



il caduceo

RIVISTA PERIODICA DI AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO E CULTURA MEDICA

Vol. 17, n° 3 - 2015



Pubblicazione a cura dell'Unione Sanitaria Internazionale - via V. Orsini, 18 - Roma

il caduceo

Vol.17, n° 3 - 2015



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
B. Trinti

COMITATO SCIENTIFICO
**F. Palazzo, A.F. Radicioni,
A. Torre, S. Trinti**

COORDINAMENTO EDITORIALE
S. Trinti

SEGRETARIA DI REDAZIONE
A. Cecchi

EDITORE
RM '81 S.p.a.
Via Eschilo, 191 - Roma

STAMPA
Ti Printing S.r.l.
Via delle Case Rosse, 23
00131 Roma

FINITO DI STAMPARE NEL MESE
DI SETTEMBRE 2015
TIRATURA: 10.000 COPIE

Foto di Copertina
Potofgoldnight

Rivista medica periodica a distribuzione gratuita,
edita a cura dell'Unione Sanitaria Internazionale.
Le pubblicazioni o ristampe degli articoli della
rivista devono essere autorizzate per iscritto
dall'editore.

Il contenuto degli articoli e degli inserti pubblicitari
di 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. 06.32.868.331
Fax 06.77.25.04.82
ilcaduceo@hotmail.com
www.usi.it


Unione Sanitaria Internazionale

SOMMARIO

1. Sommario
2. Istruzioni agli Autori
3. Comprendere l'omosessualità:
le problematiche psicologiche, l'omofobia
e il grande inganno delle cosiddette
"terapie di conversione" o "riparative"
F. Della Rocca
8. Cervello e sistema immunitario:
scoperto collegamento mancante.
Colmato importante 'gap'
A. Louveau et al.
9. Alimentazione: fattore di rischio
o di protezione per la salute?
L. Taragnoloni
13. Riconoscere precocemente le lesioni
da pressione
E. Toma
18. Tre nuovi trattamenti biorevitalizzanti
in medicina estetica
S. Dima
19. Gli ormoni bioidentici e la medicina antiaging
M. Trombetti
21. La sedazione palliativa per i malati oncologici
alla fine della vita: non solo una pratica
efficace ma anche una scelta etica
G. Ferrentino
25. Un nuovo alleato nella gestione
dell'iperuricemia
26. La dieta "proteica"
L. Cutrufo
28. I parassiti questi sconosciuti
D. Grassi
30. NEWS - Dalla rete
34. Il corso di Gastroenterologia ed Endoscopia
digestiva "made in USI" alla sua terza edizione:
ascoltiamo il parere dei discenti
A. Trecca, G. Marinozzi
36. Ahò, 'sto romanzo fàmolo strano!
M. Trecca

ISTRUZIONI AGLI AUTORI

Il Caduceo pubblica articoli originali, rapporti di gruppi di lavoro, presentazioni di casistica, note tecniche, 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 paragonare i risultati ottenuti con quanto dimo-

strabile con altre metodiche e presentare l'eventuale impatto dei risultati nella pratica quotidiana.

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

7. BIBLIOGRAFIA. 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 F.X, 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.

Tabelle

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.

Comprendere l'omosessualità: le problematiche psicologiche, l'omofobia e il grande inganno delle cosiddette “terapie di conversione” o “riparative”

Federico Della Rocca

Psicologo clinico, Psicoterapeuta presso USI - Roma
Responsabile del servizio di Psicologia Clinica e Psiconcologia
presso la Casa di Cura Marco Polo - Roma



Sommario

L'omosessualità non è una condizione patologica, ma una variante naturale del comportamento umano. La persona omosessuale tuttavia si trova a vivere in un contesto sociale a maggioranza eterosessuale, imbevuto di omofobia, idee preconette e comportamenti spesso ostili verso l'omosessualità. Ciò contribuisce ad alimentare problematiche psicologiche di varia entità, che ogni omosessuale deve affrontare. Un aiuto concreto in questo caso è rappresentato dalle varie forme psicoterapeutiche esistenti, ma occorre diffidare da quegli approcci pseudo-terapeutici definiti “terapie riparative” o “terapie di conversione”, che si pongono come obiettivo la manipolazione psicologica finalizzata a trasformare un omosessuale in eterosessuale.

Parole chiave: Omosessualità, Psicoterapia, Terapie Riparative, Omofobia

Introduzione - Il termine “omosessualità” è da sempre gravato da malintesi, idee preconette e imprecise, se non del tutto assurde, pregiudizi feroci e atteggiamenti ostili di vario genere. Il contesto sociale e normativo all'interno del quale la persona omosessuale deve vivere la propria sessualità esercita una pressione negativa e discriminatoria, spesso colpevolizzante, che rende estremamente difficile l'esplorazione, la comprensione e l'auto-accettazione della propria omosessualità. Se è vero che oggi non vi sono più dubbi in ambito scientifico sul fatto che l'omosessualità non rappresenti in sé una psicopatologia nella maniera più assoluta, è purtroppo altresì vero che il soggetto omosessuale spesso vive un forte disagio psicologico soprattutto a causa di un atteggiamento omofobico imperante. In tal senso le terapie psicologiche rappresentano un aiuto fondamentale ed efficace per uscire da situazioni di grande sofferenza psicologica, caratterizzate da senso di emarginazione e isolamento. Gli approcci psicoterapeutici ufficialmente riconosciuti dalla comunità scientifica rivolti alla risoluzione di tali problematiche sono vari e tutti sicuramente validi; esistono tuttavia particolari approcci “pseudo-terapeutici”, definiti “terapie riparative” o “terapie di conversione”, che si pongono come obiettivo la trasformazione dell'omosessuale in eterosessuale, attraverso metodi coercitivi di manipolazione psicologica. Tali forme di intervento psicologico non sono fondate su basi scientifiche, sono vietate dal codice deontologico degli psicologi italiani e possono arrecare danni psichici molto gravi al soggetto che si sottopone a trattamenti di questo tipo.

L'omosessualità non è una condizione patologica - Credo sia doveroso fugare subito ogni dubbio: l'omosessualità non è una condizione patologica. Questo si-

gnifica che una persona omosessuale non mostra alcun segno di psicopatologia nel momento in cui vive ed esprime liberamente la propria sessualità. Tuttavia può lasciare stupiti sapere che l'omosessualità è stata espunta dalla lista dei disturbi psichiatrici solo a partire dal 1973, e che sono trascorsi soltanto 25 anni da quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha cancellato l'omosessualità dall'elenco delle malattie mentali, definendola “una variante naturale del comportamento umano”. La comunità scientifica ha evidentemente i suoi tempi evolutivi e sicuramente ha risentito anche di condizionamenti derivanti da definizioni medico-cliniche dell'omosessualità provenienti dal passato, quale ad esempio la definizione che Richard von Krafft-Ebing ne dava nella sua famosa *Psychopathia sexualis* del 1887, secondo cui l'omosessualità sarebbe l'effetto di una degenerazione psicofisica, quindi una patologia. Da allora il concetto di omosessualità è stato sottoposto ad analisi e revisioni che hanno coinvolto la comunità scientifica, dando origine a un appassionante susseguirsi di progressive riformulazioni, fino ad arrivare ad oggi, con la definizione di omosessualità intesa come qualcosa di assolutamente non patologico. L'omosessualità infatti viene posta all'interno del *continuum etero-omosessuale della sessualità umana*⁽¹⁾, e rappresenta uno dei possibili “orientamenti sessuali”, insieme all'eterosessualità e alla bisessualità.

Orientamento sessuale e identità di genere - Per orientamento sessuale si intende quella preferenza pulsionale e l'attrazione sessuale ed emozionale verso individui che possono essere del sesso opposto (orientamento eterosessuale), dello stesso sesso (orientamento omosessuale) o di entrambe i sessi (orientamento bisessuale). Ognuno di questi tre orientamen-

ti sessuali non è mai considerato di tipo patologico. La comunità scientifica è concorde nell'affermare che le cause che portano a un determinato orientamento sessuale sono ad oggi ancora poco chiare, ma probabilmente riflettono un insieme di fattori di carattere genetico, l'esposizione in fase prenatale a determinati tipi di ormoni, le esperienze vissute nella propria vita e vari fattori relativi al contesto sociale di appartenenza^[2].

Molto spesso l'orientamento sessuale viene confuso con il concetto di "identità di genere", che tuttavia possiede un significato diverso: per identità di genere si intende quel senso di identità e identificazione con un genere sessuale, maschile o femminile (o qualcosa di diverso da queste due polarità). Normalmente il sesso biologico e l'identità di genere coincidono, ma vi sono casi in cui tale concordanza non si manifesta, per cui una persona non si riconosce nel genere di nascita (biologico) e si identifica con il genere opposto. Ad esempio, una persona che nasce biologicamente con genitali e mostra caratteri sessuali secondari maschili (peluria, barba, voce profonda), ma si identifica a livello psicologico con il genere femminile.

L'orientamento sessuale e l'identità di genere sono indipendenti fra loro. Ne consegue che l'identità di genere non influenza l'orientamento sessuale, per cui una persona può avere un'identità di genere maschile ed essere omosessuale, oppure eterosessuale o bisessuale. Infine, mentre l'orientamento sessuale come si è detto non è mai patologico, è possibile però individuare un Disturbo dell'Identità di genere, oggi meglio definito "Disforia di genere", che si diagnostica quando un soggetto vive con angoscia e profondo disagio la propria identità di genere, un'eventualità che si manifesta più frequentemente nei casi in cui l'identità di genere percepita soggettivamente differisce dal proprio sesso biologico.

Omosessualità e disagio psicologico - L'omosessualità, dunque, pur non rappresentando una patologia, rappresenta una condizione esistenziale di non semplice gestione per la persona omosessuale, fondamentalmente perché la nostra società mostra un orientamento schiacciante a prevalenza eterosessuale e una costante, malcelata oppositività, se non vera e propria ostilità, nei confronti dell'omosessualità. Alle tipiche difficoltà psicologiche che ogni individuo riscontra nel corso del proprio sviluppo personale, in riferimento alla scoperta e all'esplorazione della propria sessualità, nell'esplorazione del proprio corpo, nello sviluppo di una sicurezza in se stessi e nel rapporto con gli altri, l'omosessuale vede aggiungersi ulteriori problematiche. La percezione più o meno graduale che i propri istinti e le proprie pulsioni non vanno "nel verso giusto", come succede al resto del mondo, la sensazione di essere "diversi" dagli altri, l'impossibilità di condividere modelli e stereotipi sociali tipici del "maschio" o della "femmina" creano un senso di solitudine, emarginazione, spesso disperazione. La condizione del giovane omosessuale si fa ancora più difficile nel momento in cui ha la netta percezione di non poter essere accolto e capito neanche in seno alla pro-

pria famiglia, come conseguenza di ideologie rigide, stereotipi educativi monolitici e inflessibili, condizionamenti, spesso anche di carattere religioso. Del resto la necessità di accettazione è un bisogno umano fondamentale, indispensabile per un corretto e armonico sviluppo psicologico di ogni persona, perché essere accettati dal mondo esterno significa poter accettare se stessi.

Il problema dunque non è "essere omosessuali", ma esserlo in un contesto sociale ancora gravato da idee preconcepite, stereotipi, pregiudizi sessisti e ignoranza nei confronti di tutto ciò che è omosessualità. Tale variegato complesso di atteggiamenti, pensieri e comportamenti avversi rispetto all'omosessualità, e agli omosessuali, prende il nome di "*omofobia*", un termine coniato negli anni '70 e purtroppo quanto mai attuale.

Omofobia e omofobia interiorizzata - L'omofobia rappresenta quell'insieme di sensazioni negative di avversione irrazionale, paura, intolleranza nei confronti di persone omosessuali (ma anche bisessuali e transessuali)^[3]. Si tratta di un termine che attualmente è utilizzato con significati diversi, ma che può essere ricondotto a due principali categorie di significato. La prima vede il concetto di omofobia definire una vera e propria tendenza discriminatoria di stampo sessista contro gli omosessuali, che può manifestarsi sul posto di lavoro, nelle istituzioni, e può sfociare in atti di violenza sia verbali che fisici (insulti, percosse, maltrattamenti di vario genere). La seconda accezione di *omofobia* è di più ampio raggio e considera omofobico qualunque giudizio negativo rivolto all'omosessualità, quali ad esempio l'idea che l'omosessualità sia immorale o peccaminosa, oppure patologica, o la non condivisione delle rivendicazioni sociali e giuridiche degli omosessuali.

Un'altra forma significativa di omofobia consiste nella paura di essere considerati omosessuali, con la relativa tendenza a evitare persone e ambienti frequentati da omosessuali.

L'omofobia nasce dall'idea che siamo tutti eterosessuali e che sia giusto e sano scegliere un partner di sesso opposto al proprio. Tale convinzione è spesso basata anche sulla falsa credenza che in natura non esistano comportamenti omosessuali e che quindi l'omosessualità sia "contro natura". Oggi sappiamo con certezza che l'omosessualità è ampiamente diffusa nel regno animale, e sebbene possa sembrare paradossale, essa possiede anche un valore ai fini evolutivi^[4].

L'omofobia è suscitata dalla paura della diversità, vista sempre come qualcosa di sconosciuto e quindi pericoloso, ed è spesso rinforzata dalla mancanza di contatti con persone omosessuali, fatto questo che porta a sviluppare idee astratte e basate solo su un "sentito dire" relativamente a cosa voglia dire essere gay o lesbica.

L'omofobia può sfociare in episodi di violenza, bullismo, mobbing, ed ha causato solo nel 2009 un danneggiamento della salute o della carriera di quasi 4 milioni di persone in Europa, secondo una ricerca

condotta dall'Agenzia per i diritti Fondamentali (FRA) dell'Unione Europea^[5]; l'Italia risulta essere il Paese dell'Unione Europea col maggior tasso di omofobia sociale, politica e istituzionale^[6].

Gli atteggiamenti omofobi producono sugli omosessuali una condizione di intenso disagio psicologico, caratterizzato da ansia, depressione, disperazione, senso di emarginazione e solitudine. La pressione sociale negativa che investe l'individuo omosessuale è talmente forte che molti omosessuali tendono a nascondersi, a dissimulare la loro reale sessualità, spesso reprimono le loro pulsioni naturali nel tentativo di scacciarle, finendo col vivere un'esistenza del tutto inautentica e dolorosa. Tale meccanismo di negazione può sfociare nello sviluppo di ciò che viene definita "omofobia interiorizzata", un fenomeno psicologico che porta la persona omosessuale ad accettare inconsapevolmente e in modo passivo le idee omofobe, le discriminazioni e i pregiudizi omofobi, che finiscono con l'essere interiorizzati. L'ansia, il disprezzo e l'avversione della società omofoba precipitano all'interno della psiche della persona omosessuale che li fa propri. L'odio della società diventa odio verso se stessi. La vergogna e il senso di colpa scavano un solco profondo nella psiche della persona omosessuale, che forse, come forma di estrema difesa psicologica da tanto disprezzo, in un certo senso "si identifica col suo aggressore", per dirla in modo freudiano.

Le conseguenze in termini di disagio psicologico dell'omofobia e dell'omofobia interiorizzata sono gravi. La sintomatologia può variare da un disagio psicologico diffuso fino al suicidio. Secondo i dati del Dipartimento di Salute Pubblica i suicidi fra la popolazione gay, connessi a discriminazione omofoba, costituirebbero il 30% di tutti i suicidi adolescenziali^[7]. Altri studi condotti traggono conclusioni analoghe: gli adolescenti LGBT (acronimo di Lesbica-Gay-Bisessuale-Transessuale) sono maggiormente esposti a rischio suicidario rispetto ai coetanei eterosessuali^[8]. Per di più una metanalisi condotta nel 2011 da Haas e colleghi, svolta prendendo in esame molta letteratura scientifica pubblicata in merito, ha concluso che i giovani LGBT sono dalle 2 alle 7 volte maggiormente a rischio di suicidio dei loro coetanei eterosessuali^[9]. Altre forme di disagio si manifestano attraverso dipendenza da droghe o alcoolici o nella tendenza ad avere comportamento sessuali a rischio.

E' dunque evidente quanto la condizione omosessuale sia spesso connessa a un vissuto di intenso disagio psicologico. Talvolta la sofferenza soggettiva è così profonda e radicata che risulta impossibile riuscire a venirne a capo senza un aiuto specifico offerto da professionisti preparati e abilitati all'esercizio delle professioni psicoterapeutiche. Decidere di rivolgersi a uno psicoterapeuta può rappresentare il primo passo fondamentale di un percorso di conoscenza di se stessi e di riacquisizione del benessere psicologico attraverso un processo grazie al quale si torna ad essere legittimamente padroni della propria esistenza.

Omosessualità e psicoterapia. L'equivoco delle "terapie di conversione" o "riparative" - Esistono attualmente

vari approcci psicoterapeutici, ognuno sicuramente efficace per affrontare e risolvere le problematiche psicologiche delle persone omosessuali. Qui non si intende indicare se e quanto un tipo di psicoterapia sia meglio di un altro, anche perché se una psicoterapia è ben svolta si arriverà sempre all'obiettivo; tutt'al più saranno diverse le strade per arrivarci. La psicoterapia di una persona omosessuale non mirerà mai al cambiamento del suo orientamento sessuale, proprio perché come si è già ribadito, l'omosessualità non è una malattia. Ciò che deve essere preso in esame è il vissuto di disagio psicologico che l'individuo omosessuale porta in seduta, cercando di capire insieme allo psicoterapeuta qual è la richiesta di intervento che proviene dalla persona che richiede un aiuto. Compito della psicoterapia in questo caso è aiutare la persona in cura ad armonizzare la propria sessualità con la propria personalità, mitigando gli aspetti conflittuali del proprio orientamento sessuale e riducendo la sensazione di emarginazione e stigma sociale interiorizzato. Ogni intervento psicoterapeutico deve essere svolto nel pieno rispetto della persona che si ha in cura, senza operare nessuna forma di discriminazione su base religiosa, etnica, socio-economica, o basata sull'orientamento sessuale o sulla presenza di disabilità. Ciò è imposto proprio dall'articolo 4 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Nonostante tutte le Linee Guida e le indicazioni terapeutiche suggerite ufficialmente, esistono psicoterapeuti, psicologi e psichiatri che non aderiscono ai principi terapeutici condivisi dalla comunità scientifica, e che, negando ogni evidenza provata scientificamente attraverso ricerche condotte con metodologie ben precise, considerano ancora oggi l'omosessualità una malattia da curare, una sorta di problema dal quale "si può uscire". Essi svolgono forme di psicoterapia *non riconosciute dalla comunità internazionale*, definite "terapie riparative" o "terapie di conversione" che si prefiggono di riportare l'omosessuale su una presunta "retta via", che è quella dell'eterosessualità, imponendo dunque in modo arbitrario e non concordato col Paziente gli obiettivi terapeutici.

Le terapie riparative hanno avuto grande diffusione negli anni '90 grazie alla visibilità che ricevettero gli scritti di Charles Socarides, uno psichiatra americano fondatore del NARTH (National Association for the Research and Therapy of Homosexuality). Anche le teorie di Joseph Nicolosi, psicologo clinico americano ed ex presidente del NARTH, hanno contribuito molto alla diffusione delle terapie riparative. Per entrambi le cause dell'omosessualità andrebbero ricercate in problematiche inerenti le dinamiche familiari, che impedirebbero il normale dipanarsi dei meccanismi di identificazione con le figure genitoriali e ciò implicherebbe di conseguenza un blocco dello sviluppo psicologico e la successiva omosessualità. Si tratta di ipotesi certo suggestive, ma assolutamente prive di fondamento scientifico. Nel 2009 l'APA (American Psychological Association) svolse un approfondito lavoro di analisi di tutta la letteratura scientifica, sia clinica che di ricerca, inerente le terapie di persone omosessuali che avevano chiesto un intervento a causa del disagio

provocato dal loro orientamento sessuale^[10]. Le conclusioni dell'APA possono essere riassunte in 3 punti fondamentali:

1. *E' raro modificare l'orientamento sessuale di un individuo, anche se tale trasformazione coincide con la richiesta di intervento del Paziente;*
2. *Vi sono evidenze di effetti iatrogeni negativi delle terapie riparative quali ansia, depressione, marcata riduzione della propria autostima, perdita di interesse sessuale, tendenze suicidarie. Gli individui che non riescono a cambiare il loro orientamento sessuale devono affrontare un grave stress emotivo e spirituale, che spesso lascia ferite profonde nell'immagine di sé;*
3. *Molti dati raccolti dimostrano che le terapie riparative possono incrementare negli adolescenti un senso di emarginazione profondo e lo stress provocato dalla consapevolezza di appartenere a una minoranza;*

In un passaggio del suo saggio "Omosessualità maschile: un nuovo approccio. Introduzione", Nicolosi sostiene: "[...] è necessario rafforzare il processo di identificazione maschile [...] la terapia riparativa non si pone come obiettivo di cancellare tutti gli impulsi omosessuali, bensì di migliorare. Grazie alla terapia riparativa molti pazienti hanno trovato la forza di mantenere l'impegno di praticare l'astinenza sessuale, altri sono riusciti a raggiungere l'equilibrio in una unione eterosessuale"^[11]. Si lascia al lettore il giudizio su tali parole.

A partire dagli anni '90, associazioni scientifiche di tutto il mondo si sono opposte fermamente alle terapie riparative svolte in seno a gruppi organizzati quali il NARTH, Exodus, Agapo, Living Water Italia e molti altri. Basti citare oltre all'APA, che si era già espressa ripetutamente in merito (1997, 2007)^[12], altre voci di dissenso fra cui anche L'Australian Psychological Society (2009)^[13], l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2012)^[14], l'Ordine dei Medici per voce del suo presidente Amedeo Bianco (2008)^[15] e l'Ordine degli Psicologi del Lazio (2010)^[16]. Ovviamente tale lista è solo parziale e non esaustiva.

