



il caduceo

RIVISTA PERIODICA DI AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO E CULTURA MEDICA

Vol. 23, n.° 2 - 2021



Pubblicazione a cura dell'U.S.I. Unione Sanitaria Internazionale S.p.A. - Via Eschilo, 191 - Roma

il caduceo

Vol. 23, n.° 2 - 2021



Il Caduceo

Rivista di aggiornamento
scientifico e cultura medica

REGISTRAZIONE

AL TRIBUNALE DI ROMA
AUT. n° 196/99 DEL 27/04/1999

DIRETTORE RESPONSABILE

F. Barbati

DIRETTORE SCIENTIFICO

Co-EDITOR

F. Borzillo

COORDINAMENTO EDITORIALE

C. Borzillo

SEGRETARIA DI REDAZIONE

A. Cecchi

EDITORE

U.S.I. S.p.A.

Via Eschilo, 191 - Roma

STAMPA

Digitalia Lab Srl

Via Giacomo Peroni, 130
00131 Roma

FINITO DI STAMPARE

A GIUGNO 2021

TIRATURA: 10.000 COPIE

Foto di Copertina
di **Marco Sperduti**

Rivista medica periodica a distribuzione
gratuita, edita a cura dell'U.S.I. (Unione
Sanitaria Internazionale) S.p.A.

Le pubblicazioni o ristampe degli articoli
della rivista devono essere autorizzate
per iscritto dall'editore.

Il contenuto degli articoli e degli inserti
pubblicitari de Il Caduceo sono redatte
sotto la responsabilità degli autori
e degli inserzionisti.



Associato USPI
Unione Stampa Periodica Italiana

Redazione:

Via Machiavelli, 22 - 00185 Roma

Tel. 06.32868.335

Fax 06.77250482

ilcaduceo@hotmail.com

www.usi.it



Unione Sanitaria Internazionale

SOMMARIO

3. Redazionale
Stefano Ziantoni
4. Una strategia vaccinale globale
contro il Covid 19
Dott. Battista Roberto Polillo
6. La prevenzione
per il tumore del seno
Dott.ssa Enrica Moriconi
8. Il trattamento conservativo
della sindrome del Tunnel Carpale
e la neuro dinamica
Dott. Ft. OMT Gioele Di Bartolomeo
12. P=p-i: come migliorare se stessi
Dott.ssa Rita Reali
13. Il dottore parla difficile
Dott. Emilio Masina
14. Il reflusso gastroesofageo
Dott. Mauro Di Camillo Ph D
16. Tumori testicolari
Epidemiologia e fattori di rischio
Dott. Marco Marasco
19. Se il reflusso
gastro-esofageo persiste?
Dott. Emilio Gentile Warschauer
20. Nutrizione e fertilità femminile,
un binomio importante
Dott.ssa Deborah Tognozzi
26. Insufficienza venosa cronica
e trattamento medico
con flebotropi - integratori
Dott. Giuseppe Calandra
27. Ringiovanimento non invasivo
Red Touch laser
Dott. Stefan Dima
28. La cataratta
Dott. Luigi Marchione
30. Un tabù di cui nessuno ama parlare
Vito Manduca
34. Adotta una spiaggia
Marevivo Onlus
36. Eroiche fragilità
Michele Trecca



Gentile lettore,

il 25 maggio 2018 è divenuto applicabile il nuovo Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali (GDPR - General Data Protection Regulation, Regolamento UE 679/2016).

Avendo da sempre a cuore la sicurezza dei tuoi dati personali, utilizzati esclusivamente per la spedizione del periodico "Il Caduceo", abbiamo provveduto ad aggiornare la nostra Privacy Policy, che sei invitato a visionare sul sito web www.usi.it, per avere tutte le informazioni su come gestiamo e tuteliamo i tuoi dati e le modalità con cui puoi modificare o revocare i tuoi consensi.

Al momento ricevi la rivista presso l'indirizzo da te indicato, e continuerai a riceverla.

Se non intendi più riceverla in futuro, ti preghiamo comunicarlo:

- scrivendo all'indirizzo e-mail privacy@usi.it
- Inviando una comunicazione a mezzo di posta all'indirizzo della redazione
USI Piazza Vittorio - Via Machiavelli 22 - 00185 Roma

Grazie

USI SpA

ISTRUZIONI AGLI AUTORI

Il Caduceo pubblica articoli originali, rapporti di gruppi di lavoro, presentazioni di casistica, note tecniche e lettere all'Editore, che abbiano come argomento le scienze mediche e biologiche ovvero opinioni pertinenti il campo biomedico. Gli articoli vanno inviati alla redazione. Si accettano solo articoli non pubblicati, in tutto o in parte, in altri giornali. I testi debbono essere presentati in triplice copia dattiloscritti, con spaziatura doppia ed ampi margini laterali. Al testo scritto va accluso un CD registrato con programmi di Word processor IBM compatibili (Word 2003-2010). Ogni articolo deve essere preceduto da una prima pagina su cui vanno indicati: titolo del lavoro; nome e cognome degli Autori; denominazione dei reparti di appartenenza; titolo corrente; nome, indirizzo e numero telefonico dell'Autore responsabile dei rapporti con la rivista. Previo accordo con la redazione si accettano anche articoli, con le caratteristiche su citate, inviati come allegati e-mail.

Gli articoli originali debbono essere di regola impostati seguendo uno schema costituito da:

- 1) SOMMARIO
- 2) INTRODUZIONE
- 3) MATERIALI E METODI
- 4) RISULTATI
- 5) DISCUSSIONE
- 6) EVENTUALI RINGRAZIAMENTI
- 7) BIBLIOGRAFIA

1. **SOMMARIO.** Non deve superare le 250 parole. Deve da solo poter esprimere il significato del lavoro: comprende una frase introduttiva, la presentazione della entità della casistica, i risultati fondamentali e un commento conclusivo. In calce al sommario debbono essere indicate le Parole chiave: da un minimo di tre a un massimo di sei.

2. **INTRODUZIONE.** Deve comprendere una breve ricapitolazione dell'argomento con richiami bibliografici essenziali, illustrando il punto da cui si è partiti per iniziare lo studio in oggetto. Deve chiarire in modo particolare lo "scopo dello studio".

3. **MATERIALI E METODI.** Deve comprendere una completa ma breve descrizione della casistica in esame e dei metodi usati per valutarla. Casistiche ampie e/o complesse possono giovare di presentazioni mediante una o più tabelle.

4. **RISULTATI.** Devono essere espressi in modo chiaro e conciso, senza interpretazioni e commenti, anche per essi possono essere utili una o più tabelle. L'iconografia a completamento della descrizione dei risultati deve essere chiara ed essenziale.

5. **DISCUSSIONE.** Deve interpretare e commentare i risultati, facendo riferimento alla letteratura esistente, specificando e spiegando eventuali discordanze con la stessa. Nei lavori di tipo clinico, sarà utile parago-

nare i risultati ottenuti con quanto dimostrabile con altre metodiche e pre-sentare l'eventuale impatto dei risultati nella pratica quotidiana.

6. **RINGRAZIAMENTI.** Eventuali ringraziamenti e riconoscimenti debbono essere riportati su una pagina separata.

7. **BIBLIOGRAFIA A.** Deve essere essenziale, ma completa ed aggiornata. Deve comprendere i soli Autori nominati nel lavoro, elencati in ordine di citazione. I titoli delle riviste vanno abbreviati attenendosi a quanto riportato nell'esempio:

Bosch FX, Munoz N. *The causal relation between HPV and cervical cancer.* J Clin Pathol 2002;55:244-65.

L'accuratezza della bibliografia è sotto la responsabilità degli Autori; le citazioni bibliografiche, inserite nel testo, vanno evidenziate con numerazione progressiva in apice: esempio citazione^[1].

Figure, immagini o foto

- formato TIFF, JPG, EPS o PDF
- risoluzione delle immagini/foto da 300dpi in su
- ordinate in modo progressivo e usando numeri arabi.

Table

Devono essere ordinate in modo progressivo, usando numeri romani, con numerazione separata rispetto a quella delle illustrazioni, anch'esse vanno inviate in formato elettronico.

Didascalie

A corredo delle figure e delle tabelle, devono essere dattiloscritte, a parte, su uno o più fogli formato Word.

I lavori di Presentazione di Casistica devono essere più concisi e accompagnati da un breve sommario. È necessario peraltro mettere ben in evidenza lo scopo del lavoro e descrivere in modo accurato, ma non prolisso, il caso clinico. Si consiglia di non superare le dieci voci bibliografiche. Ai manoscritti deve essere acclusa la seguente dichiarazione, firmata da tutti gli Autori: "Il (i) sotto-scritto (i) trasferisce (scono) il copyright concernente il presente articolo a: il Caduceo - Sede redazione - Via Machiavelli, 22 - 00185 Roma. Egli (Essi) dichiara (no) che l'articolo, non è stato pubblicato in tutto o in parte e che non è presente nell'attesa di accettazione presso altre riviste".

N.B. Si invitano gli Autori, prima di inviare il manoscritto, ad una attenta rilettura dello stesso, sia per quanto riguarda la parte linguistica formale che quella dei contenuti, poiché la redazione, non riproponendo sempre la revisione delle bozze agli Autori, declina ogni responsabilità sulle modifiche interpretative apportate nella stesura definitiva del lavoro.

Redazionale

Stefano Ziantoni

Giornalista
Vice responsabile Rai Vaticano



Lo abbiamo imparato sulla nostra pelle. Non ha pas-saporto ne religione. Non fa differenza tra caldo o freddo. Non preferisce montagna, mare o collina. Il Covid-19 è giunto ovunque. Ha navigato oltre gli oceani, ha scalato vette inesplorate. Ha eluso frontiere che alcuni paesi avevano chiuso. E' arrivato ovunque: anche nella sperduta e solitaria isola in mezzo all'oceano della Nuova Zelanda. E naturalmente anche nello Stato della Città del Vaticano che con i suoi 49 ettari di territorio è il più piccolo Stato indipendente e sovrano. Una popolazione di 825 cittadini, la maggioranza dei quali non residenti. Sin da subito, scattata l'emergenza nazionale, il 20 marzo 2020 su richiesta di papa Francesco nell'ambito dello Stato della Città del Vaticano è stata istituita una Commissione Covid-19 (una Task Force di Salute Pubblica) nell'ambito del Dicastero per il Servizio dello Sviluppo Umano Interale. Una Commissione suddivisa in 5 gruppi di lavoro.

LE VACCINAZIONI

All'interno del piccolo Stato sono iniziate il 13 gennaio scorso. L'ordine scelto è il seguente: personale sanitario e di pubblica sicurezza, anziani, personale più frequentemente a contatto con il pubblico, cittadini, dipendenti e pensionati ma anche i familiari che godono dell'assistenza del FAS (Fondo Assistenza Sanitaria), circa un migliaio di persone tra impiegati di Curia e del governatorato e le Guardie Svizzere. Per ora sono esclusi dalla vaccinazione i minori di 18 anni perché non sono stati effettuati studi che comprendono questa fascia di età.

IL VACCINO

La Santa Sede ha scelto quello prodotto dalla Pfizer. "Successivamente è previsto - spiega il Professor Andrea Arcangeli, neo direttore della Direzione sanità e Igiene - l'introduzione di altri vaccini prodotti in diverse metodiche ma dopo averne valutato l'efficacia e la piena sicurezza". Per conservare le dosi del vaccino è stato acquistato un "ultra low temperature refrigerator". La postazione per effettuare le vaccinazioni è stata allestita nell'atrio dell'aula Paolo VI (l'Aula delle udienze) e sono somministrate da personale medico ed infermieristico qualificato.

SIVAX

La Santa Sede si è sempre schierata a favore dei vaccini. A cominciare dal Papa che più volte ha fatto appello ai governi nazionali e alle aziende di garantire l'accesso ai vaccini e alle cure a tutti, senza distinzione o corsia preferenziale. "Prego tutti i governi e le imprese di mettere a disposizione i vaccini gratuitamente per tutti, soprattutto per i più poveri, gli ultimi del mondo. Non possiamo lasciare che i nazionalismi chiusi impediscano di vivere come la famiglia che siamo,

che il virus dell'individualismo ci renda indifferenti". Lo ha detto il Papa, a braccio, nel messaggio natalizio prima della benedizione Urbi et Orbi. Di più. In un documento recente firmato congiuntamente dalla Pontificia Accademia per la Vita e dalla Commissione Vaticana Covid-19 ha definito una "responsabilità morale" vaccinarsi. Papa Francesco, durante una intervista televisiva ha confermato che si sarebbe vaccinato appena giunto il suo turno. Sia Francesco che il Papa Emerito, Benedetto, hanno ricevuto la prima (13 gennaio) e la seconda (3 febbraio) dose.

SENZA DIMENTICARE NESSUNO

Nel corso di questa emergenza provocata dalla pandemia molte sono state le donazioni partite dal Vaticano: da 100 mila euro alla Caritas Italiana per il "primo soccorso" alle mascherine, tamponi e farmaci, da beni di prima necessità alle apparecchiature respiratorie, in Italia e in tutti i continenti. Attenzione anche per i commercianti suoi affittuari, ai quali il Vaticano ha ridotto sensibilmente i canoni di locazione a loro carico. A gennaio vaccinati 25 senza tetto. Con un decreto dello scorso 8 febbraio firmato dal presidente della Pontificia Commissione dello Stato della Città del Vaticano, il cardinale Giuseppe Bertello, si sottolinea che, sebbene la vaccinazione non sia obbligatoria, il non sottoporvisi comporterà per i cittadini e dipendenti del Vaticano alcune conseguenze. Il decreto sottolinea che lo Stato Vaticano "adotta tutte le misure necessarie volte a ridurre il rischio" legati al Covid-19 e che la vaccinazione è uno degli "strumenti che in nessun caso però ha natura sanzionatoria o punitiva, piuttosto destinato a consentire una risposta flessibile e proporzionata al bilanciamento tra la tutela sanitaria della collettività e la libertà di scelta individuale senza porre in essere alcuna forma repressiva nei confronti del lavoratore".

Il Papa più volte lo ha ricordato: "Nessuno si salva da solo: siamo tutti sulla stessa barca".

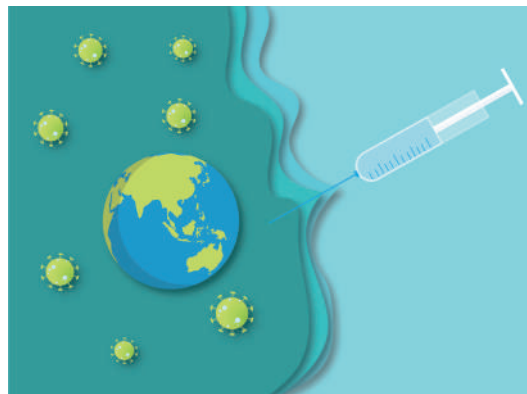


Foto di Alexandra_Koch da Pixabay

UNA STRATEGIA VACCINALE GLOBALE CONTRO IL COVID 19

La “dimensione sociale” della pandemia da COVID 19

Dott. Battista Roberto Polillo

Specialista in Allergologia e Immunologia clinica

Casa di Cura Marco Polo - Viale Marco Polo, 41

Numerosi studi epidemiologici hanno chiaramente dimostrato come la pandemia da Virus Sars CoV-2 abbia, aldilà della dimensione “biologica” (le modalità con le quali avviene la trasmissione del contagio e le condizioni che ne favoriscono la diffusione) una altrettanto importante dimensione “sociale”; in tale contesto è possibile evidenziare, man mano che si procede dal generale al particolare, tre diversi livelli di significatività analitica: macro, meso e micro, indispensabili per chiarire le caratteristiche di tale fenomeno.



Sanitario foto creata da freepik

A livello *macro* o di *sistema-mondo* è evidente come Covid 19 non sia una pandemia ma piuttosto una “sindemia”; un concetto questo richiamato di recente da Richard Horton sulla prestigiosa rivista *The Lancet*¹ con cui si evidenzia come l’infezione e i suoi possibili esiti sia strettamente collegata a situazioni cliniche preesistenti ed interagisca con queste in funzione di fattori co-esistenti più ampi di natura sociale politico ed economico. In tale livello un ruolo di rilievo gioca poi la diffusa connettività che caratterizza la nostra era globalizzata, in cui ogni evento anche se in ambito “locale” (il caso zero del primo malato di Codogno o l’emergere della variante inglese del virus) acquista immediatamente una dimensione “globale” diffondendosi oltre i confini dei singoli stati.

A livello *meso*, Covid 19 mostra un gradiente socio-economico ben definito colpendo più duramente, in ogni nazione e in ogni luogo della nazione, le classi socialmente svantaggiate; un fenomeno che si mostra identico nei paesi ad alto reddito come l’America e nei paesi più poveri. In uno studio del gennaio 2021 sulla prestigiosa rivista *Jama*, Tim Liao, studian-

do l’incidenza cumulativa da COVID-19 e i tassi di mortalità per i primi 200 giorni della pandemia negli Stati Uniti, ha esaminato l’associazione tra incidenza dell’infezione e mortalità da un lato e fattori strutturali di composizione razziale/etnica e disparità di reddito dall’altro. L’analisi condotta a livello di ogni singola contea americana (3.142 nei 50 stati) ha confermato in modo chiaro non solo l’associazione tra composizione razziale/etnica e incidenza e mortalità da COVID-19 (a svantaggio della popolazione ispanica o nera) ma anche il ruolo, indipendente dai precedenti, giocato dalle disparità nel reddito².

Lo stesso fenomeno ha evidenziato uno studio di Gonzalo Mena et al sulla rivista “*Science*”³ in cui si dimostra chiaramente come nella città di Santiago del Cile esista un chiaro rapporto tra mortalità e condizione socio-economica della popolazione a scapito delle classi in condizioni di deprivazione e direttamente proporzionale al differenziale rispetto a quelle più agiate.

A livello *micro* COVID 19 colpisce gli individui con maggiori fragilità incrementando il livello di disabilità preesistente; l’infezione nei soggetti con presenza di concomitanti patologie (cardiopatie o diabete mellito) ha un andamento più grave, riduce la qualità della vita già compromessa e si accompagna spesso a esiti infausti⁴.

I RISULTATI DELLA CAMPAGNA VACCINALE IN ITALIA

I dati pubblicati dall’Istituto Superiore di Sanità (ISS)⁵ dimostrano in modo incontrovertibile l’efficacia del piano vaccinale adottato dal nostro paese. L’analisi congiunta su 13.721.506 persone vaccinate (almeno una dose del vaccino Comirnaty (N=8.389.595, 61%), del vaccino Moderna (N=1.021.134, 7%) e del vaccino Vaxzevria (N=4.234.983, 31%), e l’unica dose del vaccino Janssen) ha evidenziato che il rischio di infezione

¹ Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet* 2020; 396: 874

² Tim F. Liao, PhD; Fernando De Maio, PhD Association of Social and Economic Inequality With Coronavirus Disease 2019 Incidence and Mortality Across US Counties *JAMA Network Open*. 2021;4(1):e2034578. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.34578 (.....)

³ Mena et al., Socioeconomic status determines COVID-19 incidence and related mortality in Santiago, Chile, *Science* 372, 934 (2021) 28 May 2021

⁴ Andrew Briggs & Anna Vassa, Count the cost of disability caused by COVID-19, *Nature* Vol 593, 27 May 2021

⁵ Istituto Superiore di Sanità, Impatto della vaccinazione COVID-19 sul rischio di infezione da SARS-CoV-2 e successivo ricovero e decesso in Italia (27.12.2020 - 03.05.2021)

Una strategia vaccinale globale contro il Covid 19



Foto di Angelo Esslinger da Pixabay

da SARS-CoV-2, ricovero e decesso diminuisce progressivamente dopo le prime due settimane e fino a circa 35 giorni dopo la somministrazione della prima dose. Dopo i 35 giorni si osserva una stabilizzazione della riduzione che è circa dell'80% per il rischio di diagnosi, del 90% per il rischio di ricovero e del 95% per il rischio di decesso.

Risultati straordinari che, del resto, sono in linea con quanto avvenuto nel resto del mondo (USA, Regno Unito, Israele, Scozia, Qatar) e confermato da numerose pubblicazioni su prestigiose riviste.

LA NECESSITÀ DI RAGGIUNGERE UNA IMMUNITÀ DI GREGGE UNIVERSALE

Obiettivo primario del piano vaccinale è il raggiungimento della cosiddetta "immunità di gregge", ottenibile quando almeno l'80% della popolazione è immune. Deve essere però chiaro che un tale risultato, realizzabile nel nostro paese già nel prossimo autunno, non è tuttavia sufficiente a garantire l'eliminazione definitiva della malattia, servendo per questo un'immunità universale estesa alla stragrande maggioranza della popolazione mondiale. E questo per ragioni di natura diversa.

Per ragioni di equità, perché non è concepibile che i paesi poveri non abbiano diritto a un trattamento efficace; e a riguardo basta pensare che attualmente l'intero continente africano ha vaccinato solo l'1% della sua popolazione mentre i governi dei paesi ad alto reddito, in rappresentanza del 16% della popolazione mondiale, hanno stabilito preordini per 4,2 miliardi di dosi di vaccini COVID-19, pari al 70% delle dosi disponibili nel 2021⁶. Una condizione di iniquità che ha sollevato lo sdegno di papa Francesco e a cui l'OMS sta cercando di mettere riparo attraverso il progetto COVAX; un programma che tuttavia stenta a trovare implementazione e che ha indotto, in questi giorni, la stessa OMS a lanciare un appello al G7 per la messa a disposizione di 200 milioni di dosi per vaccinare almeno il 10% della popolazione africana. Un appello a cui i grandi della terra, a partire da Boris Johnson, hanno risposto negativamente, mentre il presidente degli USA Joe Biden ha offerto 70 milioni di dosi; un quantitativo significativo ma ancora insufficiente per risolvere un problema che riguarda l'intera popolazione mondiale di 7,8 miliardi di individui.

