

DIAGNOSTICA

•• **BiO** SPA



- ▶ **Super batteri resistenti agli antibiotici**
- ▶ **Nutrizione: caos alimentare**
- ▶ **Il Punto: biopsia prostatica “fusion”**



BIOS S.P.A. - STRUTTURA SANITARIA POLISPECIALISTICA

00197 ROMA - VIA D. CHELINI, 39

DIRETTORE SANITARIO: DOTT. FRANCESCO LEONE

APERTO TUTTO L'ANNO. ANCHE IL MESE DI AGOSTO

PER INFORMAZIONI SU TUTTI I SERVIZI E PRENOTAZIONI: INFO CUP 060809641

■ DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

Direttore Tecnico

Dott. Francesco Leone

ANALISI CLINICHE ESEGUITE CON METODICHE AD ALTA TECNOLOGIA

- **Prelievi domiciliari**
- **Laboratorio di analisi in emergenza (DEAL) attivo 24h su 24h - 365 giorni l'anno** con referti disponibili di norma **entro 2 ore** dal ricevimento del campione presso la struttura

■ DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Direttore Tecnico

Prof. Vincenzo Di Lella

Direttore Sanitario

Dott. Francesco Leone

DIAGNOSTICA RADIOLOGICA *

- **Radiologia generale tradizionale e digitale***
- **Ortopanoramica dentale digitale***
- **TC CONE BEAM**
- **Mammografia Digitale Convenzionale**
- **Mammografia in 3D** (Tomosintesi Mammaria)
- **Tc multistrato**
- **R.M.N. (Risonanza magnetica nucleare)**
- **Dentascan**
- **Mineralometria ossea computerizzata (M.O.C.)**

DIAGNOSTICA ECOGRAFICA

- **Ecografia internistica:** singoli organi e addome completo
- **Diagnostica ecografica cardiologica e vascolare:** Ecocardiogramma, Ecocolordoppler

- **Ecografia ginecologica:** sovrapubica, endovaginale
- **Ecografia ostetrico-ginecologica in 3D e 4D di ultima generazione:**
 - Translucenza nucale o plica nucale
 - Ecografia morfologica
 - Flussimetria
- **Ecografie pediatriche**

■ DIAGNOSTICA SPECIALISTICA

Direttore Sanitario

Dott. Francesco Leone

- **Allergologia**
- **Andrologia**
- **Angiologia**
- **Audiologia**
- **Cardiologia**
- **Dermatologia**
- **Diabetologia e malattie del ricambio**
- **Diagnostica specialistica pediatrica**
- **Dietologia**
- **Ematologia**
- **Endocrinologia**
- **Gastroenterologia**
- **Genetica medica - Diagnosi prenatale**
- **Ginecologia - Ostetricia**
- **Immunologia clinica**
- **Medicina dello Sport**
- **Medicina interna**
- **Nefrologia**
- **Neurologia**
- **Oculistica**
- **Odontoiatria**
- **Oncologia medica**
- **Ortopedia**

- **Ostetricia - Ginecologia**
- **Otorinolaringoiatria**
- **Pneumologia**
- **Psicologia clinica**
- **Reumatologia**
- **Urologia**

■ CENTRI E SERVIZI MULTIDISCIPLINARI

Direttore Sanitario

Dott. Francesco Leone

- **Check-up personalizzati**
 - **mirati:** sui principali fattori di rischio
 - **veloci:** nell'arco di una sola mattinata
 - **Convenzioni con le aziende**
- **Servizio diagnostica rapida con referti e diagnosi in 24-48 ore**
- **Centro Antitrombosi: monitoraggio e counseling del paziente in terapia antitrombotica**
- **Centro per la diagnosi e cura dell'ipertensione**
- **Centro per lo studio, la diagnosi e la cura del diabete**
- **Centro per lo studio delle cefalee**
- **Servizio di Medicina e Biologia della riproduzione:** Studio dell'infertilità di coppia, fecondazione assistita di I livello
- **Servizio di diagnostica pre- e post-natale, Monitoraggio della gravidanza**
- **Servizio di andrologia e prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse**
- **Servizio vaccinazioni**

“

EDITORIALE

02

Direttore Responsabile
Fernando Patrizi

Direzione Scientifica
Giuseppe Luzi

Segreteria di Redazione
Gloria Maimone

Coordinamento Editoriale
Licia Marti

Comitato Scientifico
Armando Calzolari
Carla Candia
Vincenzo Di Lella
Francesco Leone
Giuseppe Luzi
Gilardo Novelli
Giovanni Peruzzi
Augusto Vellucci
Anneo Violante

Hanno collaborato a questo numero:
Federica Rota, Francesco Leone, Giuseppe Luzi,
Giorgio Pitzalis, Giovanni Maturò,
Ludovico Caperna e Maria Giuditta Valorani.