Nello stesso studio del 2009^[10] l'APA raccomanda per quelle persone che vivono con malessere il proprio orientamento sessuale di cercare un aiuto in terapie accoglienti e supportive, rispettose dei valori, delle convinzioni e dei bisogni del cliente, finalizzate ad esplorare e sviluppare l'identità sessuale, riducendo lo stigma sociale interiorizzato e la conflittualità in ambito sociale, religioso e relazionale. Del resto anche il Codice Deontologico degli Psicologi italiani afferma nell'articolo 3 che: "lo Psicologo opera per migliorare la capacità delle persone di comprendere se stesse e di comportarsi in maniera consapevole"^[17]. Lo Psicologo è a conoscenza della grande influenza che può avere nella vita degli altri, per cui presta attenzione ai fattori personali, sociali, organizzativi al fine di evitare l'uso non appropriato della sua influenza.

Lo scopo di ogni intervento psicologico è accrescere la consapevolezza della persona sofferente cercando

di fare chiarezza sui suoi desideri più profondi e autentici, nel rispetto della complessità della vita di ogni persona che non deve mai essere minimizzata o sviluita. Lo Psicologo, sempre secondo l'articolo 5 del Codice Deontologico, "utilizza metodologie delle quali è in grado di indicare fonti e riferimenti scientifici e non suscita nel cliente aspettative infondate"^[17].

Un intervento psicoterapeutico efficace e sensato non può quindi prescindere dalle caratteristiche e dai bisogni della persona che chiede l'aiuto. E se la richiesta di intervento fosse quella di un omosessuale che volesse diventare eterosessuale, allora il primo passo da fare sarebbe quello di cercare di capire insieme a lui se questa richiesta nasca veramente dal suo intimo più profondo o se sia figlia di un grande inganno, creato e sostenuto dagli atteggiamenti omofobi, sempre presenti nella nostra società.

Bibliografia e Sitografia

1. APA Help Center - Health & Emotional Wellness - "Sexual Orientation and Homosexuality", American Psychological Association, 2007
2. Hines M. *Prenatal endocrine influences on sexual orientation and on sexually differentiated childhood behavior*. Front Neuroendocrinol. 2011; 32(2):170-82. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yfrne.2011.02.006> pmid: 21333673
3. *Risoluzione del Parlamento europeo sull'omofobia in Europa*, approvata a Strasburgo Mercoledì 18 gennaio 2006.
4. Bailey, Nathan W. et al. *Same-sex sexual behavior and evolution*. Trends in Ecology & Evolution, Volume 24, Issue 8, 439-446.
5. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), *Homophobia and Discrimination on Grounds of Sexual Orientation and Gender Identity in the EU Member States*. Part II: The Social Situation, Summary Report, marzo 2009.
6. http://fra.europa.eu/fraWebsite/attachments/FRA-hdgs-part2-NR_IT.pdf
7. Pietrantoni L., *Il tentato suicidio negli adolescenti omosessuali*. Minerva Psichiatrica 1999 Giugno; 40(2):75-80.
8. Stone DM, Luo F, Ouyang L, Lippy C, Hertz MF, Crosby AE., *Sexual orientation and suicide ideation, plans, attempts, and medically serious attempts: evidence from local Youth Risk Behavior Surveys, 2001-2009 in Am J Public Health.*, vol.104, n°2, 2014, pp.262-271, DOI:10.2105/AJPH.2013.301383, PMID 24328658.
9. Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D'Augelli AR et al., *Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations*. In J Homosex, vol. 58, n° 1, 2011, pp. 10-51, DOI:10.1080/00918369.2011.534038, PMC PMC3662085, PMID 21213174.
10. American Psychological Association (APA, 2009), *Report of the Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*.
11. Nicolosi J. *Omosessualità maschile: un nuovo approccio. Introduzione*. Sugarco 2002 Milano.
12. American Psychiatric Association 1997, Frances A., First M.B., Pincus H.A., 1995, *Guida al DSM-IV*, Ed. italiana (a cura di) Rossi R., Scarsi F.J., Fele P., MI, 1997, Masson.

Comprendere l'omosessualità: le problematiche psicologiche, l'omofobia...

13. American Psychiatric Association 2007, Help Center – Health & Emotional Wellness – Sexual Orientation and Homosexuality. https://www.psychology.org.au/Assets/Files/reparative_therapy.pdf
14. Practice Parameter on Gay, Lesbian, or bisexual Sexual Orientation, Gender Nonconformity, and Gender Discordance in Children and Adolescents, 51 J. Am. Acad. Child & Adolescent Psychiatry 957 (2012).
15. <http://www.prideonline.it/download/2008/02.pdf>
16. Ordine degli Psicologi del Lazio (2010), La posizione dell'Ordine riguardo le "Terapie riparative", 01.06.2010.
17. http://www.psy.it/lo_psicologo/codice_deontologico.html

Contatti: Dr. Federico Della Rocca
Via V. Orsini, 18 - 00192 - Roma
dellaroccaonline@fastwebnet.it

CNR: "Modello matematico spiega recidiva carcinoma prostatico"

L'elevato tasso di ricaduta che caratterizza il tumore alla prostata potrebbe essere attribuibile anche agli effetti delle terapie ormonali impiegate per contrastarlo. A sostenerlo, attraverso l'analisi di un modello matematico elaborato per simulare il decorso della malattia, è uno studio condotto da un team dell'Istituto di Chimica Biomolecolare del Consiglio Nazionale delle Ricerche (ICB-CNR) di Napoli in collaborazione con il Dipartimento di matematica dell'Università di Portsmouth, in Inghilterra, recentemente pubblicato su Cancer Research e segnalato nei 'Research Highlights' di Nature Review Urology. Se confermate dalla sperimentazione in vivo, queste informazioni consentirebbero di rimodulare le terapie in modo da renderle più efficaci. "Nella pratica clinica la crescita del carcinoma prostatico si contrasta mediante terapie mirate a sopprimere la produzione degli ormoni maschili (androgeni) responsabili sia dello sviluppo dell'apparato genitale sia della progressione della malattia. Tuttavia, questo tipo di tumore spesso sviluppa una resistenza a questi trattamenti ormonali, ovviamente associata a una ripresa della malattia- spiega Alessia Ligresti dell'ICB-CNR- In tale refrattarietà del tumore verso le cure, si riteneva già che un ruolo fondamentale fosse svolto dall'attività delle cellule neuroendocrine formatesi a partire da quelle tumorali. L'obiettivo della nostra ricerca, quindi, era quello di fare chiarezza sui meccanismi biologici alla base di questo fenomeno". Secondo la 'Prostate Cancer Foundation', nonostante le terapie impiegate nei carcinomi prostatici diagnosticati precocemente mostrino un'elevata percentuale di successo, si osserva comunque un tasso di recidiva all'incirca del 20-30% nel quinquennio post-trattamento. Un particolare protocollo di differenziamento neuroendocrino messo a punto dai ricercatori ha permesso di riprodurre in vitro quello che accade nei pazienti sottoposti a terapie ormonali. "Le cellule tumorali sottoposte a lungo a deprivazione androgenica, cioè all'abbassamento dei livelli di androgeno, si sono differenziate in cellule di tipo neuroendocrino apparentemente benigne, simulando quanto avviene nella fase di regressione della malattia- prosegue Ligresti- L'analisi RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) ha poi evidenziato che le cellule benigne, a differenza di quelle tumorali, producono un'abbondante quantità di un precursore dell'androgeno. Grazie allo sviluppo di un modello matematico è stato possibile predire il comportamento di queste cellule per tempi più lunghi (400 giorni) di quelli sperimentali e dimostrare che, quando i livelli di androgeno prodotti dalle cellule neuroendocrine sane raggiungono livelli critici, si osserva la ripresa delle cellule tumorali residue. In questo modo i ricercatori hanno potuto costatare come quello che inizialmente sembra essere un effetto positivo dei trattamenti ormonali, e cioè la trasformazione delle cellule malate in cellule sane, potrebbe in realtà promuovere la successiva ricomparsa del carcinoma nella forma resistente". I ricercatori intendono confermare tale ipotesi utilizzando modelli animali e campioni biologici di origine umana. "La convalida in vivo di questi risultati permetterebbe così di sviluppare modelli predittivi più complessi, in grado di rivelare i biomarcatori collegati al manifestarsi della resistenza del tumore prostatico, e contribuirebbero a migliorare l'efficacia delle cure", conclude Ligresti del CNR.

See more at:

<http://www.direnews.it>

[/newsletter_odm/anno/2015/settembre/07/?news=010#sthash.Yyu5PytP.dpuf](http://www.direnews.it/newsletter_odm/anno/2015/settembre/07/?news=010#sthash.Yyu5PytP.dpuf)

Cervello e sistema immunitario: scoperto collegamento mancante. Colmato importante 'gap'

*Alcuni vasi linfatici connettono in maniera diretta il cervello al sistema immunitario, al contrario di quanto si sapeva. Secondo gli scienziati si tratta di uno dei principali step nella comprensione del funzionamento del nostro organismo. "Si dovranno modificare i libri di testo", aggiungono. Il risultato potrebbe avere implicazioni per le malattie neurologiche, dall'autismo all'Alzheimer fino alla sclerosi multipla. Lo studio** su Nature.*

Oggi è stata effettuata una nuova scoperta relativa al corpo umano e al suo funzionamento: il cervello sembra collegato in maniera diretta al sistema immunitario attraverso vasi linfatici la cui presenza nel cervello era 'sconosciuta' fino ad oggi. Proprio questi vasi, che erano 'sfuggiti' alla mappatura del sistema linfatico a causa della difficoltà nel rintracciarli, rappresenterebbero l'anello di congiunzione tra il cervello e il sistema immunitario. Lo afferma uno studio, guidato dalla University of Virginia (UVA) School of Medicine (University of Virginia Health System), che è stato pubblicato** sulla prestigiosa rivista Nature. Lo studio è svolto su modello animale di topo e i risultati potrebbero avere profonde implicazioni per varie malattie neurologiche con componente immunitaria, dall'autismo all'Alzheimer fino alla sclerosi multipla, affermano gli autori dello studio. Secondo gli scienziati, il risultato colma un importante 'gap', cioè una mancanza di conoscenze, nella comprensione del funzionamento dell'organismo umano; inoltre, la scoperta apre nuove aree di ricerca, modificando l'assetto di settori di studio già esistenti. "I libri di testo dovranno essere modificati", aggiunge Kevin Lee, chairman del Dipartimento di Neuroscienze della University of Virginia. "Invece di domandarsi: 'in che modo studiamo la risposta immunitaria del cervello?' e 'perché i pazienti con sclerosi multipla presentano attacchi immunitari?', ora possiamo adottare un approccio automatico. Questo avviene perché il cervello è come qualsiasi altro tessuto connesso al sistema immunitario periferico attraverso i vasi linfatici meningei", ha affermato Jonathan Kipnis, PhD, Professore al Dipartimento di Neuroscienze e Direttore del Centro BIG (Center for Brain Immunology and Glia) presso la stessa Università, "Questo dato cambia interamente il modo di percepire l'interazione neuro-immunitaria". Kevin Lee aggiunge che finora "non è mai esistito un sistema linfatico per il sistema nervoso centrale. È risultato molto chiaro, fin dalla prima particolare osservazione – e a partire da quella i ricercatori hanno svolto molti studi per sostenere il risultato – che le modalità con cui si guarderà al rapporto tra sistema nervoso centrale e sistema immunitario cambieranno in maniera radicale". Il sistema linfatico è costituito da un'intricata trama di vasi e rappresenta un'importante struttura del nostro organismo. Esso assume diversi ruoli, tra cui uno di essi riguarda la funzione di raccogliere i fluidi tra gli interstizi dei tessuti per drenarli e trasportarli verso regioni centrali del corpo. Il sistema linfatico, inoltre, svolge anche una funzione di selezione e eliminazione delle parti di rifiuto e delle sostanze 'nemiche' dell'organismo (come i patogeni) ed è collegato al sistema immunitario. Lo studio è stato condotto in laboratorio sul topo. Finora, la mancata osservazione dei vasi linfatici del cervello è probabilmente dovuta al fatto che essi erano "nascosti molto bene", spiega Jonathan Kipnis. Oggi, questi vasi sono stati "fotografati" tramite tecniche di imaging (generazione di immagini) in un'area molto difficile da visualizzare, nei 'sinus', cavità la maggior parte delle quali si trova nelle ossa del viso ed è connessa con le cavità nasali. Quest'area "è così vicina ai vasi sanguigni che puoi perderla", aggiunge l'esperto. "Se non sai cosa stai cercando, la perdi". Nell'immagine in calce al testo si può trovare la mappa del sistema linfatico prima (immagine sulla sinistra) dello studio odierno e dopo (immagine di destra) il risultato odierno ottenuto dalla University of Virginia pubblicato su Nature. Ed ora l'identificazione della presenza di questi vasi linfatici apre un enorme numero di questioni relative sia al funzionamento del cervello che alle malattie che lo colpiscono, tra cui ad esempio l'Alzheimer, secondo i ricercatori. "Nell'Alzheimer, si verificano accumuli di grandi frammenti di proteine", spiega Kipnis. "Riteniamo che tali frammenti potrebbero accumularsi a causa del fatto che non vengono rimossi in maniera efficace da questi vasi sanguigni". Questi vasi, inoltre, cambiano aspetto all'aumentare dell'età dell'individuo, dunque il ruolo che essi giocano nella fase dell'invecchiamento rappresenta un'altra strada da esplorare. Altre malattie verso le quali rivolgere l'attenzione alla luce di questo risultato sono l'autismo e la sclerosi multipla. "Riteniamo che per ciascuna malattia neurologica che ha una componente immunitaria, tali vasi sanguigni possano giocare un ruolo centrale", ha affermato il Professore. "È difficile immaginare che questi vasi non siano coinvolti in una malattia [neurologica] con una componente immunitaria". Kipnis è inizialmente rimasto molto sorpreso. "Non credevo davvero che ci fossero strutture nel corpo ancora non conosciute. Pensavo che il corpo umano fosse stato mappato", prosegue l'esperto, inizialmente sorpreso del risultato", afferma. "Ritenevo che queste scoperte avessero trovato una conclusione nella metà del secolo scorso. Ma apparentemente non è così".



Fig. 1 - Iconografia sui libri di testo prima e dopo la scoperta

Fonte: quotidianosanita.it

** Antoine Louveau, Igor Smirnov, Timothy J. Keyes, Jacob D. Eccles, Sherin J. Rouhani, J. David Peske, Noel C. Derecki, David Castle, James W. Mandell, Kevin S. Lee, Tajie H. Harris & Jonathan Kipnis, Structural and functional features of central nervous system lymphatic vessels, Nature (2015) doi:10.1038/nature14432

Alimentazione: fattore di rischio o di protezione per la salute?

Lucia Taragnoloni
Biologa nutrizionista

Sommario

L'evidenza scientifica attualmente disponibile indica che alcune abitudini alimentari sono tra le principali responsabili delle patologie cronic-degenerative (malattie cardiovascolari, diabete, cancro, malattie respiratorie croniche), che affliggevano un tempo solo le società industrializzate e che oggi interessano anche quelle emergenti, in ogni status sociale ed in tutte le classi di età, rappresentando un problema sempre più rilevante sul piano medico, sociale ed economico. Quindi per migliorare lo stato di nutrizione e di salute della popolazione è necessario correggere quei comportamenti alimentari e le abitudini di vita associate a tali patologie. Insieme alle alterazioni genetiche, ambientali e socio-economiche, come ormai riconosciuto da molte ricerche sperimentali, l'alimentazione assume un ruolo determinante tanto da poter essere identificata sia come fattore di rischio che come fattore di prevenzione, se non, addirittura, di protezione per la salute. In particolare, poiché la qualità e la quantità degli alimenti consumati quotidianamente influenzano lo stato di salute di ogni individuo e della comunità, la possibilità di rilevare nel singolo individuo i più comuni errori alimentari, responsabili della maggior frequenza di certe patologie degenerative, è di fondamentale importanza per poter intervenire in modo mirato ed efficace sulla popolazione.

Parole chiave: prevenzione, alimentazione, dieta mediterranea, stile di vita

Introduzione

La speranza di vita fornisce una misura dello stato sociale, ambientale e sanitario in cui versa una popolazione. I dati demografici confermano il costante incremento della vita media della popolazione italiana che ha caratterizzato tutto il secolo precedente e che ha portato la speranza di vita alla nascita a 84.5 anni per le donne e 79.4 per gli uomini; nel 1974 era di 75.9 e di 69.6 anni, rispettivamente (dati ISTAT, 2011) ^[1, 2].

La salute non è l'assenza di malattia o infermità, ma uno *stato di completo benessere fisico, mentale e sociale*, così come definito nel 1986 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Ma da cosa dipende lo stato di

salute di un individuo? Si parla di fattori di rischio per la salute non modificabili, cioè età, sesso e familiarità e fattori di rischio modificabili, che riguardano lo stile di vita (alimentazione, attività motoria, attività del tempo libero, lavoro, fumo, consumo di bevande alcoliche, ecc.).

Le attività di promozione della salute mirate all'adozione di uno stile di vita sano e di un'alimentazione salutare possono sicuramente contribuire a migliorare il benessere psico-fisico di tutti gli individui nel corso della loro vita.

Gli alimenti di cui disponiamo hanno una composizione nutrizionale del tutto diversa tra gli stessi e peculiare. Le loro combinazioni in una "dieta" possono

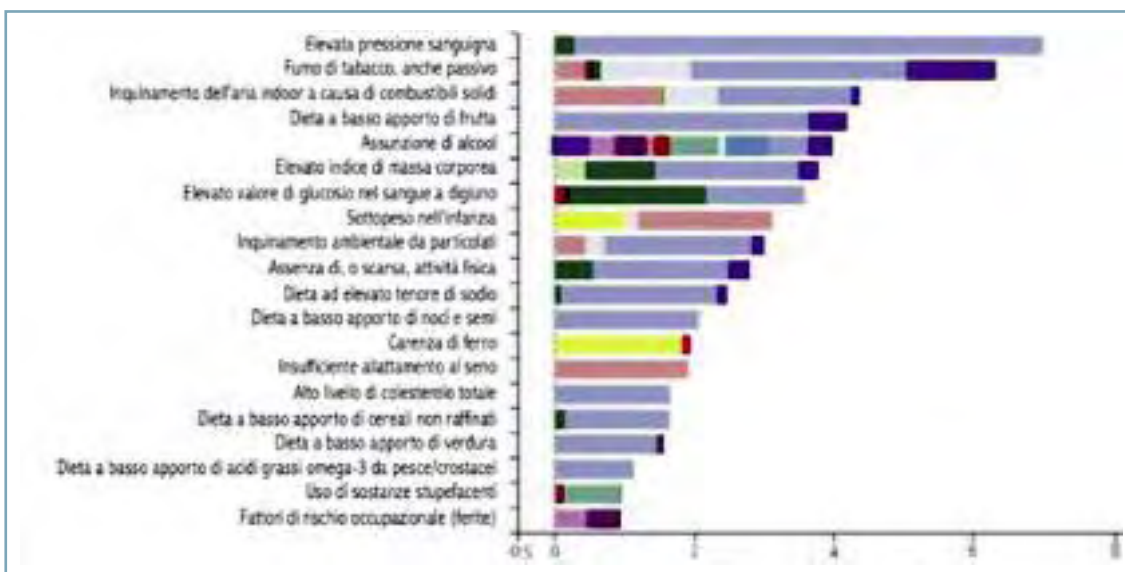


Fig. 1 - Impatto delle patologie in termini di mortalità e disabilità a livello mondiale attribuibile ai 20 principali fattori di rischio nel 2010, espressi come percentuale del totale degli anni persi da uomini e donne a causa di disabilità (in inglese DALYs, disability-adjusted life year(s)). Fonte: The Lancet, 380, 9859, 2013, pp. 2224-2260.



Fig. 2 - Piramide alimentare mediterranea (Fonte: INRAN, 2009).

essere completamente diverse a seconda delle disponibilità alimentari ed economiche, attitudini, pregiudizi, cultura e tabù che un individuo acquisisce fin dalla più tenera età e che caratterizzano gruppi di popolazione. L'alimentazione è pertanto, a tutti gli effetti, una *scienza del comportamento*.

La continua e costante prevalenza delle principali patologie metabolico-degenerative è correlata all'allontanamento da quello stile di vita alimentare, sapientemente rappresentato dalla *dieta mediterranea*, ritenuta ancora, a tutt'oggi, la più razionale, sana e capace al mantenimento di un buono stato di salute. Purtroppo, il continuo mutamento delle abitudini alimentari riscontrato in Italia in questi ultimi decenni, correlato ad un indubbio miglioramento delle condizioni economiche, hanno sempre di più allontanato gli italiani dagli stili di vita tipici degli anni '50-'60, a cui la dieta mediterranea fa riferimento.

Bisogna tuttavia far presente che le conseguenze di uno stile di vita non salutare sono spesso multifattoriali e il più delle volte lente a svilupparsi, quindi le regole di una buona alimentazione devono essere instaurate in fasi precoci della vita, per evitare danni poi difficilmente correggibili con un intervento nutrizionale o sullo stile di vita più avanti nell'età. Adottare una sana alimentazione mediterranea è una missione possibile, in quanto basata sul consumo di *tutti* gli alimenti, nelle giuste quantità e frequenze di consumo raccomandate per ciascun individuo, in base all'età, condizioni fisio-patologiche e stile di vita.

Anche il nutrizionista ricopre un ruolo importante sotto questo punto di vista, come educatore alimentare e professionale, contribuendo attivamente alla correzione degli stili di vita poco salutarie e soprattutto al cercare di fare chiarezza in mezzo al mare di informazioni più o meno errate che vengono fornite quotidianamente da troppi "esperti".

Alimentazione come fattore di rischio

I fattori di rischio sono quelle caratteristiche derivanti da abitudini e stili di vita non corretti, fattori ambientali e biologici che, se presenti in un soggetto esente da manifestazioni cliniche della malattia, predicono la

probabilità di ammalarsi in un certo periodo di tempo. Sono causati soprattutto da alimentazione non salutare, abitudine al fumo e inattività fisica^[3].

Per quanto riguarda l'alimentazione, un contributo sostanziale all'epidemia di obesità e malattie correlate (patologie cardiovascolari e respiratorie, tumori, disturbi o patologie metaboliche e gastroenterologiche) sia nei paesi occidentali che in via di sviluppo è stato dato dall'incremento nei consumi, sia in età evolutiva che adulta, di alimenti ad alta densità energetica ma di basso valore nutrizionale (alimenti ricchi di grasso, soft drinks con dolcificanti calorici, prodotti da forno/snack, dolciumi). A ciò va aggiunta la forte contrazione dell'esercizio fisico regolare sia durante il lavoro che nel tempo libero e negli spostamenti dalla propria residenza^[4].