La seconda ragione per opporsi a tale iniquità distributiva è invece di carattere epidemiologico. Sappiamo che finora una sola malattia è stata eradicata, il vaiolo, e che questo è avvenuto non per immunizzazione naturale ma attraverso la vaccinazione; un risultato che potrebbe essere raggiunto anche con la polio entro il prossimo decennio e sempre grazie alla vaccinazione di massa.

In mancanza di una protezione globale, che solo la vaccinazione può garantire, esiste infatti il rischio che l'infezione si trasformi da pandemica in endemica; una condizione in cui la malattia risulta quasi spenta senza però mai raggiungere la fine della circolazione del virus.

Condizioni queste che rendono possibile l'emergere di varianti virali progressivamente più resistenti alla copertura offerta dai vaccini con il rischio che piccoli focolai possano diffondersi in modo esponenziale, specie negli individui meno protetti o con poli-patologie.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il nostro modello di sviluppo è poco rispettoso di quei mondi vitali segregati (le grotte della Cina dove vivono oltre 1000 specie di pipistrelli ne è un esempio) in cui circolano virus che mai sono venuti a contatto con la specie umana; la rottura di questi equilibri ci pone in una condizione di "rischio"; una condizione tipica della nostra società come ci ricorda fin dagli anni '70 il grande sociologo tedesco Ulrich Beck nel suo libro sulla "società globale del rischio"⁷. Il mancato rispetto di questi mondi separati può diventare fonte di epidemie per il fenomeno di spillover o salto di specie che consente ai virus dei pipistrelli di infettare animali più vicini all'uomo (il pangolino, i felini o i serpenti) e successivamente infettare gli umani⁸. Siamo ancora in piena pandemia da Covid 19 ma paradossalmente siamo già in attesa di un nuovo e improvviso evento epidemico. In tale contesto importante è avere un piano pandemico efficace e curato nei suoi aspetti organizzativi ma prioritario è realizzare quella politica sanitaria globale, a partire da una rifondazione della stessa OMS, che finora è stata solo una dichiarazione di intenti e che è invece l'unico strumento per contrastare con successo le prossime ondate epidemiche.

In questa politica un ruolo fondamentale avrebbe la possibilità di produrre vaccini, sospendendo la validità dei brevetti e mettendo in condizione i diversi paesi di avere una propria capacità produttiva, attraverso il trasferimento di competenze e know-how. Credo che questa sia la lezione che i nostri decisori politici dovrebbero trarre da una tragedia, ancora non conclusa, che ha finora causato oltre 3 milioni e 700.000 decessi e 174 milioni di contagi nel mondo.

⁶ Olivier J Wouters et al. *Challenges in ensuring global access to COVID-19 vaccines: production, affordability, allocation, and deployment* www.thelancet.com Vol 397 March 13, 2021

⁷ Ulrich Beck: *La società globale del rischio*. Hoepli 2013

⁸ Jie Zhao et al. *The potential intermediate Hosts for Sars Cov 2* *Front. Microbiol.* 2020

LA PREVENZIONE PER IL TUMORE DEL SENO

Dott.ssa Enrica Moriconi

Specialista in Radiodiagnostica e Senologia

Casa di Cura Marco Polo - Viale Marco Polo, 41

Ospedale Israelitico - Roma



Persone foto creata da diana.grytsku - freepik.com

Il tumore del seno colpisce una donna su otto. In molti casi, però, si può prevenire o comunque diagnosticare in fasi molto precoci, grazie alle nuove tecnologie ed alla specializzazione dei medici senologi ed ai nuovi programmi di prevenzione di tale tumore.

INTRODUZIONE

Secondo le stime AIRTUM-AIOM-Fondazione AIOM (1) ogni anno in Italia vengono diagnosticati 55.500 nuovi casi (55.000 donne e 500 uomini) di tumore del seno. Con questi numeri, la neoplasia si presenta come la più frequente nel genere femminile in tutte le fasce di età. Grazie, però, ai continui progressi della medicina e agli screening per la diagnosi precoce, di tumore del seno oggi si muore meno che in passato, tanto che la mortalità fa segnare un calo del 2,2 per cento ogni anno.

FATTORI DI RISCHIO (2)

Sono stati identificati molti fattori di rischio per questo tumore, alcuni modificabili, come gli stili di vita, altri invece no, come l'età (la maggior parte di tumori del seno colpisce donne oltre i 50 anni) e fattori genetici e costituzionali.

Tra gli stili di vita dannosi si possono citare, per esempio, un'alimentazione povera di frutta e verdura e ricca di grassi animali, l'abitudine al fumo e una vita particolarmente sedentaria.

Ci sono inoltre alcuni fattori legati alla vita riproduttiva che possono influenzare il rischio di tumore del seno: un periodo fertile breve (prima mestruazione tardiva e menopausa precoce) e una gravidanza in giovane età sono protettive, così come l'allattamento al seno.

I fattori genetici sono ad oggi dovuti principalmente alle varianti genetiche dei geni BRCA1 e BRCA2.

QUALI CONTROLLI E QUANDO(3) LINEE GUIDA NEOPLASIA DELLA MAMMELLA AIOM 2019

La prevenzione del tumore del seno deve cominciare a partire dai 20 anni di età con controlli annuali del seno da uno specialista radiologo-senologo ed eventuale esame ecografico, affiancati alla mammografia annuale dopo i 40 anni che diventa l'esame più importante per la prevenzione del tumore al seno.

Nelle pazienti giovani è anche importante l'autopalpazione, che è un esame che ogni donna può effettuare comodamente a casa propria: permette di cogliere precocemente cambiamenti nelle mammelle.

L'esame si svolge in due fasi: l'osservazione permette di individuare mutazioni nella forma del seno o del capezzolo, la palpazione può far scoprire la presenza di piccoli noduli che prima non c'erano.

L'autopalpazione è un primo strumento di prevenzione del tumore del seno, ma da sola non può bastare e deve essere abbinata come detto prima, a partire dai 40/50 anni, o anche prima in caso di familiarità o alterazioni, a visite senologiche ed esami strumentali più precisi come ecografia o mammografia.

Per quanto riguarda la periodicità degli esami, tra i 20 e i 35 anni generalmente non sono previsti esami particolari, se non una visita annuale del seno ed un eventuale esame ecografico in situazioni particolari, per esempio in caso di familiarità o di scoperta di noduli.

La mammografia in questa fascia di età non è indicata a parte per alcuni casi particolari come per esempio nelle donne ad alto rischio (importante storia familiare di carcinoma mammario o presenza di mutazione di BRCA1 e/o BRCA-2).

Tra i 35 e i 50 anni le donne con casi di tumore del

La prevenzione per il tumore del seno

seno in famiglia dovrebbero cominciare a sottoporsi a mammografia, meglio se associata a ecografia vista la struttura ancora densa del seno.

Tra i 50 e i 69 anni il rischio di sviluppare un tumore del seno è piuttosto alto e di conseguenza alle donne in questa fascia di età è raccomandato un controllo mammografico annuale anche se si discute ancora sulla biennialità dell'esame mammografico e sulla indicazione alla mammografia per quanto riguarda le donne tra i 40 e i 49 anni e oltre i 70 anni.

ESAMI STRUMENTALI

Ad oggi il radiologo - senologo e le donne dispongono di esami strumentali all'avanguardia e soprattutto efficaci per la diagnosi del tumore al seno in fase molto precoce.

La mammografia, sia essa tradizionale o in 3D (TOMOSINTESI), risulta l'esame principale per la prevenzione del tumore al seno; affiancata, inoltre, dalla ecografia e dalla Risonanza Magnetica è in grado di diagnosticare tumori in fase iniziale con dimensioni inferiori anche ai 5 mm. (Figg. 1-2)

Ad oggi la diagnostica senologica si avvale delle tecnologie di interventistica senologica che vanno dal più semplice ago - aspirato alla biopsia percutanea sotto guida ecografica fino alla biopsia stereotassica vacuum-system o addirittura alla biopsia sotto guida RM. Queste tecniche permettono la caratterizzazione del tumore in fase precoce e consentono di condurre l'iter diagnostico e terapeutico mirato al tipo di patologia rilevata, evitando sovratrattamenti sia chirurgici che clinici.

STRUMENTAZIONE ALL'AVANGUARDIA

È fondamentale che la strumentazione dedicata allo studio della mammella sia di ultima generazione. Nell'ambito della diagnostica mammografica, oggi la mammografia convenzionale (2D) è spesso affiancata

dalla Tomosintesi (o Mammografia 3D) come detto sopra, una tecnica di esame che permette di studiare anche le mammelle con una struttura particolarmente densa e fibrosa (quindi pazienti più giovani), nelle quali lo studio con mammografia tradizionale presenta dei limiti diagnostici.

Anche l'apparecchiatura dei nuovi mammografi si è evoluta nel tempo per diminuire notevolmente la spiacevole sensazione di fastidio per la compressione della mammella necessaria durante l'acquisizione delle immagini mammografiche.

Per quanto riguarda la diagnostica ecografica i macchinari di ultima generazione consentono l'utilizzo di numerosi software dedicati allo studio del tessuto mammario e delle lesioni tumorali.

CONCLUSIONI

In fine possiamo concludere che ad oggi la prevenzione del tumore della mammella è molto efficace nel diagnosticare tumori in fase precoce e di permettere alle donne di sopravvivere se non di guarire da questa importante patologia.

Inoltre con le tecnologie moderne e la facilità di accesso a strutture sia convenzionate che private la donna è in grado di eseguire una corretta prevenzione in modo facile ed efficace.

Grazie inoltre ai medici specialisti nel settore della radiologia-senologica ed alla collaborazione con gli altri specialisti oncologi e chirurghi il tumore della mammella ad oggi risulta una delle patologie tumorali più curabili con una alta sopravvivenza ed una bassa mortalità.

BIBLIOGRAFIA

- 1) I numeri del Cancro in Italia 2020 - AIRTUM AIOM
- 2) Linee guida AIOM 2018
- 3) Linee Guida Neoplasia della Mammella AIOM 2018

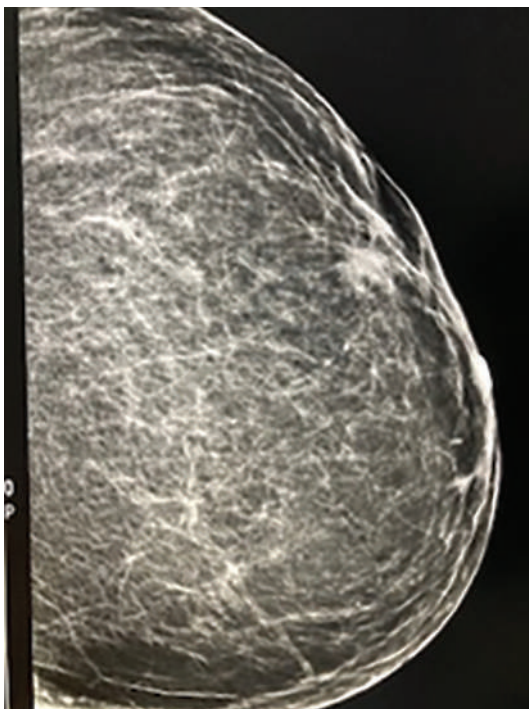


Fig. 1 Mammografia nodulo mammario



Fig. 2 Ecografia nodulo mammario

Il trattamento conservativo della sindrome del Tunnel Carpale e la neuro dinamica

Dott. Ft. OMT Gioele Di Bartolomeo

U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22

INTRODUZIONE

È sempre più forte il dibattito in medicina sull'aumento dei trattamenti chirurgici consigliati come primo e spesso unico approccio per la terapia di alcune patologie come la Sindrome del tunnel Carpale. L'obiettivo di questo breve articolo è di considerare l'efficacia della fisioterapia nel trattamento conservativo di questo intrappolamento del nervo mediano a livello del polso. Particolare attenzione sarà posta all'approccio della ancora poco considerata neurodinamica.

La sindrome del tunnel carpale (STC o CTS) è la più comune neuropatia da intrappolamento ed è dovuta ad un aumento di pressione all'interno del canale osteofibroso del carpo, la quale favorisce una ipovascolarizzazione del nervo mediano e porta ad una incapacità da parte del nervo stesso di scorrere all'interno del proprio canale. È stata descritta in letteratura chirurgica dalla metà del XIX secolo. Nel 1854, Sir James Paget è stato il primo a riferire la compressione del nervo mediano al polso in seguito a una frattura distale dell'epifisi radiale. In seguito, nel XX secolo sono stati descritti diversi casi di compressione del nervo mediano al di sotto del legamento trasverso del carpo. La patologia vera è propria è stata identificata dal medico Dr. George S. Phalen della clinica di Cleveland nel 1939. Già nel 1913, Marie e Foix pubblicarono la prima descrizione di un neuroma prossimale al legamento trasverso. Il primo trattamento chirurgico è attribuito a Galloway nel 1924. I sintomi comuni della STC sono dolore e/o parestesie nel territorio di distribuzione del nervo mediano (prime tre dita e metà radiale del quarto), sensazione di intorpidimento, formicolio a tutte le dita fino al quarto o in combina-

zione tra loro, atrofia dei muscoli dell'eminenza tenar della mano. La prevalenza di STC è stimata tra 4 e 5% della popolazione, in particolare tra i 40 e 60anni. Nel 2000 in Italia, i casi di STC rappresentavano da soli il 56% di tutti i casi di malattie muscolo scheletriche lavoro-correlate.

ANATOMIA

Per ottenere una migliore comprensione di questa sindrome da intrappolamento è necessario prima identificare gli elementi dell'anatomia del polso e del tunnel formato dalle ossa carpali. Il Carpo presenta sulla superficie palmare, una conformazione ossea concava ed è coperta dal "legamento trasverso del carpo". Il carpo forma così il pavimento e le pareti del tunnel carpale, con il legamento trasverso che fa da tetto. Questo legamento si fissa sul processo stiloideo dell'ulna, sul pisiforme e sull'uncinato, medialmente, e su radio, scafoide e trapezio lateralmente. Il tunnel carpale è attraversato sia da tendini muscolari del muscolo flessore superficiale delle dita, del muscolo flessore profondo delle dita e del muscolo flessore lungo del pollice, sia da vasi sanguigni e nervi. Il nervo mediano si trova in profondità sotto il retinacolo dei flessori (figura 1). Il nervo mediano è costituito da 94% di fibre sensoriali e fibre motorie e solo il 6% a livello del tunnel carpale. Tuttavia, la branca motoria presenta molte varianti anatomiche, che creano una grande variabilità della patologia in caso di CTS.

EZIOLOGIA

Numerosi studi hanno considerato come la causa della compressione del nervo mediano al tunnel carpale è il risultato di una discrepanza tra il volume del

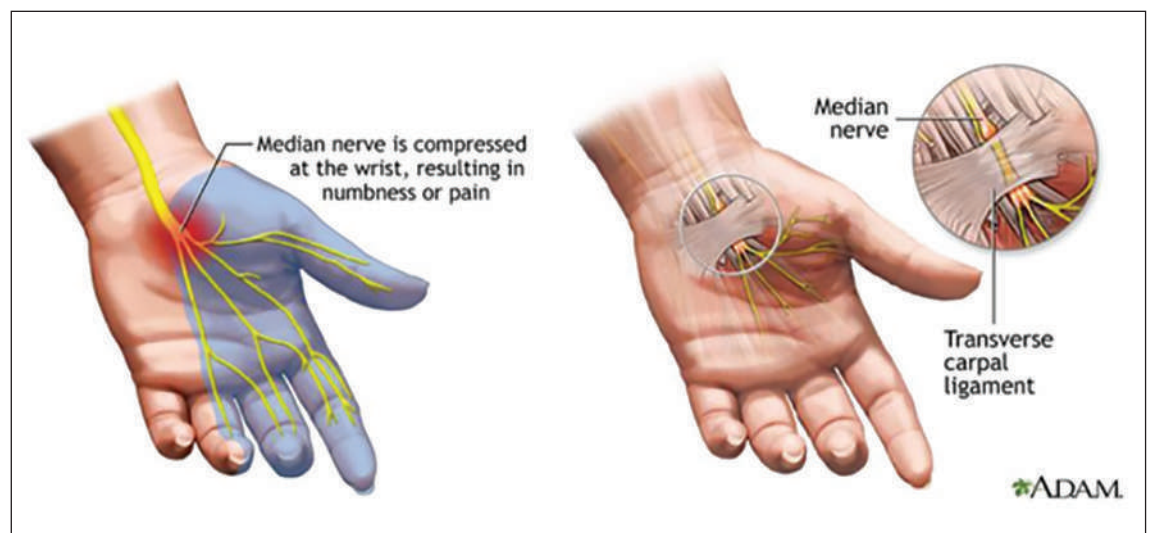


Fig. 1 La sindrome del Tunnel Carpale (fonte web)

Il trattamento conservativo della sindrome del Tunnel Carpale e la neuro dinamica

contenuto del canale e la sua dimensione relativa. I processi che possono causare diminuzione di volume o spazio all'interno del canale carpale comprendono:

- Processi meccanici ed infiammatori

tenosinovite dei tendini flessori, frattura di Colles, fratture o lussazioni del carpo e delle articolazioni carpometacarpali. Questi processi possono anche causare cicatrici e / o fibrosi post-traumatica all'interno del tunnel carpale.

- Processi infiammatori sistemici

l'artrite reumatoide, la gotta, pseudogotta, deposizione di amiloide, e processi infettivi granulomatosi. Tutti questi possono produrre una tenosinovite proliferativa con sinovia iperplastica.

- Processi oncologici

I tumori del nervo mediano (per esempio, neurinomi, fibromi, e amartomi), così come i tumori estrinseci al nervo mediano (ad esempio, gangli, lipomi, e emangiomi) occupano spazio e invadono il canale carpale.

Inoltre, i disturbi che producono un aumento volumetrico all'interno del tunnel carpale includono acromegalia, ipotiroidismo, gravidanza, diabete mellito, e lupus eritematoso. Gli aumenti volumetrici sono stati notati nelle donne in postmenopausa. Questi processi sistemici possono aumentare la ritenzione di liquidi extracapsulare e produrre tumefazione dei tessuti molli. La sindrome del tunnel carpale può quindi essere prodotta da compressione o gonfiore del nervo mediano nella sua guaina sinoviale. Sia l'ecografia che la risonanza magnetica per immagini confermano ridotto movimento nervoso in pazienti con dolore al braccio non specifico.

DIAGNOSI

La diagnosi di CTS può essere piuttosto difficile a causa della grande variabilità della sintomatologia e la presenza sia di falsi positivi che di falsi negativi dei vari test diagnostici clinici e non clinici utilizzati. La presentazione clinica di solito è associata ad intorpidimento e formicolio nella distribuzione mediana della mano (I,II,III dito e parte del IV). Talvolta i sintomi sono presenti solo in un dito mentre in altri casi il paziente lamenta dolore in tutta la mano. Nei casi cronici i sintomi sono presenti al di sopra del tunnel carpale e possono raggiungere la regione cervicale. L'esame obiettivo per CTS può rivelare risultati relativi alla diminuzione sensibilità, risposta anomala ai test di provocazione e / o diminuzioni della forza. I test di provocazione possono includere Phalen di, Tinel e possono essere facilmente somministrati dal personale medico. Ulteriori test di provocazione possono includere diverse prove di trazione neurali per il nervo mediano. Molto usati nella routine diagnostica sono gli studi elettrodiagnostici che, in caso di CTS mostrano reperti elettrofisiologici con un ritardo nella velocità di conduzione di una componente sensoriale o motoria del nervo mediano o anche di entrambi i componenti rispetto ai dati normali di nervi non coinvolti dello stesso paziente. Gli studi elettromiografici dei muscoli tenar possono aiutare nella quantificazione della gravità della condizione.

TRATTAMENTO

Con molta frequenza, i pazienti che mostrano sintomi moderati o gravi di lunga durata di CTS, in particolare quando la debolezza muscolare e atrofia sono presenti, subiscono trattamento chirurgico. L'intervento chirurgico, la cosiddetta "Carpal tunnel release" (cioè la sezione del legamento) porta una riduzione immediata e duratura della pressione del canale aumentando lo spazio e riducendo quindi la sintomatologia dolorosa e sensoriale. Quest'ultima rappresenta la scelta di elezione per quei pazienti che hanno una problematica estremamente grave. Tuttavia, nelle problematiche non così gravi è consigliato valutare un trattamento conservativo, che comprende una svariata serie di applicazioni fisioterapiche e non. Viene offerto a quei pazienti che hanno sintomi da meno tempo e con meno intensità. Tra le principali metodiche di approccio conservativo ritroviamo in letteratura l'uso di:

- Correzioni ergonomiche e modificazioni delle attività quotidiane
 - Terapia fisica, come onde d'urto e HPL (laser ad alta potenza) che nella pratica clinica hanno mostrato un'ottima efficacia nel trattamento del CTS, ultrasuonoterapia, laserterapia, magnetoterapia
 - Terapia farmacologiche ed ortopediche, come iniezione di corticosteroidi, assunzione di antinfiammatori per via orale, assunzione di vitamine, tutori (splint) più o meno rigidi
 - Terapia Manuale e Fisioterapia, esercizi, manipolazioni, mobilizzazioni articolari e neurodinamica.
- Quest'ultima, ancora ingiustamente poco considerata tra i trattamenti primari.

Considerando l'assenza di controindicazioni e la possibilità del paziente di essere parte attiva nella terapia, la neurodinamica può essere considerata di grande aiuto per affrontare in prima linea la sindrome del Tunnel Carpale.