La responsabilità delle affermazioni contenute negli articoli è dei singoli autori.

Direzione, Redazione, Amministrazione
BIOS S.p.A. Via D. Chelini, 39
00197 Roma Tel. 06 80964245
info@bios-spa.it

Grafica e Impaginazione
Vinci&Partners srl

Impianti e Stampa
TMB STAMPA srl
Viale Alexandre Gustave Eiffel 100
Commercity Isola M24
00148 Roma

Edizioni BIOS S.p.A.
Autorizzazione del Tribunale di Roma:
n. 186 del 22/04/1996

In merito ai diritti di riproduzione la BIOS S.p.A. si dichiara disponibile per regolare eventuali spettanze relative alle immagini delle quali non sia stato possibile reperire la fonte

Pubblicazione in distribuzione gratuita.

Finito di stampare nel mese di aprile 2017

BIOS S.p.A.
Struttura Sanitaria Polispecialistica
Via D. Chelini, 39 - 00197 Roma
Dir. Sanitario: *dott. Francesco Leone*
CUP 06 80 96 41

Un punto di forza per la vostra salute

Gli utenti che, per chiarimenti o consulenza professionale, desiderano contattare gli autori degli articoli pubblicati sulla rivista Diagnostica Bios, possono telefonare direttamente alla sig.ra Pina Buccigrossi al numero telefonico 06 809641.



Reazione da ipersensibilità ai tatuaggi
Federica Rota

06



A TUTTO CAMPO
Pensare il futuro con la Medicina dei Sistemi
Francesco Leone

10



NUTRIZIONE
Caos alimentare
Giorgio Pitzalis

14



IL PUNTO
Biopsia prostatica “fusion”
Giovanni Maturò

22



IMPARARE DALLA CLINICA
La ricostruzione del legamento crociato anteriore del ginocchio
Ludovico Caperna

24



APPROFONDIMENTI CRITICI
Fake news e pregiudizi: un problema nell'informazione medica
Giuseppe Luzi

28

”

FROM BENCH TO BEDSIDE
a cura di *Maria Giuditta Valorani*

34

E

EDITORIALE

Superbatteri resistenti agli antibiotici

Redazionale

“Noi beviamo, mangiamo o respiriamo il 90 % delle nostre malattie.” L.Pasteur.

Il problema della resistenza dei batteri agli antibiotici ha origine dall'abuso di questi farmaci nella pratica medica e negli allevamenti di animali. Purtroppo la somministrazione di antibiotici agli animali è in crescita negli allevamenti, mentre dovrebbe essere limitata per arginare la diffusione dell'antibiotico resistenza. Questo evento è un processo biologico naturale di selezione correlato alle mutazioni genetiche che si verificano nei microrganismi.

Lo stesso Alexander Fleming, che riconobbe le proprietà antibiotiche della penicillina, comprese immediatamente che l'uso della molecola a concentrazioni basse o per periodi non sufficienti era una condizione che avrebbe potuto generare batteri resistenti allo stesso antibiotico.

Ne sarebbe conseguito il drammatico scenario di un patogeno potente contro il quale non sarebbe stato possibile utilizzare armi efficaci. Il fenomeno della resistenza agli antibiotici si manifesta secondo due modalità: in Natura