Di seguito si analizzeranno alcune delle abitudini alimentari più diffuse e rischiose, se protratte nel tempo, per la salute, in accordo ai risultati di studi scientifici internazionali.

Pasti nei locali pubblici. Il consumo di cibo fuori casa è progressivamente cresciuto nei bambini e negli adulti durante gli ultimi 40 anni, soprattutto nei fast food. Contemporaneamente è cresciuta sia la quantità di energia contenuta nei cibi preparati fuori casa sia le dimensioni delle porzioni^[5]. Invece l'aumento dei pasti in famiglia è associato ad un'alimentazione più ricca di nutrienti (calcio, ferro, vitamine e fibre), ad un maggior consumo di frutta, verdura e latte e ad un più basso consumo di zuccheri, grassi da cibi fritti e bevande dolci^[6].

Volume delle porzioni e densità energetica. Servire porzioni di cibo più grandi, soprattutto ai bambini, comporta aumenti significativi dell'apporto energetico^[7]. La densità energetica è la concentrazione delle calorie contenute in un cibo e dipende dal suo contenuto in grassi, carboidrati, proteine, acqua e fibre. In diversi studi, il consumo di cibo ad alta densità energetica aumenta l'apporto totale di energia, forse per una sensazione di sazietà ridotta o ritardata^[8]. Quindi dovrebbero essere incoraggiate porzioni soddisfacenti di cibi a bassa densità energetica, che producono più sazietà con meno energia, come frutta e verdura.

Prima colazione. La letteratura conferma che il saltare la colazione rappresenta un fattore di rischio per l'adiposità e la salute cardiovascolare nei bambini e negli adolescenti^[9]. Inoltre gli studi suggeriscono un'associazione tra il saltare la colazione e aumento di peso, insulino-resistenza o diabete di tipo II^[10].

Frutta e verdura. È ormai noto l'effetto del consumo regolare di frutta e verdura sulla durata della vita^[11], prevenzione dei tumori^[12] e degli eventi cardio-vascolari^[13]. L'invito a consumare più frutta e verdura è un messaggio sano ed evidenze seppur limitate suggeriscono che il loro consumo potrebbe essere una strategia nella prevenzione/terapia dell'obesità e nel favorire il successivo mantenimento della perdita di peso.

Bevande zuccherate. Evidenze sempre più forti sostengono che l'elevato consumo di bevande zuccherate contribuisce all'aumento dell'apporto calorico e quindi del peso della popolazione. I bambini e le famiglie

Alimentazione: fattore di rischio o di protezione per la salute?



Fig. 3 - Alimenti principali della dieta mediterranea (Fonte: nazarethhealthcare.com)

dovrebbero essere informati sulle caratteristiche nutrizionali scadenti delle bevande dolci in commercio e incoraggiati ad evitare quelle ad alto contenuto calorico come quelle con dolcificanti; le scuole dovrebbero evitare di offrirle [14, 15, 16, 17]. Gran parte degli zuccheri consumati oggi sono “nascosti” in alimenti trasformati dall’industria, che di solito non sono considerati come “dolci” dalla popolazione. Pochi per esempio sanno che 1 cucchiaino di ketchup contiene circa 4 g di zuccheri ed 1 bibita zuccherata fino a 40 g (circa 10 cucchiaini di zucchero!) [18].

Fibra alimentare. Attualmente per l’adulto in condizioni fisiologiche è raccomandata l’assunzione di almeno 25 g di fibra al giorno, attraverso il consumo di: frutta, verdura, legumi e cereali integrali (pane, pasta, cereali e prodotti da forno). Questa abitudine quotidiana è correlata ad esempio alla diminuzione dell’infiammazione e quindi del rischio di malattie metaboliche [19] e di cancro del colon-retto [20], nonché alla regolazione della pressione arteriosa [21].

Grassi alimentari. I grassi non sono tutti uguali ed il loro consumo non ha le stesse conseguenze. Per esempio i grassi insaturi hanno un ruolo protettivo verso le stesse patologie che i saturi facilitano [22]. I grassi trans, invece, sono grassi parzialmente idrogenati. Essi possono essere naturali, contenuti nel latte e derivati e nella carne di animali ruminanti a concentrazioni basse, oppure di origine industriale, spesso usati nella preparazione di biscotti, pane, dolci industriali, cioccolato, confetteria, cereali e sono contenuti in alcune margarine. I grassi trans hanno dimostrato effetti negativi sui lipidi circolanti, pertanto sono considerati dannosi per la salute e si raccomanda di limitarne al massimo il consumo [23].

Alimentazione come fattore di protezione

Negli anni ‘50 Ancel Keys, uno studioso americano, ipotizzò che la *Dieta Mediterranea* potesse avere un ruolo protettivo sulle morti cardiovascolari e presentò questa ipotesi all’Organizzazione Mondiale della Sanità con uno studio su 7 Paesi dell’area del Mediterraneo, suscitando numerose critiche [24, 25]. La Dieta Mediterranea è caratterizzata dall’abbondanza di alimenti vegetali come pane, pasta, verdure, insalate, legumi, frutta e frutti secchi; olio di oliva come unica fonte di grassi, moderato consumo di pesce, carne bianca, latticini e uova, moderate quantità di carne rossa e un modesto consumo di vino ai pasti. Questa

1. **Consuma 5 pasti al giorno:** prima colazione, spuntino di metà mattina, pranzo, spuntino di metà pomeriggio e cena, evitando pasti troppo pesanti per non accumulare energia in eccesso.
2. **Consuma più cereali integrali** (pane, pasta, riso, farro, orzo, biscotti, etc.), legumi (ceci, fagioli, piselli, fave, soia, lenticchie, cicerchie), verdure, frutta fresca e secca (noci, nocciole, mandorle, pistacchi, pinoli) e acqua e **meno dolci**, bevande zuccherate e/o alcoliche, alimenti di origine animale e piatti pronti/precotti.
3. **Varia** spesso le tue scelte a tavola, rispettando la stagionalità degli alimenti vegetali.
4. **La cucina** è un’arte piacevole e divertente! Preferisci modalità di preparazione del cibo e cotture che richiedono minime quantità di condimento utilizzando pentole antiaderenti, cotture al cartoccio, forno a microonde, in umido, al vapore, alla griglia.
5. **Usa** come condimento solo **olio extravergine d’oliva**; modera o meglio elimina il consumo di olii di semi (mais, girasole, arachide...), margarine, salse elaborate e grassi animali (burro, panna...).
6. **Diminuisci** il consumo di sale, usando solo quello iodato o meglio integrale e sostituiscilo con **erbe aromatiche e spezie**, secondo la tolleranza individuale (alloro, basilico, maggiorana, origano, peperoncino, prezzemolo, rosmarino, salvia, finocchio, pepe, timo, zafferano...).
7. **Consuma** i pasti in **ambienti sereni**, tranquilli, dedicandovi il tempo necessario, evita i pasti davanti alla TV o in ambienti troppo rumorosi: la distrazione diminuisce il senso di sazietà. Conversare armoniosamente mentre si mangia rende ancora più piacevole il cibo!
8. **Vai** a fare spesa con una **lista** delle cose che servono, a stomaco pieno e facendo attenzione alle **etichette** dei vari prodotti, in particolare al contenuto di sodio, zuccheri e grassi.
9. **Pratica** una moderata **attività fisica** quotidiana (passeggiate, ballo, jogging, bicicletta...), perché aiuta a rilassarsi e ad aumentare le potenzialità fisiologiche dell’organismo; è utile anche adottare tecniche di rilassamento per combattere lo stress (meditazione, massaggi, yoga...) e dedicarsi a hobby e passioni.
10. **Riposa** durante la notte per almeno 8 ore e alla mattina alzati di buon’ora per dedicare più tempo alla prima colazione.

Fig. 4 - Il decalogo del buon mediterraneo.

dieta ha un basso contenuto di acidi grassi saturi, è ricca in carboidrati e fibra, ha un alto contenuto di acidi grassi monoinsaturi derivanti dall’olio d’oliva, apporti ridotti di sodio, elevati di potassio ed altri minerali, elevato contenuto in antiossidanti: vitamine C ed E, carotenoidi e polifenoli. Nel concetto di Dieta Mediterranea alle scelte alimentari si associano un modo di nutrirsi fatto di prodotti freschi, di stagione, a produzione locale, un uso costante ed appropriato di erbe e spezie aromatiche, prodotti tipici ed un modo di essere basato su uno stile di vita attivo e un patrimonio culturale oltre che gastronomico, fatto di tradizioni, odori e sapori non facilmente riproducibili [26, 27, 28]. Dal 2010 la Dieta Mediterranea è stata riconosciuta dall’UNESCO patrimonio culturale dell’Umanità ed è raccomandata dalle nuove linee guida proposte nel

2014 per la valutazione pubblica dal National Institute for Health and Care Excellence del Regno Unito [29]. La Dieta Mediterranea ha anche un ruolo nel recupero ecologico della sostenibilità dei consumi, poiché basata sul consumo di alimenti in prevalenza vegetali, che hanno un impatto ambientale inferiore rispetto ai prodotti animali [30].

Bibliografia

1. http://noi-italia2013.istat.it/index.php?id=7&user_100ind_pi1%5Bid_pagina%5D=416
2. http://www3.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20061024_00/testointegrale.pdf
3. <http://www.cuore.iss.it/fattori/distribuzione.asp>
4. Standard Italiani per la Cura dell'Obesità SIO/ADI 2012/2013.
5. Larson N, Neumark-Sztainer D, Laska MN, Story M. *Young adults and eating away from home: associations with dietary intake patterns and weight status differ by choice of restaurant.* J Am Diet Assoc 2011 Nov; 111(11):1696-703.
6. Hammons AJ, Fiese BH. *Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents?* Pediatrics 2011 Jun; 127(6):e1565-74.
7. Williams RA, Roe LS, Rolls BJ. *Assessment of satiety depends on the energy density and portion size of the test meal.* Obesity (Silver Spring). 2014 Feb; 22(2):318-24.
8. Hill BR, Rolls BJ, Roe LS, De Souza MJ, Williams NI. *Ghrelin and peptide YY increase with weight loss during a 12-month intervention to reduce dietary energy density in obese women.* Peptides. 2013 Nov; 49:138-44.
9. Deshmukh-Taskar P, Nicklas TA, Radcliffe JD, O'Neil CE, Liu Y. *The relationship of breakfast skipping and type of breakfast consumed with overweight/obesity, abdominal obesity, other cardiometabolic risk factors and the metabolic syndrome in young adults.* The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES): 1999-2006. Public Health Nutr. 2013 Nov; 16(11):2073-82.
10. Kobayashi F, Ogata H, Omi N, Nagasaka S, Yamaguchi S, Hibi M, Tokuyama K. *Effect of breakfast skipping on diurnal variation of energy metabolism and blood glucose.* Obes Res Clin Pract. 2014 May-Jun; 8(3):e201-98.
11. Khaw KT, Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, Day N. *Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study.* PLoS Med. 2008 Jan 8; 5(1):e12.
12. Parkin DM, Boyd L, Walker LC. *The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010.* Br J Cancer 2011 Dec 6; 105 Suppl 2:S77-81.
13. Larsson SC, Virtamo J, Wolk A. *Total and specific fruit and vegetable consumption and risk of stroke: a prospective study.* Atherosclerosis 2013 Mar; 227(1):147-52.
14. Te Morenga L, Mallard S, Mann J. *Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies.* BMJ 2012; 346:e7492.
15. DeBoer MD, Scharf RJ, Demmer RT. *Sugar-sweetened beverages and weight gain in 2- to 5-year-old children.* Pediatrics 2013; 132:413-20.
16. Hu FB. *Resolved: there is sufficient scientific evidence that decreasing sugar-sweetened beverage consumption will reduce the prevalence of obesity and obesity-related diseases.* Obes Rev 2013; 14:606-19.
17. Malik VS, Pan A, Willett WC, Hu FB. *Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: a systematic review and meta-analysis.* Am J Clin Nutr 2013; 98:1084-102.
18. <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2014/consultation-sugar-guideline/en/>
19. Miller SJ, Batra AK, Shearrer GE, House BT, Cook LT, Pont SJ, Goran MI, Davis JN. *Dietary fibre linked to decreased inflammation in overweight minority youth.* Pediatr Obes 2015 Mar 2.
20. Baena R, Salinas P. *Diet and colorectal cancer.* Maturitas 2015 Mar; 80(3):258-264.
21. Evans CE, Greenwood DC, Threapleton DE, Cleghorn CL, Nykjaer C, Woodhead CE, Gale CP, Burley VJ. *Effects of dietary fibre type on blood pressure: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of healthy individuals.* J Hypertens 2015 Feb 7.
22. Mozaffarian D, Micha R, Wallace S. *Effects on coronary heart disease of increasing polyunsaturated fat in place of saturated fat: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.* PLoS Med 2010 Mar 23; 7(3):e1000252.
23. Hunter JE, Zhang J, Kris-Etherton PM. *Cardiovascular disease risk of dietary stearic acid compared with trans, other saturated, and unsaturated fatty acids: a systematic review.* Am J Clin Nutr 2010 Jan; 91(1):46-63.
24. Keys A. *Atherosclerosis: a problem in newer public health.* J Mt Sinai Hosp 1953; 20(2):118-139.
25. Keys A, ed. *Seven Countries: A Multivariate Analysis of Death and Coronary Heart Disease.* Cambridge, MA: Harvard University Press; 1980.
26. Willett WC, Sacks F, Trichopoulos A, Drescher G, Ferro-Luzzi A, Helsing E, Trichopoulos D. *Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating.* Am J Clin Nutr 1995 Jun; 61(6 Suppl):1402S-1406S. Review.
27. *U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture. Dietary Guidelines for Americans, 2005.* 6th Edition, Washington, DC: U.S. Government Printing Office, January 2005.
28. Da Vico L, Agostini S, Brazzo S, Biffi B, Masini ML. *Mediterranean diet: not only food.* Monaldi Arch Chest Dis. 2012 Sep; 78(3):148-54.
29. Kmietowicz Z. *Watch diet and exercise more to prevent overweight, NICE advises public.* BMJ 2014 Sep 23; 349:g5814.
30. Sáez-Almendros S, Obrador B, Bach-Faig A, Serra-Majem L. *Environmental footprints of Mediterranean versus Western dietary patterns: beyond the health benefits of the Mediterranean diet.* Environ Health. 2013; 12:118.

Autore Corrispondente
Dr.ssa Lucia Taragnoloni
lucia.taragnoloni@gmail.com

Riconoscere precocemente le lesioni da pressione

Elena Toma

Wound Care Specialist

Responsabile e coordinatore Servizio per la cura e il trattamento delle lesioni difficili – U.S.I

Le lesioni da pressione (LDP) sono conosciute come una delle complicanze più temute nel paziente allettato, chiamate ancora oggi “decubiti”. Si parla spesso delle LDP nell’anziano, ma pochi sanno che esse possono insorgere a qualsiasi età.

In quanto dovute ad un deficit del flusso sanguigno per causa di una pressione non idonea esercitata su una zona circoscritta di tessuto, possono manifestarsi in persone malate e non, di qualsiasi età (neonati, bambini, giovani, anziani). Sono la più grande categoria di lesioni conosciute, seconde nella categoria delle lesioni più studiate (al primo posto le lesioni del piede diabetico), e sono quelle che maggiormente possono essere evitate con l’adozione di misure opportune. È l’unica categoria per la quale si è riuscito a sviluppare un percorso standardizzato di gestione della prevenzione. Le indicazioni sulla gestione del percorso di prevenzione, cura e trattamento basate sull’evidenza scientifica - chiamate linee guida, che fanno riferimento a lavori sviluppati a livello internazionale da associazioni e organizzazioni dedicate - sono presenti oramai in quasi tutte le strutture sanitarie di degenza. Purtroppo la loro messa in pratica decolla con fatica e spesso dopo periodi di ricovero ospedaliero, o in strutture di lunga degenza il paziente si ritrova con LDP e deve affrontare un percorso di terapia lungo e costoso per portarle alla guarigione. Lo stato generale alterato del paziente, l’età avanzate e la presenza di altre malattie concomitanti sono fattori che possono influenzarlo negativamente.

Nel 2014 sono state pubblicate sotto la cura di EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel), NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel), PPPIA (Pan Pacific Pressure Injury Alliance) le ultime e più complesse linee guida ^[1] elaborate con una collaborazione a livello mondiale di enti e organizzazioni che insieme hanno condotto lavori di studio e ricerca nel campo.

La scarsa diffusione di informazioni sulla prevenzione di questa tipologia di lesioni porta ad una messa in atto a volte errata della gestione del paziente con mobilità ridotta o allettato da parte della famiglia, e al mancato riconoscimento precoce del danno tessutale in ambito domiciliare. Partendo dal presupposto che il paziente/parente viene colto all’improvviso dalla condizione di malattia senza essere stato preparato e formato a priori non può essergli richiesto “di sapere”. Se non fa in un determinato modo è perché non sa, o perché convinto di agire nel migliore dei modi, sicuramente non con l’obiettivo di farsi/fare del male. Sta a noi sanitari informare e sensibilizzare sempre i pazienti e le loro famiglie sull’importanza di una corretta igiene personale e posizionamento dei pazienti con mobilità ridotta o allettati e fare una buona informazione sulle cause e la prevenzione delle LDP. Que-

sto può essere un valido primo passo nella riduzione della loro insorgenza.

Cosa sono le lesioni da pressione

La LDP è dovuta alla diminuzione del flusso ematico causata da una pressione maggiore di 32mmHg (Landy 1930) esercitata per un tempo sufficientemente prolungato (>2 ore) sui tessuti, che provoca un’occlusione del flusso capillare con conseguente danno tessutale a evoluzione necrotica (Fig.1).

La definizione data dalle linee guida internazionali del 2009^[2], mantenuta anche nelle successive del 2014^[1], la descrive come “una lesione localizzata alla cute e/o agli strati sottostanti, generalmente in corrispondenza di una prominente ossea, quale risultato di pressione, o pressione in combinazione con forze di taglio. Numerosi fattori contribuenti o confondenti sono associati con le ulcere da pressione; il significato di questi fattori deve ancora essere elucidato.”



Fig. 1 - Occlusione del flusso capillare

La pressione viene esercitata tra le sporgenze ossee e la superficie di appoggio, su tutti gli strati di tessuto circostanti (Fig.2).

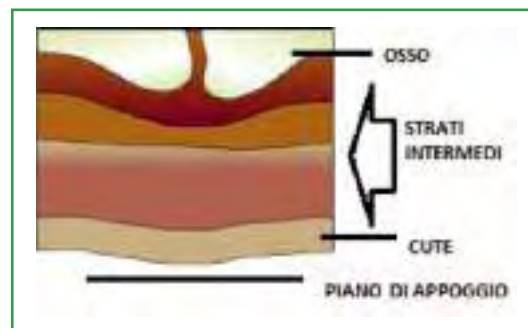


Fig. 2 - Pressione esercitata dall'osso sul piano d'appoggio

Il danno inizia sempre a partire dalla parte della superficie più rigida che spesso è quella dell’osso, e si propaga verso la parte opposta, formando il così chiamato “cono da pressione” (Fig. 3). Dunque l’area danneggiata che noi vediamo all’esterno è solo la punta dell’intero danno tessutale.

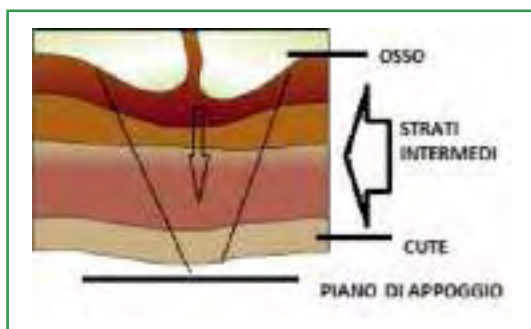


Fig. 3 - Cono da pressione

La pressione che viene esercitata sulla stessa area di appoggio varia da caso a caso, rispetto al tipo/ rigidità della superficie e al peso del paziente:

$$\text{PRESSIONE} = \text{PESO} / \text{AREA DI APPOGGIO}$$

Più pesante è il paziente e più ristretta l'area di appoggio - più alta sarà la pressione esercitata sulla zona. Per esempio, nella zona sacrale la pressione comprimente sarà più alta quando il paziente sta seduto rispetto a quando sta sdraiato, perché lo stesso peso viene distribuito su una superficie più piccola. Dunque, è da sfatare il luogo comune, che più il soggetto sta seduto più il rischio di avere lesioni si riduce. Si deve trovare il giusto equilibrio di tempo tra una posizione e l'altra, alternandole, con la necessità di riposizionamento più frequente nel paziente che sta seduto (ogni 15 min.) rispetto al paziente sdraiato (ogni 2 ore circa).

La classificazione delle LDP

La classificazione delle LDP è stata fatta prendendo in considerazione l'entità di tessuto danneggiato. Le nuove linee guida internazionali del 2014^[1] integrano due categorie che prima erano usate solo negli USA: "lesione non stadiabile e danno tessutale profondo".

Stadio I



Fig. 4 - LDP Stadio I

Il primo stadio chiamato anche *Eritema non reversibile* si presenta come un arrossamento che non scompare alla pressione del dito e nemmeno dopo il cambio di posizione. La cute rimane intatta (Fig. 4).

Stadio II

Nel secondo stadio si osserva una parziale perdita di spessore del derma, la lesione ha il fondo rosa. La vescica, anche se non aperta fa parte della categoria in quanto copre un danno tessutale (Fig. 5).

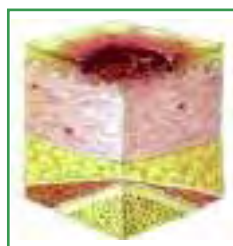


Fig. 5 - LDP Stadio II

Stadio III

Nel terzo stadio si rileva una perdita totale di spessore del derma, con l'esposizione degli strati sottostanti, come il tessuto adiposo, senza che siano visibili tendini, muscoli o ossa. È possibile che siano presenti sottominature o tunnelizzazioni. Il fondo della lesione può essere coperto di fibrina o parzialmente da slough (Fig. 6).