NEURODINAMICA

Il termine neurodinamica è stato suggerito da Shacklock nel 1995 per facilitare l'inserimento della fisiologia, fisiopatologia e "patomeccanica" nel trattamento meccanico del sistema nervoso. L'idea di applicare un trattamento meccanico al tessuto neurale non è nuova. Principi di "stretching dei nervi" esistono sin dalla fine del 1800 e nel tempo sono diventati più raffinati, sia nella teoria che nell'applicazione clinica. Il ragionamento dei ricercatori clinici è che intrappolamenti e compressioni in diverse parti del sistema nervoso provocano una tensione meccanica del sistema nervoso colpendo la sua mobilità generale e capacità di trasmettere tensione.

Per neurodinamica quindi, si intende lo studio della meccanica, della fisiologia del sistema nervoso e il loro rapporto. Il concetto di base prevede che il normale stato meccanico e fisiologico del sistema nervoso permetterà movimenti e posture senza dolore. In uno stato patologico invece, i cambiamenti patomeccanici e fisiopatologici indurranno in uno stato di patodinamica per il sistema nervoso. Dal momento che i nervi sono strutture viscoelastiche, possono rispondere alle procedure e alle tecniche di mobilizzazione

simili a quelle usate per il sistema muscolo-scheletrico. Questo ha lo scopo di correggere queste tensioni neurali anomali e ripristinare il corretto movimento del tessuto neurale. Ciò porterà quindi ad uno stato libero dal dolore con conseguente miglioramento del livello di capacità funzionale del paziente.

NEURODINAMICA CTS

Test diagnostici

Quando vi è evidenza di un intrappolamento del nervo mediano al polso vi è un test neuro dinamico positivo, questi test utilizzano movimenti degli arti e/o del tronco, con lo scopo di mobilizzare il più selettivamente possibile il Sistema Nervoso stesso. Ogni cambiamento nei sintomi durante l'applicazione di un test di tensione può indicare un meccanismo patologico di origine neurale.

Le principali informazioni che si ricercano durante tali test sono relative alla risposta sintomatica.

Test neuro dinamico per intrappolamento del nervo mediano:

The Upper Limb Neurodynamic Test 1 (ULNT1)

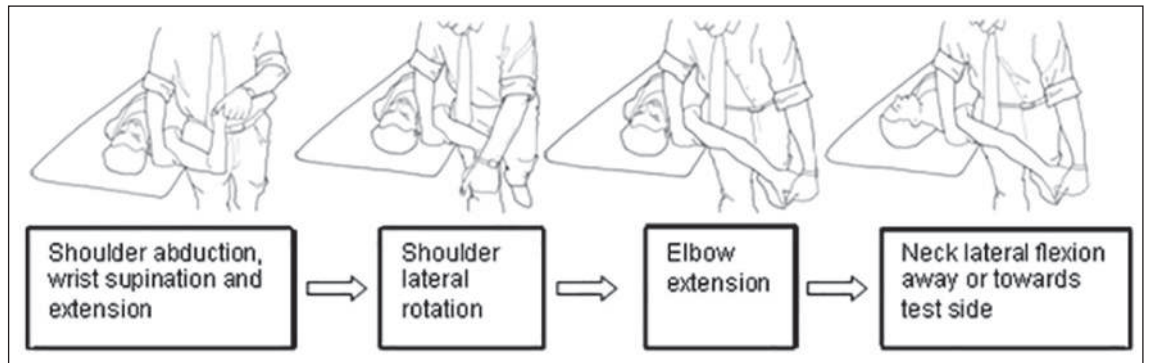


Fig. 2 Il Test ULNT1, fonte "Butler DS 2000 The Sensitive Nervous System, Noigroup, Adelaide"



Foto di andreas160578 da Pixabay

I test neurodinamici (Figura 2) si possono considerare positivi se riproducono i sintomi o sintomi associati, se c'è differente risposta tra l'arto destro e l'arto sinistro, e infine se la sintomatologia si modifica aumentando o diminuendo a distanza la tensione del sistema nervoso (la cosiddetta "differenziazione strutturale"). Secondo Shacklock, la riproduzione dei sintomi clinici del paziente e la differenziazione strutturale positiva sono segni di una risposta anomala, quindi possono essere applicate le tecniche di neurodinamica.¹

Tecniche di neurodinamica

Queste tecniche comprendono neuromobilizzazioni cioè movimenti ripetitivi del segmento che produce i sintomi così come combinazione di movimenti nei segmenti distali e prossimali. Secondo l'esperienza di alcuni autori, nelle prime sedute tutte le posizioni di trattamento di neuromobilizzazione dovrebbero avvenire in totale passività da parte del paziente. Pertanto, al terapeuta può essere necessario l'aiuto di un assistente per facilitare il movimento della testa per la mobilizzazione della componente prossimale del nervo. Andando avanti con il trattamento verranno aggiunti gradualmente dei movimenti attivi.

I feed-back dei pazienti inizialmente possono inclu-

Il trattamento conservativo della sindrome del Tunnel Carpale e la neuro dinamica



Foto dal web

dere, una sensazione di "allungamento", tensione dei tessuti, intorpidimento, leggero aumento dei sintomi di dolore durante la tecnica. Tali sintomi sono generalmente si riducono o scompaiono immediatamente al termine della procedura.

È molto importante educare il paziente a tecniche di auto-mobilizzazione per il nervo mediano che potrà effettuare nel proprio domicilio. La sequenza dei movimenti per gli esercizi domiciliari è lo stesso precedentemente descritto con l'eccezione che l'estensione del polso è facilitata posizionando il polso contro la parete.

CONCLUSIONI

Dalla revisione della letteratura degli ultimi dieci anni si è potuto evidenziare come trattamenti di neurodinamica hanno dimostrato nel tempo una soddisfacente riduzione della sintomatologia dolorosa. Sebbene esso non possa essere ancora considerato come trattamento unico della sindrome del tunnel carpale, nella pratica clinica si è dimostrato un valido strumento nelle mani del fisioterapista. La neurodinamica permette al paziente di essere parte attiva nella terapia aumentando così la sua compliance e la risposta al trattamento stesso. Mentre la chirurgia rimarrà sempre a paracadute delle situazioni più gravi, un buon trattamento integrato di terapia fisica e neurodinamica può essere considerata dai Fisiatri la prima linea nella guerra alla sindrome del tunnel carpale.

BIBLIOGRAFIA

1. Shacklock MO. Clinical Neurodynamics: A New System of Musculoskeletal Treatment. Reprinted. Elsevier Butterworth-Heinemann; 2007.
2. A manual therapy intervention improves symptoms in patients with carpal tunnel syndrome: a pilot study. Medline. Maddali Bongi S, Signorini M, Bassetti M, Del Rosso A, Orlandi M, De Scisciolo G. (2012)
3. Can we use nerve gliding exercises in women with carpal tunnel syndrome? Medline. Pinar L, Enhos A, Ada S, Güngör N. (2005)
4. Comparison of a targeted and general massage protocol on strength, function, and symptoms associated with carpal tunnel syndrome: a randomized pilot study. Medline. Moraska A, Chandler C, Edmiston-Schaetzel A, Franklin G, Calenda EL, Enebo B. (2007)
5. Effect of splinting and exercise on intraneural edema of the median nerve in carpal tunnel syndrome--an MRI study to reveal therapeutic mechanisms. Medline. Schmid AB, Elliott JM, Strudwick MW, Little M, Coppieters MW. (2012)
6. Evaluation of the clinical efficacy of conservative treatment in the management of carpal tunnel syndrome. Medline. Bardak AN, Alp M, Erhan B, Paker N, Kaya B, Onal AE. (2009)
7. Heightened pain sensitivity in individuals with signs and symptoms of carpal tunnel syndrome and the relationship to clinical outcomes following a manual therapy intervention. Medline. Bialosky JE, Bishop MD, Robinson ME, Price DD, George SZ. (2011)
8. Massage therapy as an effective treatment for carpal tunnel syndrome. Medline. Elliott R, Burkett B. (2013)
9. Reliability and efficacy of the new massage technique on the treatment in the patients with carpal tunnel syndrome. Medline. Madenci E, Altindag O, Koca I, Yilmaz M, Gur A. (2011)
10. Response of pain intensity to soft tissue mobilization and neurodynamic technique: a series of 18 patients with chronic carpal tunnel syndrome. Medline. De-la-Llave-Rincon AI, Ortega-Santiago R, Ambite-Quesada S, Gil-Crujera A, Puenteadura EJ, Valenza MC, Fernández-de-las-Peñas C. (2012)
11. The effects of neural mobilization in addition to standard care in persons with carpal tunnel syndrome from a community hospital. Medline. Heebner ML, Roddey TS. (2007)

$P=p-i$: COME MIGLIORARE SE STESSI



Dott.ssa Rita Reali

Pedagogista - Mental Coach in Mindset e Sport
Specializzata in PNL a livello Internazionale
rita.reali@yahoo.it



Design foto creata da kjpargeter - freepik.com

Liberare il potenziale delle persone per massimizzare la loro performance, aiutarle ad apprendere senza doverle "istruire", guidarle verso la consapevolezza dei propri potenziali: questo è il ruolo del Mental Coach. I primi programmi di Coaching nascono in America nel 1974 con Tim Gallwey, allenatore di tennis. Gallwey scrisse un libro, "The Inner Game" dove, parlando della sua esperienza di allenatore, si incentrò sulla gestione del dialogo interno (convinzioni limitanti, insicurezza, perdita di concentrazione) spesso caratterizzato da consigli, giudizi, paura di fallire. È un dialogo che per lo più rimprovera e raramente elogia. Il metodo da lui adottato, nella preparazione mentale per i suoi atleti, fu poi ripreso e utilizzato nel business e nel life Coach.

Da quegli anni, l'allenamento mentale (il *mental training*) è entrato a far parte nella preparazione di manager di grandi aziende statunitensi.

Chi si avvicina a questa disciplina viene subito a contatto con le teorie di Bill Campbell che, con il suo metodo, ha contribuito a sostenere il percorso di creazione e di crescita delle più grandi industrie che operano nella Silicon Valley, come Google e Apple. Laureato in Pedagogia e allenatore di football, Campbell è stato il mentore di "visionari" come Steve Jobs, Larry Page ed Eric Schmidt.

Tornando al ruolo del Mental Coach e alla sua attività, questi instaura un rapporto di fiducia con il Coachee (cliente) creando una sorta di partnership, attraverso la comunicazione e domande di specificità, utilizzando strumenti precisi verso il raggiungimento della crescita personale. L'obiettivo è rimuovere tutte quel-

le convinzioni limitanti che, diventate vere e proprie gabbie mentali, sono un ostacolo nella gestione delle emozioni, momento fondamentale per costruire e raggiungere obiettivi ben definiti.

Fare coaching è risvegliare il potenziale umano nella vita personale, professionale e sportiva

Questa figura professionale si sta affermando sempre più anche nel nostro Paese, con maggior entusiasmo nel nord Italia.

Inserire questa figura professionale nell'ambito educativo è poi fondamentale: aiutare i ragazzi già nell'età scolare a formare un *growthmindset*, cioè spostare il focus sull'apprendimento e non solo sulla performance, li aiuterebbe ad avere una conoscenza e consapevolezza di sé stessi e dell'altro evitando spiacevoli episodi, come ad esempio il bullismo.

Introdurre il coaching nell'ambito lavorativo, poi, aiuterebbe i team a collaborare per uno stesso obiettivo, migliorando i rapporti tra colleghi e tra questi e il livello dirigenziale, contribuendo a quel clima che è elemento fondamentale per conseguire obiettivi aziendali, tra cui l'aumento del fatturato.

Aver un Mental Coach nel mondo dello sport, infine, sia negli sport singoli sia in quelli di squadra aiuta a raggiungere il massimo della performance sportiva

C'è una formula che guida il lavoro del Mental Coach e che viene applicata in ogni ambito, personale, lavorativo e sportivo

$$P = p - i$$

Performance = potenziale - interferenze

IL DOTTORE PARLA DIFFICILE

Dott. Emilio Masina

Psicoanalista Associazione Italiana di Psicoanalisi e I.P.A.
Psicoterapeuta dell'infanzia, dell'adolescenza e della coppia



Il compianto psicoanalista Franco Fornari, di cui quest'anno ricorre il centenario della nascita, scriveva che i medici spesso propongono ai pazienti di rappresentarsi la malattia come una parte "cattiva" di sé che sta contaminando una parte "buona" e che, pertanto, deve essere estirpata, per restituire all'organismo malato la sua integrità. Questa proposta, secondo l'autore, è problematica perché induce il paziente a considerare la malattia come qualcosa di persecutorio e di altro da sé e lo spinge ad aggredirla, invece che a comprenderla e a curarla. In alcuni casi, questa concezione si rivela più corrispondente alla realtà - ciò avviene, ad esempio, quando c'è un batterio o un virus nocivo che va eliminato - ma in altri casi non vi corrisponde assolutamente: per esempio quando il paziente soffre per un disagio o una malattia mentale, oppure per uno stato di alterazione progressiva degli organi, dovuto alla vecchiaia. Provate a pensare a un medico che dica: "Tu hai la schizofrenia", oppure "Tu hai la vecchiaia" (io ne conosco qualcuno!). Come sappiamo, il disagio mentale non è il frutto di un batterio che si è infilato nell'organismo bensì di un processo complesso in cui concorrono aspetti biologici, psicologici, relazionali e sociali; allo stesso modo, non si ha la vecchiaia, si è vecchi!

Quando la malattia viene rappresentata solamente da una diagnosi il paziente si trova sollecitato a delegare totalmente al medico, supposto sapere, la presa in carico del suo problema. Ciò, magari, lo rassicura, ma produce, come effetto collaterale, l'espropriazione della sua possibilità di comprendere la malattia che lo affligge e di prendersene cura, insieme con il medico, motivandosi alla guarigione e collaborando nel seguire la cura che gli viene somministrata; cosa che non sempre avviene. Possiamo dire che la malattia, oppure uno stato di disagio psicologico, è una cosa terza di cui il sanitario e il paziente dovrebbero parlare per capirne insieme la natura e pensare ai provvedimenti da prendere. Si tratta, in definitiva, di pensare la persona non come un corpo che si è ammalato ma come un organismo complesso che deve essere preso in cura nella sua globalità. Ciò vuol dire che il medico, e il sistema di cura nel quale è inserito, devono stabilire con il paziente una relazione che non è organizzata solo dalla diagnosi sul corpo malato ma anche dall'accoglienza dei bisogni della persona che chiede il loro intervento e, quindi, anche della sua posizione di cliente.

Cosa succede, invece, quando il paziente accede al sistema sanitario, per esempio all'ospedale? Quando va bene, cioè quando il personale sanitario, soprattutto negli ospedali cattolici, è stato formato

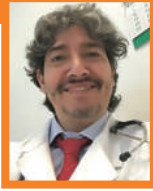
secondo i principi di un'umanizzazione dell'assistenza, viene trattato con gentilezza e rispetto. Mentre quando va male, nella maggior parte dei casi, il paziente si sente trattato come un numero, come una rotella dell'ingranaggio: è sottoposto a lunghi tempi di attesa e tenuto all'oscuro di quanto gli accadrà. Insomma, non sa se, come quando e perché sarà preso in carico. Sembra, infatti, che fra medici ed infermieri vi sia il tabù di informare i loro pazienti. I medici, soprattutto, non parlano, se non all'ultimo momento e quando parlano si limitano a offrire una diagnosi, usando una terminologia derivante dal greco che i pazienti, di solito, non sono in grado di capire. L'implicito emozionale che sorregge il silenzio è che il medico sia colui che tutto può, cioè che sia onnipotente; perché quando comincia a parlare con il paziente svela i suoi dubbi e che qualcosa sa e qualcos'altro no.

Insomma, il silenzio, a volte, può essere rassicurante sia per il medico, che conserva intatto il suo potere sul paziente e può disporre di quest'ultimo senza fare alcuna fatica per entrarvi in relazione, sia per il paziente, che vuole delegare al medico il potere della cura e vuole uscire dal suo stato di sofferenza il più velocemente possibile. Tuttavia, questa situazione è in rapido cambiamento perché la figura del medico nel nostro claudicante sistema sanitario è sempre meno idealizzata e il paziente è diffidente e sempre meno disposto a rimanere passivo. Non sorprende, dunque, che fioriscano le cause contro medici e istituzioni sanitarie e, sull'altro versante, si faccia sempre più ricorso a una medicina difensiva.

La situazione si è fatta sempre più grave con l'arrivo del coronavirus. Nonostante molti medici e infermieri si prodighino eroicamente nell'assistenza ai malati, la distanza di questi ultimi dalle loro famiglie rende ancora più angosciata l'assenza o la scarsità di notizie.

Cosa fare allora? Più che formare il personale secondo i valori dell'umanità e della gentilezza bisognerebbe che le direzioni sanitarie mettessero mano a una formazione sull'orientamento al cliente, condotta da psicologi esperti, che aiuti medici e infermieri a relazionarsi con la clientela con procedure meno asettiche, distanti e impersonali, mirate al coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari nel percorso di cura. E provvedere al sostegno psicologico delle équipe mediche e paramediche che, in splendida solitudine, affrontano situazioni altamente angosciose e traumatiche, per far fronte all'inevitabile burn-out. Chi si propone di curare gli altri, direbbero gli antichi greci, deve avere l'anima e il corpo nelle migliori condizioni.

II REFLUSSO GASTROESOFAGEO



Dott. Mauro Di Camillo Ph D

Specialista in gastroenterologia ed endoscopia digestiva

E-mail: msdicamillo@hotmail.com

U.S.I. Lido di Ostia (Villa del Lido) - Viale del Lido, 3

U.S.I. Eur -Serafico - Via P. di Dono, 9

U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22

INTRODUZIONE

Per reflusso gastroesofageo (RGE) si intende quella condizione molto comune per cui una parte del contenuto dello stomaco risale in esofago. Una piccola quota di reflusso, liquido e gassoso, lo si può avere anche in condizioni normali, soprattutto dopo i pasti. Si tratta di un reflusso poco acido, breve, e poco avvertito proprio in quanto poco acido. Quando, al contrario, il fenomeno diventa più frequente o si accompagna a sintomi, allora si hanno disturbi e si parla di "malattia da reflusso gastroesofageo" (GERD) (FIGURA N. 1).

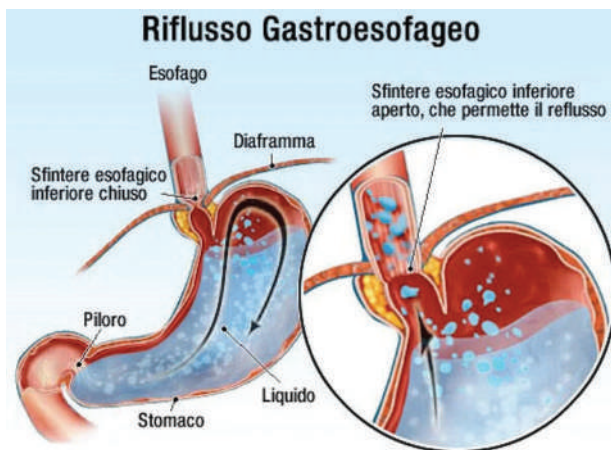


Fig. 1

CHI COLPISCE

Il RGE nel nostro Paese colpisce 1 persona su 3, nel mondo occidentale incide sul 40% della popolazione. La probabilità di comparsa del reflusso aumenta con l'aumentare dell'età (oltre i 40 anni) mentre in particolari situazioni rappresenta una evenienza spesso transitoria ma molto frequente come nelle donne in gravidanza o nei neonati.

CAUSE

La patogenesi è multifattoriale e possiamo distinguere:

- fattori esofagei

- Rilasciamenti transitori dello sfintere esofageo inferiore (LES)
- Ipotonia del LES
- Ridotta clearance esofagea
- Diminuita resistenza della mucosa esofagea all'acido

- fattori non esofagei

- ritardato svuotamento gastrico
- incoordinazione motoria gastro-duodenale
- discinesia colecistica
- problematiche del rachide cervicale

SINTOMI

I sintomi si possono distinguere nei più frequenti e tipici come bruciore e rigurgito acido ed in quelli meno frequenti o atipici comunemente di tipo respiratorio (2)

Reflusso Gastroesofageo

TIPICI

- 1. BRUCIORE DI STOMACO O DOLORE ALLA BOCCA DELLO STOMACO: **PIROSI**
- 2. INTERMITTENTE E IRRADIATO AL COLLO, LUNGO LO STERNO SIMULANDO UN DOLORE CARDIACO
- 3. DI SOLITO DOPO I PASTI
- 4. QUANDO IL PAZIENTE SI SDRAIA, SI PIEGA IN AVANTI

Reflusso Gastroesofageo

ATIPICI:

1. **ODINOFAGIA:** SVEGLIARSI CON IL MAL DI GOLA, SENZA CAUSA APPARENTE
2. **SINTOMI RESPIRATORI:** ASMA, BRONCHITE CRONICA, BRONCOPOLMONITI RICORRENTI CIRCA L'80% DEI PAZIENTI CON ASMA NON ALLERGICO SOFFRE ANCHE DI REFLUSSO GASTROESOFAGEO.
3. **SINTOMI ORL:** LARINGITI, RAUCEDINE, ALITOSI



COMPLICANZE

Il passaggio continuo di questo liquido in esofago può provocare un danno alla mucosa che si esprime con delle erosioni, ulcere, sanguinamento (con conseguente anemizzazione) o con complicanze più gravi come la stenosi (restringimento del lume) o l'esofago di Barrett (condizione pre-cancerosa).