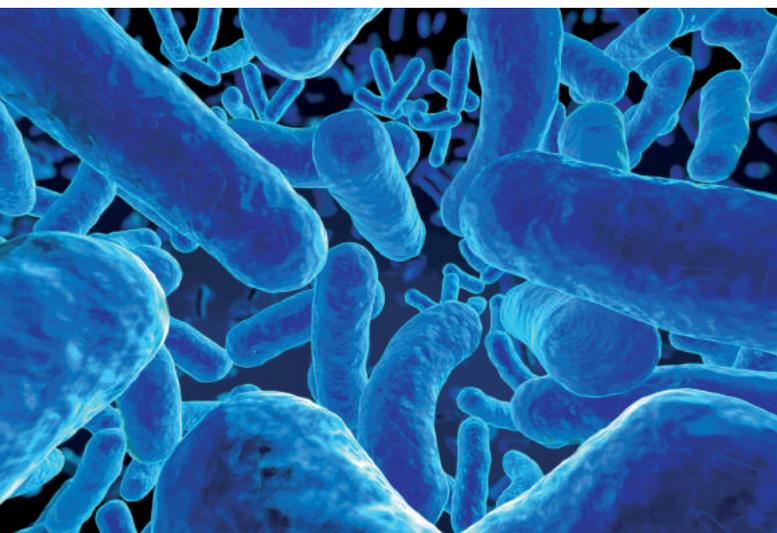
alcuni batteri sono geneticamente resistenti mentre altri, attraverso una mutazione nel loro DNA o grazie all'acquisizione di frazioni particolari di DNA provenienti da altri batteri resistenti, diventano a loro volta capaci di manifestare insensibilità agli antibiotici e quindi di aumentare il loro potere patogeno.

La Natura è intrinsecamente intelligente e per i batteri ha escogitato un modo astuto di sopravvivenza. Dobbiamo ragionare non in termini di singolo componente in una coltura, ma in termini di popolazione. In alcuni batteri si trovano geni che conferiscono la resistenza per cui alcune cellule sopravvivono al trattamento antibiotico. L'antibiotico funziona uccidendo tutti i batteri privi del gene della resistenza. I ceppi resistenti sopravvivono e si moltiplicano. Siamo di fronte alla trasmissione o trasferimento genico verticale (diciamo dai “padri” verso i “figli”) che in rapida progressione porta a formare una popolazione privilegiata che non risente del trattamento antibiotico. Ma l'informazione contenuta nel DNA resistente può essere trasferita anche secondo una modalità definita orizzontale.



Il gene della resistenza viene inserito, all'interno del batterio, in un piccolo filamento circolare di DNA (il plasmide). I plasmidi sono il vero messaggero della resistenza. Infatti i batteri che contengono il plasmide originariamente dotato del DNA resistente si coniugano, letteralmente, con altri batteri attraverso un microtunnel (pilo) dentro il quale viaggia il plasmide. Così batteri della stessa specie di quella resistente ma senza il gene relativo, e anche altri batteri di specie differenti, vengono ad acquisire la resistenza all'antibiotico.

Varie sono le modalità che sul campo consentono di manifestare la resistenza: vengono prodotti enzimi che distruggono la molecola di antibiotico, si costruiscono barriere che bloccano l'antibiotico non consentendo di raggiungere il bersaglio dentro la cellula, è elaborata una via metabolica alternativa che fa "saltare" l'azione originale dell'antibiotico. Insomma i batteri resistenti non stanno fermi. Fino a circa venti anni or sono l'industria farmaceutica ha prodotto nuovi antibiotici che sono riusciti in gran parte, ma non completamente, a contenere la presenza dei batteri antibioticoresistenti.



Purtroppo in questi ultimi anni la situazione, a livello mondiale, è assai peggiorata. Hanno fatto la loro comparsa batteri particolarmente pericolosi, giornalmamente definiti "superbatteri" (o anche "superbug"). Questi ceppi sono in grado di resistere a molti o a tutti gli antibiotici

noti e commercialmente disponibili. Hanno fatto la loro comparsa nelle corsie degli ospedali, e non solo, sostanzialmente rendendo impossibile curare malati con gravi infezioni e con sistema immunitario inefficiente.