Fig. 6 - LDP Stadio III

Stadio IV

Il quarto stadio è caratterizzato da perdita totale di spessore del derma, con esposizione di tendini, muscoli o ossa. È possibile che siano presenti sottominature o tunnelizzazioni. Il fondo della lesione, che è più profonda, è visibile e può essere coperto parzialmente di slough e/o di escara (Fig. 7).



Fig. 7 - LDP Stadio IV

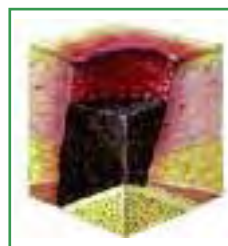


Fig. 8 - LDP Non stadiabile

Lesione non stadiabile

La lesione con ampia perdita di tessuto e con il fondo coperto in totalità di slough e/o escara è denominata *lesione non stadiabile* in quanto non è possibile valutare la profondità. Essa può essere di Stadio III o IV, valutabile solo al momento della rimozione del tessuto non vitale (Fig. 8).

Sospetto danno tessutale profondo

È un'area localizzata di color porpora, marron rossastro o violaceo, oppure una vescica a contenuto ematico, che nasconde un danno tessutale profondo. La cute è integra perciò può essere confuso da una persona non esperta con una lesione profonda di Stadio I (esempio Fig. 10 e Fig. 11). È difficile da identificare nelle persone di pelle scura.

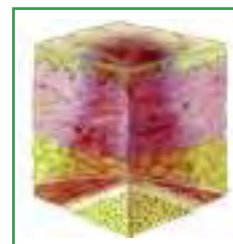


Fig. 9 - Sospetto danno tessutale

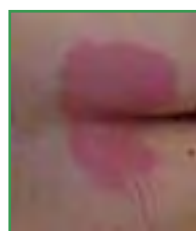


Fig. 10 - Lesione Stadio I



Fig. 11 - Sospetto danno tessutale profondo

Riconoscere precocemente le lesioni da pressione

Riconoscere le persone a rischio

Oggi l'aspettativa di vita nel mondo è in graduale aumento. In un'Italia dove la popolazione invecchia sempre di più^[4] si moltiplica il numero delle persone che perdono l'autonomia nella vita quotidiana e hanno sempre più difficoltà nel movimento, ma conducono la propria vita presso il proprio domicilio. Loro sono i più predisposti all'insorgenza di questo tipo di lesioni, ma dobbiamo ricordarci che anche persone in buone condizioni di salute, giovani o bambini in seguito a immobilità fortuita come quella dovuta a traumi, ingessature, interventi chirurgici^[5], possono svilupparle.

È importante perciò identificare i pazienti a rischio per poter prendere le misure adatte alla loro prevenzione.

Per tutte quelle persone con ridotta/assente mobilità, anziani e non, che rimangono presso il proprio domicilio senza il supporto di un'assistenza sanitaria continuativa, il ruolo fondamentale nella cura e spostamento quotidiano è rivestito dalla famiglia. Il *care giver* – chi si prende cura – dovrebbe essere adeguatamente formato e informato.

Fattori di rischio locali

1. LA PROLUNGATA PRESSIONE

La riduzione del flusso ematico dovuta a forza compressiva che esercita pressione locale prolungata è la principale causa scatenante e fattore di rischio locale.

Sono a rischio tutti i malati che passano molto tempo a letto o su una sedia per gravi difficoltà nei movimenti, che assumono una posizione fortuita o hanno una ridotta sensibilità, come ad esempio nel caso di:

- esiti di ictus,
- interventi chirurgici della durata maggiore di due ore,
- fratture degli arti o della colonna vertebrale,
- gravi demenze,
- coma,
- tumori in fase terminale,
- neuropatia degli arti inferiori,
- spina bifida, sclerosi multipla, etc.

È da ricordare che anche la pressione esercitata dall'esterno verso l'osso crea lo stesso danno, come per esempio: le coperte infilate sotto il materasso che fanno pressione sulle dita dei piedi, le scarpe troppo strette, bendaggi mal eseguiti, oggetti pesanti appoggiati al paziente (libri, contenitori), o dimenticati (flussosimetro).

2. FORZE DI STIRAMENTO E ATTRITO

Queste forze entrano in azione quando il paziente viene spostato e riposizionato in modo non idoneo da terzi (spesso nel paziente bariatrico) o quando scivola nel letto. Lo scheletro, nello spostamento, si muove più veloce rispetto alla cute che viene tratteneuta dall'attrito con il piano d'appoggio, con conseguente stiramento a carico dei capillari e dei vasi del sottocute, che favorisce la trombosi.

3. ECCESIVA UMIDITÀ E MACERAZIONE

In seguito all'insufficienza urinaria e fecale la pelle può rimanere in contatto con l'umidità per intervalli prolungati, ma può succedere anche in caso di sudorazione profusa o di vestiti e lenzuola bagnate in caso di cure igieniche eseguite a letto in modo non adeguato.

4. PRESENZA DI CORPI ESTRANEI

La presenza di corpi estranei tra il paziente e la superficie d'appoggio che lo stesso non può sentire e/o non è in grado di riferire o allontanare. Può capitare sia ad una persona anziana che ad un neonato ospedalizzato. Non è così insolito trovare delle LDP dovute ad oggetti che finiscono per errore nelle scarpe o nel letto (posate, tappi, briciole, etc.), o a presidi posizionati in modo scorretto (cateteri vescicali, tubi di drenaggio, deflussori, etc.).

Fattori di rischio generali

I fattori generali sono dovuti alle condizioni generali e cliniche della persona, come:

- eccessiva magrezza o eccessivo peso,
- lesioni del sistema nervoso centrale o periferico,
- deficit cognitivo,
- condizioni cardiocircolatorie e respiratorie critiche,
- malnutrizione,
- ipoalbuminemia,
- iposideremia.

L'importanza degli interventi precoci

Saper riconoscere i pazienti a rischio LDP è importante per poter attuare misure di prevenzione adeguate. Si devono prendere in considerazione: il riposizionamento programmato e uso dei presidi antidecubito come cuscini e materassi per i pazienti con mobilità ridotta, un'alimentazione equilibrata con particolare attenzione al contenuto proteico, una giusta idratazione e uso di prodotti emollienti e idratanti in seguito alle cure igieniche personali per il mantenimento dell'elasticità cutanea.

Ci si deve sempre ricordare che le LDP sono delle lesioni in evoluzione e il danno tessutale può essere visibile o continuare a peggiorare anche dopo 24-48 ore dalla sospensione dell'evento pressorio^[6]. Non devono essere sottovalutati i piccoli arrossamenti che, come abbiamo visto nella classificazione, possono essere già delle lesioni di Stadio I con possibile sviluppo necrotico.

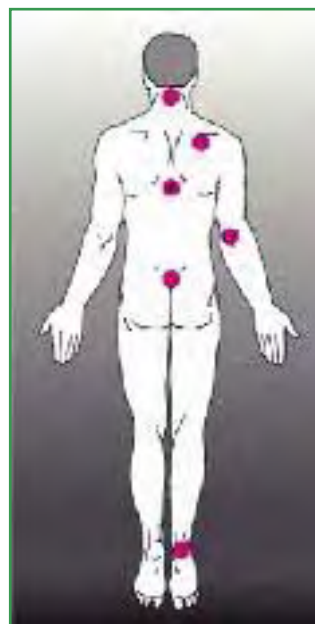


Fig. 12 - Punti di criticità in posizione supina

E. Toma

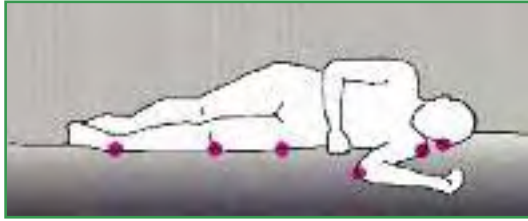


Fig. 13 - Punti di criticità in posizione di decubito laterale

Tutte le persone considerate a rischio debbono essere controllate almeno una volta al giorno nei "punti critici" all'altezza delle sporgenze ossee come indicato nelle figure 12 e 13.

E non dimenticare di:

- pulire e lavare la pelle a intervalli regolari o comunque non appena sporca, utilizzando acqua tiepida, saponi delicati con pH vicino a quello fisiologico (che è di 5.4) e che non facciano seccare troppo o irritare la pelle;
- asciugare tamponando delicatamente senza strofinare. Evitare comunque di massaggiare o strofinare la cute soprattutto in corrispondenza dei punti critici. Sono inutili, o addirittura possono essere dannosi, i prodotti usati comunemente per frizioni o massaggi (alcol canforato, alcol saponato, spray), su cui è bene chiedere sempre il parere di personale esperto;
- mantenere la pelle del malato sempre asciutta anche in caso di una eccessiva sudorazione;
- dopo asciugatura, la pelle va nutrita e protetta con prodotti emollienti e crema idratante per evitare che diventi troppo secca;
- evitare di danneggiare la cute tirandola o sfregandola in modo inappropriato, quando si gira o si solleva la persona.

Riguardo letto e ambiente:

- posizionare il letto in modo che sia facilmente accessibile da entrambi i lati a chi fa assistenza, per facilitare ove necessario mobilizzazione, igiene, alimentazione, somministrazione di farmaci;
- preferire il letto singolo;
- limitare al minimo il mantenimento dello schienale del letto in una posizione troppo sollevata, a parte per la somministrazione dei pasti (mai più di 30°), fig.14.
- riordinare e cambiare (se necessario) regolarmente il letto, utilizzando lenzuola di cotone, senza pieghe o cuciture, possibilmente morbide e togliendo sempre dal letto eventuali oggetti estranei (indumenti, contenitori, posate, etc.) e residui (briciole dopo il pasto);
- non usare coperte troppo pesanti per evitare sudorazione eccessiva, compressione del corpo o impedimento ai movimenti;

→ perché gli ausili antidecubito ad aria (materassi, cuscini) in uso siano efficaci bisogna coprirli *soltanto* con il lenzuolo (e se necessario con *una* sola traversa), gonfiarli prima di posizionare sopra il paziente, mantenerli sempre gonfi, collegandoli continuamente alla presa elettrica sia di giorno che di notte.

È importante chiedere il parere del proprio curante o ad uno specialista in *Wound Care* (cura e trattamento delle lesioni cutanee) per la prescrizione e l'utilizzo dei presidi antidecubito e per le prime terapie in caso di lesioni già visibili, senza trascurarle.



Fig. 14 - Posizione semi-Fowler

La miglior cura delle lesione da pressione rimane sempre la prevenzione.

Bibliografia

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia; 2014. ISBN-13: 978-0-9579343-6-8.
2. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
3. C.I.O. comitato infezioni ospedaliere A.O.S.Croce e Carle Cuneo *Prevenzione e cura delle lesioni da decubito - 2004 - documento descrittivo*.
4. Statistiche Eurostat, available from http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publication?p_product_code=KS-FN-13-001, ultimo accesso 21/06/2014, h15.16
5. Black J., Fawcett D., Scott S. *Ten top tips: preventing pressure ulcers in the surgical patient*, Int Wound J 2014; 5 (4):14-19; ISSN 2044-0057.
6. Ricci E., Cassino R. - *Piaghe da decubito*, 2: 15-23, Minerva Medica 2007; ISBN 88-7711-427-4.
7. Moore Z., Butcher G., Corbett L. Q., et al. AAWC, AWMA, EWMA *Position Paper: Managing Wounds as a Team*. J Wound Care 2014; 23 (5 Suppl.): S1-S38.

SERVIZIO WOUND CARE USI

(Cura e trattamento delle lesioni difficili)

Informazioni e prenotazioni

Segreteria dedicata: 06 32 868203 / 06 32868206

E-mail: tomaelena@vodafone.it

Il principio della guarigione è la conoscenza del male.

Epicuro

SERVIZIO WOUND CARE

CURA E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DIFFICILI

Presso la sede U.S.I. - Unione Sanitaria Internazionale di Via Virginio Orsini 18, Roma è operativo il SERVIZIO DEDICATO ALLA CURA E IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DIFFICILI (WOUND CARE)

Dedicato ai pazienti adulti portatori di lesioni cutanee, ha l'obiettivo di offrire un servizio di alta qualità con efficacia, efficienza, appropriatezza e tempestività a tutti coloro che ne hanno bisogno, avviando il paziente nel giusto percorso diagnostico – terapeutico – assistenziale.

Purtroppo, la cura delle lesioni croniche e/o difficili è una delle prestazioni più richieste in regime ambulatoriale. A volte, sottostimate nel primo momento, in assenza di dolore o sanguinamento, ci si rivolge ad un servizio specializzato solo quando la situazione diventa ingestibile. Le lesioni non nascono mai come difficili, ma lo diventano per l'alterazione delle fasi del processo fisiologico di riparazione tissutale – dovuta a patologie generali complesse che il paziente ha (diabete, insufficienza circolatoria, etc.), per la mancata cura ed igiene, o per un percorso terapeutico non idoneo. Per arrivare alla guarigione completa ed evitare le recidive è importantissimo dunque, aiutare la persona a fare il primo passo giusto in un processo di cura interattiva, nel rispetto di tutta la sua complessità clinica e umana.

Al servizio si può accedere solo su appuntamento, e in quanto il percorso di cura e trattamento è personalizzato (rispetto all'età, tipo e stadio della lesione, stato nutrizionale e altre patologie in essere), viene definito solo in seguito ad una valutazione generale del paziente e della lesione. Si utilizzano medicazioni avanzate e solo materiale monouso, per evitare qualsiasi contagio o contaminazione.

PRINCIPALI PRESTAZIONI:

- VALUTAZIONE E MONITORAGGIO LESIONI, IMPOSTAZIONE PROTOCOLLO DI CURA,
- MEDICAZIONI AVANZATE PER TUTTI I TIPI DI LESIONI,
- PREPARAZIONE ALL' INNESTO,
- BENDAGGI MULTISTRATO - MULTICOMPONENTE,
- APPLICAZIONE E GESTIONE TERAPIA A PRESSIONE NEGATIVA,
- PRELIEVO TAMPONE COLTURALE,
- GESTIONE STOMIE: SOSTITUZIONE SACCHETTO COLLETTORE; TRATTAMENTO LESIONI CIRCOSTANTI; COSTRUZIONE BASE DI APPOGGIO PLACCA NEI PAZIENTI CON PROBLEMI,
- EDUCAZIONE ALL'AUTOMEDICAZIONE,
- CONSULENZA PER LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE E L'UTILIZZO DEI PRESIDI DEDICATI.

LESIONI TRATTATE:

- LESIONI CRONICHE E/O DIFFICILI
- LESIONI DA PRESSIONE
- LESIONI NEOPLASICHE
- LESIONI TRAUMATICHE
- ULCERE ARTI INFERIORI
- LINFEDEMA
- LESIONI PIEDE DIABETICO
- FERITE OPERATORIE
- USTIONI
- STOMIE
- CICATRICI E CHELOIDI
- LACERAZIONI CUTANEE IN PAZIENTI CON DERMATOPOROSI

Per appuntamento contattare: 06 32868206 / 06 32868203

Responsabile e coordinatore: D.SSA ELENA TOMA
WOUND CARE SPECIALIST

TRE NUOVI TRATTAMENTI BIOREVITALIZZANTI IN MEDICINA ESTETICA

Stefan Dima

Responsabile Reparto di Medicina Estetica U.S.I.

Il medico estetico ha sempre cercato di trovare il biorevitalizzante del viso e del corpo perfetto per contrastare il processo di invecchiamento. Oggi dopo tanti anni di ricerca medica ci rendiamo conto che non esiste un biorevitalizzante adatto per tutte le esigenze del viso e del corpo. Tutte le ricerche di varie case farmaceutiche a livello internazionale ci hanno permesso di avere centinaia di prodotti revitalizzanti per ogni esigenza del nostro viso e del nostro corpo.

Affronteremo una ad una tutte le ultime novità per contrastare le cicatrici post acne, ustioni, traumi, invecchiamento, rughe, rilassamento cutaneo, cellulite, smagliature, occhiaie ecc.

In questo periodo sono tre le grandi novità nella biorevitalizzazione del viso:

- 1 Teosyal Pure Sense Redensity II Eyes (Teoxane)
- 2 RRS HA SKIN RELAX with bonta 568 (Aesthetic Dermal)
- 3 RRS HA EYES (Aesthetic Dermal)



1 Teosyal Pure Sense Redensity II Eyes (Teoxane) è una formula tre in uno sofisticata e sinergica nella quale si combinano ingredienti naturali come acido ialuronico semi-cross-linkato 15 mg/g, complesso dermo ristrutturante e lidocaina. La qualità del prodotto deriva da un calibrato equilibrio tra un basso livello di acido ialuronico ed un acido ialuronico semi-cross-linkato, con la minima attività igroscopica, una viscoelasticità ideale: gel delicato con elevata capacità di diffusione che esercita una bassa pressione sui tessuti. Tale prodotto, con nessun limite di età, serve a migliorare le occhiaie, l'inizio della valle delle lacrime, solco palpebromalare e borse palpebrali o zigomali di ridotte dimensioni. Ottimo prodotto che si inserisce con grande sicurezza in una zona di terapia fino ad oggi trattata con scarsi risultati.



2 RRS HA SKIN RELAX with bonta 568 (Aesthetic Dermal) ha una formula tripla con soluzione base, HA, non-cross-linkato e soluzione biorevitalizzante con tre oligopeptidi biomimetici ad azione Botulino Simile (*Bonta 568*). Tale prodotto serve al trattamento Anti-Aging per pelli mature, effetto miorilassante Botox-Like e Rughe di espressione. Il modo di trattamento è con micropunture dermiche nelle stesse aree del trattamento della Tossina Botulinica. Tale prodotto non ha limiti di età

ed ha un ottimo effetto per trattare le rughe di espressione della fronte, zampe di gallina, collo e decolté, per tutti i pazienti che non desiderano utilizzare la Tossina Botulinica ma hanno un'esigenza di migliorare il loro aspetto con un prodotto biorevitalizzante senza effetti avversi e collaterali.



3 RRS HA EYES (Aesthetic Dermal) è una formula tripla con soluzione base, HA, non-cross-linkato, soluzione biorevitalizzante contenente: 11 Antioxidants, 5 flavonoids, 3 saponins, 5 polyphenols, 2 peptides, 1 Trace element. Tale prodotto, senza limiti di età, si inserisce con grande successo nel trattamento delle occhiaie scure e delle borse periorculari, nel trattamento delle rughe del contorno occhi e riduzione dell'edema periorculare.

Reparto di Medicina Estetica - USI

Tel. 06 - 328681

Cell. 337 - 738696

e-mail: medestetica@usi.it

Gli ormoni bioidentici e la medicina antiaging



Marina Trombetti

Medico chirurgo

Specialista in Scienza dell'Alimentazione – Medicina estetica e antiage
USI – via V. Orsini, 18 Roma

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce lo stato di salute "non solo assenza di malattia, ma uno stato di benessere psicofisico".

La medicina antiaging recepisce questa istanza e la supporta, improntando un approccio olistico con il paziente che interpreta la sua richiesta in modo spesso confuso e accorato.

Nel corso dell'esercizio della nostra professione, troppe volte incontriamo donne che lamentano una perdita di controllo sulla propria vita, un disagio che affiora malgrado i doverosi controlli routinari attestino assenza di patologia.

Alcune di esse soffrono di insopportabili sindromi premestruali, altre di una forte sintomatologia da menopausa, altre ancora hanno avuto problemi di endometriosi, microcisti, cistiti croniche e depressione post-partum; spesso tra loro il comune denominatore è un innaturale senso di gonfiore e la difficoltà reiterata a perdere peso.

Sono scoraggiate, reduci da regimi alimentari rigidi ed impietosi e feroci battaglie con adipe e cellulite che cominciano ad affiorare intorno al girovita, ai glutei, alle cosce.

Sono sconcertate, patiscono un disagio e vogliono essere ascoltate prima di arrendersi; qualunque sia il ruolo che svolgono nella società non vogliono essere relegate ad una categoria cui non sentono di appartenere.

"mi sento grassa...eppure non ho mai avuto problemi di peso...ero una 42"; "forse sbaglio a combinare proteine e carboidrati"... "da qualche tempo mi sento stanca e senza forze..non mi riconosco più"; "la notte non riesco a dormire e da un po' soffro di emicranie". Sono questi gli argomenti ricorrenti, accompagnati da un numero inimmaginabile di esami del sangue ed accertamenti di ogni tipo e spesso da borse piene di integratori e farmaci da annotare nella loro anamnesi. Unendo tutti questi sintomi che le donne sperimentano e lamentano prendendo spunto da una consulenza dietologica, si configura un quadro di insieme che ci porta a concludere che siamo di fronte a problematiche ben più complesse di un semplice aumento ponderale o di errori di gestione del proprio stile di vita; in realtà siamo alle prese con uno strisciante e misconosciuto problema ormonale che rende difficile il convivere con se stessi.

Gli ormoni; la parola deriva dal greco "ormao" (metto in moto), gli ormoni, i messaggeri chimici che circolano nel nostro flusso sanguigno e governano -talvolta rovinano- la nostra vita; tutto è regolato dagli ormoni, dalla formazione delle ossa alla capacità di affrontare lo stress. Le donne attraversano un ciclo vitale di fluttuazioni ormonali, dalla pubertà alla menopausa, in alcuni casi senza problemi, in altri con grandi scompensi.

Le opzioni terapeutiche tradizionali per gli squilibri ormonali sono costituite da ormoni di sintesi o di derivazione animale che, talvolta, non sono tollerate per gli effetti collaterali che producono e, nel caso della menopausa, non possono essere assunti per periodi prolungati; efficaci se usati in modo appropriato, ma non adatti a tutti. Di fronte ai tanti problemi che uno squilibrio ormonale implica - acne, cefalea, insonnia, sudorazione, aumento di peso, vampate - le donne si ritrovano disarmate e poco informate, spesso non supportate da una visione d'insieme del loro problema.

Esistono, in realtà, alternative meno dannose per fronteggiare gli squilibri ormonali che intervengono nella vita di una donna, squilibri dei quali la menopausa è la punta dell'iceberg, ma che possono intervenire in qualsiasi fascia di età, dopo la pubertà: gli *ormoni bioidentici*.