Esofagite

L'esofagite rappresenta la complicanza tipica del GERD e la sua gravità viene definita sulla base della classificazione di Los Angeles (FIGURA N. 2- 3) universalmente riconosciuta, che prevede 4 stadi di severità: **Grado A** presenza di una o più lesioni <5 mm, a livello delle pliche mucose

Grado B almeno una lesione mucosa, >5 mm, localizzata nelle pliche mucose, ma senza continuità tra gli apici di due pliche mucose.

Grado C almeno una lesione mucosa continua tra gli apici di due o più pliche, ma non circonferenziale

Grado D lesioni mucose estese fino a coinvolgere almeno il 75% della circonferenza esofagea

La diagnosi della malattia da reflusso è prevalentemente clinica basandosi sulla presenza dei sintomi tipici (pirosi e/o rigurgito) o sospettandola dai sintomi atipici. Sono disponibili comunque alcuni esami specifici per la diagnosi di RGE che il medico specialista indicherà per la conferma della diagnosi o per lo studio delle complicanze.

L'esofago-gastro-duodenoscopia: l'esplorazione endoscopica ci consente di valutare lo stato della mucosa esofagea (erosioni, ulcere) ed eventuali complicanze. Le biopsie possono essere utili per definire le caratteristiche di lesioni sospette, ma anche per escludere altre forme di malattia esofagea (ad esempio la esofagite eosinofila).

La pH-impedenzometria esofagea/24 ore (pH-IM 24): valuta in modo dinamico nelle 24 ore sia la composizione (acida e non acida) che la natura dell'RGE (gassoso, liquido, misto). È una nuova metodica che ha progressivamente sostituito la pH-metria esofagea/24 ore, nella diagnostica del reflusso, divenendone il nuovo gold standard per la correlazione tra reflusso e sintomatologia, e l'estensione del refluito in esofago prossimale (3)

LA TERAPIA

La prima "terapia" è la corretta alimentazione e un adeguato stile di vita che, in caso di un reflusso di lieve entità, possono di per sé essere sufficienti. Mentre nei casi più gravi della malattia, oltre che le regole alimentari, solo un'adeguata terapia anti-secreviva può consentire un efficace controllo dei sintomi e la cura delle lesioni. Ad ogni modo, le norme alimentari costituiscono delle regole che il paziente dovrebbe seguire (TABELLA N. 1).

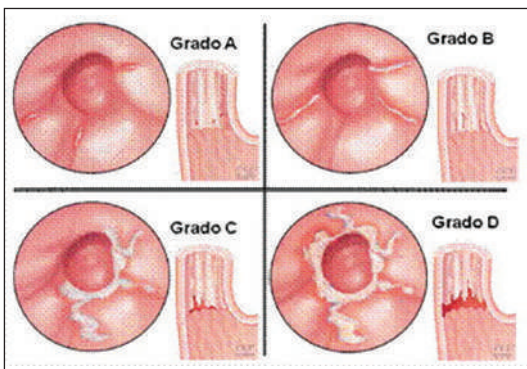


Fig. 2

I FARMACI

L'obiettivo primario della terapia medica del GERD è il pieno controllo dei sintomi, (pirosi con o senza rigurgito) accompagnato dal miglioramento della qualità di vita del paziente. Per contrastare il RGE oggi abbiamo disponibili dei farmaci particolarmente efficaci in grado di ridurre la secrezione acida da parte dello stomaco. Gli inibitori di pompa protonica (PPI) sono i farmaci più utilizzati in quanto in grado di ridurre la quantità di acido gastrico disponibile per il reflusso nell'esofago, alleviando i sintomi e permettendo la guarigione delle lesioni esofagee, qualora presenti (3)

TERAPIA CHIRURGICA

La chirurgia attualmente viene eseguita con tecnica laparoscopica e limitata a casi molto selezionati.

L'intervento in mani esperte, è l'unica metodica in grado di assicurare la guarigione della malattia in oltre il 95 % dei pazienti a vita.

L'intervento è la funduplicatio sec. Nissen ed ha lo scopo di ripristinare il meccanismo di contenzione della barriera antireflusso, impedendo la risalita dell'acido in esofago confezionando un manicotto ad alta pressione costituito dalla plicatura del fondo gastrico alla porzione esofagea inferiore.

BIBLIOGRAFIA

1. Poelmans J, Tack J. Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease. Gut 2005;54: 1492-1499.
2. Franzen T, Tibbling TL. Reliability of 24-hours esophageal pH-monitoring under standard conditions. Scand J of Gastroentrol 2002;37:1127-1133
3. K.P.J. treatment versus management of gastroesophageal reflux disease. Am J Gastroenterol 2018-20; 1197-11.



Tab. 1



Fig. 3

TUMORI TESTICOLARI

Epidemiologia e fattori di rischio

Dott. Marco Marasco

Specialista in Endocrinologia e Malattie Metaboliche

U.S.I. Piazza Bologna - Via G. Squarcialupo, 17/b

L'incidenza dei tumori testicolari ha un andamento trimodale: un picco in età infantile (1/100.000 nei maschi sotto i 15 anni), uno in età giovane-adulta (11/100.000 tra i 15 e i 29 anni) ed un picco nell'anziano (1/100.000 all'età di 70 anni). In Italia è pari a 2.382 casi annui^[1], con un picco nella fascia di età tra i 15 ed i 39 anni. L'incidenza nelle ultime decadi si è dimostrata in aumento, ma quasi di pari passo, si è osservata anche una rilevante riduzione della mortalità^[2].

Vengono considerati fattori di rischio^[3] criptorchidismo, familiarità, pregresso tumore testicolare controlaterale, microlitiasi testicolare, oltre a fattori ambientali e ad abitudini voluttuarie (alimentazione, fumo di sigaretta) Il *criptorchidismo*, ovvero la mancata discesa di uno o di entrambi i testicoli nella borsa scrotale, è probabilmente il fattore di rischio più noto, con un aumento del rischio di insorgenza di tumore stimato tra le quattro e le otto volte, nel testicolo ritenuto. È stato ipotizzato che la mancata discesa testicolare e la tumorigenesi siano due manifestazioni della stessa patologia. Una *suscettibilità ereditaria* per lo sviluppo di neoplasia testicolare è stata osservata in diversi casi familiari con un rischio di insorgenza aumentato fino a 4 volte in caso di padre affetto dalla stessa patologia o perfino incrementato di 8 volte in caso di fratello affetto. Una *pregressa neoplasia testicolare* può essere considerata come un ulteriore fattore di rischio, in quanto viene osservato un aumento di insorgenza di neoplasie testicolari nel testicolo controlaterale. Tale aumento risulta massimo nei cinque anni successivi alla prima diagnosi; inoltre, l'età di insorgenza della prima neoplasia sembra modulare la crescita del rischio, che è maggiore per tumori insorti prima dei 30 anni di età. La presenza di minute aree ipercogene "a cielo stellato" nel parenchima testicolare, condizione nota come *microlitiasi*^[4], è stata anch'essa associata ad aumentata incidenza di neoplasia. L'etiologia di questa condizione non è nota, ma è stata riscontrata con una prevalenza dello 0.5-6.7% nella popolazione generale. Tuttavia, non tutti gli studi concordano su questo aspetto.

Sharpe and Skakkebaek^[5] hanno identificato la *Sindrome di Disgenesia Testicolare*, determinata da una suscettibilità genetica all'azione di estrogeni ambientali, i cosiddetti endocrine disruptors o interferenti endocrini. Tale condizione si manifesta nelle fasi iniziali dello sviluppo fetale, durante la formazione del tratto riproduttivo maschile e può indurre criptorchidismo, ipospadia e tumore testicolare. L'esposizione ad estrogeni ambientali, in questa fase di sviluppo, altera la differenziazione spermatogonica portando alla formazione di cellule che dopo la nascita possono trasformarsi in maligne ed evolvere in carcinoma in situ. Queste cellule rimangono quiescenti durante

l'infanzia, ma alla pubertà, in seguito a stimoli endocrini, possono cominciare a replicarsi e diffondere nei tubuli seminiferi.

CLASSIFICAZIONE ISTOLOGICA

Dal punto di vista anatomo-patologico le neoplasie testicolari possono essere suddivise in due gruppi principali: tumori delle cellule germinali, che rappresentano circa il 90-95% dei casi, e tumori della linea non germinale^[6]. La maggior parte delle neoplasie germinali sono molto aggressive e presentano una rapida e diffusa disseminazione metastatica anche se, con le terapie attualmente disponibili, possono essere trattate.

I tumori a cellule germinali del testicolo sono classificati sulla base della presenza di uno solo o di più tipi istologici. Quelli che presentano un unico tipo istologico costituiscono circa il 40% dei casi; nel restante 60% si osserva una commistione di due o più tipi istologici (tumori misti).

I tumori a cellule germinali del testicolo originano da un precursore comune, *Intra Tubular Germ Cell Neoplasia*. Tale condizione si associa ad una probabilità del 50% che il testicolo sviluppi un tumore invasivo entro 5 anni. Le cellule germinali neoplastiche possono seguire la linea differenziativa gonadica portando allo sviluppo del *seminoma*, oppure possono trasformarsi in una popolazione di cellule totipotenti che può rimanere anaplastica, formando quindi il *carcinoma embrionario*, oppure differenziarsi in una linea extraembrionaria determinando la formazione di *tumori del sacco vitellino* o di *coriocarcinomi*. Il *teratoma*, invece, deriva dalla differenziazione delle cellule embrionarie carcinomatose lungo la linea dei tre foglietti embrionali.

Le cellule germinali neoplastiche del testicolo possono secernere ormoni polipeptidici e alcuni enzimi, dosabili nel sangue, acquisendo il ruolo di marcatori biologici. Tra questi rientrano l' α -fetoproteina (AFP), la gonadotropina corionica umana (HCG), la fosfatasi alcalina placentare, l'ormone lattogeno placentare e la lattico-deidrogenasi (LDH).

I tumori germinali possono avere anche un'origine extragonadica, principalmente nel mediastino, nel retroperitoneo e nella regione pineale-sovrassellare. Tali localizzazioni derivano, verosimilmente, dalla migrazione aberrante di cellule germinali, nelle prime fasi dell'embriogenesi, o, in alternativa, da alcune cellule staminali precursori comuni delle cellule germinali, delle cellule del timo e dei pinealociti.

I tumori non germinali comprendono i tumori dello stroma e dei cordoni sessuali, come i tumori a cellule

di Leydig e il tumore a cellule di Sertoli. Sono generalmente benigni, alcuni dei quali capaci di produrre ed immettere in circolo ormoni steroidei. Dallo stroma connettivo-vascolare possono svilupparsi, raramente, tumori, generalmente benigni, tra cui angiomi, leiomiomi, neurofibromi, che non si diversificano dagli omonimi tumori di altre sedi. Si possono osservare, in casi rari, tumori della rete testis, adenomi o adenocarcinomi. Il testicolo, inoltre, può essere sede di tumori rari degli annessi e dello stroma, (mesoteliomi della vaginale, rabdo- o leiomiiosarcomi), di linfoma non Hodgkin, o occasionalmente, di tumori metastatici derivanti da carcinomi prostatici o polmonari.

DIAGNOSI

La diagnosi di una neoplasia testicolare si basa generalmente sul riscontro durante l'esame obiettivo andrologico o all'autopalpazione di una massa testicolare palpabile unilaterale, non dolente, di consistenza duro-ligneo. Nella pratica clinica è essenziale un attento esame obiettivo generale al fine di evidenziare linfonodi aumentati di volume o masse addominali. Il dolore (scrotale, lombare o ai fianchi) è un sintomo non frequente nelle neoplasie di piccole dimensioni (circa 1/10 dei casi) e pone il sospetto di patologia disseminata. Una piccola percentuale di pazienti, soprattutto in caso di tumori non seminomatosi, può presentare ginecomastia. L'esame di conferma è l'ecografia testicolare che viene raccomandata anche in caso di tumore clinicamente evidente. Tale esame è utile nel dirimere i casi dubbi e nell'indagare il parenchima del testicolo controlaterale. Inoltre, andrebbe sempre effettuata anche in caso di aumento isolato dei marcatori sierici o di masse retroperitoneali o addominali anche in assenza di una massa scrotale evidente.

Frequentemente la diagnosi di neoplasia viene posta dopo il riscontro incidentale di una massa non palpabile, messa in evidenza durante un esame ecografico effettuato per altri motivi (traumi testicolari, indagini di screening per infertilità, varicocele, ecc). Tali masse generalmente sono inferiori ad 1 cm di diametro. Alcuni autori, se la massa riscontrata è inferiore a 5 mm, priva di vascolarizzazione all'ecodoppler e con markers negativi, consigliano il monitoraggio ecografico della lesione ogni 3 mesi o il ricorso ad ulteriori tecniche di imaging per la diagnosi differenziale [7]. La risonanza magnetica (RMN) con somministrazione di gadolinio è spesso utilizzata per dirimere il quadro clinico nei casi in cui l'ecografia non sia conclusiva [8]. Le immagini acquisite, nelle sequenze in T1 e T2, sono generalmente sufficienti a fornire una caratterizzazione della lesione (dimensioni, forma, localizzazione e rapporti con le strutture anatomiche adiacenti, componenti necrotiche).

La tomografia computerizzata (TC) con mezzo di contrasto trova invece indicazione nei casi in cui la RMN non sia praticabile (claustrofobia, protesi metalliche) e nella stadiazione iniziale della patologia, in quanto in grado di identificare con chiarezza la compromissione di linfonodi retroperitoneali e paraortici, e le eventuali metastasi epatiche e polmonari.

La tomografia ad emissione di positroni (PET)/TC con somministrazione di ¹⁸F-fluorodesossiglucosio ha indicazioni limitate alla valutazione delle masse residue dopo le terapie e nella malattia metastatica.

I marcatori sierici come AFP, HCG e LDH sono molto utilizzati come fattore prognostico, nello staging e come ausilio nella diagnosi. Un loro incremento può essere indicativo di una neoplasia testicolare, ma la loro assenza non è in grado di escluderlo. Tuttavia, andrebbero sempre eseguiti in pratica clinica, data la loro utilità nel follow up. Infatti, una loro eventuale persistenza o ricomparsa dopo l'escissione del testicolo indica la persistenza o la ricomparsa della patologia.

TRATTAMENTO CHIRURGICO E STADIAZIONE

I pazienti con massa testicolare sospetta per neoplasia sono candidati all'intervento chirurgico di orchifunicolectomia effettuata dopo esplorazione inguinale ed esterioirizzazione del testicolo e della sua tunica, il che è allo stesso tempo un intervento diagnostico, di stadiazione e curativo limitatamente a piccole lesioni. L'orchietomia inguinale radicale [9], usando un'incisione inguinale con iniziale legatura del funicolo spermatico fino all'anello inguinale interno, riduce al minimo le recidive locali e la diffusione linfatica anomala.

pT	Tumore primitivo
pTx	Tumore primitivo non riscontrato
pT0	Non evidenza di tumore primitivo
pTis	Tumore intratubulare
pT1	Tumore limitato al testicolo e all'epididimo senza invasione vascolare; o tumore con invasione della tunica albuginea, ma non la tunica vaginale
pT2	Tumore limitato al testicolo e all'epididimo con invasione vascolare; o tumore con estensione alla tunica vaginale
pT3	Tumore invadente il cordone spermatico
pT4	Tumore invadente lo scroto
pN	Linfonodi loco-regionali
pNx	Linfonodi loco-regionali non valutati
pN0	Non metastasi linfonodali
pN1	Singola o multiple metastasi linfonodali ≤2 cm
pN2	Singola o multiple metastasi linfonodali >2 cm e ≤5 cm
pN3	Singola o multiple metastasi linfonodali > 5 cm
M	Metastasi a distanza
Mx	Metastasi a distanza non valutate
M0	No metastasi a distanza
M1	Metastasi a distanza

Tabella I. Classificazione TNM del tumore testicolare [10].

L'orchietomia trans-scrotale è controindicata, perché lascia intatto il tratto inguinale del funicolo spermatico (dall'anello esterno all'interno) e predispone il paziente allo sviluppo di metastasi sulla cute dello scroto ed ai linfonodi inguinali e pelvici (causate dallo sviluppo di un alterato drenaggio linfatico). Se la diagnosi è dubbia, può essere effettuata la semplice enucleazione/biopsia della lesione per effettuare l'esame istologico che sarà poi dirimente per procedere all'orchifunicolectomia in un secondo tempo, in caso di conferma di malignità. In caso di neoplasia sincrona o metacrona al testicolo controlaterale è accettabile effettuare la semplice enucleazione della lesione nel tentativo di preservare la funzionalità dell'organo nel paziente monorchide, purché si rispettino i criteri di radicalità chirurgica. Il sistema di stadiazione maggiormente utilizzato è il TNM (Tabella I). Inoltre, integrando le informazioni provenienti dall'esame istologico definitivo (istotipo), dagli studi di imaging (lesioni ripetitive a distanza e loro localizzazione), andamento dei marcatori tumorali pre e post-intervento chirurgico e pre chemio/radioterapia è possibile categorizzare i pazienti in classi prognostiche (buona, intermedia e cattiva prognosi).

TERAPIA MEDICA.

Attualmente la prognosi dei pazienti con tumore testicolare è notevolmente migliorata. Infatti, nel 1970 la sopravvivenza media di questi pazienti era soltanto del 10%, mentre già dal 1990 ha superato il 90%. Questo miglioramento è da attribuire ai notevoli progressi diagnostici e chirurgici nonché a nuovi protocolli radioterapici e farmacologici a cui i tumori testicolari sono particolarmente sensibili. I diversi istotipi della neoplasia testicolare mostrano differenti risposte in funzione della terapia. Inoltre, è importante sottolineare che anche quando i pazienti presentano metastasi diffuse alla diagnosi, dovrebbero essere trattati, perché suscettibili di guarigione.

In pazienti affetti da seminoma di stadio I, si rileva la presenza di metastasi subcliniche (soprattutto retroperitoneali) nel 15-20% dei casi. In caso di massa tumorale <4cm ed assenza di invasione della rete testis (pazienti a basso rischio) il tasso di recidiva della patologia è di circa il 6%, in caso di sola sorveglianza. In questa piccola percentuale di pazienti è possibile effettuare chemioterapia o radioterapia con intento curativo. Nel complesso, questo tipo di approccio permette di raggiungere tassi di sopravvivenza del 97-100% in centri specializzati, pur con la necessità di un follow up più stringente per almeno 5 anni dall'orchietomia. Come alternativa è possibile effettuare una terapia adiuvante con uno o due cicli di carboplatino (AUC 7) o con radioterapia alle dosi di 20-24 Gy focalizzata sui linfonodi paraortici ed iliaci. Entrambe le opzioni riducono ulteriormente i tassi di recidiva a circa l'1-3%.

Per quanto riguarda i tumori non seminomatosi di stadio I, in oltre il 30% dei casi sono presenti metastasi subcliniche. Queste causeranno una recidiva in caso di atteggiamento conservativo (solo orchifunicolec-

tomia e sorveglianza clinica), che potrebbe manifestarsi anche come una massa addominale di grandi dimensioni, nonostante uno stretto follow up. Circa 4/5 di questi pazienti avranno una recidiva già entro il primo anno dall'intervento, il 12% entro il secondo anno ed il 6% entro il terzo. Per tale motivo, in questi istotipi, viene effettuata una terapia adiuvante a base di cisplatino, bleomicina ed etoposide (PEB) per due o tre cicli complessivi, in grado di abbattere il tasso di recidive attorno al 3%. La radioterapia non viene presa in considerazione in prima istanza a causa della ridotta radiosensibilità di questi istotipi. In alcuni casi, soprattutto per esigenze legate a radicalità chirurgica, viene effettuata la dissezione dei linfonodi retroperitoneali. Questo intervento, spesso gravato da complicanze, non si è dimostrato superiore alla chemioterapia (PEB), tuttavia in associazione ad almeno due cicli di PEB ha ridotto i tassi di recidiva ad un livello <2%.

Negli stadi più avanzati, sia per i tumori seminomatosi sia per i non seminomatosi, vengono utilizzati 3 o 4 cicli di PEB eventualmente associati a linfadenectomia e/o radioterapia in funzione dei fattori di rischio^[10].

BIBLIOGRAFIA

1. International Agency for Research on Cancer. *Cancer Today*. Globocan 2020.
2. Nigam M and Aschebrook B. *Increasing incidence of testicular cancer in the United States and Europe between 1992 and 2009*. World J. Urol. 2015: 623-631.
3. Cheng L, Albers P, Berney DM, Feldman DR, Daugaard G, Gilligan T and Looijenga LHJ. *Testicular Cancer*. Med Clin North Am. 2018 Mar;102(2):251-264. doi: 10.1016/j.mcna.2017.10.003. Epub 2017 Dec 21.
4. Pedersen MR, Rafaelsen SR, Møller H, Vedsted P, Osther PJ. *Testicular microlithiasis and testicular cancer: review of the literature*. Int Urol Nephrol. 2016 Jul;48(7):1079-86. doi: 10.1007/s11255-016-1267-2. Epub 2016 Mar 23.
5. Sharpe RM, Skakkebaek NE. *Are oestrogens involved in falling sperm counts and disorders of the male reproductive tract?* Lancet. 1993 May 29;341(8857):1392-5.
6. Baird DC, Meyers GJ, Hu JS. *Testicular Cancer: Diagnosis and Treatment*. Am Fam Physician. 2018 Feb 15;97(4):261-268.
7. Secil M, Altay C and Basara I. *State of the art in germ cell tumor imaging*. Urol Oncol. 2016 Mar;34(3):156-64. doi: 10.1016/j.urolonc.2015.06.017. Epub 2015 Jul 26.
8. Marko J, Wolfman DJ, Aubin AL, Sesterhenn IA. *Testicular Seminoma and Its Mimics: From the Radiologic Pathology Archives*. Radiographics. Jul-Aug 2017;37(4):1085-1098. doi: 10.1148/rg.2017160164. Epub 2017 Jun 2.
9. Ghoreifi A, Djaladat H. *Management of Primary Testicular Tumor*. Urol Clin North Am. 2019 Aug;46(3):333-339. doi: 10.1016/j.ucl.2019.04.006.
10. Associazione Italiana di Oncologia Medica. *Manuale metodologico, linee guida AIOM 2019*. 2019 Jan 23.

