi. Oltre a questa positiva proprietà c’è da considerare il fatto che è l’unico prodotto che si utilizza per via orale. Il famoso remdesivir, che riduce i ricoveri ospedalieri, va praticato all’inizio del decorso della malattia e deve essere somministrato soltanto per via endovenosa.

Al momento non ci sono i lasciapassare delle autorità competenti ma la Merck (Gruppo Msd) ha iniziato lo stesso la produzione per non trovarsi in seguito impreparata. Per la fine dell’anno in corso si stanno

stoccando dieci milioni di confezioni, e di queste gli Stati Uniti ne hanno acquisito il diritto di prelazione di 1 milione e 700mila.

Una pandemia di tale rilevanza ha necessità di opzioni terapeutiche disponibili e di sicurezza efficacia ed il molnupiravir ha tutte le caratteristiche per poter essere importantissimo nella guerra contro il coronavirus. Un dato molto significativo sulla positività dell’antivirale della Merck è il riscontro della percentuale bassissima (1,3%) di coloro i quali hanno interrotto il trattamento, quasi tutti per intolleranza. Anche il contemporaneo studio della Roche ha dimostrato che la stragrande maggioranza dei soggetti trattati ha ridotto significativamente la carica virale entro una settimana dal trattamento.

Ovviamente un farmaco così importante, ma da utilizzare da chi ha contratto il Covid-19 in maniera lieve o media, non comporta l’annullamento delle vaccinazioni che non possono essere assolutamente evitate.

Quindi la “svolta” c’è stata ma è piccola nel senso che con il molnupiravir si abbatte di una buona metà l’ospedalizzazione ed i decessi, ma non è che finiscono di punto in bianco tutte le preoccupazioni che si devono ancora avere per tenere a bada il Sars-CoV-2. Bisogna ancora stare attenti ed ancora... stare... lontani. Il passo in avanti si è ottenuto per gli ammalati lievi e medi ma all’inizio dell’espressione clinica della malattia. Il problema che rimane è quello della scoperta di

essere ammalati quanto prima possibile per avere poi ragione dello sviluppo dell’infezione.

Il presidio della Merck torna utile nei casi in cui i soggetti che si sono infettati, anche se in forma lieve, sono portatori di uno o più fattori di rischio. Questi ultimi possono condurre ad un peggioramento dello stato di salute e portare ad un evolversi in senso negativo della Covid-19.

La “pillola della svolta”, dimostra come il virus a forma di corona abbia cambiato il mondo anche in senso scientifico.

Un tempo ci volevano anni ed anni per sviluppare un vaccino, oggi invece la popolazione ha aspettato molto poco tempo per avere a disposizione diverse linee vaccinali di altissimo profilo, sperimentate in poco tempo ma di grande e sicura efficacia. La “svolta” non dovrà essere rappresentata solo dall’antivirale per le forme lievi della malattia ma, decisamente, dovrà essere il farmaco per tutti i livelli della patologia infettiva.

*Medico Federazione medici sportivi italiani



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