Gli *ormoni bioidentici* sono estratti da piante come la soia e l'igname selvatico, hanno una struttura chimica identica a quelli che il nostro corpo produce, con effetti sovrapponibili, privi di effetti collaterali e, soprattutto, naturali perché presenti in natura e non prodotti in laboratorio.

L'organismo li riconosce come propri e le loro combinazioni possono essere calibrate su misura per l'esigenza della persona.

È inoltre assodato che cibi ed integratori possono influenzare l'equilibrio ormonale femminile, l'apparato digerente perde efficienza nello scomporre ed assimilare le sostanze nutritive, metabolismo e distribuzione del grasso corporeo si modificano col passare degli anni per effetto di diminuzione e sbilanciamento ormonale; a questo punto, più che una dieta a breve termine, serve ridurre le calorie da assumere, ma anche valutare da quali cibi si traggono, elaborando un piano terapeutico che implichi anche il migliorare lo stile di vita e la reintegrazione degli ormoni che non sono ben bilanciati.

La domanda più comune a questo punto è "*perché di tutto questo non ne parla nessuno?*".

Domanda legittima, ma le leggi che governano il mercato dei farmaci rispondono ad esigenze di profitto, non necessariamente sovrapponibili alle esigenze dei pazienti, quindi l'appetibile categoria della "donna", con i problemi relativi alla contraccezione e ancor più della "donna in menopausa" con l'infinita sfumatura di disturbi (vasomotori, osteoporosi, dislipidemia,

disturbi del sonno ecc.), è preziosa fonte di business. E gli *ormoni bioidentici* non rappresentano un affare per l'industria del farmaco.

Volgendo lo sguardo al passato, fino all'inizio del diciannovesimo secolo l'aspettativa di vita di una donna non arrivava a 50 anni e la causa della morte era spesso il parto, quindi in pochissime sperimentavano gli effetti della menopausa; nel ventesimo secolo, grazie alla scoperta di farmaci e all'evolversi delle condizioni socio-economiche, l'aspettativa di vita si è allungata motivando la ricerca a produrre ormoni derivati da animali, Premarin® (estrogeno estratto da urine di giumente gravide) ed ormoni di sintesi.

Negli anni 70 il Premarin® era al 5° posto nelle vendite di farmaci in America.

Gli studi, però, non erano stati completi e cominciarono ad evidenziarsi cancri uterini in donne che assumevano il Premarin® senza bilanciamento progestinico.

Nel '72 fu introdotta una pillola di nuova generazione a base di estrogeno e progesterone; comunque, a questo punto, la percezione della menopausa era cambiata, non più la fine delle mestruazioni, ma un disturbo da curare.

Negli anni '80 la TOS (Terapia Ormonale Sostitutiva) spopolava, ampiamente supportata dal business che alimentava, ma nel 2002 venne divulgata la notizia che i rischi superavano i benefici e da allora milioni di donne hanno smesso la terapia sostitutiva.

I nostri giorni vedono donne che hanno paura del loro corpo e dei suoi mutamenti; confuse e spaventate e poco informate.

Da qui l'adozione degli *ormoni bioidentici*, conformi alla natura, non farmaci e quindi privi di effetti collaterali.

Non sono prodotti industriali, ma vengono formulati individualmente dal medico, modulati sui sintomi della paziente e preparati da un farmacista accreditato che osserva standard rigorosi.

Sono stati testati, approvati e brevettati (TGA in Australia, FDA negli Usa, MHRA nel Regno Unito).

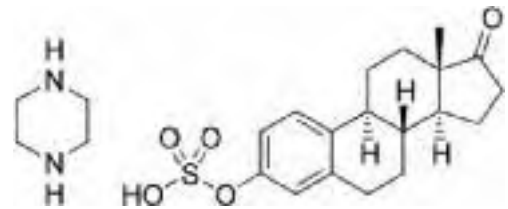
Negli annali dell'Accademia di Scienze di NY del 2005 sono raccolte le osservazioni di 23 anni di pratica clinica e di laboratorio e tutte concordano sulla sicurezza ed assenza di effetti collaterali.

La Comunità scientifica ha testato negli ultimi 15 anni di prescrizioni di *ormoni bioidentici* miglioramenti si-

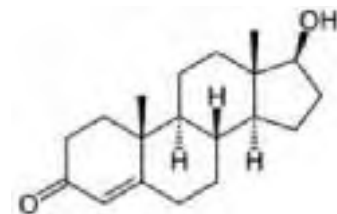
gnificativi su densità ossea e spessore endometriale. Concludendo, estrogeno, progesterone, testosterone bioidentici, somministrati in quantità fisiologiche non hanno effetti collaterali e, ben bilanciati, risolvono i sintomi lamentati dalle donne a causa delle loro fluttuazioni. Tre sono i passaggi fondamentali:

- 1) In pazienti non affette da patologie collegare il disturbo lamentato allo stato degli ormoni e di possibili squilibri
- 2) Eliminare i potenziali problemi derivati da malattie presenti (check-up convenzionali e intervento del medico specialista competente)
- 3) Associazione di stile alimentare appropriato con giusto stile di vita, esercizio fisico e supplementazione ormonale.

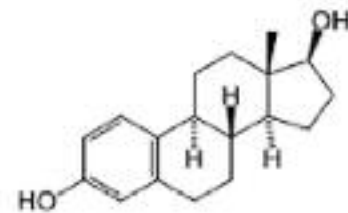
Tutto ciò per godere di una vita lunga, ma in buono stato di salute.



Estrogeno di sintesi



Estrogeno bioidentico



Estradiolo

Invecchiamento. Individuato da biologi Usa il gene che potrebbe rallentarlo

Il gene AMPK, attivato nel cervello o nell'intestino dei moscerini della frutta, ha rallentato il loro invecchiamento. Come? Aumentando l'autofagia, un processo che elimina componenti cellulari vecchi o danneggiati. Con potenziali applicazioni per l'uomo per lo studio di malattie dell'età, tra cui Alzheimer, cancro, ictus, malattie cardiovascolari e diabete. Lo studio* su Cell Reports.

* Matthew Ulgherait et al., AMPK Modulates Tissue and Organismal Aging in a Non-Cell-Autonomous Manner, Cell Reports, September 2014

La sedazione palliativa per i malati oncologici alla fine della vita: non solo una pratica sicura ed efficace ma anche una scelta etica

Giuseppe Ferrentino

Capitano Medico Assistente Reparto Oncologia
del Policlinico Militare di Roma



Riassunto

La gestione dei sintomi garantisce la continuità delle cure nel malato oncologico e riveste un ruolo di primaria importanza nel paziente terminale al fine di assicurare la migliore qualità di vita residua; quando il trattamento dei sintomi non risulta più efficace nonostante le adeguate cure il ricorso alla sedazione palliativa abolisce la percezione del sintomo altrimenti insopportabile per il paziente.

Questo lavoro, attraverso l'analisi delle cartelle cliniche dei pazienti deceduti in un Reparto di Oncologia, ha lo scopo di analizzare le modalità di assistenza ai pazienti con neoplasie in fase terminale attraverso la valutazione dell'efficacia e della sicurezza della sedazione palliativa.

La sedazione palliativa è risultata essere una pratica sicura ed efficace nella gestione dei sintomi refrattari alla terapia.

Parole chiave: *sedazione palliativa, paziente terminale, cure palliative.*

Introduzione

Il paziente terminale è il paziente per il quale il trattamento eziologico, cioè il trattamento che spera di ottenere la guarigione eliminando la malattia, non è più attuabile perché inefficace; questi pazienti, in considerazione della ridotta aspettativa di vita, non necessitano di interventi diagnostici e terapeutici ad alta tecnologia, ma richiedono assistenza medica, infermieristica ed interventi palliativi volti al mantenimento di un'accettabile qualità di vita ^[1].

Questo tipo di approccio, inteso come assistenza globale del malato non più suscettibile ad interventi curativi, viene definito con il termine di cure palliative ed il malato oncologico terminale ne rappresenta il tipico paziente ^[2].

Vi sono dei casi in cui il trattamento dei sintomi messo in atto non risulta efficace nonostante siano stati messi in opera i mezzi più adeguati per il suo controllo, perciò in questi casi si decide di avviare la sedazione palliativa; lo scopo è quello di controllare la percezione di un sintomo, altrimenti intollerabile per il paziente.

La sedazione palliativa

Si può definire la sedazione palliativa come quella procedura atta a ridurre intenzionalmente, con l'impiego di mezzi farmacologici, la vigilanza del paziente, fino alla perdita di coscienza; lo scopo è quello di ridurre o abolire la percezione di un sintomo, altrimenti intollerabile per il paziente, nonostante siano

stati messi in opera i mezzi più adeguati per il suo controllo; in queste circostanze il sintomo viene definito refrattario ^[3].

Le indicazioni ad iniziare la sedazione palliativa sono riferibili sia all'insorgere di eventi acuti che comportino una situazione di morte imminente, che in situazioni di progressivo aggravamento del sintomo fino alla sua refrattarietà.

I sintomi refrattari identificati come indicazioni più frequenti alla sedazione palliativa in campo oncologico sono i seguenti: la dispnea; il delirio-agitazione; il dolore; il vomito incoercibile; lo stato di male epilettico; la sofferenza totale.

Le situazioni cliniche nella quali la morte è giudicata imminente sono prevalentemente rappresentate da: distress respiratorio refrattario ed ingravescente (caratterizzato da sensazione di morte imminente per soffocamento, accompagnato da crisi di panico); sanguinamenti massivi giudicati refrattari ai trattamenti ^[4].

In questi casi la sedazione palliativa si può configurare come un trattamento di emergenza a causa dell'ineluttabilità della morte e dell'estrema sofferenza psicofisica del malato.

Materiali e Metodi

Lo studio è stato condotto attraverso l'analisi delle cartelle cliniche di ricovero relative a pazienti oncologici terminali, ricoverati e deceduti nella UOS Oncologia del Policlinico Militare di Roma nel periodo compreso dal marzo 2010 al dicembre 2014.

Risultati

Per semplificazione i risultati ottenuti sono stati divisi in diverse sezioni:

Dati demografici - Il campione è costituito da 78 pazienti di età media di 71,1 anni con diagnosi principale di malattia neoplastica e che sono deceduti in reparto nel periodo di studio, 51 uomini di età media di 71,5 anni (compresa tra 29 anni e 92 anni) e 27 donne di età media di 70,3 anni (compresa tra 56 anni e 94 anni).

La sedazione palliativa: indicazioni, durata, sopravvivenza dei pazienti - Sono state considerate come sedazioni palliative le infusioni endovenose contenenti midazolam associato o meno ad altri farmaci, escludendo gli aumenti di dose degli oppioidi o altri farmaci risultanti in sonnolenza secondaria.

Sono state registrate nelle cartelle cliniche 31 sedazioni palliative pari al 39,7% del totale dei pazienti deceduti; 9 sedazioni riguardavano pazienti donne pari al 33,3% delle pazienti decedute e 22 sedazioni riguardavano pazienti uomini pari al 43% dei pazienti deceduti.

L'età media dei pazienti sedati è risultata essere 67,6 anni (65 anni per gli uomini e 71 per le donne); mentre l'età media dei pazienti non sedati è risultata essere 73,4 anni (75,8 anni per gli uomini e 69,6 anni per le donne).

I sintomi che hanno condotto alla sedazione palliativa sono stati: dispnea 41,9% dei casi, agitazione-delirio 38,7%, dispnea ed agitazione-delirio 12,9%, sanguinamenti 6,4%; il dolore non è mai stato causa di sedazione.

La durata media della sedazione palliativa è risultata essere di 17 ore (minimo 1 ora e massimo 72 ore), la durata mediana è risultata essere pari a 9 ore; la durata media della sedazione riguardante le donne è risultata essere maggiore rispetto agli uomini 26 ore vs 13,3 ore; suddividendo i pazienti in funzione dell'età (minore e maggiore di 70 anni) non sono state evidenziate differenze nella durata della sedazione.

Considerando la sintomatologia causa della sedazione palliativa si è notato che i pazienti sedati per agitazione sopravvivono dopo l'attuazione della procedura in media 23 ore, mentre i pazienti sedati per dispnea 15,5 ore e quelli sedati per sanguinamenti 2,5 ore.

Suddividendo invece i pazienti sedati per gruppo di patologie è stata tenuta in considerazione solamente la durata della sedazione dei pazienti con diagnosi di neoplasia polmonare (per numerosità, 8 casi) per una durata media di 8 ore.

La sopravvivenza, definita come il tempo compreso tra il giorno del ricovero in ospedale e il giorno della morte, è risultata essere per i pazienti sedati in una media di 16 giorni (mediana di sopravvivenza pari a 13 giorni) mentre nei pazienti non sedati è risultata essere di 19,6 giorni (mediana di sopravvivenza pari a 16 giorni).

Per tutti i pazienti è stato ottenuto un ottimale controllo dei sintomi dopo sedazione, per un solo paziente si è reso necessario un aumento del dosaggio di

midazolam per il raggiungimento del livello di sedazione adeguato.

Non sono stati rilevati eventi avversi (grave depressione o arresto respiratorio, effetto paradossale) dopo l'iniezione del farmaco inducente.

Processo decisionale e comunicazione

La comunicazione della gravità della malattia e dell'imminenza del decesso è avvenuta nel 100% dei casi. Il consenso alla sedazione palliativa è stato ottenuto per tutti i pazienti dai parenti più prossimi, per tre casi è stato ottenuto anche dal paziente stesso e comunque in accordo con i familiari.

In un solo caso i familiari di un paziente dopo la proposta ed il relativo consenso alla sedazione, hanno chiesto di rimandarla; questa si è resa comunque necessaria circa 48 ore dopo, per la durata di 12 ore.

In assenza di disposizioni specifiche del medico specialista di Reparto, 3 pazienti, visitati dal medico di guardia di Area Medica (in giorni festivi oppure nelle ore notturne) per la stessa sintomatologia che avrebbe poi condotto all'effettuazione della sedazione palliativa, hanno ricevuto solamente terapia sintomatica o adeguamento della terapia già in atto.

Discussione

I sintomi più difficili da trattare e che in una quota di pazienti portano alla sedazione palliativa risultano essere la dispnea e l'agitazione-delirio^[5].

Un passo problematico è la diagnosi di refrattarietà del sintomo e di morte imminente che può non essere ovvia in molti pazienti e che porta alla decisione di attuare la sedazione palliativa; è necessario innanzitutto fare riferimento a criteri definiti e condivisibili, per evitare decisioni frettolose o rinunciarie.

In questo studio la frequenza della sedazione palliativa è risultata essere pari al 39,7% dei pazienti deceduti in reparto di cura con una piccola differenza tra uomini e donne (43% vs 33,3%); questo dato è concordante con quello di una revisione della letteratura condotta da Maltoni et al. che ha incluso 10 studi con un totale di 1807 pazienti (34,4%)^[6].

Differenze metodologiche alla base degli studi pubblicati (differenti setting assistenziali, differenti aree geografiche e culturali) spiegano l'ampia variabilità del ricorso alla sedazione palliativa negli ultimi giorni di vita in percentuali che variano tra i diversi centri dall'1 all'88%^[7].

Inoltre le revisioni presenti in lettura comprendono studi che considerano unità di cure palliative dove vengono compresi anche pazienti con malattia terminale ma non affetti da cancro e quindi risulta difficile effettuare una comparazione precisa.

Il controllo dei sintomi è risultato essere efficace nella quasi totalità dei pazienti sedati; a sostegno di questo dato Morita et al. riportano in uno studio la risoluzione della sintomatologia nell'83% dei pazienti con pieno controllo dei sintomi in un tempo compreso tra i 60 minuti e le 48 ore dopo l'inizio della sedazione palliativa^[8].

La sedazione palliativa per i malati oncologici alla fine della vita...

Il farmaco utilizzato nel nostro reparto per attuare la sedazione è il midazolam, considerato il farmaco di scelta per la sedazione palliativa; questo farmaco risulta di semplice titolazione, ha un effetto sedativo immediato, una breve emivita, può essere associato ad altri farmaci utilizzati nella sedazione ed ha un antidoto (flumazenil).

Non sono stati registrati eventi avversi gravi dopo somministrazione del farmaco nei pazienti sedati, mentre in letteratura scientifica sono riportati eventi avversi dopo l'induzione della sedazione palliativa tra cui grave depressione respiratoria, arresto respiratorio, effetto paradossale; in uno studio di Morita et al. sono stati registrati nel 22% dei pazienti [8].

Nel presente lavoro l'età media dei pazienti sedati è risultata essere minore rispetto ai pazienti non sedati (67,6 vs 73,4 anni); questo dato seppur presente in alcuni studi è difficilmente comparabile in quanto oltre a risentire delle variabili già accennate in precedenza risente anche a nostro avviso della qualità dell'accessibilità alle cure.

Uno degli aspetti sentiti come più problematici sul piano etico, nonostante le evidenze scientifiche non suffragino tale ipotesi, è quello dell'eventualità che le pratiche di sedazione palliativa siano causa di anticipazione della morte o accorciamento della vita del paziente.

Nella presente ricerca la sopravvivenza media dei pazienti sedati è risultata essere di 16 giorni (mediana di sopravvivenza pari a 13 giorni) mentre nei pazienti non sedati è risultata di 19,6 giorni (mediana di sopravvivenza pari a 16 giorni).

Premesso che in tale ambito non è possibile avere dati da studi controllati per la loro evidente non eticità, i dati empirici forniti da vari studi comparativi effettuati su gruppi di malati trattati e non trattati con la sedazione palliativa, non hanno confermato una differenza di sopravvivenza nei gruppi di pazienti sedati e non sedati [9].

Nello studio di Maltoni et al. ad esempio, condotto su 518 pazienti suddivisi in due coorti che a parità di trattamento palliativo differivano per la successiva procedura di sedazione, si concludeva per un più lungo periodo di sopravvivenza mediano (12 vs 9 giorni) nel gruppo sottoposto a sedazione [10].

La durata media della sedazione palliativa nel nostro reparto è essere risultata in media di 17 ore (mediana 9 ore); suddividendo i pazienti per genere si è notato che la durata media della sedazione nelle donne è maggiore rispetto agli uomini (26 vs 13,3 ore).

Una revisione della letteratura riporta che la durata dell'intervento di sedazione palliativa è pari in media a 2,8 giorni (media ponderata), la sopravvivenza dei pazienti sedati in fase terminale non differisce da quella dei pazienti non sedati ad eccezione di uno studio nel quale i pazienti sedati per un periodo superiore alla settimana prima del decesso, sono sopravvissuti più a lungo di quelli non sedati [11].

Così come riportato in molteplici lavori anche nella nostra esperienza la dispnea e l'agitazione-delirio sono stati i sintomi più frequenti per porre indicazione alla sedazione palliativa con percentuali pari al 41,9% e 38,7% [5].

In questo studio il dolore non è mai stato la causa della sedazione diversamente da quanto riportato in altre ricerche; questo può essere spiegato con una corretta gestione del sintomo attuato tramite la rotazione degli oppiacei, l'aumento del loro dosaggio e la somministrazione di farmaci adiuvanti [12].

Nel presente lavoro sono state analizzate anche le sopravvivenze medie dopo sedazione palliativa suddividendo i pazienti per sintomi che hanno portato alla sedazione stessa e per tipo di neoplasia di base. I dati mostrano che i pazienti sedati per agitazione-delirio vivono in media più a lungo (23 ore) rispetto a quelli sedati per dispnea (15,5 ore) e sanguinamenti (2,5 ore); per quanto riguarda la sopravvivenza dei pazienti sedati suddivisi per tipo di neoplasia è stata considerata solamente la sopravvivenza media dei pazienti con diagnosi di neoplasia polmonare (8 casi, sopravvivenza media di 6,8 ore) poiché il numero dei pazienti sedati ed affetti da altre neoplasie risultava troppo esiguo per fornire un valore adeguato. In letteratura scientifica non sono presenti studi utili con cui comparare tali dati.

La comunicazione rappresenta un nodo importante; anche quando la comunicazione con i familiari avviene in modo adeguato discutendo i dettagli del piano assistenziale può verificarsi che la sedazione palliativa venga ritardata; i familiari pur essendo consapevoli che la sedazione palliativa sia utile per il sollievo dei sintomi, sentono l'esigenza di sapere che non esistono altre soluzioni, hanno bisogno di ulteriori spiegazioni circa i rischi connessi alla procedura o semplicemente hanno bisogno di maggior tempo per "dire addio" al proprio congiunto.

Sempre in questo ambito, si è notato come in assenza di disposizioni specifiche del medico specialista di reparto c'è reticenza da parte di altri specialisti nel prescrivere la sedazione palliativa; in uno studio di Morita et al. emerge che anche in ambito specialistico il 49% dei medici pensa che sia difficile identificare accuratamente le indicazioni mediche che richiedono la sedazione palliativa ed il 25% ritiene che ci sia un elevato rischio di effettuare una procedura inadeguata [13].

Conclusioni e considerazioni etiche

Sulla scorta dei dati ottenuti e della nostra esperienza si può affermare che la sedazione palliativa è una procedura terapeutica che appartiene alle cure palliative e ad esse si integra, da praticare alla fine della vita e da ritenere eticamente lecita.

Si può infatti sostenere che anche se ci fosse un'anticipazione della morte, essa sarebbe ininfluente e ciò è anche suffragato dalla visione di diverse prospettive etiche, infatti la prospettiva etica della qualità della vita ammette l'eticità della procedura di sedazione perché finalizzata a migliorare il benessere del malato e ne rispetta l'autonomia decisionale.

Prendendo in considerazione le frequenti paure (ad esempio la morte in preda a dispnea, ad emorragie massive, etc.) che affliggono i malati terminali ed i propri familiari, risulta un preciso obbligo morale prospettare la possibilità di una procedura di sedazione,

anche in un periodo antecedente la sua effettuazione, al fine di ridurre l'angoscia del malato e di ottenere un consenso precoce che valga come volontà anticipata. In sintesi la sedazione palliativa risulta professionalmente e moralmente accettabile quando rispetta l'autodeterminazione del malato, promuove il suo bene ed evita un male maggiore soprattutto quando inserita in un percorso di cure integrato.