SE IL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO PERSISTE?

Dott. Emilio Gentile Warschauer

Chirurgia Generale e d'Urgenza - Endoscopia Digestiva
U.S.I. Doc PRATI - Via V. Orsini, 18 / Via V. Orsini, 27/a



Quando i farmaci da banco non sono efficaci nel trattamento del reflusso può esserci la presenza di un'ernia iatale che causa tale sintomatologia.

A seconda della gravità dell'ernia, i sintomi possono variare. I sintomi dell'ernia iatale possono includere: nausea e rigurgiti, tosse secca cronica, periodi di "abbassamento" della voce con o senza bruciore alla gola, dolore al torace anteriore, bruciore dietro lo sterno, frequenti eruttazioni, talvolta extrasistoli.

Per capire meglio cerchiamo di capire cosa è un'ernia iatale. L'ernia è la fuoriuscita di tessuto o di un viscere dalla cavità che normalmente lo contiene, per "iatale", intendiamo lo hiatus diaframmatico, ovvero il "foro" nel diaframma, il muscolo che divide la cavità addominale con quella toracica, dove passa l'esofago. Questo è il "tubo" che dalla bocca arriva nello stomaco. Quando lo stomaco supera lo iato e va in torace abbiamo l'ernia iatale: come si vede in Figura 1, abbiamo 3 tipi di ernia.

Questa ernia, spesso, comporta che il cibo, i liquidi ed anche le secrezioni acide o basiche dello stomaco risalgano attraverso l'esofago causando il dolore, il bruciore ed altri sintomi.

Un'adeguata attenzione all'alimentazione, un buon peso forma, ed altri accorgimenti, associati spesso a terapia medica, possono alleviare i sintomi ma, quando la qualità della vita quotidiana diviene difficile... si deve valutare l'opzione chirurgica.

Le ernie iatali sono classificate in diversi tipi in relazione alla posizione della giunzione gastro-esofagea rispetto al diaframma e del grado di ernia degli organi nel torace. (Fig.1)

Un tipo più raro di ernia iatale è un'ernia paraesofagea, che si verifica se la giunzione gastroesofagea rimane al suo posto e una piega dello stomaco si infila nel torace, premuta tra la giunzione gastroesofagea e il diaframma.

Perché si hanno le ernie iatali non è noto, ma possono derivare ed essere aggravate da diverse condizioni che determinano un aumento della pressione intra-addominale, come ad esempio:

- Stipsi ostinata
- Tosse persistente
- Obesità patologica
- Fumare
- Attività fisica pesante

Il medico può richiedere uno o più dei seguenti esami diagnostici:

- Rx digerente superiore in Trendelenburg (...a testa in giù con il corpo inclinato di 30°) per studiare la risalita dello stomaco in torace.
- Esofagogastroscoopia: un tubo che viene inserito nella gola per visualizzare esofago e stomaco.
- Manometria e Ph-metria per verificare i valori pretorici e di acidità/alcalinità nell'esofago e sfintere gastroesofageo.
- TC torace-addome

Nel caso di terapie prolungate infruttuose, con qualità della vita non ottimale, oppure in caso di danni infiammatori cronici da reflusso nell'esofago distale si valuta l'intervento chirurgico.

Meno del 4-5% delle persone con ernia iatale necessita della riparazione chirurgica.

La riparazione chirurgica dell'ernia viene da anni eseguita per via laparoscopica, il che consente una degenza ospedaliera breve, meno dolore ed un recupero più rapido.

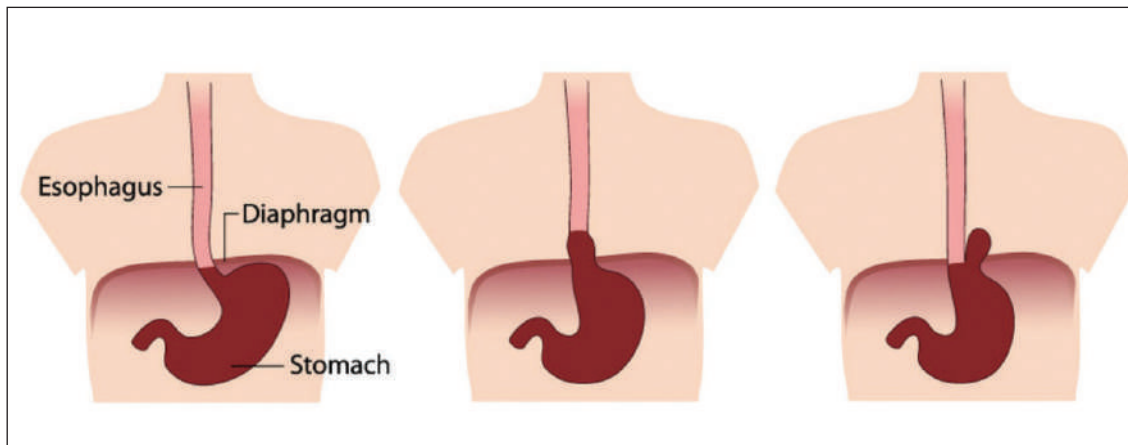


Fig. 1

NUTRIZIONE E FERTILITÀ FEMMINILE, UN BINOMIO IMPORTANTE



Dott.ssa Deborah Tognozzi

**Biologa Nutrizionista
Specialista in Applicazioni Biotecnologiche
Esperta in Nutrizione Clinica**

U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22

U.S.I. Serpentara - Via G. Pacchiarotti, 95



Immagine tratta da @LaMujerLunar

*"Prima di poter nutrire un bambino che cresce dentro di te, devi imparare a nutrire te stessa."
(Kim Hahn and the editors of Conceive Magazine).*

Nel mondo occidentale assistiamo ad un continuo incremento dell'infertilità di coppia. Lo stile di vita, troppo veloce, le scorrette abitudini alimentari, il fumo e gli inquinanti ambientali, il sovrappeso e l'obesità, così come l'eccessiva magrezza, interferiscono nelle facoltà riproduttive della donna e dell'uomo. Anche se vorremmo controllare tutto e decidere noi quando "qualcosa" deve accadere, per la fertilità non è così: la gravidanza non risponde a questa regola. Per rispettare ed aiutare il fluire energetico della vita ci può aiutare la corretta nutrizione, che non è semplicemente riferita alla quantità del cibo che ingeriamo, ma soprattutto alla qualità degli alimenti ed alle modalità di assunzione di questi. Molti studi ed analisi confermano che uno stile alimentare sano, la pratica di un'attività fisica, il calo di peso, in un contesto di armonia e stabilità emotiva favoriscono la possibilità di concepimento.

Una giusta alimentazione risulta quindi di grande aiuto per il raggiungimento di una gravidanza naturale, oltre a rappresentare un importantissimo supporto nel percorso di procreazione medicalmente assistita (PMA).

FERTILITÀ E INFERTILITÀ

La fertilità, che esprime la capacità di donne e uomini a riprodursi, è fortemente influenzata dall'età. In particolare per la donna, le cui cellule riproduttive, gli ovociti, nel tempo diminuiscono come numero (già a partire dai 32 anni) e diventano meno efficienti con maggiore probabilità di manifestare problemi genetici. La causa maggiore d'infertilità femminile è, infatti, proprio l'età materna avanzata. L'uomo ha la capacità di produrre spermatozoi durante tutta la vita, ma il loro numero, la concentrazione e la qualità peggiorano dopo i 40 anni con un aumento delle anomalie di origine genetica.

L'infertilità è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come l'incapacità di raggiungere una gravidanza clinica dopo 12 mesi o più di rapporti liberi. Si stima che il problema interessi circa il 15-20% delle coppie nel mondo e che almeno il 20% delle gravidanze si interrompa dopo l'impianto. La sub-fertilità può essere attribuita alla donna, all'uomo o a entrambi.

L'infertilità in Italia riguarda circa il 15% delle coppie mentre, nel mondo, circa il 10-12%. Questa patologia può riguardare l'uomo, la donna o entrambi (infertilità di coppia). Può anche però accadere che vi sia un'impossibilità per quella particolare unione tra individui di concepire la vita.

Nell'infertilità femminile i più importanti fattori in causa sono le disfunzioni ovariche, la patologia tubarica e pelvica, l'endometriosi e la bassa qualità degli ovociti. Altre interferenze sono l'indice di massa corporea (BMI) e l'età: è noto infatti che l'indice di fecondità diminuisce con gli anni per il calo fisiologico della riserva ovarica. Anche gli stili di vita influiscono sulla fertilità: in particolare fumo, alcol, droghe o attività fisiche come arti marziali e bicicletta. Si possono anche non identificare cause evidenti di infertilità e allora si parla di infertilità inspiegata o idiopatica. Recentemente si è posta l'attenzione sull'alimentazione come possibile fattore di infertilità sia femminile sia maschile. E si è anche dimostrato come le modificazioni della dieta possano migliorare le probabilità di concepimento.



OBESITÀ E FERTILITÀ FEMMINILE

È noto ormai da tempo come l'obesità influisca negativamente sulla fertilità, già all'inizio del 900, quando diversi autori associarono l'eccesso ponderale ad una maggior frequenza di disordini mestruali, ad una ridotta fertilità ed una maggior abortività. Negli ultimi anni si è registrato un significativo aumento delle persone con eccesso ponderale (sovrappeso ed obesità) ed un lavoro di Castello-Martinez (2003) ha evidenziato che nelle donne, a parità di età e condizioni socio-ambientali, un eccesso ponderale del 10-46% rispetto al peso ideale, si accompagna in circa il 20% dei soggetti, a disordini del ciclo mestruale, mentre un eccesso di oltre il 75% rispetto al peso ideale, si accompagna ad un aumento dei disordini mestruali in oltre il 50% dei soggetti esaminati. Queste osservazioni sembrerebbero confermare come l'eccesso di peso giochi un ruolo di rilievo nei meccanismi coinvolti nell'eziopatogenesi dell'infertilità. Allo stesso tempo si è visto come un calo ponderale in donne obese di almeno il 5% rispetto al peso iniziale, è in grado di migliorare o addirittura normalizzare la funzionalità ovarica, valutata con la regolarizzazione del ciclo mestruale e l'incremento dei cicli ovulatori con un aumento conseguente dell'indice di fertilità. Ciò esclude pertanto una primitiva alterazione ovarica nel soggetto obeso. Diverso è il discorso per le donne affette da sindrome dell'ovaio policistico (PCOS) una delle più frequenti cause di irregolarità mestruali e caratterizzata da iperandrogenismo (clinico o biochimico), anovulatorietà cronica e riscontro di alterata e tipica morfologia dell'ovaio (ovaio policistico). Questa sindrome iperandrogenica si associa frequentemente ad obesità (fino al 50% se si considera il sovrappeso e l'obesità assieme) e presenta dei difetti funzionali ovarici intrinseci in grado di giustificare l'eccessiva produzione di androgeni circolanti. Nella PCOS, infatti, la correzione dell'eccesso ponderale, pur inducendo un miglioramento della funzionalità ovarica, non sempre si accompagna ad un significativo aumento dell'indice di fertilità, se si confronta con un gruppo di pazienti normali. La modificazione dello stile di vita rappresenta comunque il trattamento di prima linea per la gestione delle pazienti con PCOS.

OBESITÀ E FUNZIONE OVARICA

L'insulina gioca un ruolo cruciale nell'eziopatogenesi dell'alterazione della funzione ovarica e sull'equilibrio ormonale nell'obesità. In tal senso numerose evidenze hanno dimostrato che l'ovaio di un soggetto obeso produce una maggior quantità di androgeni e possiede una ridotta attività aromatasica quando confrontato con quello di soggetti normali. Nell'obesità femminile si osserva un'aumentata produzione, sia ovarica che surrenalica, di androgeni spesso accompagnata ad una ridotta concentrazione di SHBG (sex steroid binding protein). La riduzione dell'SHBG è dovuta sia all'effetto inibitorio dell'iperinsulinismo, sia all'effetto inibitorio esercitato degli androgeni stessi. Gli effetti dell'obesità sulla funzione ovarica sembrano mediati principalmente dall'iperinsulinemia che attraverso l'attivazione dei suoi recettori o attraverso l'attivazione del sistema IGF-I e -II, è in grado di attivare la steroidogenesi ovarica a livello delle cellule teicali

con una conseguente eccessiva produzione di androgeni. Gli androgeni di provenienza ovarica, spesso accompagnati da un'eccessiva produzione di androgeni di provenienza surrenalica, svolgono un effetto inibitorio sia a livello ipotalamo- ipofisario, androgenizzando la secrezione delle gonadotropine, sia a livello ovarico influenzando negativamente lo sviluppo dei follicoli ovarici che da follicoli preantrali vengono direttamente dirottati verso l'atresia follicolare con conseguente anovulazione. L'importante ruolo inibitorio sulla normale funzionalità ovarica esercitato dall'insulina viene confermato dal significativo miglioramento indotto dalla somministrazione di metformina e/o altri insulinosensibilizzatori, che migliorando o riducendo l'iperinsulinismo o l'insulino-resistenza, permettono una riduzione della secrezione androgenica ovarica ed un significativo miglioramento dell'attività ovulatoria con conseguente aumento dell'indice di fertilità. Nella donna obesa anche un regime alimentare controllato migliora la capacità ovulatoria e, se associato ad attività motoria, può determinare un calo ponderale, che a sua volta migliora notevolmente la capacità ovulatoria e la qualità ovocitaria. Nei soggetti obesi si sono riscontrati bassi livelli di LH. L'obesità sembrerebbe inoltre avere un ruolo nell'equilibrio funzionale uterino ed endometriale. Nelle donne affette da PCOS o insulinoresistenti il mio-inositolo è particolarmente utile per riprendere l'ovulazione e migliorare la qualità degli ovuli, e può esserlo anche per quelle con la PCOS che non ovulano in modo regolare. Un altro possibile ruolo del mio-inositolo è quello di ridurre il rischio di aborto spontaneo associato alla resistenza all'insulina.

FERTILITÀ E STRESS OSSIDATIVO

Molti esperti ritengono che lo stress ossidativo sia uno dei meccanismi principali a cui è dovuto l'invecchiamento delle ovaie. Al fine di evitare il danneggiamento ossidativo degli ovuli, le molecole di ossigeno reattivo devono essere tenute sotto controllo dagli antiossidanti naturali degli ovuli, ma nelle donne con PCOS, infertilità legata all'età e infertilità inspiegata, questo sistema naturale di difesa contro gli ossidanti può essere compromesso e quindi si ha bisogno di antiossidanti di rinforzo sotto forma di integratori. Gli antiossidanti sono molecole che neutralizzano le molecole di ossigeno reattivo che vengono formate durante il metabolismo e comprendono i "radicali liberi" i quali quando reagiscono con altre molecole provocano ossidazione. L'ossidazione può provocare un danno al DNA, alle proteine, lipidi e membrane cellulari. Negli ovuli di donne più avanti con l'età i ricercatori hanno riscontrato una produzione ridotta di enzimi antiossidanti, ma anche una maggiore quantità di molecole ossidanti. Anche in donne più giovani sono stati trovati livelli ridotti di enzimi antiossidanti e in donne con infertilità inspiegata. Tra gli antiossidanti di rinforzo di notevole importanza sulla qualità ovocitaria troviamo la melatonina, la quale è però sconsigliata nelle donne che stanno cercando di concepire in modo naturale, in quanto potrebbe interrompere l'ovulazione, e molto utile durante la fecondazione in vitro. Le vitamine E, C o l'acido alfaipoico risultano essere di supporto per il concepimento naturale.

MICRONUTRIENTI E FERTILITÀ

È stato esaminato l'effetto dei micronutrienti sulla fertilità. Per quanto riguarda l'acido folico, è noto che esso è coinvolto nella sintesi del DNA ed è cruciale nelle fasi di gametogenesi, fertilizzazione e gravidanza. L'associazione tra supplementazione con acido folico e fertilità è stata esaminata in tre studi prospettici di coorte. Essi hanno evidenziato che la supplementazione di acido folico espone la donna a minor rischio di infertilità anovulatoria e permette di ridurre i tempi per ottenere la gravidanza. In due studi di centri di riproduzione assistita la mutazione dell'allele MTHFR 677T (che porta a una minore attività dell'enzima MTHFR e minori livelli plasmatici di folati), è stata associata a minore risposta ovarica, minor recupero di ovociti e minore produzione di estradiolo (E2) da parte delle cellule della granulosa. Nello stesso studio si è anche osservato che livelli elevati di vitamina B12 sono associati a maggiori probabilità di gravidanza a termine. Infine, in uno studio di coorte prospettico svolto a Boston, le donne che assumevano >0,8 mg/die di folati al giorno hanno avuto una probabilità più alta di avere bambini vivi rispetto a quelle che ne assumevano la metà (0,4 mg/die). Anche la Vit B6 è un supporto importante per il miglioramento della qualità degli ovociti. Allo stesso modo, i minerali sono importanti nel periodo prima della gravidanza; ad esempio lo zinco, il selenio e lo iodio sono necessari per il corretto funzionamento della tiroide, e questo influisce sulla fertilità perché una ghiandola tiroidea ipoattiva può sopprimere l'ovulazione e aumentare il rischio di aborto. Anche lo zinco e il selenio sono coinvolti nel sistema di difesa antiossidante, e quindi hanno un probabile ruolo nella qualità degli ovuli. Il coenzima Q10, o in breve CoQ10, è una piccola molecola che si trova in quasi tutte le cellule del corpo, compresi gli ovuli. Recenti ricerche scientifiche hanno rivelato quanto questa molecola sia importante per conservare la qualità degli ovuli e la loro fertilità. Oltre ad avere molti altri benefici, prendere un integratore di CoQ10 può prevenire il declino della qualità degli ovuli legato all'età, o anche annullarlo in parte. Chiunque cerchi di concepire può avere benefici nell'aggiungere un integratore di CoQ10, ma questo è soprattutto utile per le donne con più di 35 anni e con problemi di fertilità quali una riserva ovarica ridotta.

ALIMENTAZIONE E FERTILITÀ

Numerosi studi sono stati condotti negli ultimi anni sul ruolo della dieta sull'infertilità femminile. La dieta può avere infatti un'importante influenza sulla fertilità. Per migliorare la qualità degli ovuli e la fertilità il cambiamento più potente che bisogna applicare alla dieta è il passaggio da carboidrati raffinati a carboidrati da digerire lentamente, come gli integrali e gli pseudocereali, fino ad arrivare, in alcuni casi, ad una riduzione importante dei carboidrati stessi. Questo primo passo è critico se consideriamo le abitudini quotidiane. Uno degli scopi di una dieta per la fertilità è bilanciare lo zucchero nel sangue e il livello di insulina scegliendo il tipo corretto di carboidrati. Tutto questo zucchero e insulina è un grosso problema per la fertilità, perché danneggia l'equilibrio degli altri ormoni che regolano il sistema riproduttivo. Per molti è una sorpresa che l'insulina non regoli solo l'assimilazione del glucosio e il metabolismo, ma anche la riproduzione, legandosi ai recettori nelle ovaie e alterando i livelli di altri ormoni riproduttivi. Quindi i livelli di insulina più alti del normale, causati da una dieta troppo ricca di carboidrati raffinati e zuccheri, possono danneggiare la produzione di ormoni nelle ovaie. I ricercatori hanno confermato che lo zucchero nel sangue e l'insulina non danneggiano la fertilità solo nelle donne con la PCOS, ma anche in donne altrimenti sane. Il Nurses Health Study ha rivelato che, anche se la quantità totale di carboidrati nella dieta non è connessa all'ovulazione, il loro tipo è molto importante. Nello studio si è visto che le donne che assumevano carboidrati facilmente digeribili che alzano rapidamente i livelli dello zucchero nel sangue avevano una probabilità del 78% più alta di essere non fertili per problemi di ovulazione, rispetto a quelle che assumevano carboidrati a digestione lenta. In particolare, gli specifici carboidrati collegati al rischio più alto di infertilità erano i cereali per la colazione freddi, il riso bianco e le patate, mentre il riso e il pane integrali erano legati a un rischio di infertilità minore. Oltre all'indice glicemico, gli alimenti si classificano secondo il loro "carico glicemico", un indice più complesso che prende in considerazione il fatto che si debba mangiare delle quantità diverse di cibi diversi per assumere la stessa quantità di carboidrati. Ad esempio, il riso basmati ha un indice glicemico



Nutrizione e fertilità femminile, un binomio importante



più basso del cocomero, cosa che potrebbe portare a pensare che il riso abbia un impatto minore sui livelli di zucchero nel sangue; in realtà, in una normale porzione, il riso avrebbe un impatto molto maggiore perché ha una quantità di carboidrati totali più alta, mentre il cocomero è principalmente composto da acqua. Il carico glicemico è una misura molto più utile perché riflette l'impatto di una porzione normale sui livelli di zucchero nel sangue. È noto da molti anni che il diabete e l'insulinoresistenza contribuiscono ai disordini dell'ovulazione, a una scarsa qualità degli ovuli, a basse percentuali di successo nella fecondazione in vitro e a un rischio più alto di aborto spontaneo.