Tra i patogeni più noti si ricordano lo *Staphylococcus aureus* meticillino resistente (MRSA), alcune *Enterobacteriaceae* che producono beta-lattamasi ad ampio spettro, gli enterococchi resistenti all'antibiotico vancomicina. Patogeni altrettanto pericolosi sono l'*Acinetobacter baumannii* e la *Klebsiella pneumoniae*. Il dramma dell'antibiotico resistenza è ben noto a livello sanitario mondiale e l'OMS ha già attivato iniziative con lo scopo di contenere un problema che ha ripercussioni potenzialmente catastrofiche: infezioni microbiche un tempo banali possono causare la morte, interventi chirurgici "minori" o la stessa estrazione dentaria possono associarsi a serie complicanze infettive. L'approccio a terapie immunosoppressive (per esempio trattamenti antineoplastici) troverebbe una sostanziale limitazione associandosi al rischio di infezioni che non avremmo la possibilità di curare efficacemente. Si tratta quindi di uno scenario che deve essere interpretato nel suo insieme per le importanti ricadute che può avere su ciascuno di noi. Ma se in ambito ospedaliero sappiamo come molte procedure, in grado di trattare gravi malattie, hanno azione immunosoppressiva e in qualche modo siamo consapevoli di alcuni punti critici che devono essere rispettati nelle diverse procedure (non solo terapeutiche ma anche diagnostiche), un allarme ancora maggiore nasce dall'uso di antibiotici negli allevamenti.

Secondo l'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA), l'Italia resta fra i più grandi consumatori di antibiotici negli allevamenti in UE e il consumo è addirittura aumentato fra il 2013 e il 2014. Ai nostri giorni gli antibiotici sono usati molto di più in allevamenti di animali piuttosto che nelle persone. Questo approccio nel trattare gli animali degli allevamenti è probabilmente la più grande fonte per la genesi di batteri antibiotico-resistenti. Alcuni antibiotici utilizzati negli allevamenti sono importantissimi strumen-



ti salva-vita per le persone, in caso di gravi infezioni.

Fra questi i fluorochinoloni e le cefalosporine di terza e quarta generazione. Ma certo il problema non è solo italiano. E ad occuparsene, tra gli altri, è la giornalista scientifica *Melinda Wenner Mayer* che nell'edizione italiana di "Le Scienze" (febbraio 2017), espone con chiarezza e acume quello che forse è il vero problema: sono gli allevamenti la fabbrica dei superbatteri. È, negli USA, il classico problema che vede il coinvolgimento di industria, economia e protezione ambientale/sanitaria. L'articolo espone i vari aspetti della situazione e fa luce sulle conseguenze proprie della diffusione della resistenza. In particolare, sembra molto efficace, perché i non addetti ai lavori ne prendano coscienza, quanto la giornalista riferisce in merito alla sua visita in un allevamento.

Si riporta di seguito letteralmente quanto descritto dalla Mayer: "Sembra che gli antibiotici stiano trasformando innocenti animali d'allevamento in fabbriche di malattie.

Gli animali diventano fonte di microrganismi letali, come lo *S. aureus* MRSA, un batterio resistente a diverse classi principali di antibiotici; dagli animali, i germi si diffondono nell'aria, nei terreni coltivabili, nei nostri piatti e nei nostri ospedali. È possibile che inizialmente i farmaci funzionino negli allevamenti, tuttavia qualche microrganismo con i geni che causano resistenza può sopravvivere e trasmettere la capacità di neutralizzare la sostanza a un gruppo di germi più ampio.

Un recente studio ha mostrato che segmenti di DNA che conferiscono resistenza ai farmaci possono saltare con disarmante facilità da un ceppo di batteri a un altro: una scoperta allarmante. Alcuni ricercatori hanno individuato microbi farmaco-resistenti nell'aria dell'abitacolo della loro automobile dopo averla solamente condotta dietro un camion per il trasporto di pollame".

Ciascuno può trarre le conclusioni.

G.L.



Reazioni da ipersensibilità ai tatuaggi

Federica Rota

I tatuatori usano molti composti per creare il pigmento del tatuaggio e pertanto diverse reazioni allergiche possono verificarsi come risultato di questi additivi. Le composizioni di molti inchiostri sono state identificate; tuttavia, vengono create sempre nuove miscele e diventa difficile identificare gli ingredienti specifici di ogni inchiostro. Le reazioni allergiche a un particolare pigmento possono manifestarsi in diversi modi, tra cui dermatite allergica da

contatto o dermatite fotoallergica. Le reazioni allergiche all'inchiostro o al pigmento del tatuaggio possono essere classificate come reazioni acute infiammatorie, allergiche da ipersensibilità, granulomatose, lichenoidi, o reazioni pseudo-linfomatose¹.