Bibliografia

1. Venturiero V, Tarsitani P, Liperoti R, Ardito F, Carbonin P, Bernabei R, Gambassi G. *Cure palliative nel paziente anziano terminale*. Giorn Gerontol 2000; 48:222-246.
2. Cleary JF, Carbone PP. *Palliative Medicine in the elderly*. Cancer 1997; 80:1335-1347.
3. Raccomandazioni della SICP sulla Sedazione Terminale e Sedazione Palliativa 2007.
4. (http://www.sicp.it/documenti_pubblici/documenti_sicp/Sedazione.Pdf).
5. Thorns A, Sykes N. *Opioid use in the last week of life and implications for end-of-life decisions*. Lancet 2000; 356: 398-9.
6. Gu X, Cheng W, Chen M, Liu M, Zhang Z. *Palliative sedation for terminally ill cancer patients in a tertiary cancer center in Shanghai, China*. BMC Palliat med 2015 Mar 15; 14:5.
7. Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, Derni S, Fabbri L, Martini F. *Palliative sedation in end-of life care and survival: A systematic review*. J Clin Oncol 2012; 30:1378-1383.
8. Fainsinger RL. *Use of sedation by a hospital palliative care support team*. J Palliat Care 1998; 14:51-54.
9. Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, et al. *Efficacy and safety of palliative sedation therapy: a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan*. J Pain Symptom Manage 2005; 30:320-328.
10. Alonso-Babarro A, Varela-Cerdeira M, Torres-Vigil I, Rodríguez-Barrientos R, Bruera E. *At-home palliative sedation for end-of-life cancer patients*. Palliat Med 2010; 24:486-492.
11. Maltoni M, Pittureri C, Scarpi E, Piccinini L, Martini F, Turci P, Montanari L, Nanni O, Amadori D. *Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study*. Ann Oncol 2009; 20(7):1163-1169.
12. Sykes N, Thorns A. *The use of opioids and sedatives at the end of life*. Lancet Oncology 2003; 4:312-318.
13. Ventafridda V, Ripamonti C, De Conno F, Tamburini M, Cassileth BR. *Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life*. J Palliat Care 1990; 6:7-11.
14. Morita T, Akechi T, Sugawara Y, Chihara S, Uchitomi Y. *Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation: a nationwide survey*. J Clin Oncol 2002; 20:758-764.

Primi spermatozoi in provetta da cellule di uomo sterile

Erano almeno 15 anni che nei laboratori di tutto il mondo si cercava di farlo, e alla fine l'annuncio è arrivato da una start up francese. Il primo spermatozoo umano ottenuto completamente in provetta, ha annunciato la compagnia Kallistem, è diventato realtà, e in pochi anni potrebbe risolvere problemi di sterilità maschile finora rimasti senza risposta. Gli spermatozoi, hanno spiegato gli esperti della compagnia, nata dalle ricerche dell'Istituto di Genomica Funzionale di Lione e fondata da Philippe Durand e Marie-Helene Perrard, sono stati ottenuti a partire da tessuto prelevato dai testicoli.

I due ricercatori sono riusciti a prelevare i microtubuli seminiferi, la parte del testicolo dove si sviluppano gli spermatozoi, senza danneggiarli. Una ulteriore collaborazione con l'Università Claude Bernard di Lione ha permesso di sviluppare un fluido del tutto simile all'ambiente dove gli spermatozoi crescono in natura. Il primo spermatozoo umano, hanno raccontato durante una conferenza stampa, è stato ottenuto nell'autunno del 2014, mentre la tecnica ha ricevuto il brevetto lo scorso 25 giugno. "Siamo riusciti ad ottenere una spermatogenesi completa sia negli animai che nell'uomo - ha affermato Perrard - e a dimostrare che gli spermatozoi ottenuti sono morfologicamente normali". La tecnica potrebbe servire a preservare la fertilità di bambini che si devono sottoporre a terapie potenzialmente pericolose come la chemio, oltre che a trattare dei casi di infertilità che non si possono risolvere in altro modo. "Entro cinque anni - ha auspicato Isabelle Cuoc, presidente della compagnia - speriamo di avere i primi centri che mettono a disposizione la tecnica". L'ottimismo della compagnia potrebbe però scontrarsi con alcuni ostacoli scientifici ed etici. Non ci sono infatti ancora prove che gli spermatozoi sono perfetti anche dal punto di vista funzionale, e che 'funzionano' una volta messi a contatto con l'ovulo. Questo può essere fatto facilmente negli animali, ma per provarlo nell'uomo bisognerebbe creare degli embrioni a scopo di ricerca, pratica proibita in tutto il mondo occidentale. Manca poi anche una prova 'tangibile' dell'efficacia, visto che la compagnia ha scelto di non pubblicare i propri risultati per il momento per non pregiudicare la richiesta di brevetto. Se però il risultato sarà confermato, la ricerca sarà una pietra miliare della medicina, e potrebbe dare sollievo immediato ad almeno 120mila uomini in tutto il mondo che soffrono di forme di sterilità che al momento non hanno cura, oltre che decine di migliaia di giovani che devono sottoporsi a terapie pericolose prima della pubertà. "Manca la documentazione di cosa ha significato dal punto di vista genetico questa trasformazione - sottolinea Carlo Foresta, andrologo dell'Università di Padova -. Lo spermatozoo modifica profondamente il suo Dna durante i vari passaggi, i risultati ottenuti vanno quindi analizzati da questo punto di vista. Se confermato sarebbe un risultato straordinario". Oggi in Italia vivono circa tre milioni di persone con una diagnosi di tumore e all'interno di questo esercito di pazienti, ci sono tanti ragazzi e le loro necessità spaziano dall'accesso alle terapie più efficaci alla preservazione della fertilità, ha ricordato Francesco Cognetti, presidente di 'Insieme contro il Cancro' che sostiene la necessità di un "Piano nazionale della cronicità", con una particolare attenzione proprio ai ragazzi che in futuro vorranno e potranno diventare padri.

Fonte: Popsi.it

Un nuovo alleato nella gestione dell'iperuricemia

Una sperimentazione italiana appena conclusa evidenzia l'apporto positivo di Acqua Fiuggi nella gestione dell'iperuricemia.

Acqua Fiuggi è un'acqua oligominerale, utilizzata fin dall'antichità per le sue proprietà benefiche anti-litiasiche e "depurative", il cui effetto sui livelli plasmatici di acido urico è stato empiricamente dimostrato nell'ambito della gotta.

Un recente studio, in via di pubblicazione su un'importante rivista scientifica internazionale, è stato condotto dal prof. Francesco Scaglione, del Dipartimento di Biotecnologia Medica e Medicina Traslazionale dell'Università di Milano, con l'obiettivo di dimostrare se Acqua Fiuggi fosse capace di ridurre i livelli plasmatici di acido urico, nonché di verificare se la riduzione osservata fosse anche associata alla prevenzione del danno renale da iperuricemia.

L'iperuricemia è un tema di grande interesse medico poiché le evidenze dimostrano come **augmentati livelli di acido urico possano essere considerati un fattore indipendente di rischio cardiovascolare, oltre che essere associati allo sviluppo della malattia renale cronica.**

Lo studio è stato condotto su ratti adulti resi iperuricemici, tramite somministrazione di acido ossonico con la dieta, e trattati con Acqua Fiuggi o acqua di acquedotto. I due gruppi sono stati poi valutati rispetto ai livelli di uricemia, ai parametri di funzionalità renale e alla presenza di eventuali danni renali legati all'iperuricemia stessa.

Sono stati inoltre confrontati con un gruppo di controllo costituito da animali normo-uricemici.

Lo studio ha confermato la presenza di un'associazione tra iperuricemia e danno renale e ha dimostrato che tale danno può essere prevenuto con l'assunzione regolare di Acqua Fiuggi.

Il gruppo di animali trattato con acido ossonico e con Acqua Fiuggi mostrava infatti, al termine dello studio, livelli di acido urico uguali ai controlli; e, dal punto di vista istologico, le modificazioni causate dall'iperuricemia, quali ipertrofia vascolare (figura 1 e 2) e aumento dello spazio di Bowman (figura 3), non sono state riscontrate nel gruppo che assumeva Acqua Fiuggi.

Lo studio ha dunque dimostrato l'effetto di Acqua Fiuggi sulla riduzione dei livelli di uricemia e sulla prevenzione del danno renale. Non conosciamo al momento il meccanismo d'azione di Acqua Fiuggi a questo livello: è possibile che la particolare composizione fisico-chimica di quest'acqua faciliti l'eliminazione dell'acido urico; un'altra ipotesi è legata all'effetto diuretico da lungo tempo riconosciuto ad Acqua Fiuggi. Di certo serviranno ulteriori studi per confermare il beneficio clinico sull'uomo.

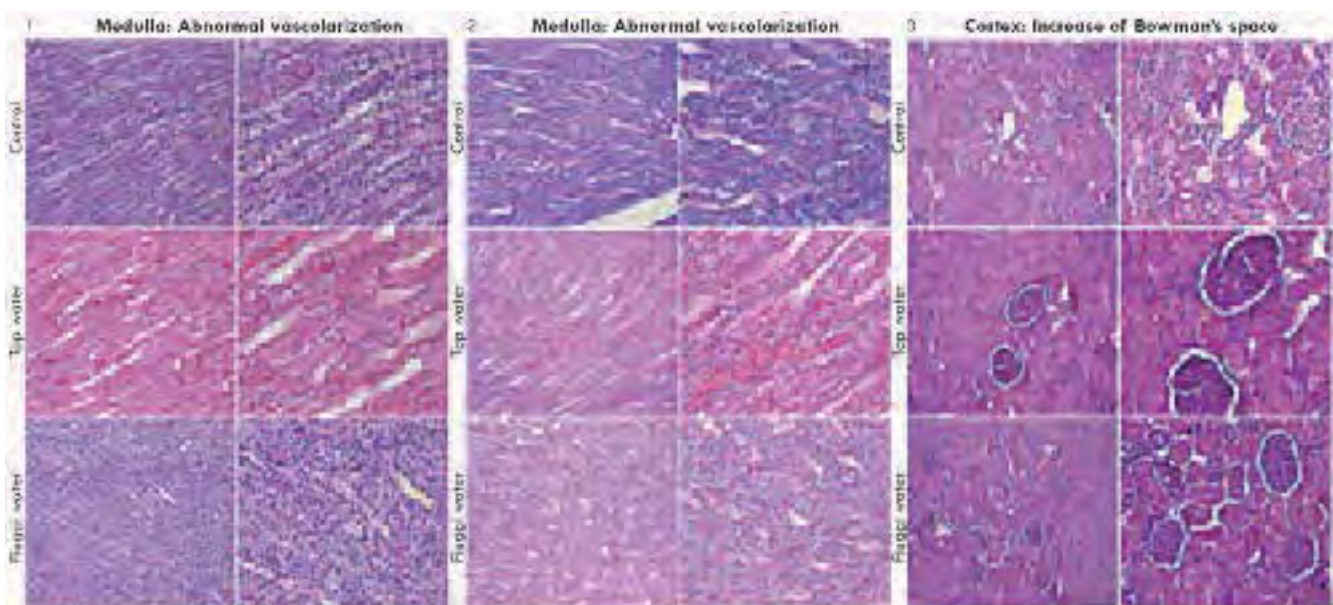


Figura 1,2 e 3. Alterazioni istologiche nei tre gruppi di animali: 1 e 2 alterazioni vascolari; 3. Aumento spazi di Bowman



Lucrezia Cutrufo

Medico chirurgo – Nutrizionista dell'Institut
Europeen de Physionutrition – Paris

Ideale per una rapida "remise en forme" dopo le vacanze, la dieta cosiddetta "proteica" nacque, in realtà, ormai alcuni decenni fa, in seguito alle urgenze avvertite da un medico cardiologo circa la necessità di ottenere considerevoli perdite di peso nel più breve tempo possibile, in regime di pressante prevenzione cardiologica sia primaria che secondaria.

Con i pasti sostitutivi, costituiti quasi esclusivamente da proteine, si prepara una dieta a contenuto molto basso di Carboidrati (VLChoD= very low carbohydrate diet) e fisiologico di Proteine. Infatti, mentre l'apporto proteico quotidiano in un soggetto adulto normale deve essere di circa 1 grammo di Proteine per ogni chilogrammo di peso corporeo (1gr/kg), nella dieta considerata erroneamente ad alto contenuto proteico (HP= high protein) il contenuto di Proteine è di 1,2 gr/Kg di peso corporeo, equivalente al fabbisogno quotidiano di questo nutriente nella dieta fisiologica del soggetto anziano, dato che con l'avanzare dell'età l'organismo riduce la capacità di utilizzare le Proteine quindi l'apporto proteico va aumentato fino a 1,2gr/Kg.

La vera dieta "proteica" invece prevede l'assunzione di almeno 2gr/Kg di Proteine al giorno e la dieta "iperproteica" di almeno 7gr/Kg al giorno. Queste ultime due diete, purtroppo adottate spesso da alcuni frequentatori di palestre sulla base di un nocivo "fai-da-te", non sono deontologicamente consigliabili, in quanto il carico di composti azotati che va a gravare sulla filtrazione può pesantemente compromettere la funzionalità renale.

Lo snodo biochimico che determina l'efficacia della dieta cosiddetta "proteica", che in realtà, come abbiamo chiarito, è una VLChoD con proteine aumentate del 20% rispetto al fabbisogno quotidiano di un soggetto adulto e normali relativamente al fabbisogno del soggetto anziano, è l'avvio della CHETOSI. Nel campo della nutrizione molti, tra gli addetti ai lavori a vario titolo, temono la chetosi perché condizione "non fisiologica" dell'organismo. La chetosi, indotta da questa tipologia di dieta, non è però un regime di navigazione, cioè non va indotta per lungo tempo, bensì per alcuni giorni o settimane per "segnare il passo" di un calo ponderale veloce e, tuttavia, viene comunque monitorata in relazione al grado raggiunto, che non supera mai il 1° in quanto i carboidrati (Cho) sono comunque ingeriti, anche se in quantità molto bassa.

Autorevole letteratura internazionale ci suggerisce prove del fatto che quanto più repentino è il calo anche solo del 5-6% del peso corporeo quando questo è al di sopra del proprio consigliabile BMI (body mass index, tradotto: indice di massa corporea) tanto più si abbatta il rischio di sviluppare malattie metaboliche (diabete, ipertensione arteriosa, sindrome metaboli-

ca) negli anni successivi, o almeno, se il tratto genetico per queste malattie è molto marcato, si assiste ad uno spostamento della loro insorgenza alcuni anni più in là. E' per questo, oltre al fatto che sovrappeso e obesità sono classificate dall'OMS come patologie, ed a motivo del riassetto psicologico, sia cognitivo che comportamentale, che la comprensione e la conseguente osservanza di questo regime alimentare comporta, ed, ancora, a motivo della ricaduta positiva in termini di efficacia nella prevenzione o addirittura nella parziale correzione di molte patologie (come ho già esposto in un precedente articolo su "il caduceo" n°1 anno 2015), che ritengo più appropriato definire "terapia" questo articolato regime alimentare piuttosto che etichettarlo come semplice "dieta".

Ma torniamo alla CHETOSI. Se proviamo ad approfondire bibliograficamente l'argomento, troviamo una sterminata autorevole letteratura scientifica internazionale che dimostra gli effetti positivi della chetosi, mantenuta sperimentalmente anche per alcuni mesi, sulla prevenzione del cancro ^[1], sulla protezione dalla morte dei neuroni per tossicità da ossidazione ^[2], sulla steatosi epatica ^[3], sull'incremento dell'indice di sensibilità dell'insulina (WBISI) e insieme sul decremento dell'indice HOMA con conseguente miglioramento delle funzioni epatiche, di lipolisi ed ossidazione ^[4], sulla reattività delle piccole arterie migliorando la disfunzione endoteliale nei pazienti severamente obesi (SOP) come dimostrato dal decremento dei markers metabolici ed infiammatori ^[5], sulla sensibilità all'ingestione di glucosio dei neuroni ipotalamici che si normalizza in pazienti con diabete di tipo 2 ^[6], sulla clearance (che aumenta) dell'insulina e sul livello di testosterone (che diminuisce) in giovani donne obese ^[7]. Inoltre, la limitata assunzione di Cho, con conseguente chetosi, non influirebbe sulle funzioni cognitive, la cui performance sarebbe simile a quella dei soggetti che assumono elevate quantità di Cho ^[8]. Ciò non stupisce se consideriamo il dato per cui in assenza di glucosio il cervello si serve di una via metabolica che gli consente di utilizzare i chetoni invece del glucosio. Gli effetti negativi che si possono avere non sono legati alla chetosi ma allo squilibrio dei nutrienti apportati da una dieta sbilanciata protratta.

Quindi possiamo dire che uno stato transitorio di chetosi non procura danni metabolici grazie all'intervento di meccanismi fisiologici di compenso, anzi, apre interessanti nuove prospettive terapeutiche.

Ma torniamo, per concludere, alla nostra terapia ipoglicidica normoproteica. La rapidità del calo ponderale non deve destare preoccupazione poiché sono monitorati frequentemente alcuni determinati parametri, mentre, piuttosto, è importante che la "memoria" metabolica del nostro organismo abbia tempo

per registrare la percentuale di massa magra raggiunta (che si traduce in tonicità muscolare ed aumenta durante la terapia), in quanto è questa a dettare l'aumentato consumo energetico. Ciò si attua tramite: 1) la gradualità controllata di reintroduzione degli altri alimenti nei vari pasti (fasi di stabilizzazione) e 2), in parallelo, l'aumento del movimento ("palestra urbana" ed attività fisica).

Si conclude con la fase di mantenimento, che costituisce il regime alimentare quotidiano, in cui l'alimentazione può essere, ormai, completa e ben bilanciata in tutti i necessari macro e micro nutrienti.

Dott.ssa Lucrezia Cutrufo
ellecistudiomedico@tiscali.it

Bibliografia

1. A.A. Cancer Res, July 1, 2011 71; 4484.
2. Noh HS, Choi WS, J Neurosci Res, 2006 Mar; 83(4):702-9.
3. Lagerpusch M, Bosy-Westphal A, J Nutr, 2013 Oct;143(10):1593-601.
4. Gu Y, Jia W, Evid Based Complement Alternat Med, 2013; 2013:760804.
5. Merino J, Masana L, Obes Surg, 2013 Jan; 23(1):17-23.
6. Teeuwisse WM, van der Grond J, Diabetes, 2012 Dec; 61(12):3255-9.
7. Svendsen PF, Madsbad S, Scand J Clin Lab Invest, 2012 Sep; 72(5):410-9.
8. Makris A, Foster GD, Nutr Diabetes, 2013 Sep 23;3:e89.

La dieta mediterranea integrata con olio extravergine d'oliva o noci aiuta a migliorare la memoria

Seguire una dieta mediterranea, a base di alimenti vegetali, è stato collegato a un rischio ridotto di cardiopatie. Ma questo tipo di dieta preserva anche la memoria? Un nuovo studio suggerisce che seguire una dieta mediterranea integrata con olio extravergine d'oliva o noci è associato a una memoria migliore.

Importanza - Lo stress ossidativo e la compromissione vascolare sono ritenuti mediare parzialmente il declino cognitivo legato all'età, un notevole fattore di rischio per lo sviluppo di demenza. Studi epidemiologici suggeriscono che una dieta mediterranea, un modello dietetico cardioprotettivo ricco di antiossidanti, ritardi il declino cognitivo, tuttavia mancano evidenze di sperimentazioni cliniche. **Obiettivo** - Esaminare se una dieta mediterranea integrata con alimenti ricchi di antiossidanti influenzi la funzione cognitiva rispetto a una dieta di controllo. **Disegno, ambito e partecipanti** - Sperimentazione clinica randomizzata, a gruppi paralleli, su 447 volontari cognitivamente sani di Barcellona, Spagna (233 donne [52,1%]; età media 66,9 anni), a elevato rischio cardiovascolare, arruolati nella sperimentazione di intervento nutrizionale Prevención con Dieta Mediterránea dall'1 ottobre 2003 al 31 dicembre 2009. Tutti i pazienti si sono sottoposti a valutazione neuropsicologica all'inclusione ed è stata offerta loro la ripetizione del test al termine dello studio. **Interventi** - I partecipanti sono stati assegnati in modo casuale a una dieta mediterranea integrata con olio extravergine di oliva (1lt/sett.), a una dieta mediterranea integrata con noci miste (30 g/die), o a una dieta di controllo (raccomandando di ridurre i grassi alimentari). **Esiti e misure principali** - Tassi di alterazione cognitiva nel corso del tempo in base a una batteria di test neuropsicologici: Mini-Mental State Examination, Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT), Animals Semantic Fluency, sottotest Digit span della Wechsler Adult Intelligence Scale, Verbal Paired Associates della Wechsler Memory Scale e il Color Trail Test. Abbiamo utilizzato i punteggi *z* medi di alterazione in ciascun test per realizzare 3 compositi cognitivi: memoria, frontale (attenzione e funzione esecutiva) e globale. **Risultati** - Dopo l'intervento (4,1 anni in media), erano disponibili i test cognitivi di follow-up di 334 partecipanti. Nell'analisi multivariata corretta per fattori confondenti, i partecipanti assegnati a una dieta mediterranea con olio d'oliva hanno ottenuto punteggi migliori per RAVLT ($P = 0,049$) e Color Trail Test parte 2 ($P = 0,04$) rispetto ai controlli; non sono state riscontrate differenze tra i gruppi per gli altri test cognitivi. Similmente, i compositi cognitivi corretti (punteggi *z* medi con IC al 95%) per le alterazioni al di sopra del basale del composito di memoria erano 0,04 (da -0,09 a 0,18) per la dieta mediterranea più olio d'oliva, 0,09 (da -0,05 a 0,23; $P = 0,04$ rispetto ai controlli) per la dieta mediterranea più noci, e -0,17 (da -0,32 a -0,01) per la dieta di controllo. Le rispettive alterazioni rispetto al basale del composito cognitivo frontale erano 0,23 (da 0,03 a 0,43; $P = 0,003$ rispetto ai controlli), 0,03 (da -0,25 a 0,31) e -0,33 (da -0,57 a -0,09). Le alterazioni dal basale per il composito cognitivo globale erano 0,05 (da -0,11 a 0,21; $P = 0,005$ rispetto ai controlli) per la dieta mediterranea più olio d'oliva, -0,05 (da -0,27 a 0,18) per la dieta mediterranea più noci e -0,38 (da -0,57 a -0,18) per la dieta di controllo. Nei controlli, tutti i compositi cognitivi si riducevano significativamente ($P < 0,05$) rispetto al basale. **Conclusioni e rilevanza** - In una popolazione anziana, una dieta mediterranea integrata con olio d'oliva o noci si associa a una migliore funzione cognitiva.