Diverse ricerche hanno dimostrato che i livelli alti di zucchero nel sangue e di insulina diminuiscono in modo notevole la qualità degli ovuli. Questo, a sua volta, riduce la percentuale di embrioni che si possono impiantare con successo nell'utero e l'efficacia della fecondazione in vitro, e aumenta il rischio di aborti prematuri. Anche se il meccanismo preciso di questo collegamento non è ben chiaro, la ricerca mostra che alto zucchero nel sangue o alti livelli di insulina possono aumentare in modo notevole il rischio di aborto spontaneo.

CHE DIETA SEGUIRE PER MIGLIORARE LA FERITLITA'?

Una dieta pre-concepimento, qualora ci fossero i tempi giusti, dovrebbe essere iniziata circa 3 mesi prima in quanto la formazione e la maturazione dei gameti (sia maschili che femminili) necessita di circa 90 giorni sia per la gravidanza naturale che per la fecondazione omologa. Una possibilità nutrizionale è quella di seguire inizialmente una dieta con pochissimi carboidrati per un periodo breve (dieta chetogenica), senza prolun-

garla troppo in quanto diversi studi hanno dimostrato che questo tipo di dieta è difficile da seguire per molto tempo. Nella fase successiva è efficace selezionare con attenzione i giusti carboidrati scegliendo quelli che si digeriscono lentamente e che alzano solo di poco lo zucchero nel sangue, e quindi prevengono i picchi insulinici. Un buon punto di partenza per scegliere i carboidrati è l'indice glicemico, e sappiamo che una dieta a basso indice glicemico può prevenire in modo efficace livelli alti di zucchero nel sangue e migliorare la funzionalità dell'insulina. Anche se fornisce un punto di partenza valido per scegliere i carboidrati, l'indice glicemico ha delle limitazioni, perché sottostima l'effetto degli zuccheri semplici. Come risultato, per avere l'effetto migliore sulla fertilità, dobbiamo modificare la normale dieta a bassa glicemia limitando con attenzione tutti gli zuccheri, indipendentemente da quello che ci dice l'indice glicemico. Ma prima di parlare degli zuccheri, partiamo con gli alimenti per cui l'indice glicemico è più utile: i cereali e gli amidi. Per controllare i livelli di insulina, la filosofia generale per i cereali dovrebbe essere di scegliere quelli meno raffinati, come riso selvatico, fagioli, semi e riso integrale. Per massimizzare la fertilità è anche importante fare attenzione agli zuccheri, in particolare ai cibi dolci che non hanno qualità nutrizionali. Anche se la frutta contiene zuccheri, le vitamine, gli antiossidanti e la fibra che vi si trovano sono benefici, e compensano l'impatto sullo zucchero nel sangue. La stessa cosa non si può dire per le bevande gassate o le caramelle, che alzano lo zucchero nel sangue e i livelli di insulina senza saziare, e senza fornire vitamine o altri nutrienti. Per migliorare la fertilità, quindi è importante che la frutta sia la fonte principale di zucchero nella dieta.

Quasi tutte le verdure sono ottimi alimenti per la fertilità; le uniche a cui fare attenzione sono quelle contenenti amido o dolci, come le patate, le zucche, le patate dolci, le carote e il mais. Queste verdure hanno un impatto sui livelli di zucchero nel sangue più alto di altre, ma in genere questo è compensato dal valore nutrizionale che forniscono. Le eccezioni possono essere le patate e il mais, che alzano di parecchio i livelli di glucosio e hanno pochi antiossidanti e nutrienti se paragonati con altre verdure. Come risultato, il valore nutrizionale che forniscono non compensa il costo in termini di zucchero nel sangue. Al contrario, le patate dolci, le carote e la zucca sono ricche di betacarotene, un precursore della vitamina A che è molto importante per la fertilità. Queste verdure dal colore acceso sono ricche anche di molte altre vitamine, e sono una buona scelta nutrizionale. Altri benefici del bilanciamento dello zucchero nel sangue. Un vantaggio aggiuntivo di togliere gli zuccheri e di scegliere carboidrati ad assunzione lenta è che, visti i livelli costanti di zucchero nel sangue e di insulina, invece che picchi e cali improvvisi, vi sentirete piene più facilmente e desidererete meno carboidrati. Questo avviene perché l'improvviso rilascio di insulina per gestire i livelli alti di zucchero nel sangue fa calare troppo la glicemia, e vi fa quindi desiderare altri carboidrati. Al contrario, quando il livello di zucchero nel sangue sale in modo graduale, la risposta relativamente più bassa dell'insulina non vi fa calare tanto la glicemia; è probabile quindi che il vostro umore migliori, il livello di energia si alzi e non desideriate tanto mangiare. Se siete sovrappeso, questa strategia vi aiuterà a perdere peso senza sentire la fame. Anche questo può essere un grosso beneficio per la fertilità: nelle donne sovrappeso anche un 5-10% di peso perso può ripristinare la fertilità.

Sintetizzando per migliorare la fertilità, i migliori carboidrati sono i cereali integrali e le verdure piene di vitamine e questo stabilizzerà gli zuccheri nel sangue e i livelli di insulina, e quindi ribilancerà gli altri ormoni coinvolti nella fertilità, dando migliori possibilità di restare incinta.

Un altro elemento importante è evitare assunzione dei grassi trans e aumentare invece il consumo di acido lionoleico e alfanoleico. I grassi trans si trovano soprattutto nei cibi cotti e fritti di produzione commerciale, quali le ciambelle e i biscotti le patatine in busta. Gli acidi grassi a catena lunga come gli EPA e DHA sono invece molto importanti per l'ovulazione, perciò mangiare pesce, olio di pesce, soia, uova, broccoli e verdura a foglia verde può aiutare l'organismo a prepararsi per la maternità. E' quindi importante un basso apporto di carboidrati raffinati e un alto apporto di verdure, frutta e pesce.

Diversi studi hanno dimostrato che donne che si sottoponevano alla fecondazione in vitro o che cercavano di concepire alimentandosi con una dieta basata su verdure, frutta, oli vegetali, legumi e proteine magre (in particolare pesce), insieme a carboidrati a basso indice glicemico, migliora di molto la fertilità.

DIETA CHETOGENICA E FERTILITÀ

Una dieta che utilizzo molto per il miglioramento della fertilità è la dieta chetogenica che applico a periodi alternati con una dieta contenente carboidrati

a basso indice glicemico (DIETA ZONA). La dieta chetogenica è una dieta ricca di grassi e povera di carboidrati, in cui la riduzione di carboidrati determina uno stato metabolico chiamato chetosi. Quando il corpo è privo di carboidrati a causa della riduzione dell'assunzione a meno di 50 g al giorno, la secrezione di insulina viene significativamente ridotta e il corpo entra in uno stato catabolico. Le riserve di glicogeno si esauriscono, costringendo il corpo a passare attraverso alcuni cambiamenti metabolici. Due processi metabolici entrano in azione quando c'è scarsa disponibilità di carboidrati nei tessuti corporei: gluconeogenesi e chetogenesi. Quando la disponibilità di glucosio scende ulteriormente, la produzione endogena di glucosio non è in grado di tenere il passo con i bisogni del corpo e la chetogenesi inizia per fornire una fonte alternativa di energia sotto forma di corpi chetonici. I corpi chetonici sostituiscono il glucosio come fonte primaria di energia. Durante la chetogenesi a causa della bassa risposta del glucosio nel sangue, si riduce anche la secrezione di insulina. Senza carboidrati disponibili da bruciare per l'energia, il corpo inizia a bruciare i



Nutrizione e fertilità femminile, un binomio importante

grassi come fonte di energia. Questo tipo di alimentazione risulta valida anche durante il percorso di procreazione medicalmente assistita sia durante la stimolazione ormonale sia prima di un trasferimento.

La dieta chetogenica risulta molto utile ed interessante per il miglioramento della fertilità femminile in particolare della qualità ovocitaria in quanto:

- Migliora i livelli di ormoni sessuali
- Diminuisce i livelli di insulina nel sangue
- La riduzione dell'insulina determina un aumento dell'espressione e migliora l'attività dei fattori coinvolti nella "finestra di impianto" (glicodelina endometriale, PAI-1)
- Nelle donne lo stato di chetosi, porta ad un aumento delle SHBG, con riduzione in circolo del testosterone libero, quindi migliora il rapporto LH/FSH che favorisce lo sviluppo follicolare, migliora anche la qualità ovocitaria e aumenta le possibilità di impianto.
- una dieta iniziata 3 mesi prima di un percorso di fecondazione in vitro con un l'aumento del consumo di proteine (circa 25% -30%) concomitante con una diminuzione del consumo di carboidrati (meno del 40%) tipo dieta Zona determini un aumento del numero di embrioni che arrivano allo stadio di blastocisti ed un aumento significativo del tasso di gravidanza. (Russell et al.)
- Ci sono studi che dimostrano la dieta chetogenica migliora la qualità e il numero di ovociti recuperati al pick up durante un percorso di fecondazione in vitro

Nella fase successiva la dieta chetogenica, dopo circa 3-4 settimane dall'inizio, si inseriscono gradualmente i carboidrati per impostare successivamente una dieta con bilanciamento di 40% carboidrati a basso indice glicemico, 30% proteine e 30% di grassi per un tempo prolungato per poi eventualmente ripetere la fase chetogenica.

BIBLIOGRAFIA

1. Chiu HY, Chavarro JE, Souter I. Diet and female fertility: doctor, what should I eat? *Fertil Steril* 2018;110:557-9.
2. Souter I, Chiu YH, Batis M, et al. The association of protein intake (amount and type) with ovarian antral follicle counts among infertile women: results from the EARTH prospective study cohort. *BJOG* 2017;124:1547-55.
3. Grieger JA, Grzeskowiak LE, Bianco-Miotto T, et al. Prepregnancy fast food and fruit intake is associated with time to pregnancy. *Hum Reprod* 2018;33:1063-70.
4. Gaskins AJ, Sundaram R, Buck L, Chavarro JE. Seafood intake, sexual activity, and time to pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab* 2018;103:2680-8.
5. Chiu YH, Karmon AE, Gaskins AJ, et al. Omega-3 fatty acid and treatment outcomes among women undergoing assisted reproduction. *Hum Reprod* 2018;33:156-65.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice advisory: update of seafood consumption during pregnancy. 2017.
7. Mikkelsen EM, Riis AH, Wise LA, et al. Alcohol consumption and fecundability: prospective Danish cohort study. *BMJ* 2016; 354:4262.
8. Ricci E, Al Betawi S, Cipriani S, et al. Semen quality and alcohol intake: a systematic review and meta-analysis. *Reprod. Biomed Online* 2017;34:38-47.
9. Smits RM, Mackenzie-Proctor R, Fleischer K, et al. Antioxidants in infertility: impact on male and female reproductive outcomes. *Fertil Steril* 2018 Sep;110(4):578-80.
10. Somigliana E, Paffoni A, Lattuada D, et al. Serum levels of 25-hydroxyvitamin D and time to natural pregnancy. *Gynecol. Obstet Invest* 2016; 81: 468-71.
11. Norman RJ, Mol BWJ. Successful weight loss interventions before in vitro fertilization: fat chance? *Fertil Steril* 2018 Sep;110(4):581-6.
12. Ehrlich S, Williams PL, Missmer SA, Flaws JA, Ye X, Calafat AM, Petrozza JC, Wright D, Hauser R. Urinary bisphenol A concentrations and early reproductive health outcomes among women undergoing IVF.
13. Hjollund NHI, Jensen TK, Bonde JPE, Henriksen NE, Andersson AM, Skakkebaek NE. Is glycosylated haemoglobin a marker of fertility? A follow-up study of first-pregnancy planners. *Hum Reprod.* 1999;14:1478-1482
14. Chavarro JE, Rich-Edwards JW, Rosner BA, Willett WC. A prospective study of dietary carbohydrate quantity and quality in relation to risk of ovulatory infertility. *Eur J Clin Nutr.* 2009 Jan;63(1):78-86
15. Dumesic DA, Abbott DH. Implications of polycystic ovary syndrome on oocyte development. *Semin Reprod Med.* 2008 Jan;26(1):53-61.
16. Heijnen EMEW, Eijkemans MJC, Hughes EG, et al. A meta-analysis of outcomes of conventional IVF in women with polycystic ovary syndrome. *Human Reprod Update.* 2006;12:13-21.
17. Sengoku K, Tamate K, Takuma N, et al. The chromosomal normality of unfertilized oocytes from patients with polycystic ovarian syndrome. *Hum Reprod.* 1997;12:474-477.
18. Ludwig M, Finas DF, Al-Hasani S, et al. Oocyte quality and treatment outcome in intracytoplasmic sperm injection cycles of polycystic
19. Dunaif A, Drug insight: insulin-sensitizing drugs in the treatment of polycystic ovary syndrome—a reappraisal. *Nat Clin Pract Endocrinol Metab.* 2008;
20. 4:272-283 Palomba S, Falbo A, Zullo F, Orio F Jr. Evidence-based and potential benefits of metformin in the polycystic ovary syndrome: a comprehensive review. *Endocr Rev.* 2009;
21. 30:1-50 Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Use of insulin-sensitizing agents in the treatment of polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril.* 2008;
22. 90:569-573 Nestler JE, Metformin for the treatment of the polycystic ovary syndrome. *N Engl J Med.* 2008; 358:47-54 Ohgi S, Nakagawa K, Kojima R, Ito M, Horikawa T, Saito H. Insulin resistance in oligomenorrheic infertile women with non-polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril.* 2008 Aug;
23. 90(2):373-7. Diamanti-Kandaraki E, Dunaif A. Insulin resistance and the polycystic ovary syndrome revisited: an update on mechanisms and implications. *Endocr Rev.* 2012 Dec;33(6):981-1030.

Insufficienza venosa cronica e trattamento medico con flebotropi - integratori



Dott. Giuseppe Calandra

Angiologo - Flebologo
Esperto in trattamenti endovascolari venosi
U.S.I. Serpentara - Via G. Pacchiarotti, 95
U.S.I. Doc Tuscolana - Via Tuscolana, 212/f
U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22

L'insufficienza venosa cronica (IVC) è una condizione molto comune nei paesi occidentali con un impatto socio-economico significativo; la percentuale di vene varicose nella popolazione adulta varia dal 22 % al 30% e circa il 5% dei soggetti affetti da IVC presenta un peggioramento con evoluzione verso disturbi trofici cutanei o ulcere mentre l'impatto socio-economico è rilevante con perdita di 500.000 ore lavorative/anno in Italia.

L'IVC è caratterizzata essenzialmente da un difficoltà di ritorno venoso verso il cuore.

L'origine dei segni e dei sintomi della IVC risiede in un'attivazione infiammatoria. Il processo patogenetico inizia da un'idiopatica perdita del tono vasale o da un'ostruzione trombotica con perdita progressiva della continenza valvolare, reflusso venoso, stasi venosa.

La stasi venosa è il segnale per l'adesione ed attivazione dei leucociti alla parete venosa con rilascio di mediatori dell'infiammazione tra cui radicali liberi, trombossano, prostanglandine, aumento permeabilità dei capillari che esita nei sintomi tipici dell'IVC: edema, dolore, disturbi trofici cutanei.

Il perdurare dell'infiammazione parietale venosa può causare un ulteriore peggioramento dell'incontinenza valvolare; si instaura quindi un circolo vizioso che aggrava l'infiammazione sino alla comparsa di lipodermatosclerosi e di ulcere cutanee.

L'ipertensione venosa è il fattore che conduce alla cascata infiammatoria ed è quindi correlato a tutti i sintomi e segni dell'IVC.

I fattori che determinano un peggioramento della insufficienza venosa sono familiarità positiva per varici, sesso femminile, gravidanze, età, prolungata stazione eretta per motivi professionali, obesità.

La patologia venosa è quindi una condizione multifattoriale in cui l'infiammazione resta l'obiettivo principale del trattamento medico.

I **flebotropi** sono oggi indicati come i prodotti più efficaci per contrastare i segni e sintomi della IVC.

Tra i flebotropi la **diosmina**, un flavonoide presente principalmente negli agrumi e in piante del genere Citrus, ha confermato in numerosi trials clinici la sua efficacia nel contrastare i sintomi e segni della patolo-

gia venosa attraverso varie azioni:

- **azione antinfiammatoria** dovuta all'inibizione dell'adesione, migrazione e attivazione dei leucociti a livello dei capillari, inibizione rilascio mediatori chimici, inibizione radicali liberi,
- **azione vasoprotettiva** con ripristino del tono venoso attraverso il prolungamento della vasocostrizione indotta dalla noradrenalina ed aumento della resistenza vascolare,
- **azione a livello microcircolatorio** incrementando la resistenza dei capillari e riducendo la permeabilità dei microvasi,
- **azione antiedemigena** aumentando il drenaggio linfatico tramite incremento della frequenza e intensità delle contrazioni linfatiche e aumentando la funzionalità della rete capillare linfatica.

La diosmina però, come tutti i flavonoidi, è poco solubile quindi poco assorbibile a livello intestinale: per questo motivo da tempo viene micronizzata per aumentare la sua biodisponibilità.

Le proantocianidine dell'**Uva Rossa (Vitis Vinifera)** hanno un forte potere antiossidante ed uno dei suoi componenti, il resveratrolo, è in grado di contrastare la produzione dei radicali liberi dell'ossigeno e di inibire la produzione di metaboliti proinfiammatori che derivano dalla cascata dell'acido arachidonico.

L'escina dalla corteccia dell'**ippocastano** è responsabile dell'aumento del tono venoso e della riduzione della iperpermeabilità dei capillari con miglioramento del drenaggio linfatico.

Le foglie della **Centella Asiatica** sono ricche di saponine triperteniche tra cui l'asiaticoside che agisce stimolando la sintesi di collagene da parte dei fibroblasti preservando quindi la struttura e tonicità delle pareti vasali.

L'**Andrographis paniculata**, pianta nativa dell'India, possiede attività inibitoria dell'infiammazione acuta con riduzione dell'edema, azione immunostimolante stimolando l'aumento dei macrofagi e dei linfociti T e attività vasoattiva ed endotelio protettiva modulando il rilascio di trombossano.

La sinergia tra vari principi attivi è spesso la condizione ideale in un flebotropo per contrastare la multifattorialità della insufficienza venosa cronica.

RINGIOVANIMENTO NON INVASIVO RED TOUCH LASER

Dott. Stefan Dima

Responsabile Reparto di Medicina Estetica
Tel. 06.32868288 / 328681 - Cell. 337.738696
e-mail: medestetica@usi.it



CHE COS'È L'INVECCHIAMENTO CUTANEO?

L'invecchiamento della pelle è un fenomeno normale e naturale che, fortunatamente, avviene in modo lento e graduale.

Questo processo inizia verso i 30 anni come già detto in modo graduale, dando il tempo all'essere umano di abituarsi ai vari cambiamenti del viso e del corpo.

COME SI RICONOSCE?

Ci sono diversi tipi di invecchiamento cutaneo, che sono:

- invecchiamento dovuto a fattori genetici che portano all'assottigliamento e al cedimento della struttura cutanea ed alla sua disidratazione: Chronoaging;
- fotoinvecchiamento causato da fattori aggressivi esterni: responsabili soprattutto i raggi UV, l'inquinamento atmosferico, l'uso di alcool ed il fumo: Photoaging.

La distinzione tra Chronoaging e Photoaging è teorica poichè di fatto coesistono.

Nel Photoaging la pelle appare ispessita, ruvida, lassa, solcata diffusamente da rughe sottili. Presenta, inoltre, discromie: macchie cutanee benigne, cheratosi e telengectasie.

Nel Chronoaging, invece, la pelle appare sottile, atrofica, pallida e rilassata, con diminuzione della quantità di fibre di collagene a livello dermico.

In questa fase si assiste anche ad un coinvolgimento del tessuto adiposo, muscolare e osseo. L'atrofia di questi tessuti determina il riassorbimento osseo, la lipopenia e la sarcopenia.

L'invecchiamento è un processo dinamico, che può variare in base al patrimonio genetico individuale.

Nel Chronoaging (fattori intrinseci - DNA dipendenti) esiste una diminuzione di spessore dello strato epidermico e dermico della cute con un assottigliamento del tessuto adiposo sottocutaneo e del tessuto muscolare che, insieme al tessuto osseo, creano l'impalcatura per il tessuto cutaneo. Più passa il tempo più il tessuto osseo soffre di osteopenia e, successivamente, di osteoporosi, con un rimodellamento globale.

Nel Photoaging (fattori estrinseci - DNA indipendenti) sono i raggi del sole, l'inquinamento atmosferico, il fumo, i farmaci (statine) e gli alimenti (acidi grassi saturi, alcool etilico, caffeina, carenza di antiossidanti) a determinare l'invecchiamento della pelle.

COME SI CURA

I prodotti utilizzati sono numerosi e includono la biostimolazione cellulare cutanea con polinucleotidi, acido ialuronico non reticolato, complessi multimolecolari; la carbossiterapia, l'ossigeno-ozono terapia, i fili riassorbibili, il silicio organico, il needling, i filler, la tossina botulinica ed i peeling chimici.

Tra le tecniche e terapie strumentali possiamo elencare, invece, la radiofrequenza, la luce pulsata ad alta intensità, i laser ablativi e non ablativi come il nuovissimo Red Touch Laser.

CHE COS'È RED TOUCH LASER

Oggi parliamo di una novità mondiale nel campo della Medicina Estetica: "Red Touch Laser", il nuovo ed unico sistema Laser a diodi con una lunghezza d'onda di 675 nm utilizzata per la prima volta per trattamenti di Dermatologia e Medicina Estetica.