Quando l'inchiostro del tatuaggio viene iniettato nel derma, i granuli di pigmento sono inghiottiti dai cheratinociti, dai fibroblasti e dai macrofagi che si trovano sotto

gli strati del derma. I pigmenti di inchiostro vengono dunque incapsulati in un tessuto fibroso che li rende istologicamente meno reattivi e in tal modo le reazioni allergiche ai pigmenti del tatuaggio sono poco frequenti. Premesso ciò, l'introduzione di sostanze estranee nella pelle può provocare una reazione immunologica. Nel caso di tatuaggi, questa sensibilità è dovuta ai costituenti dei pigmenti di inchiostro. Quando si verificano allergie all'inchiostro, si manifestano clinicamente con prurito, edema localizzato, eruzioni eczematose con fuoriuscita di liquido sieroso, o raramente sotto forma di dermatite esfoliativa. È possibile che appaiano reazioni anche in forma lichenoidale.

Gli studi che hanno analizzato la composizione del pigmento hanno ritrovato diversi elementi metallici, compreso alluminio, ferro, calcio, titanio, silicio, mercurio e cadmio nei coloranti rossi, che potrebbero causare reazioni allergiche²⁻³.

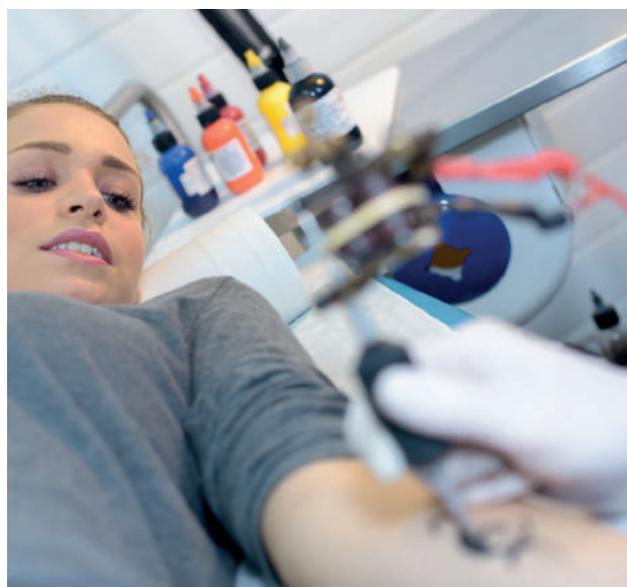
Inoltre i tatuaggi professionali e amatoriali differiscono nella composizione chimica dell'inchiostro.

Le reazioni da ipersensibilità di tipo granulomatoso e lichenoidale sono in generale meno comuni delle reazioni eczematose. Le reazioni granulomatosose sono più comunemente associate con il mercurio (pigmento rosso)⁴. A differenza delle reazioni da ipersensibilità di tipo eczematoso in cui il Patch test può risultare positivo, le reazioni di tipo granulomatoso e lichenoidale sono più comunemente associate con un risultato negativo dei patch test. Un'altra forma di reazione ritardata al pigmento del tatuaggio è quella pseudolinfomatosa, di cui il meccanismo rimane sconosciuto. Nei pochi casi pubblicati, l'infiltrato è localizzato nella zona rossa del tatuaggio⁵. Occasionalmente una linfadenosi benigna della cute (pseudolinfoma) si può sviluppare dopo l'iniezione di un antigene, come dopo morsi di artropodi, o dopo aver indossato orecchini, e a causa di pigmenti del tatuaggio. Il periodo di incubazione varia da poche settimane fino a 12 anni. Lo pseudolinfoma è caratterizzato da noduli induriti e placche che variano di colorito dal rosso al viola e appare clinicamente simile al linfoma cutaneo a cellule B. La conoscenza di questo tipo

di reazione al pigmento del tatuaggio può impedire una errata diagnosi di linfoma.

L'orticaria da contatto è un'altra reazione che può essere attivata dal posizionamento di un tatuaggio. È descritto un caso di ipersensibilità dovuta al cobalto cloruro contenuto nell'inchiostro blu, confermato dal patch test risultato positivo per il solo cobalto cloruro.

Ironia della sorte, in alcuni casi, tatuaggi che non mostrano i segni di una allergia cutanea, possono invece mostrare segni di ipersensibilità dopo il trattamento laser (Q-switched).