Bibliografia

Valls-Pedret C, Sala-Vila A, Serra-Mir M, et al. Mediterranean Diet and Age-Related Cognitive Decline A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med 2015; doi:10.1001/jamainternmed.2015.1668

I parassiti questi sconosciuti

Diana Grassi

Specialista in Microbiologia e Virologia

Parte Seconda: I vermi tondi (Nematodi) e i vermi piatti (Platelminti)

L'organismo nel quale il parassita vive viene definito ospite, e il lungo periodo dell'evoluzione dei rapporti tra ospite e parassita, ha consentito lo sviluppo di tutta una serie di strategie per la sopravvivenza con un ciclo biologico complesso, parte del quale può avvenire nell'ambiente esterno fino all'arrivo nell'ospite definitivo, dove il parassita si riproduce, mentre gli ospiti intermedi servono per lo sviluppo degli stadi larvali. La conoscenza delle modalità di trasmissione è un presupposto fondamentale per la lotta alle parassitosi umane molte delle quali possono essere notevolmente ridotte mediante semplici accorgimenti. I due grandi gruppi di parassiti sono rappresentati dai Nematodi e dai Platelmini e in questo articolo verranno descritte le principali specie che ritroviamo in Italia.

I Nematodi

I Nematodi, "vermi tondi", sono organismi dal corpo cilindrico a simmetria bilaterale, a sessi separati con dimorfismo sessuale dove il maschio è generalmente più piccolo della femmina. Per diventare adulti devono passare attraverso 4 stadi larvali. I nematodi intestinali parassiti dell'uomo hanno generalmente un ciclo diretto senza ospiti intermedi completando, in tempi molto brevi, lo sviluppo delle larve. Quelli di maggiore interesse per la realtà italiana sono i seguenti: l'*Anisakis*, gli Ossiuri e la *Trichinella*.

a. *Anisakis*

Questi parassiti si ritrovano allo stadio adulto nell'addome dei mammiferi marini (cetacei, pinnipedi) e si riescono a vedere tranquillamente ad occhio nudo, poiché misurano da 1 a 3 cm e appaiono di un colore che va dal bianco al rosato, sono sottili, e normalmente si arrotolano su se stessi. Le varie specie di *Anisakis* hanno tutto il loro ciclo biologico in ambiente marino, i vermi liberano le uova nell'acqua tramite le feci, e dopo lo sviluppo di alcuni stadi larvali vengono ingerite da piccoli



Fig. 1 - Larva di *Anisakis*

crostacei che rappresentano il primo ospite intermedio, e successivamente infestano il secondo ospite intermedio, generalmente piccoli pesci (es. aringhe, alici) dove ritroviamo l'ultimo stadio larvale prima dell'ospite definitivo. L'uomo rappresenta un ospite accidentale e l'infestazione avviene in quest'ultimo mediante il consumo di pesce crudo. Le larve di *Anisakis* possono rappresentare un pericolo per la salute umana secondo due modalità:

- parassitosi causata dall'ingestione di pesci crudi contenenti larve
- una reazione allergica causata da sostanze chimiche liberate dalle larve nei pesci ospiti

b. Ossiuri

L'infestazione da Ossiuri rappresenta una delle più frequenti parassitosi soprattutto in ambito pediatrico. L'ossiuriasi viene contratta per ingestione di uova embrionali che arrivano alla bocca tramite il contatto diretto di mani e oggetti contaminati. Dopo l'ingestione le larve si vanno a localizzare nell'intestino, crescono e dopo la fecondazione i maschi muoiono, mentre le femmine vanno a deporre le uova di notte sull'apertura anale.



Fig. 2 - Uova di Ossiuri

Al contrario di altri parassiti le uova degli ossiuri sono infestanti già dopo pochi minuti dalla deposizione, rendendo possibile l'autoinfestazione. Il sintomo più frequente è il prurito localizzato nella regione anale in concomitanza della deposizione delle uova, di solito nelle ore notturne e al risveglio. Per la diagnosi non è consigliato eseguire l'esame feci, perché è raro ritrovare le uova o il parassita, ma più indicato effettuare un "scotch test" che consiste nel far aderire del nastro adesivo trasparente sull'apertura anale nel momento in cui c'è il prurito in maniera da far rimanere adese le uova del parassita allo scotch e così si possono identificare al microscopio. La terapia è farmacologica ma è molto importante sterilizzare anche la biancheria intima, le lenzuola, gli asciugamani ecc. in modo da evitare reinfestazioni.

c. *Trichinella*

La *Trichinella* è una zoonosi (malattia trasmessa dagli animali) dove il parassita inizialmente va a localizzarsi a livello intestinale per poi dare origine a nuove larve che si vanno ad incistare nel tessuto muscolare. La trasmissione nell'uomo avviene esclusivamente per via alimentare, mediante il consumo di carne cruda o poco cotta contenente le larve. In Italia il veicolo di trasmissione è la carne suina ed equina. Non si trasmette da persona a persona. Nell'uomo il quadro cli-

nico varia da un'infezione asintomatica a casi particolarmente gravi a seconda della localizzazione delle cisti, la sintomatologia classica è caratterizzata da diarrea, dolori muscolari, debolezza e febbre. La diagnosi può essere suggerita anche da una marcata eosinofilia (fino al 70%), leucocitosi, aumento degli enzimi muscolari e confermata mediante esami sierologici o biopsia muscolare. La prevenzione si attua mediante questi semplici accorgimenti: la carne va consumata ben cotta in modo da distruggere le larve, è sufficiente 1 minuto a 65°C. Se non è noto se la carne è stata sottoposta all'esame triconoscopico, che normalmente viene effettuato dal veterinario prima della macellazione, è bene congelarla per almeno 1 mese a -15°C perché un congelamento prolungato uccide le larve. Mentre salatura, essiccazione, affumicamento e cottura nel forno a microonde non assicurano l'uccisione del parassita.

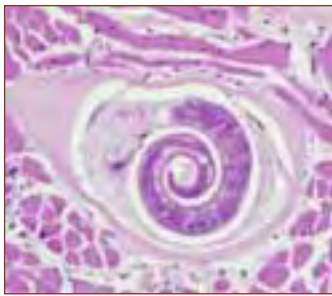


Fig. 3 - Larva di *Trichinella incistata*

I Platelminti

I cestodi sono vermi piatti ermafroditi tutti parassiti. Da adulti vivono nel tubo digerente dell'ospite uomo e altri vertebrati. Quelli che parassitano l'uomo hanno il corpo nastriforme e segmentato lungo da 3 a circa 12 metri. In esso si evidenzia una testa (scolice) dotata di organi adesivi (uncini, ventose) ed un collo da cui si generano i segmenti o proglottidi che una volta mature sono sacchi pieni di uova dotate di 6 uncini. La proglottide matura si stacca dal verme e viene emessa nell'ambiente esterno con le feci e nel terreno queste si disgregano liberando le uova che restano vitali per mesi così possono infettare bovini e suini che mangiano erba contaminata. Il contagio nell'uomo avviene mediante il consumo di carne cruda o poco cotta. Alle nostre latitudini le più importanti parassitosi riferibili ai plateminti sono rappresentate dall'*Echinococco* e dalla *Tenia*.

d. *Echinococco*

L'*Echinococco cistica* è una zoonosi causata dalla forma larvale dell'*Echinococco granulosus* dove l'uomo rappresenta un ospite intermedio accidentale, che contrae la malattia ingerendo le uova disperse nell'ambiente mediante le feci del cane, che rappresenta l'ospite definitivo. Di conseguenza il contagio può avvenire per contatto diretto con le feci di cani parassitati o se si portano alla bocca mani sporche di terra (la sopravvivenza delle uova nell'ambiente

esterno arriva anche ad un anno). Le uova una volta ingerite raggiungono l'intestino dove l'embrione (larva esacanto) attraversando la via venosa portale o la via linfatica raggiunge prima il fegato, poi il polmone e raramente altri organi. In queste sedi si sviluppano le cisti, che iniziano con la formazione di un granuloma infiammatorio nel giro di 2-3 giorni, poi comincia la formazione di un vacuolo che circonda una cavità contenente liquido, al cui interno si trovano capsule proligere con le larve (protoscolici). La ciste in 6 mesi può raggiungere le dimensioni di 1 cm e continua a crescere di circa un paio di centimetri al mese arrivando a raggiungere anche dimensioni notevoli di 10-20 cm. Se la ciste si rompe gli scolici si versano nella cavità peritoneale e attraverso i vasi sanguigni si distribuiscono nei vari organi determinando un'echinococcosi secondaria, il più delle volte con esito letale. Lo sviluppo delle cisti è lento e prima della comparsa della sintomatologia può passare un lasso di tempo anche di 5 anni, quando il volume della ciste è tale da andare a comprimere altri organi. La diagnosi è principalmente strumentale mediante ecografie e/o risonanza e la terapia è esclusivamente chirurgica.

e. *Tenia*

L'uomo si infetta con carne cruda o poco cotta di animali infettati che contengono nel muscolo le larve della tenia (cisticerchi). Nell'intestino la larva si sviluppa inizialmente con la testa (scolice) che è munita di ventose ed uncini con la quale si ancora alla parete dell'intestino e poi inizia la formazione di un gran numero di segmenti corporei (proglottidi) consentendo al verme di raggiungere notevoli dimensioni (1m). Quando un segmento è maturo si stacca e viene espulso con le feci in modo che le larve possano essere ingerite dall'ospite intermedio. Il verme è estremamente longevo, può sopravvivere dai 5 ai 20 anni. La sintomatologia è subdola perché ci possono essere degli episodi di nausea, vomito, diminuzione dell'appetito, diarrea o stitichezza, dimagrimento ed è possibile anche rilevare una moderata eosinofilia. Il controllo della carne per evidenziare la presenza dei cisticerchi è una buona misura preventiva. E' però molto importante per evitare il contagio, consumare sempre carne ben cotta, dove per carne ben cotta si intende il raggiungimento di una temperatura di almeno 56°C in tutte le sue parti. La diagnosi avviene con il ritrovamento nelle feci delle proglottidi, la cui diversa morfologia consente l'identificazione della specie.



Fig. 4 - Individuo di *Tenia*

Bucce di mele e pomodori verdi mantengono giovani i muscoli

Una proteina, l'ATF4, sarebbe alla base dei processi di invecchiamento dei muscoli. Questo fattore di trascrizione spegne i geni deputati alla sintesi proteica, facendo così calare la massa muscolare e la forza, anno dopo anno. Ma due sostanze presenti nella buccia delle mele e nei pomodori verdi potrebbero contrastarne l'azione e dunque essere usate come 'ricostituenti' dei muscoli degli anziani.

Non è un mistero che, andando avanti con gli anni, per quanto si continui con costanza a frequentare la palestra o a sbracciarsi su un campo da tennis, la massa muscolare pian piano si scioglie come neve al sole e con questa anche la forza fisica. Un fenomeno che fa parte della fisiologia dell'invecchiamento, che secondo Cicerone in realtà sarebbe una vera e propria malattia. Ma nonostante l'età media dai tempi dell'antica Roma si sia sensibilmente allungata, particolarmente nel nostro Paese, ancora nessuno scienziato ha trovato una 'cura' efficace contro l'invecchiamento.

È noto da tempo che il segreto dell'eterna giovinezza potrebbe essere racchiuso nei telomeri, quella specie di 'cornetti' svettanti sopra i cromosomi. I telomeri si riducono con il passare del tempo e questo ha portato ad ipotizzare che la loro progressiva scomparsa avrebbe un ruolo nei processi di invecchiamento. Questo ha scatenato una vera e propria caccia al tesoro negli ultimi anni, che ha visto impegnati biochimici di tutto il mondo nel tentativo di contrastare l'accorciamento del telomero. Qualche azienda *smart* d'oltreoceano ha anche messo sul mercato qualche miracolosa e costosissima pillola anti-accorciamento dei telomeri e dunque – a sentir loro – anti-invecchiamento. Ma non ci risulta che questo effetto 'coccinella' sia mai stato raggiunto da qualcuno di questi costosissimi preparati, né che qualcuno abbia mai raggiunto l'età di Matusalemme grazie al mirabolante supplemento. Conviene forse fare un passo indietro, un bagno di umiltà (e di onestà) e cominciare ad analizzare il problema invecchiamento nelle sue varie componenti, per cercare di trovare finalmente quel bastone da mettere tra le ruote del tempo che passa.

Uno dei marchi di fabbrica dell'invecchiamento è proprio la riduzione della massa muscolare che può arrivare fino a gradi estremi di sarcopenia e le cause di questo fenomeno sono rimaste finora in gran parte sconosciute.

Ma adesso, uno studio appena pubblicato su *Journal of Biological Chemistry* suggerisce un'intrigante ipotesi. Si tratta di un'osservazione preliminare che andrà confermata e magari integrata con altre conoscenze, ma intanto un gruppo di ricercatori dell'Università dell'Iowa sostiene di aver scoperto una proteina alla base della riduzione della massa muscolare e della perdita di forza, caratteristiche dell'invecchiamento. La proteina in questione, contraddistinta dalla sigla ATF4, è un fattore di trascrizione che altera l'espressione di alcuni geni a livello del muscolo scheletrico, causando in questo modo una ridotta sintesi proteica e di conseguenza una riduzione della massa e della forza muscolare. Lo stesso studio ha individuato anche due composti naturali, uno presente nella buccia delle mele (acido ursolico) e uno nei pomodori verdi (tomatidina), in grado di ridurre l'attività dell'ATF4, nei topi vecchi. La supplementazione della dieta di questi animali con tomatidina e acido ursolico per

due mesi, ha prodotto un aumento della massa muscolare del 10% e addirittura del 30% della forza muscolare. L'acquisizione di tutte queste informazioni – ritengono gli autori – potrebbe insomma portare ad una terapia specifica per contrastare l'atrofia e la perdita di forza muscolare nell'anziano. "Molti di noi – riflette Christopher Adams, professore di Medicina Interna, presso l'Università dell'Iowa e autore anziano dello studio – hanno esperienza diretta del fatto che l'atrofia e la perdita di forza muscolare rappresentano un grosso problema man mano che si va avanti negli anni. Questi problemi possono avere un profondo impatto sulla qualità di vita e sulla salute.

I risultati del nostro studio suggeriscono che l'acido ursolico e la tomatidina potrebbero essere utilizzati per contrastare la perdita di massa e di forza muscolare negli anziani".

I ricercatori americani hanno quindi pensato di utilizzare questi due composti come 'esche' per risalire alle radici più profonde della sarcopenia dell'anziano e sono dunque andati avanti con il loro esperimento. Andando ad indagare gli effetti molecolari dell'acido ursolico e della tomatidina nel muscolo senescente, il gruppo di Adams ha scoperto che entrambi i composti andavano a 'spegnere' un gruppo di geni che vengono attivati dal fattore di trascrizione ATF4. I ricercatori si sono dunque 'costruiti' una razza di topi OGM, mancanti dell'ATF4 nel muscolo scheletrico, scoprendo così che, almeno a livello muscolare, questi animali non mostravano gli insulti del tempo. "Riducendo l'attività dell'ATF4 – spiega Adams – l'acido ursolico e la tomatidina consentono al muscolo scheletrico di riprendersi dagli effetti dell'invecchiamento". E partendo da questi presupposti, il gruppo di ricercatori dell'Università dell'Iowa sta ora lavorando alla messa a punto di supplementi a base di tomatidina e acido ursolico, da somministrare agli anziani con ridotta massa muscolare, nell'intento di cancellare così i segni del tempo dai loro muscoli affaticati. Sperando che non sia solo l'ennesimo grande miracolo. Fonte: *quotidianosanita.it*

Infarto: scoperta la proteina che ripara il cuore

Si chiama follistatina-like 1 (FSTL1) e su topi e maiali si è rivelata in grado di riparare il cuore dopo un infarto stimolando la formazione di nuove cellule del muscolo cardiaco.

Questa incredibile scoperta condotta da un team di ricercatori dell'Università di Stanford coordinati da Pilar Ruiz Lozano e pubblicata sulla rivista *Nature*, potrebbe aprire una nuova pagina nella terapia dell'infarto. Il cuore dei mammiferi non è infatti capace di auto-ripararsi completamente dopo una grave perdita di cellule cardiache che si ha in seguito ad un infarto. Finora poco o nulla si sapeva sui fattori che limitano la rigenerazione delle cellule del muscolo cardiaco, ma i ricercatori hanno scoperto che nei cuori sani, a differenza di quelli infartuati, questa proteina si trova sull'epicardio, cioè la membrana che circonda la parete del cuore. Mettendo negli animali infartuati una sorta di cerotto bio-ingegnerizzato, in grado di imitare il tessuto dell'epicardio e di funzionare come una 'fonte' di questa proteina, il team ha dimostrato che la follistatina-like 1 inducendo la crescita delle cellule del miocardio migliora le funzioni cardiache e la sopravvivenza. Ciò suggerisce – conclude lo studio – che ripristinare la presenza della FSTL1 nell'epicardio può essere un modo efficace per rigenerare il cuore infartuato, aprendo nuove possibilità terapeutiche. Fonte: *Popsi.it*

Il peso corporeo dipende anche dalla flora intestinale: ecco come

Le variazioni del nostro patrimonio genetico influenzano l'abbondanza dei microorganismi presenti nell'intestino, contribuendo a determinare il nostro peso corporeo. Ad affermarlo, un'indagine su oltre 400 coppie di gemelli identici, che apre prospettive di ricerca per prevenire l'obesità. Lo studio su Cell.*

Il nostro patrimonio genetico è in grado di influenzare il peso corporeo anche in base ai tipi e all'abbondanza dei microorganismi presenti nell'intestino. Ad affermarlo è uno studio del King's College London di Londra e della Cornell University negli Stati Uniti, che è stato pubblicato su *Cell*.

Già in precedenza, studi scientifici avevano mostrato un collegamento tra i geni e la composizione dei microorganismi intestinali in relazione alla presenza di malattie del metabolismo e di obesità. Tuttavia, finora si assumeva che il legame tra le varianti genetiche dell'uomo e la diversità dei batteri dell'intestino potesse risultare trascurabile. Invece, attraverso un'indagine su coppie di gemelli, i ricercatori hanno osservato che una famiglia di microbi, poco nota e altamente ereditabile, risulta più diffusa tra individui con un basso peso corporeo. Gli scienziati hanno così messo in rilievo il fatto che, in base ai risultati, i geni possono influenzare la composizione dell'insieme dei batteri intestinali dell'uomo, anche chiamato microbioma (dell'intestino) umano. I ricercatori hanno sequenziato il genoma della flora intestinale di circa 416 coppie di gemelli identici, che condividono il 100% dei loro geni. In particolare, gli scienziati hanno messo in evidenza come il codice genetico sia in grado di influenzare l'abbondanza e dunque la concentrazione di una specifica famiglia di batteri, chiamati 'Christensenellaceae': si tratta di un ceppo identificato recentemente, che dallo studio odierno sembra essere presente in quantità superiore negli individui con un basso indice di massa corporea (BMI). In più, modelli murini trattati con questo microbo prendevano meno peso rispetto a topi non trattati, riferiscono i ricercatori, elemento che apre prospettive di studio anche nell'uomo per la prevenzione dell'obesità.

I fattori genetici influenzano la composizione del microbioma intestinale umano e possono avere un impatto nel metabolismo dell'individuo, si legge nello studio. "I nostri risultati mostrano che specifici gruppi di microorganismi all'interno del nostro intestino potrebbero svolgere attività protettiva contro l'obesità e che la loro abbondanza è influenzata dai nostri geni", ha spiegato *Tim Spector*, Capo del 'Department of Twin Research and Genetic Epidemiology' presso il King's College London. "Il microbioma umano rappresenta un interessante nuovo 'bersaglio' per i cambiamenti della dieta e per i trattamenti volti a combattere l'obesità".

"Fino ad ora, la variazione delle quantità di microbi intestinali veniva spiegata attraverso la dieta, l'ambiente esterno, lo stile di vita e la salute", ha commentato *Ruth Ley*, Professore Associato alla Cornell University. "Questo è il primo studio a stabilire con fermezza che alcuni tipi di microbi intestinali sono ereditari - che la loro variazione all'interno di una popolazione è in parte dovuta alla variazione del genotipo ospitante, e

non solo a fattori ambientali. Questi risultati potranno anche aiutarci a trovare nuovi fattori predittivi di malattie e favorirne la prevenzione".

Il Professor Spector aggiunge come ora nel Regno Unito venga promosso lo studio del microbioma anche attraverso il progetto British Gut Project. "Questo esperimento permette a chiunque abbia un particolare interesse rispetto alla propria dieta e alla propria salute di ricevere, attraverso un kit postale e una piccola donazione via web al nostro sito (www.british-gut.org), un personale gruppo di microorganismi testati geneticamente", aggiunge Spector. "Il nostro obiettivo è di avere milioni di partecipanti per poter continuare ad effettuare importanti scoperte riguardo al legame tra il nostro intestino e la nostra salute". Fonte: *quotidianosanita.it*

*Julia K. Goodrich et al., Human Genetics Shape the Gut Microbiome. *Cell*, 2014; 159 (4): 789 DOI: 10.1016/j.cell.2014.09.053

Mal d'auto e mal di mare addio. Basteranno due elettrodi e un cellulare per stroncarli

Scoperto da un gruppo di ricercatori inglesi un modo per liberarsi del tutto dal mal di mare o dal mal d'auto. Basteranno un paio di piccoli elettrodi e un generatore di corrente (anche un telefono cellulare), attraverso i quali inviare una leggerissima corrente elettrica a quella parte del cervello responsabile del 'mal di movimento'.