Questa lunghezza d'onda interagisce direttamente con il collagene a livello dermico ed è, quindi, indicata sia per il fotoringiovanimento non ablativo che per il trattamento delle discromie cutanee. L'elevata tollerabilità del trattamento ed il downtime vicino allo zero rendono tale tecnologia unica al mondo per la stimolazione della neocollagenogenesi.

Questo tipo di laser è particolarmente indicato per il trattamento di:

- smagliature
- cicatrici post acne, chirurgiche e post trauma
- lesioni pigmentate benigne (macchie cutanee)
- ringiovanimento cutaneo
- piccole rughe
- rilassamento cutaneo

GLI EFFETTI DI RED TOUCH LASER

Dopo il trattamento è possibile osservare il progressivo miglioramento delle rughe, delle macchie trattate e della texture della pelle, che appare molto più luminosa e tonica. I primi effetti, in base al trattamento effettuato ed alle condizioni del paziente, sono visibili a partire da alcune settimane dopo la prima sessione; settimane che sono, infatti, necessarie per la maturazione delle nuove fibre di collagene stimulate tramite il trattamento.

In sintesi questo laser:

- non richiede alcun tipo di anestesia
- non è invasivo
- non necessita di nessuna preparazione
- soprattutto non interagisce con alcun vaccino anti Covid -19
- consente al paziente la prosecuzione delle normali attività quotidiane subito dopo il trattamento
- si può eseguire tutto l'anno
- si può eseguire in "pausa pranzo" - no Recovery Time
- si consigliano sempre due o tre sedute a distanza mensile.

Ancora una volta U.S.I. - Unione Sanitaria Internazionale con il rivoluzionario Red Touch Laser mette a disposizione dei suoi pazienti più esigenti una novità assoluta nell'ambito Medica Estetica, consentendo di ottenere i migliori risultati.

Dott. Luigi Marchione

Medico Chirurgo - Oculista

Chirurgia della cataratta e Laser ad eccimeri

U.S.I. Lido di Ostia (Villa del Lido) - Viale del Lido, 3

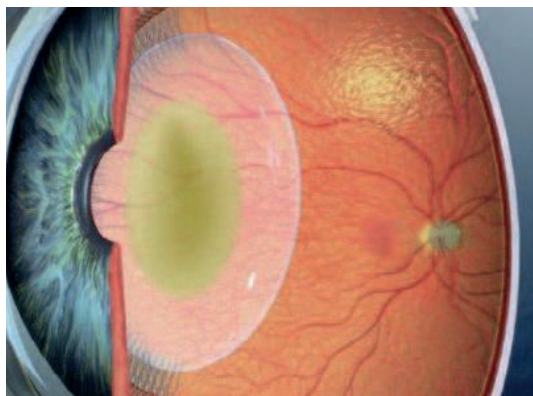


Fig. 1

La cataratta è una **opacizzazione del cristallino** (Fig. 1), lente naturale interna all'occhio, che provoca l'annebbiamento progressivo della vista. Il **cristallino**, normalmente trasparente, tende a diventare **opaco** per fenomeni di ossidazione delle proteine costituenti il suo tessuto. In un occhio sano la luce attraversa il cristallino trasparente e raggiunge la retina: la focalizzazione è normale e il cervello percepisce immagini nitide (Fig. 2). In un occhio affetto da cataratta, il cristallino opaco arresta parzialmente il passaggio dei raggi luminosi che vengono deviati in più direzioni: ciò impedisce la normale focalizzazione sulla retina e la percezione delle immagini risulta confusa (Fig. 3).

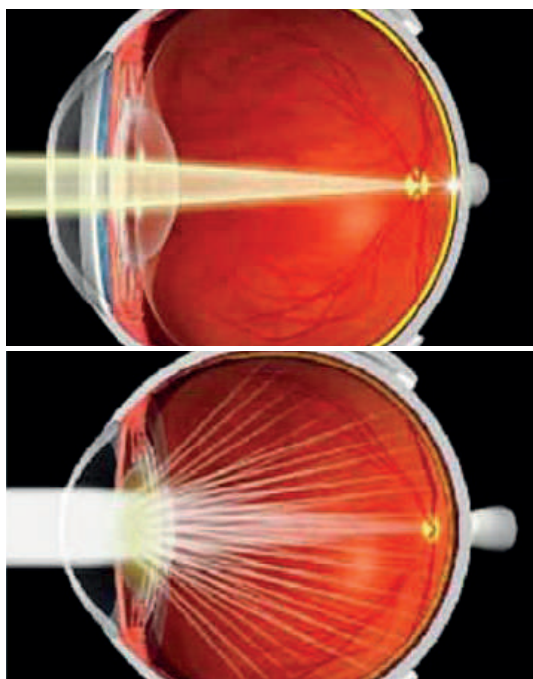


Fig. 2

Sebbene la cataratta possa insorgere anche in giovane età, essa è un **tipico effetto dell'invecchiamento**. Il cristallino, morbido, flessibile e trasparente, comincia ad **indurirsi** e a cambiare colore quando l'uomo raggiunge la mezza età. Ecco perché è spesso necessario l'uso di occhiali da vista. La cataratta interessa prevalentemente la **terza età**, ma non è esclusiva di questo periodo della vita. Essa può insorgere anche in pazienti diabetici o in pazienti che hanno fatto uso prolungato di cortisone o cordarone, in seguito a traumi oculari gravi o in seguito ad una eccessiva esposizione ai raggi solari. Generalmente la cataratta si sviluppa **lentamente e senza causare dolore**. Può insorgere in entrambi gli occhi, anche se di norma un occhio viene interessato prima dell'altro. Il sintomo più comune è l'**annebbiamento della vista**. È come se si avesse un velo sull'occhio. Diventa più difficile distinguere gli oggetti collocati negli ambienti poco luminosi e se sottoposti ad una **luce intensa** (abbagliamento) si prova una **sensazione di fastidio** (fotofobia). Inoltre appaiono degli aloni attorno alle sorgenti luminose. I colori ci sembrano meno vivaci e in molti casi si ha la comparsa, o se già presente, l'aumento della miopia. Quando l'opacità del cristallino diventa molto densa non siamo più in grado di distinguere gli oggetti; in fasi molto avanzate possiamo avere la **perdita anche totale della vista** che **però potrà essere pienamente recuperata dopo l'intervento chirurgico**.

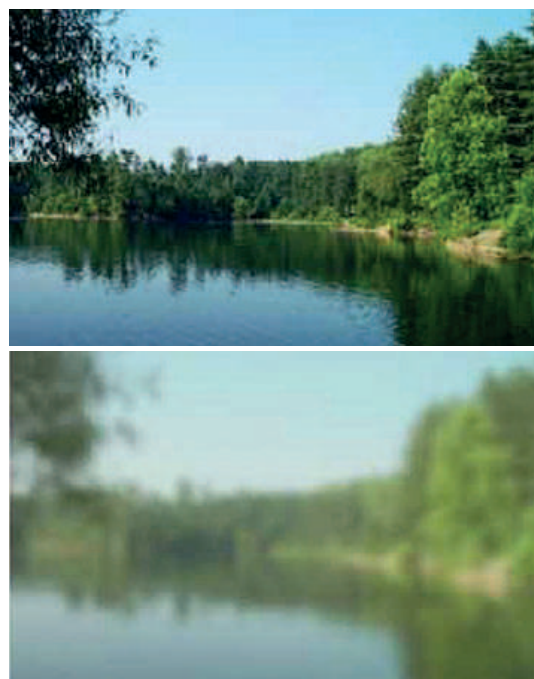


Fig. 3



Fig. 4

L'unico trattamento valido è di tipo **chirurgico**. Non è un'operazione da eseguire d'urgenza e può essere **praticata indipendentemente dal grado di opacizzazione** del cristallino quando impedisce al paziente di svolgere le normali attività quotidiane.

Dal punto di vista tecnologico la chirurgia della cataratta ha fatto enormi progressi; ogni anno grazie a questa procedura medica milioni di pazienti possono scegliere di recuperare un'ottima qualità visiva e migliorare il proprio stile di vita. Dopo l'intervento chirurgico le probabilità di ottenere **un miglioramento della vista sono eccellenti**. Nel preoperatorio l'**ecobiometria** consente di misurare con precisione la lunghezza del bulbo oculare potendo, così, calcolare accuratamente il potere della lente intraoculare da impiantare durante l'intervento. Oggi la tecnica più sicura è certamente la **facoeulsificazione**, che impiega ultrasuoni per rimuovere il cristallino opaco. Si tratta di una metodica poco invasiva che riduce al massimo i tempi di intervento, **non richiede punti di sutura** ed ha permesso l'utilizzo dell'**anestesia topica**, cioè la somministrazione di un collirio anestetico nell'occhio. L'operazione è fatta in chirurgia ambulatoriale, cioè senza necessità di ricovero; ciò consente una rapida guarigione e un precoce recupero visivo, infatti il paziente viene dimesso non molto tempo dopo l'intervento (Fig. 4).

Attraverso un'incisione inferiore ai 3 millimetri è creata un'apertura sulla capsula anteriore del cristallino. La **sonda a ultrasuoni** frammenta la parte centrale della lente che può così essere aspirata ed eliminata. Un'altra sonda è poi introdotta, attraverso la stessa piccolissima incisione, per aspirare la parte periferica morbida. La porzione anteriore e posteriore della capsula resta intatta e nella sua sede originale, formando una sacca che accoglierà la **lente artificiale pieghevole** (Fig. 5). L'utilizzo della facoeulsificazione e l'inserimento del cristallino dentro la «sacca capsulare» rendono l'operazione particolarmente precisa e sicura. Ciò non significa che si tratti di un intervento semplice: al contrario esso richiede notevoli abilità ed esperienza unite alla padronanza di apparecchiature sofisticate.

Il cristallino artificiale IOL è una **lente intraoculare artificiale** di materiale plastico e di piccole dimensioni. È inserita dal chirurgo dopo la rimozione della cataratta. È ben tollerata dall'organismo e non dà luogo a fenomeni di rigetto. Il materiale inalterabile e di lunga durata la rende utilizzabile anche in pazienti giovani. Oggi sono disponibili in commercio vari tipi

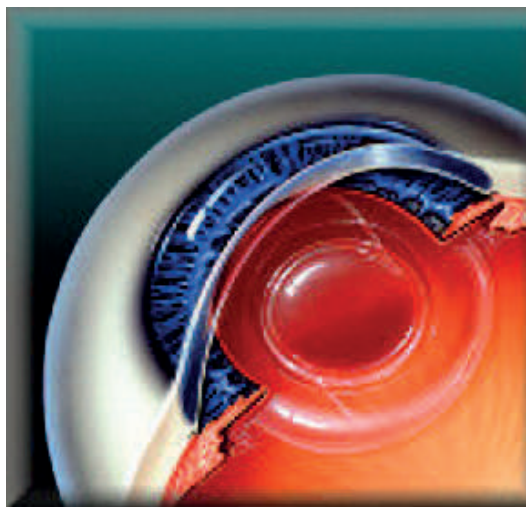


Fig. 5

di lenti intraoculari con particolari caratteristiche in grado di correggere diversi tipi di errori di refrazione. Il paziente su consiglio del chirurgo può scegliere tra 3 diversi tipi di cristallino artificiale: asferica per ridurre al minimo l'effetto abbagliamento, asfericorica capace di correggere l'astigmatismo corneale e multifocale capace di consentire una buona messa a fuoco alle lunghe, alle medie e alle brevi distanze!

In tempi recenti, come in chirurgia refrattiva, lo sviluppo di nuovi software del **laser a femtosecondi** ha consentito di estenderne la applicazione anche all'intervento di cataratta. Esso non sostituisce la tecnica di facoeulsificazione, ma può essere utile nello standardizzare alcune prime fasi di esecuzione dell'intervento di cataratta. In particolare le incisioni corneali possono essere programmate, la capsulorresi, diventa così una capsulotomia del diametro desiderato e perfettamente centrata con vantaggi se si utilizzano le lenti «PREMIUM» (toriche e multifocali); infine la frammentazione in spicchi o cubetti del cristallino riduce il tempo di utilizzo degli ultrasuoni nella *successiva fase di facoeulsificazione che comunque resta parte necessaria dell'intervento chirurgico*.

Come per tutti gli atti chirurgici anche nel caso dell'operazione di cataratta con qualsiasi tecnica utilizzata possono comunque insorgere complicanze, tra queste la rottura della capsula del cristallino, aumento del tono oculare ed anche emorragie vascolari.

Un evento tardivo all'intervento di cataratta è lo sviluppo, alcuni mesi o anni dopo l'intervento stesso, di un opacizzazione della capsula su cui è stato appoggiato il cristallino artificiale: la cosiddetta cataratta secondaria. In questo caso viene utilizzato il raggio laser che incidendo la capsula opaca ne provoca l'apertura al centro (capsulotomia posteriore). In breve tempo si ha il ripristino della funzione visiva ottenuta dopo il primo intervento.

È importante comprendere che il cristallino artificiale non consente di fare tutto ciò che un cristallino naturale sano è in grado di fare. Per questo motivo, anche dopo l'intervento, può essere necessario l'uso di occhiali.

Un tabù di cui nessuno ama parlare: i servizi igienici nei locali pubblici, nei luoghi con accesso al pubblico e i servizi idrosanitari nelle strutture ospedaliere e ambulatoriali. I rischi per la salute, specialmente durante le pandemie



Vito Manduca

Editore, scrittore e saggista

In principio l'esigenza primaria dell'animale parlante era la ricerca del cibo per riempire lo stomaco, dell'acqua per idratarsi e consentire così la sopravvivenza. Per quanto ci è dato intuire dalla conoscenza tramandataci dalla storia, il problema dell'evacuazione, a valle del processo di nutrizione, non si poneva. Impegnativa era senza dubbio l'attività a monte di approvvigionamento degli alimenti naturali commestibili e dell'acqua indispensabili alla vita, in fondo come continua a essere per gli animali non parlanti allo stato brado, tuttora non sottomessi alla custodia dell'uomo per suo tornaconto. L'espletazione della funzione di liberarsi delle scorie è assolutamente naturale, spontanea e la si può fare nel punto dove il soggetto si trova al momento dello stimolo. Trattandosi di funzione corporea (come respirare), non vi è necessità alcuna di ripararsi dagli sguardi indiscreti: in fondo il corpo è nudo di suo e ogni momento sotto lo sguardo dell'altro; il plain air è la norma e anche garanzia di salubrità. Semmai, in contesti primitivi, l'utilità del riparo e della riservatezza è più sentita al momento del consumo degli alimenti, in ragione del fatto che potrebbero far gola ad altri soggetti affamati. Mentre per l'evacuazione, salvo casi patologici possibili anche al di fuori delle società evolute, nessuno trova interesse a disturbare.



Tutto questo vivere secondo natura viene meno allorché l'animale parlante decide di coprire il corpo con manufatti, quindi di raccogliere e conservare alimenti e vivere in gruppi organizzati, introducendo il concetto di "vergogna" nell'esibire gli organi deputati alle funzioni fisiologiche, ivi comprese le attività sessuali funzionali alla riproduzione. Se a questo aggiungiamo l'insorgere del concetto di proprietà, virus anti litteram che contagia in primo luogo il maschio, ecco che tutto ciò che riguarda quelle parti fondamentali

del corpo diviene tabù su cui persino le scienze contemporanee, o meglio alcuni scienziati, non riescono a disquisire senza imbarazzi e, quando lo fanno in pubblico, quasi balbettano.

Facciamo un salto nei secoli e veniamo alla situazione attuale dove, salvo le dovute eccezioni, esistono i locali deputati, comunque denominati: bagni, toilette, cessi, latrine, servizi igienico-sanitari (nella forma più evoluta proprio per dare un tocco di eleganza).

Potendone parlare, senza avere la sensazione di toccare un tabù, dobbiamo constatare, specie nell'epoca della pandemia, quanta poca importanza è riservata, fin dalla progettazione, a un luogo importantissimo per la salute del corpo, ancora di più nell'emergenza che stiamo vivendo. Importanza che dovrebbe essere pari, e per certi versi maggiore, rispetto a quella dove si svolgono le altre funzioni, fosse altro perché – quando parliamo di servizi pubblici – essi sono di frequentazione collettiva, senza la possibilità di controlli sul rispetto di chi se ne servirà in seguito, vincendo, in questo ambito, l'esigenza di intimità e privacy. La condizione di eccellenza sarebbe che a ciascun individuo fosse riservato il proprio "servizio personale" o di uso esclusivo, esattamente come avviene per il letto dove dorme o della sedia che occupa quando mangia. In fondo, in principio, verosimilmente ciascuno cercava il proprio angolo di terra, appartato o meno, ed è come se ciascun animale parlante avesse il proprio angolo privato dove espletare le sue funzioni. D'altronde se osserviamo il comportamento di alcuni animali, vedi il gatto, constatiamo che essi marcano il territorio proprio con quelle specifiche funzioni.

Vale la pena di porre l'attenzione su questa questione per lo più trascurata, sia scientificamente sia ordinariamente. Constatato che l'emergenza sanitaria da pandemia ha messo sotto la lente ogni ambito della quotidianità, ma con scarsa, se non nulla, attenzione verso tali servizi, è utile infrangere questo tabù e fare qualche riflessione in merito, persuasi che, in genere, essere schiavi dei tabù non aiuta né il processo di conoscenza né, tanto meno, come in questo caso, la salute. La divulgazione scientifica dovrebbe essere più attiva e coraggiosa proprio per rimuovere tabù ostativi ma, purtroppo, tutto ciò che riguarda la parte del corpo che ha a che fare con la sfera degli organi e delle funzioni sessuali ancora rimane una zona coperta di opacità.

Cercando di alleggerire con qualche nota di ironia la serietà della materia, limiterò la riflessione alla situazione nel sistema sanitario – rifacendomi alle fonti più autorevoli che, seppure come granellino di sabbia nel deserto, pongono la questione a livello globale – e a riferire le poche informazioni, raccomandazioni o prescrizioni rinvenute nelle diverse disposizioni sull'emergenza sanitaria. Per ogni considerazione, occorre partire dalle condizioni minime richieste affinché

tali servizi possano rappresentare uno strumento di benessere e non un ulteriore elemento di rischio: occorre un numero adeguato, la disponibilità congrua di acqua, la funzionalità, l'igiene dei locali e (sempre, ma particolarmente nell'emergenza) la sanificazione automatica, o sistematica se manuale, a ogni utilizzo. Esplorando in Rete si rileva che (dicembre 2020) «secondo il nuovo rapporto UNICEF-OMS, **Global progress report on WASH in health care facilities: fundamentals first**, circa 1,8 miliardi di persone sono maggiormente esposte al rischio di **COVID-19** e di altre malattie perché utilizzano o lavorano in strutture sanitarie prive di servizi idrici di base. L'acqua e i servizi igienico-sanitari (WASH) sono **vitali per la sicurezza degli operatori sanitari** e dei pazienti, anche se alla fornitura di questi servizi non viene data priorità. In tutto il mondo, 1 struttura sanitaria su 4 non ha servizi idrici, 1 su 3 non ha accesso all'igiene delle mani nei luoghi in cui viene fornita l'assistenza, 1 su 10 non ha servizi igienici e 1 su 3 non separa i rifiuti in modo sicuro.

La situazione peggiore di tutte è quella dei **47 Paesi meno sviluppati (PMS)** del mondo: **1 struttura sanitaria su 2 non dispone di acqua potabile di base**, 1 struttura sanitaria su 4 non dispone di servizi di base per l'igiene delle mani nei punti di cura, e 3 su 5 non dispongono di servizi igienici di base».

Ora sappiamo quanto sia preziosa l'acqua per la lotta al Covid (e in verità non solo, giacché l'igiene attraverso l'acqua è uno degli strumenti più efficaci contro ogni forma di contagio. Non a caso i romani hanno coniato la formula SPA: *Salus Per Aquam* preso in prestito poi dalle strutture di benessere). È talmente fondamentale, l'acqua, al punto che una delle tre regole di base per la prevenzione è il corretto lavaggio delle mani opportunamente divulgato dagli esperti e dai governi con campagne martellanti. Lo stesso non si è fatto per il corretto utilizzo dei servizi igienici pubblici.



Certo, in Italia possiamo ritenere che la situazione non sia così drammatica, ma per quanto possiamo leggere e, soprattutto, constatare non è certo come dovrebbe essere per garantire al personale sanitario, ai pazienti e ai visitatori un livello di sicurezza tale da poter essere tranquilli. Se non vi è carenza d'acqua (e non è escluso che in qualche struttura non vi sia), sicuramente vi è carenza proprio di servizi efficienti e sempre funzionanti. Partendo dalla massima eccel-

lenza possibile, dove dovrebbe esservi un servizio per camera con paziente singolo (utopia o paradiso sperato?), quindi servizi riservati al personale e servizi riservati ai visitatori, si scende fino ai servizi unici per camerate di più posti letto, e servizi comuni tra personale sanitario e visitatori, non di *rado aut of order*.

Ma quel che emerge ancora di più agli occhi, anche non particolarmente esperti, sono le condizioni igieniche e funzionali in cui versano i diversi servizi anche di importanti strutture. La riflessione principale che viene da fare è che, partendo dall'assunto che le sale operatorie, gli ambulatori, le terapie intensive, le sale d'attesa, il pronto soccorso, e ogni altro luogo deputato al percorso cui si sottopone un paziente, siano curati e mantenuti con il massimo rigore (e sappiamo che così non è), sarebbe davvero una beffa che, a intervento chirurgico riuscito, il paziente possa riammalarsi per contagio dentro i bagni della struttura.

La probabilità non è tanto peregrina se in un nosocomio napoletano un paziente, proprio nel bagno, ha terminato la sua esistenza terrena, nell'assoluta dimenticanza del personale preposto alla cura che lo ha rinvenuto casualmente cadavere ore dopo... Ecco, in quel frattempo il cadavere avrebbe potuto essere rinvenuto anche da un altro paziente o da parte di un ignaro visitatore... A parte il raccapriccio... e se il cadavere fosse stato contagioso?



In tempi non sospetti, lontani dalla pandemia, era il 2016, ebbi modo di constatare l'incuria durante il ricovero in Cardiologia dell'ospedale San Giovanni di Roma, ritenuto di eccellenza. Mi improvvisai inviato speciale nella Sanità fotografando, giorno per giorno, quello che mi passava sotto gli occhi e che ritenevo meritevole di essere riferito ai lettori. Ho osservato i diversi ambiti della struttura: pronto soccorso, terapia intensiva, reparti, senza trascurare i servizi. Riporto, più avanti, il passaggio in cui i segnali dell'incuria erano più che evidenti in toilette: un banalissimo asciugamano di spugna, visibilmente sporco, rimasto abbandonato senza padrone nel bagno della camerata per settimane, se non mesi.

Il giorno del ricovero non feci caso a nulla che non avesse a che fare con il mio nuovo status di paziente. Non ancora calato nelle vesti del ricoverato né in quelle dell'inviato, avevo attenzione solo per le manovre intorno al mio corpo provato da ore di attesa al pronto soccorso (dalle ore 16,00 dovrà giungere la mezzanotte prima di vedermi assegnare un letto), quindi non avevo interesse per altri particolari della logisti-

ca. Nei giorni successivi, notai in bagno la presenza di un asciugamano di spugna, sgualcito e infilato tra la parete e un tubo. Anche se trovai la circostanza bizzarra, nei giorni a seguire, pur ritrovandolo sempre nella stessa posizione, ne rimasi un po' indifferente. Poi fui collocato in dimissione protetta, in attesa di essere richiamato per l'intervento chirurgico. Al rientro in reparto, stesso letto, dopo diversi giorni, non potei più ignorare il pezzo di biancheria clandestino. Quella presenza abusiva mi infastidiva e mi inquietava. Forse era stato di un paziente deceduto... chissà. Ritenni degno caso da segnalare al personale e da inserire nel documentario a testimonianza dell'incuria:

«Nulla è cambiato rispetto al clima: il condizionatore non è stato riparato ed è subito l'argomento su cui si concentra il paziente del letto tre: mi anticipa la battaglia del giorno seguente. Sono praticamente lesso e non ho l'energia necessaria per affrontare un dibattito alle due del mattino. Mi limito a registrare il suo nome, Claudio, e la lamentela; quindi chiudo l'argomento, recandomi in toilette per prepararmi al riposo. L'asciugamano del mistero è sempre nella posizione in cui l'ho lasciato. Si tratta di un asciugamano azzurro incastrato in una sorta di corrimano, a ridosso del lavandino. Quando l'ho notato, il giorno del primo ricovero, ho ritenuto che fosse di Nicolino, anche se ho trovato strano che un paziente potesse lasciare della biancheria nel bagno comune. Ma poi Nicolino è stato spostato di stanza, sono passati diversi giorni e avvicendati altri pazienti e l'asciugamano è rimasto nella medesima posizione» (Labirinto, naufragio nella Sanità, EDDA Edizioni, Roma 2017).

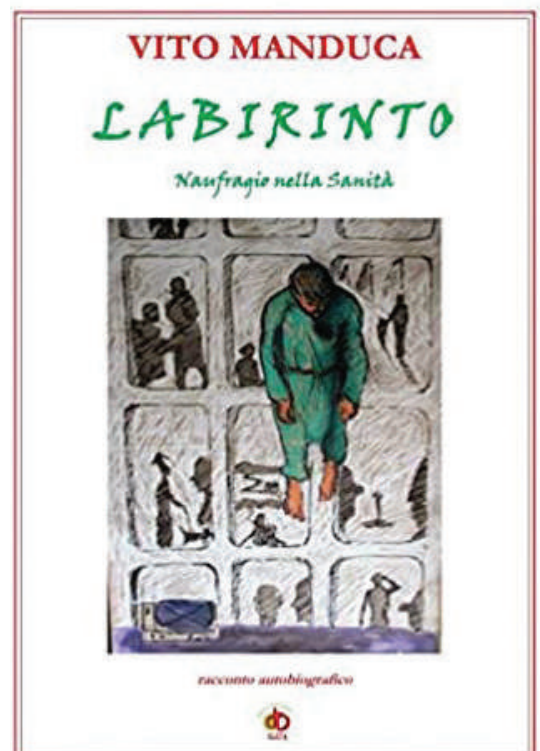
Un banale asciugamano, direte, e tuttavia, pur appuntando sul mio taccuino l'anomalia, non me la sentii immediatamente di fare come il mio solito il bravo scolarotto, l'ispettore dell'igiene o il sindacalista senza mandato. Casualmente, il giorno della rasatura per l'esame di coronarografia, prenotata l'indomani sia per me sia per il logorroico vicino di letto, si creò il clima favorevole visto lo spiccato senso di humor dell'altro paziente, mentre venivamo rasati in contemporanea nelle parti intime.

Riporto il siparietto non privo di ironia benevola:

«Il vicino, intento nella sua di rasatura, continua a chiacchierare senza sosta, obbligando l'infermiera che si occupa di lui a dire: "Silenzio un attimo, altrimenti davvero mi sbaglio col rasoio". Ma lui è fatto così e anziché tacere rilancia: "Tanto c'è poco da tagliare". Antonella, che esplora [su di me] evidentemente una situazione diversa in evoluzione, mentre passa a tosare i testicoli, quasi bisbiglia divertita: "Qui invece, se continua così, ci sarebbe...". La vibrazione e il ronzio della macchinetta sui testicoli, giù giù fino alla delicata zona anale, in sinergia con le dita dell'altra mano di Antonella, indecisa ora se stringere o se rilasciare, sollecitano sensazioni sopite da prima del 9 di giugno e, da quel dì, non ancora risvegliate... finora. "Calma..." bisbiglia ancora, mentre effettua una stretta improvvisa, forse volutamente, forse inconsciamente, che se non è proprio piacere ci si avvicina molto. Sorrido fra me alla nota barzelletta su Pierino e dico: "Sì, calma, avvocato, se no perdiamo la causa...". Il logorroico deve accorgersi di qualcosa perché nel suo dire mi tira in ballo: "Chissà perché Vito è così silenzioso...". "Devo... perché temo che Antonella, gira che ti

rigira, mi castri per davvero". Si ride... Antonella con un leggero tocco molla la presa e dice: "Voilà, fatto!" mentre con mossa abile mi copre col lenzuolo e strizza l'occhio come per dire eppur si è mosso... complimenti. In verità dice maliziosa e ambigua: "Come sei pronto, vai in bagno a pulire... i peluzzi rimasti sulla pelle". "Ok capo, grazie." Mi avvolgo col lenzuolo e mi dirigo in bagno. In bagno, automaticamente lo sguardo si posa sull'asciugamano fantasma che giace lì sin dal primo ricovero. Essendosi alternati da quel di diversi pazienti è evidente che si tratta di un oggetto fantasma che non è stato mai rimosso, divenendo peraltro sicuro ricettacolo di batteri. Forte del successo ottenuto con il letto rotto e col condizionatore, apro un'altra vertenza. **Richiamo l'attenzione delle infermiere dicendo che per ovvie ragioni di igiene sarebbe il caso di rimuovere l'oggetto** buttandolo, visto che nessuno lo reclama più; convergono ma mi dicono di interessare io stesso le inservienti competenti [la rimozione di tali oggetti non è di competenza degli infermieri]. "Funziona di più" affermano. "Purché non debba ricorrere anche per questo al primario" scherzo, mentre come un pulcino implume riesco dal bagno. "Beh, a te darà ascolto... ormai più che paziente sei un collaboratore" dice l'Antonella, segno che la storia del letto e del condizionatore è divenuta quasi leggenda. Ci fanno indossare un camice verde, aperto sul di dietro e dicono: "A letto, bambini! Aspettate la mamma" ed escono. Il siparietto della rasatura mi ha messo di buonumore». Passerà ancora qualche giorno prima che io potessi annotare sul diario:

"Mi preparo sereno per la notte, non prima di avere costatato, con una sottile soddisfazione, un altro piccolo successo: in bagno l'asciugamano misterioso è stato finalmente, dopo il mio intervento, rimosso dagli inservienti ponendo fine a inquietanti interrogativi ogni qual volta vi facevo ingresso."





Per onestà intellettuale, devo ribadire che il reparto di Cardiologia del San Giovanni è ritenuto un reparto di eccellenza (a cui sono grato per tutto), perfino tra i meglio attrezzati anche in fatto di bagni, dato che ve n'è uno per ogni stanza di quattro letti. Tuttavia possiamo convenire che se un asciugamano dimora per diverso tempo in un bagno comune, raccogliendo quotidianamente microbi e dio sa cos'altro senza neppure suscitare gli interrogativi di chi è preposto all'igiene, figuriamoci se possiamo pretendere la sanificazione a ogni utilizzo!

Solo un accenno, verso la conclusione, sulla situazione negli altri luoghi pubblici o aperti al pubblico: esercizi commerciali, della ristorazione, dell'intrattenimento, delle scuole, delle stazioni, luoghi a tutti noi noti sia nelle zone di rappresentanza (sale, spazi espositivi, aule) sia nelle zone riservate ai servizi igienici. Eviterò quindi di riferire ciò che avviene in questi luoghi e come essi siano normalmente usati da quell'umanità che al riparo dell'intimità perde spesso il senso della civiltà e del rispetto; (pensiamo, per tutti, a ciò che avviene nelle toilette delle discoteche, ovviamente senza demonizzare da bigotti il divertimento e la trasgressione) ma non v'è dubbio che l'utilizzo plurimo, promiscuo e incontrollato si trasforma in focolaio di contagi Covid o non Covid. Eppure né la divulgazione scientifica, né le norme emanate dagli enti preposti

hanno riservato la giusta attenzione, se non qualche blando e generico richiamo:

- Regolare e frequente pulizia e disinfezione delle aree comuni, spogliatoi, cabine, docce, servizi igienici, etc., comunque assicurata dopo la chiusura dell'impianto.
- È necessario rendere disponibili prodotti per l'igienizzazione delle mani per i clienti e per il personale anche in più punti del locale, in particolare all'entrata e in prossimità dei servizi igienici, che dovranno essere puliti più volte al giorno. (Linee guida del governo – Gazzetta Ufficiale 15 gennaio 2021).

Non mi pare siano stati eseguiti studi, ammesso che sia possibile, per rilevare quanti contagi siano stati causati da contatti in questi luoghi.

Non credo che quanto fin qui fatto sia sufficiente per limitare i rischi. Tanto c'è da fare ancora, ed è auspicabile che chi ha potere, finanza e scienza, possa sollecitare un monitoraggio più approfondito e, magari, perché non riservare parte delle ingenti risorse che arriveranno dall'Europa per adeguare, quantitativamente e qualitativamente, e mettere intanto in sicurezza, i servizi igienico-sanitari a partire dalle strutture pubbliche, con priorità agli ospedali e alla Sanità in genere, dove la comunità può avere l'opportunità di essere curata e guarire, ma anche il rischio di peggiorare e morire.

Adotta una spiaggia: la Campagna di Marevivo per la tutela e la valorizzazione delle spiagge italiane



Marevivo Onlus



I litorali sabbiosi, le spiagge e le dune costiere sono tra gli habitat europei e nazionali con il peggiore stato di conservazione. Le minacce sono molteplici: dall'inquinamento di ogni sorta - si stima che l'inquinamento delle spiagge colpisca più di 800 specie di fauna selvatica in tutto il mondo, e sono più di 100.000 gli uccelli, le tartarughe marine e i mammiferi marini che ogni anno muoiono a causa dei rifiuti di plastica abbandonati - alla cementificazione delle coste, dalla distruzione delle praterie sommerse di posidonia fino a un turismo troppo spesso irresponsabile. A causa dell'eccessivo afflusso di bagnanti, animali come il fratino o la tartaruga marina *Caretta caretta* non riescono infatti a trovare le condizioni adatte per la riproduzione, la deposizione e la schiusa delle uova o per lo sviluppo della prole. Altra grave minaccia è rappresentata dall'erosione costiera, fenomeno particolarmente forte in Italia, che negli ultimi 50 anni ha perso 40 milioni di metri quadrati di spiaggia e dove attualmente quasi il 50% delle coste sabbiose è soggetto a erosione.

Eppure la spiaggia, cui troppo spesso pensiamo solo d'estate e in misura "accessoria" al nostro svago personale, rappresenta un ambiente unico in natura, habitat naturale di centinaia di animali e piante marine. Alla spiaggia infatti appartengono i granelli di sabbia, le conchiglie, la vegetazione e le tante creature che vivono sul litorale e nelle acque vicino alla riva.



Per proteggere questo ecosistema così prezioso l'Associazione ambientalista Marevivo ha recentemente lanciato la Campagna nazionale "Adotta una spiaggia", attraverso la quale, tramite una donazione, è possibile sostenere l'Associazione nelle attività di pulizia, osservazione e valorizzazione di decine di spiagge in tutta Italia, dalla Liguria alla Sardegna, dal Friuli Venezia Giulia alla Sicilia.

Adotta una spiaggia

Saranno i volontari delle delegazioni di Marevivo sul territorio, in collaborazione e con il patrocinio di amministrazioni comunali, aree protette e parchi, istituti di ricerca e università, a prendersi cura nel tempo di tratti di spiaggia individuati in base al valore naturalistico e alle emergenze che li minacciano, attraverso pulizie periodiche, posizionamento di pannelli informativi, attività di educazione ambientale, osservazione della spiaggia per individuare e segnalare eventuali nidi (fratino, tartaruga marina) o anche fenomeni erosivi.

In sole poche settimane "Adotta una spiaggia" ha già raggiunto risultati importanti, coinvolgendo 10 spiagge nelle regioni Toscana, Lazio, Campania, Puglia, Sardegna, Sicilia e Marche e recuperando oltre 2,5 tonnellate di rifiuti, principalmente rifiuti di plastica ma anche vetro e metallo, oltre a rifiuti ingombranti come quattro boe di segnalazione con relative catene ancoraggio e basi cemento, strappate dalle mareggiate e in stato di abbandono, almeno 5.000 retine per la coltivazione delle cozze. Sono stati inoltre posizionati o sono in via di posizionamento 21 pannelli informativi e divulgativi, per sensibilizzare la popolazione locale e turistica sui comportamenti da tenere per rispettare questi ecosistemi.

È sempre possibile aderire all'iniziativa e sostenere questa Campagna direttamente dal sito di Marevivo e scegliendo quale spiaggia "adottare", optando per una a cui si è fortemente legati o piuttosto ad una lontana ma particolarmente preziosa dal punto di vista naturalistico, come la spiagge di Eraclea Minoa, tra le più belle e affascinanti della Sicilia meridionale e luogo di nidificazione del fratino e di deposizione delle tartarughe marine *Caretta caretta*, o come lo Stagno di Santa Caterina e la Laguna di Sant'Antioco, nel Sud Sardegna, importanti aree di sosta e riprodu-

zione di fenicotteri, cormorani, aironi, falchi e Martin pescatore.

Perché adottare una spiaggia significa scegliere di prendersi cura di un intero ecosistema, di tutti gli animali e le piante che lo abitano.

MAREVIVO

Marevivo Onlus dal 1985 è attiva per la protezione del mare e delle sue risorse. L'associazione lavora per la conservazione della biodiversità, lo sviluppo sostenibile, la valorizzazione e la promozione delle aree marine protette, la lotta all'inquinamento e alla pesca illegale e l'educazione ambientale.




MAREVIVO
ADOTTA UNA SPIAGGIA

Se vuoi proteggere me
ADOTTA
LA MIA CASA

Adottando una spiaggia permetterai a Marevivo di ripulire, tutelare e monitorare la casa di centinaia di animali

ADOTTA UNA SPIAGGIA
info su www.marevivo.it



Roma, Parioli, liceo Mameli, anni Ottanta, adolescenze fragili e inquiete, nell'immaginario collettivo il rapimento di Emanuela Orlandi... qualcuna si sente goffa e inadeguata, c'è chi splende come una dea... poi, trent'anni dopo, è tutta un'altra storia. Quale? La realtà dei fatti, la verità della letteratura in un romanzo scritto con ineguagliabile forza innovativa.

Eroiche fragilità di Michele Trecca

Si può leggere un romanzo sbirciando corrispondenze fra realtà e finzione, autore e personaggi, ma è un po' come spiare dal buco della serratura: l'immagine è parziale, la prospettiva distorta. Non vale la pena. Molto meglio leggere percorrendo le pagine di vetta in vetta dal punto più alto della scrittura. Per *Sembrava bellezza* di Teresa Ciabatti consigliamo vivamente questa seconda e più avventurosa modalità. Consigliamo, in particolare, di agganciare gli occhi alle vertigini della sintassi. Quella di *Sembrava bellezza* è una sintassi web.

Sintassi web è quando due trattini sono una finestra, ogni parentesi un link, niente o quasi subordinate, ogni frase una sorpresa. Nuovo e più nervoso è, quindi, il modo di connettere le parti della narrazione, uno scossone o variante del tradizionale andamento a trenino del nesso logico e cronologico. In sostanza, una forma più vicina alla sensibilità erratica dei nostri tempi. Più veloce e brusca. A «balzi». Più concentrata sull'essenziale. Refrattaria fino alla «irascibilità per i piccoli accadimenti che comportano uno spreco di energie».

Sembrava bellezza è un ininterrotto flusso di coscienza - ma in diretta streaming con i lettori - durante il quale una scrittrice famosa, vinta «l'inadeguatezza» adolescenziale, ritorna agli anni del liceo e in un gioco di specchi si confronta con quella che era un tempo. Più che altro fa a pugni. Con se stessa e amiche e amici di allora. Ieri oggetto della sua invidia. Oggi tributari della sua celebrità.

«Ma rimaniamo su di me, la me alla sinistra di Federica. Chi sono io al tempo? Chi se non una ragazzona sovrappeso, truccatissima, triste, impaurita, complessata, derisa, rabbiosa, piena di rabbia tanto da urlare: vado a scuola, e faccio una strage, mamma... Passano trent'anni, e l'ultima a sinistra della foto cambia posizione. Una forza centripeta la spinge al centro, la luce su di lei, e voi in ombra.»

Roma, quartiere Parioli, liceo Mameli, anni Ottanta. Nell'immaginario collettivo il rapimento di Emanuela Orlandi con leggende tipo: nel camerino di quel negozio c'è una botola, ti rapiscono e poi ti vendono. Chi racconta viene dalla provincia, la Maremma, e anche in questo è come l'autrice. Vari i nodi che legano Teresa Ciabatti e il suo personaggio, stretti e però contraddetti tanto da dissuadere e depistare ogni velleità di lettura in filigrana. Del resto, un romanzo è vero solo se e quando corrisponde alle intenzioni dell'autore, il quale peraltro le proprie intenzioni le conosce via via che scrive. Quanto più forte è questo legame e adeguata la sua forma, tanto più vero è ciò che è scritto. Altra verità in letteratura non c'è. Né è

lecito chiederla.

«A questo punto della storia, della ricognizione della mia adolescenza attraverso quella di Federica, e di Livia (in una graduatoria di felicità/fortuna, in luogo di sfumature della stessa ragazza da Emanuela Orlandi a me, passando per Livia, dalla scomparsa all'obesa, oppure al contrario, un'unica ragazza che va via via a sbiadire); a questo punto saltano tutti i paletti. Noi stesse ci scopriamo confuse, cosa siamo diventate, costellazione senza luna, microscopiche stelle a punteggiare il cielo buio. Qualcosa non torna.» Cosa cerca allora la scrittrice famosa: rivincita? O forse espiazione, perdono per qualche zona oscura? Quale?

In tutte e due le età di chi racconta ci sono Livia e la sorella Federica. Livia, con l'onnipotenza della sua bellezza, tutto muove attorno a sé. Desideri e invidia. «Al cospetto dell'essere biondo ammutoliamo - ed è il ricordo più vivido del periodo di amicizia con Federica, delle giornate trascorse da lei. L'apparizione, all'improvviso, della sorella.» Poi una notte la regina cade dal trono (ma come? solo alla fine sapremo), la sua giovinezza «deflagra» e nel corpo e nell'anima s'apre una ferita profonda. Con amorevole abnegazione le sarà a fianco la sorella.

Sembrava bellezza è il racconto impietoso di eroiche fragilità. La giovinezza è la più crudele delle stagioni. Basta una notte per spegnere la sua luce. Né mai alcun successo in età adulta potrà irradiare quella luce su chi da ragazza era nel cono d'ombra. Lo sa bene la scrittrice

famosa, che s'azzuffa col suo passato senza mai piegarlo alla nuova misura di sé mentre - confortata da Federica - rabbiosa si strugge per l'astio della figlia e invoca tenerezza: «E vorrei aggiungere: venimi a prendere. A prescindere dal mittente, parlando a una qualsiasi persona in pena per me, maschio, femmina, figlia, amante: siamo ancora giovani, talmente giovani. Tutta questa tenerezza sprecata, quanta tenerezza a spersersi qua sotto. Portami via (e qui immagino un maschio)».

Sembrava bellezza è un vaso colmo di ispida, scontrosa e ribelle tenerezza che nel fuori testo della dedica si scioglie infine in un disarmante, coinvolgente abbraccio. Impossibile, ma vero. Come ogni parola di questo romanzo. Non reale, vera. «Allora chiudo gli occhi, chiudo forte gli occhi, sono diventata scrittrice per questo: inventare, sistemare.»



Teresa Ciabatti
Sembrava bellezza
Mondadori, pagg. 240, € 18