Si annuncia come la soluzione definitiva, una vera rivoluzione per tutti quelli che soffrono il mal di mare o il mal di movimento (cinetosi) in generale. E potrebbe essere disponibile nell'arco di qualche anno. Sudori freddi, nausea, colorito verdognolo e quella disperata voglia di scendere dalla barca o dall'autobus, diventeranno dunque solo un ricordo, un incubo lontano. E solo chi ha sofferto almeno una volta il mal di mare o il mal d'auto, può capire che razza di incubo sia. A dirla tutta, le cinetosi sono ancora per molti versi un mistero per gli addetti ai lavori; l'ipotesi più accreditata è che siano causate dal fatto che il cervello venga mandato in tilt da una cacofonia di impulsi contrastanti e contraddittori, inviati dalle orecchie e dagli occhi. A soffrire di 'mal di movimento' sarebbero tre persone su dieci tra la popolazione generale; ma questo tasso arriva a fare l'*en plein* se ci si sottopone ad esperienze di movimento 'estremo', tipo fare un giro sulle montagne russe o su un'imbarcazione, con il mare forza 9. Ma finalmente questa massa di umanità sofferente potrà presto trovare sollievo dagli odiati sintomi del mal di mare, grazie ad un'invenzione dei ricercatori dell'*Imperial College of London*, pubblicata su *Neurology*. Basterà una leggera corrente elettrica, applicata allo scalpo, per mettere a tacere l'esuberanza della regione cerebrale responsabile dei sintomi della cinetosi. "Riteniamo - afferma il dottor *Qadeer Arshad*, Dipartimento di Medicina dell'*Imperial College* di Londra - che entro 5-10 anni al massimo la gente sarà in grado di entrare in farmacia per comprare un *device* anti-cinetosi, basato sulla nostra invenzione. Assomi-

glierà un po' ad un TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulator*), cioè a quell'apparecchio usato dai fisioterapisti per trattare il mal di schiena, ma magari potrà essere addirittura integrato con il cellulare, che rilascerà la piccola quantità di elettricità necessaria, attraverso il *jack* degli auricolari. In un caso o nell'altro, chi soffre di mal di mare, non dovrà far altro che attaccarsi un paio di minuscoli elettrodi sullo scalpo, prima di salire ad esempio a bordo di un traghetto, per prevenire e liberarsi così dagli odiati sintomi". I ricercatori inglesi hanno testato la loro invenzione su un gruppo di persone alle quali venivano applicati per 10 minuti gli elettrodi. Quindi venivano fatti sedere su una poltrona motorizzata rotante, progettata per mimare il movimento delle montagne russe o quello di un mare in tempesta. Grazie al pretrattamento ricevuto, i volontari risultavano sostanzialmente privi di sintomi da cinetosi o recuperavano molto più rapidamente del normale. "Il problema con i trattamenti anti-cinetosi - afferma *Michael Gresty* dell'*Imperial College* - è che i farmaci che funzionano (in compresse o gomme da masticare) danno anche sonnolenza. Va tutto bene se devi affrontare un viaggio breve, o se sei un passeggero; ma se invece lavori su una nave da crociera e devi

gestire il tuo mal di mare continuando a lavorare, questa soluzione non è altrettanto valida. Siamo dunque tutti molto eccitati per le grandi potenzialità di questo trattamento perché rappresenta un modo efficace per prevenire la cinetosi, apparentemente senza effetti collaterali. E i risultati che offre sono in linea con quelli ottenuti con i migliori farmaci anti-cinetosi". I neurologi dell'*Imperial College* sono ora alla ricerca di partner commerciali per sviluppare un *device* da mettere sul mercato. La loro invenzione ha attirato anche l'attenzione dell'esercito, che potrebbe utilizzarla per le situazioni più disparate. Ad esempio per aiutare quelle persone, che manovrano da lontano un drone, controllandone i movimenti attraverso un'interfaccia visuale, attività questa che può provocare una nausea feroce. "Altri studi - prosegue *Arshad* - hanno dimostrato che stimolare con questa modalità il cervello, può aumentare l'attenzione e la concentrazione. Questi aspetti sono di grande interesse non solo per il mondo militare, ma anche per gli studenti o per altre categorie di persone. Le correnti applicate sono di entità ridottissima e non c'è ragione di aspettarsi alcun tipo di effetto indesiderato da un utilizzo di breve durata". Fonte: *quotidianosanita.it*

Riceviamo e, su richiesta dei nostri pazienti, pubblichiamo attestati di stima per il lavoro svolto da nostri operatori

Roma, 06/05/15

Egr. Amministratore,

Sono entusiasta dei Suoi centri USI che frequento da anni.

Sono stata da poco presso il "Machiavelli Medical House" e nel settore "Gastroenterologia" con il Dott. Antonello Trecca mi sono sottoposta ad un esame di colonscopia in sedazione profonda.

Il Dott. Trecca mi ha consigliato un'ottima preparazione e una scrupolosa dieta seguita da un esame molto attento e scrupoloso e i risultati sono stati molto soddisfacenti.

Dal 2005 il Dott. Trecca mi ha in cura e dieci anni fa mi ha riscontrato una *iperemia del sigma*. Mi ha consigliato una dieta e controlli periodici, con colonscopie periodiche presso l'USI.

Sono stata seguita con cura, professionalità e molta disponibilità durante tutti questi anni. Ho superato l'iperemia del sigma e continuo a venire a fare i controlli periodici, seguendo i consigli che mi vengono dati.

Alla metà di Maggio, come faccio da molto tempo, andrò a Montecatini Terme per le cure idropiniche e anche lì l'idrologo che mi segue, Dott. Marco Tulli, sa del Suo centro USI ove mi reco e consiglia ai pazienti provenienti da Roma la Sua struttura.

Posso dirLe che è merito Suo, Dottore, se nella capitale c'è un punto di riferimento sanitario: USI, ove perfino l'Ufficio Stampa della rivista "Il Caduceo" è sempre pronto ed efficiente.

Grazie di cuore per quanto fa per noi pazienti in tutte le sedi USI di Roma.

Congratulazioni e buon lavoro.

Serenità e buona vita a tutti coloro che quali "angeli di sanità" curano con Lei tutti noi.

Cordiali saluti
Laura Moscato

Alopecia areata: scoperta la cura

In uno studio pubblicato su Nature Medicine, il percorso della straordinaria ricerca condotta alla Columbia University: dall'individuazione delle cellule responsabili di questa malattia autoimmune al successo della sperimentazione della cura con un JAK inibitore sono passati appena 4 anni.

Quattro anni fa la notizia dell'individuazione delle cellule responsabili dell'alopecia areata, un sottotipo di linfociti T che attacca il follicolo pilifero dei pazienti con alopecia areata, 'colpevole' di aver lanciato un 'segnale d'allarme'. Oggi, dalle pagine di *Nature Medicine*, gli stessi ricercatori della *Columbia University Medical Center (CUMC)* di New York, danno la notizia, che un farmaco, approvato dall'FDA per patologie ematologiche, è efficace nel bloccare l'attacco autoimmune messo in campo da queste cellule.

Il trattamento, a base di JAK inibitori, è stato in grado di ripristinare, dopo appena 4-5 mesi di trattamento, la normale crescita dei capelli in tre pazienti con alopecia areata di grado moderato-severo, trattati nell'ambito di un piccolo *trial* clinico ancora in corso.

L'alopecia areata è una patologia autoimmune, relativamente frequente, che causa la perdita dei capelli e dei peli (alcuni pazienti perdono i capelli 'a chiazze', solo in alcune zone del cuoio capelluto; altri perdono non solo tutti i capelli, ma anche i peli, in tutte le parti del corpo). La malattia colpisce in ugual misura entrambi i sessi, può esordire a qualunque età e provoca in genere un grave e duraturo stress psicologico a chi ne è affetto. Alla base di questa malattia, c'è un attacco delle cellule del sistema immunitario contro i follicoli piliferi, che causa la caduta dei capelli o la loro entrata in una fase 'letargica'.

Circa 4 anni fa, uno studio sulla genetica dell'alopecia areata, condotto su oltre mille persone dalla professoressa *Angela M. Christiano*, Dipartimento di Dermatologia e Genetica del CUMC, ha consentito di individuare il tipo di cellule immunitarie responsabili della malattia; alla base del disturbo ci sarebbe un 'segnale di pericolo' lanciato dai follicoli piliferi del paziente che gli scatenerrebbe contro un attacco immunitario. Nello studio pubblicato oggi su *Nature Medicine*, *Raphael Clynes*, primo autore della ricerca, *Angela M. Christiano* e colleghi descrivono il percorso fatto per arrivare a questi risultati.

I ricercatori americani hanno prima testato nei topi con alopecia areata l'efficacia dei due JAK inibitori attualmente disponibili sul mercato americano (ruxolitinib e tofacitinib); entrambi i farmaci si sono dimostrati validi nell'interrompere l'attacco immunitario e nel consentire la completa ricrescita del pelo negli animali nell'arco di 12 settimane. L'effetto della terapia è perdurato per mesi, dopo la sospensione del trattamento. A questo punto, in collaborazione con *Julian Mackay-Wiggan*, direttore della *Clinical Research Unit* presso il Dipartimento di Dermatologia del CUMC, il gruppo di *Clynes* e *Christiano* ha avviato uno studio clinico in aperto su un piccolo gruppo di pazienti con alopecia areata di grado moderato-severo, con il ruxolitinib, farmaco approvato dall'FDA per patologie ematologiche. In tre pazienti, dopo 4-5 mesi di trattamento il ruxolitinib ha ripristinato completamente la crescita

dei capelli (vedi immagine, *credits* Julian Mackay-Wiggan). "Abbiamo appena iniziato a testare questo farmaco sui pazienti – commenta il dottor *Clynes* – ma se il trattamento continua a dare questi risultati e a mostrarsi sicuro, avrà un impatto incredibilmente positivo sulla vita delle persone affette da questa malattia. E' necessario continuare la sperimentazione prima di stabilire se il ruxolitinib possa essere utilizzato nell'alopecia areata, ma i primi risultati sono assai promettenti". "Questo studio – commenta *David Bickers*, direttore del Dipartimento di Dermatologia del CUMC-rappresenta un'incredibile esempio di scienza traslazionale: in appena quattro anni si è passati dal risultato di uno studio sulla genetica della malattia, ai risultati positivi di un trial clinico. È un eccezionale passo in avanti nel migliorare lo standard di cura dei pazienti affetti da questa malattia devastante". Fonte: *quotidianosanita.it*

Batteri diventano "fabbriche" di Gpl

Per la prima volta dei comuni batteri *Escherichia coli* sono stati trasformati in 'fabbriche' di propano, uno dei combustibili chiave per il futuro della mobilità sostenibile. Il risultato, pubblicato su *Nature Communications*, è stato ottenuto dai genetisti inglesi e finlandesi coordinati da Patrick Jones dell'Imperial College di Londra. Gli *Escherichia coli* sono dei batteri che vivono nell'intestino di animali a sangue caldo, compreso l'uomo, e servono per una corretta digestione del cibo. *Un carburante per auto batterico - Geneticamente modificati*



questi batteri producono gas propano sintetico che può essere utilizzato per diverse applicazioni e anche come carburante per automobili. I ricercatori hanno manipolato il metabolismo degli acidi grassi negli *Escherichia coli* facendoli così produrre gas propano in continuazione. Essendo però la produzione iniziale molto modesta i ricercatori hanno identificato ed aggiunto dei componenti biochimici che hanno potenziato la reazione di biosintesi. È stato così possibile, ad uno specifico ceppo di *Escherichia coli*, di sintetizzare gas in quantità considerevoli. Questo sistema di manipolazione del metabolismo, secondo i ricercatori, apre nuove strade per applicazioni che utilizzano dei cianobatteri ossia organismi unicellulari che peraltro si dimostrano molto economici essendo alimentati da energia solare e con esigenze nutrizionali minime.

Cosa è il gas propano? - Il gas propano, quello per automobili, viene chiamato Gpl, è un combustibile fossile che si ottiene dal petrolio liquefatto e viene indicato come un biocarburante vitale perché può essere più facilmente separato e conservato come un liquido, rispetto ad altri carburanti alternativi come l'idrogeno, il metano o il butano. Fonte: *po-psi.it*

IL CORSO DI GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA “MADE IN USI” ALLA SUA TERZA EDIZIONE: ASCOLTIAMO IL PARERE DEI DISCENTI

a cura di **Antonello Trecca e Gabriele Marinozzi**
Endoscopia Digestiva, Gruppo USI Roma

Anche quest'anno si è svolta presso la sede USI di via Orsini 27 la terza edizione del corso di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva per Medici di Medicina generale, coordinata da Antonello Trecca e Gabriele Marinozzi, endoscopisti del gruppo USI. Due giornate di diretta dalla sala endoscopica integrate da quattro di teoria hanno cercato di coinvolgere l'attenzione di otto agguerriti medici partecipanti. Fra questi abbiamo ospitato anche la Dottoressa Livia Azzariti giornalista televisiva che da anni cura programmi di medicina. Ci siamo rivolti a lei per sapere il parere dei discenti sul corso, nell'ottica di migliorare sempre il nostro prodotto di aggiornamento.

Dottoressa Azzariti quali erano le sue principali aspettative partecipando al corso di gastroenterologia ed endoscopia digestiva per medici di medicina generale che si è svolto presso l'USI? Solo il numero elevato di crediti ECM?

La necessità per tutti di dover realizzare un totale minimo di crediti annuali rappresenta una leva decisiva soprattutto per i più pigri. Devo dire con onestà che non penso di rientrare in questa categoria perché ho sempre dato il giusto risalto all'aggiornamento soprattutto ad impronta multidisciplinare. La gastroenterologia occupa un ruolo rilevante nell'ambito della nostra attività quotidiana di medici di medicina generale per cui ho sentito la necessità di partecipare a questo corso che mi sembrava presentare un programma ricco e ben articolato dando rilievo soprattutto alle patologie gastroenterologiche di maggiore incidenza nella nostra pratica quotidiana.

Ritiene che la diretta dalla sala endoscopica possa essere un valore aggiunto per i corsi di gastroenterologia ed endoscopia digestiva?

Senza ombra di dubbio, un conto è la teoria, un conto è la pratica, ma soprattutto la possibilità di interagire con il paziente e con il suo vissuto emozionale rappresentano un valore aggiunto per il corso. Grande merito alle capacità organizzative dei colleghi che si sono sob-



Figura 2. Il Dr. Trecca illustra la procedura al paziente ed ai discenti

barcati un peso in più per farci vivere questa emozione. In particolare poi per alcuni argomenti quali la preparazione agli esami endoscopici di colonscopia, le tecniche di esecuzione, le possibili complicanze, il bello della diretta è indiscutibile.

Quali sono stati gli elementi di maggiore rilevanza trattati nel corso?

Le neoplasie gastrointestinali mi hanno colpito molto per la loro elevata incidenza nella popolazione generale, soprattutto quelle coloretali, ma ancora di più mi hanno stupefatto gli splendidi risultati della ricerca clinica e di base che consentono oggi la diagnosi delle forme precoci ed il loro trattamento in regime di discreta sicurezza e con ottimi risultati di sopravvivenza a distanza. Altre patologie di rilevante interesse sono state la malattia celiaca e le malattie infiammatorie croniche intestinali per le quali esistono nuove ed affascinanti possibilità di cure che consolano molto sia noi e soprattutto i pazienti.



Figura 1. Allestimento della sala endoscopica per la diretta

Quali pensa che possano essere gli aspetti migliorativi?

Devo ammettere che il fatto di essere pochi discenti ha facilitato molto la interazione con i docenti e la discussione di tutte le problematiche cliniche. Anche l'ambiente non dispersivo ed accogliente mi è parso ideale per le caratteristiche del corso, di tipo orizzontale più che verticale. Sicuramente ci sarebbero molti altri argomenti di interesse, però quattro giornate con argomenti ben distribuiti mi sembrano più che soddisfacenti. Sono poi rimasta molto impressionata sia dalla preparazione teorica e pratica di tutti i discenti, sia dalla loro enorme bravura tecnica. Con maggiore tranquillità e soddisfazione invierò loro i miei pazienti nel futuro.

Gli americani li chiamano "take home messages", ovvero "messaggi da portare a casa" quanti le sono stati consegnati durante il corso?

Attenzione alla malattia celiaca ed alle malattie infiammatorie croniche intestinali, alle loro modalità di presentazione clinica piuttosto variabile, i diverticoli che quando si infiammano possono dare problemi molto seri, l'importanza del test del sangue occulto per individuare lesioni neoplastiche precoci, l'endoscopia in sedazione profonda che mi sembra estremamente efficace per contenere l'ansia del paziente, migliorarne la compliance e favorire lo studio raffinato dei colleghi gastroenterologi. Ricordarmi che anche io la devo effettuare perché è

giusto così e perché forse questo aspetto della prevenzione lo ho "pigramente" saltato come peraltro molti altri miei colleghi partecipanti al corso...

La giornata più divertente e quella più noiosa... o quattro sabati da dimenticare?

Un altro sabato non mi sarebbe dispiaciuto ed in più mi sono prenotata per il prossimo anno.

Se dovesse consigliarlo ad una collega...

Tutti i miei colleghi dovrebbero partecipare a corsi del genere perché sono gli unici in grado di farci crescere veramente insieme allo specialista e quindi in grado di far ridurre il numero di esami endoscopici inutili, migliorare i risultati clinici e perché no, magari iniziare degli studi insieme a loro.

Quali potrebbero essere le possibili evoluzioni di questo corso?

Maggiore spazio all'anamnesi ed alla semeiologia clinica che spesso in alcuni casi abbiamo dimenticato e non fermarsi mai nell'organizzazione di questi corsi conservandone il format.

Dottorressa Azzariti grazie veramente del suo contributo competente e prestigioso. Rinunciare ad autocelebrarsi per dare invece spazio alla voce dei discenti rappresenta per noi un metodo di crescita importante ed uno stimolo in più per continuare a realizzare un prodotto di "qualità".



Figura 3. Il Dr. Marinozzi e l'Infermiera Professionale Gigliucci durante l'esame di Esofagogastroduodenoscopia in diretta



Con *Scambi, equivoci eppù torbidi inganni* Gaetano Cappelli scrive un nuovo capitolo della sua spregiudicata *comédie humaine* a trazione sessuale. Il grande e irriverente racconto della contemporaneità questa volta punta l'obiettivo su intrighi di "mafia capitale" fra corso Trieste e i Parioli. Fra le righe, il mito eterno della giovinezza.

Ahò, 'sto romanzo fàmolo strano!

di Michele Trecca

Dopo il titolo, sempre roboante, d'un nuovo romanzo di Gaetano Cappelli guardiamo subito la foto. Anche di quest'ultimo: *Scambi, equivoci eppù torbidi inganni*. Cura molto le foto del risvolto di copertina, Gaetano Cappelli. Come tutti, è ovvio, ma con un vezzo in più, a noi pare. Esse, infatti, puntualmente trasmettono un invidiabile senso d'incontaminata giovinezza: ancorché velato dall'effetto flou di una patina di disincanto. Esattamente come i protagonisti dei suoi romanzi, e la scrittura del narratore onnisciente che con ironia li accompagna nelle loro avventure: giovani essi sono, anche se di anni ormai ne hanno, e neppure li nascondono, però chi giovane è stato una volta poi lo è per sempre. Non ci riferiamo al dato anagrafico, passaggio obbligato e purtroppo effimero, ma a quell'intensità emotiva e sentimentale che è di un'unica età della vita. Per chi l'ha provata. Il resto è noia, o rimpianto. Per gli eroi di Gaetano Cappelli è, invece, eterno ritorno.

Ovviamente anche per Lorenzo Dalré, cinquantenne protagonista del nuovo romanzo, sbattuto fuori dalla moglie che, il giorno di un loro anniversario rientrata in anticipo a casa con torta *montblanc*, lo trova a letto con la dirimpettaia sua amica del cuore. Ebbene Lorenzo torna a testa bassa dal padre generale nella stanzetta di adolescente e per di più nei suoi giri questuanti a una festa di vecchi compagni di classe ritrova la bella (allora) e cinica (ancora) Sandra Bonsanti che a suo tempo lo infilzava con il nomignolo di *wetherino* declinato anche in *waterino*. Certe ferite non si rimarginano. Ma a letto sì. Per la cronaca, Lorenzo è autore di romanzi, in deficit d'ispirazione, all'attivo però il «quasi capolavoro» *Navi alla deriva*. Con la moglie che lo manteneva stava comodo, ora deve riscrivere la propria vita. E non a parole.

Scambi, equivoci eppù torbidi inganni è un altro capitolo della personalissi-

ma *comédie humaine* con centro sessuale di gravità permanente che fra frizzi e lazzi boccacceschi da due decenni Gaetano Cappelli sta costruendo con certissimo impegno. L'obiettivo nel nuovo romanzo questa volta è puntato sull'umanità assortita di *Mafia capitale* intercettata fra corso Trieste e quartiere Parioli a Roma.

Attorno a Lorenzo c'è il grande circo *cafonal* dell'ostentazione del lusso e del potere, con cui il narratore gioca svariando fra raffinatezze e *kitsch*. C'è, dunque, l'europarlamentare corrotto Filippo Torregrossa, marito di Sandra Bonsanti. C'è il magistrato Mauro Spaltro, pavido e inetto e anche viscido: principale e livoroso bersaglio polemico del romanzo, dal narratore giustiziato sul campo con tutta la categoria. C'è Paride Matelica, ex imprenditore e poi *idraulico per signore*, due anni di galera da vendicare, vedi alla voce Spaltro. C'è Riccarda, borgatara arricchita e affamata di *cene eleganti* che in puro stile Verdone continuamente smania, subito

assecondata: *a Lore', famolo strano*.

A latere poi c'è don Ario, fratello di Lorenzo e missionario in Nigeria, che negandogli il gioco e tentando di imporgli le verità scientifiche occidentali ha cresciuto *a sua insaputa* i capi fondamentalisti di Boko Haram, sigla che tradotta significa, letteralmente: *l'istruzione occidentale è proibita*. E, infine, c'è Lip, sempre stonato di *canne* e ancora in pantaloni a zampa d'elefante, che però fa soldi a palate taroccando furberamente grandi marchi.

Con il consueto cortocircuito di dialetto e leziosità lessicali («malmostoso, lumare, di ogni...»), nel nuovo romanzo di Gaetano Cappelli ancora una volta va in scena il grottesco contemporaneo: è l'Italia, bellezza. Sostiene l'autore.

Gaetano Cappelli
Scambi, equivoci eppù torbidi inganni
Marsilio, pagg. 194, € 16,00