Questo perché prima del trattamento laser, il pigmento del tatuaggio è localizzato all'interno dei fibroblasti perivascolari, mastociti e macrofagi, mentre dopo il trattamento laser, la rapida espansione termica frammenta le cellule contenenti il pigmento causando la fuoriuscita dello stesso a livello extracellulare. Questo inchiostro extracellulare può essere immesso nella rete vascolare e, quindi, riconosciuto come estraneo dal sistema immunitario causando una risposta di ipersensibilità⁶.

La moda in tutto il mondo per i tatuaggi è accompagnata da un numero crescente di reazioni che richiedono un trattamento. Le reazioni croniche sono associate ad un ardente prurito e una qualità ridotta della vita, in linea con



le altre dermatosi croniche. Fortunatamente una recente revisione della letteratura, non ha trovato alcun rischio di tumore cutaneo associato con i pigmenti dei tatuaggi⁷.

Il problema dominante con le reazioni croniche ai tatuaggi si limita all'inchiostro rosso o sfumature del rosso, per esempio rosa, arancio, viola, e bordeaux . Le reazioni ai tatuaggi rossi compaiono tipicamente dopo settimane o anni, con il coinvolgimento di tutta l'area del colore tatuato, compresi eventuali altri tatuaggi sullo stesso individuo eseguiti con lo stesso colore rosso.

I pigmenti neri sono associati in maniera estremamente rara a reazioni allergiche, sebbene vi siano una manciata di casi riportati in letteratura⁸.

Uno studio molto interessante riporta i risultati dei patch test effettuati su 90 pazienti con reazioni croniche al tatuaggio. I pazienti sono stati testati con batterie di allergeni di base, coloranti tessili e inchiostri per tatuaggi integrati con i singoli inchiostri colpevoli, quando possibile⁹. I pazienti con reazioni al colore rosso del tatuaggio, il colore predominante associato a reazioni cutanee, hanno mostrato

risultati negativi ai patch effettuati con i comuni allergeni.

I risultati sono stati negativi anche in pazienti che avevano avuto reazioni concomitanti in un altro tatuaggio fino ad allora tollerato, dello stesso colore del tatuaggio problematico. Questi dati portano a credere che l'allergene o gli allergeni responsabili delle reazioni del tatuaggio non siano direttamente presenti negli stock di inchiostro del tatuaggio. Questo nonostante il fatto che la storia clinica suggerisca che la stragrande maggioranza delle reazioni, in particolare al rosso e sfumature del rosso, siano apparentemente reazioni allergiche causate da inchiostri iniettati.

È ipotizzabile che l'allergene responsabile risulti da un lento e complicato processo di aptenizzazione che può coinvolgere le proteine dell'ospite (cioè dell'individuo che si sottopone al tatuaggio) e includere la scissione fotochimica del pigmento rosso, necessitando quindi di una ripetuta e prolungata esposizione alla luce solare.

I test effettuati con una scelta empirica di prodotti di inchiostro per tatuaggi in 79 individui hanno mostrato reazioni positive all'inchiostro rosso in 9 casi, e una reazione irritativa. Tre pazienti che hanno avuto esperienza di reazione al viola, che era probabilmente un mix di pigmento

rosso e blu, hanno effettivamente reagito al rosso ma non al blu. Ci sono state inoltre reazioni sporadiche al verde, giallo, bianco e nero. Dunque, i patch test con inchiostro rosso del tatuaggio possono in casi selezionati, indicare la presenza di allergia. Bisogna comunque ricordare che i pigmenti di inchiostro del tipo Azo utilizzati per i tatuaggi rossi, sono prodotti industriali di bassa purezza, il che rende difficile identificare il preciso costituente chimico che è responsabile della sensibilizzazione allergica.

Quando la zona dove si è fatto un tatuaggio diviene eritematosa, calda, dolente o gonfia, e questi sintomi non vanno verso il miglioramento nei giorni successivi, non bisogna tuttavia dimenticare l'ampio spettro di complicanze infettive che possono essere connesse. Le infezioni possono emergere da alcuni giorni dopo l'applicazione del tatuaggio fino a decenni dopo.

Queste vanno dalle più comuni infezioni batteriche acute fino alla tubercolosi cutanea. In particolare, le infezioni da micobatteri non-tubercolari avvengono con sempre maggiore frequenza, poiché questi ultimi possono essere introdotti al momento del tatuaggio attraverso l'inchiostro o acqua contaminata usata per diluire gli inchiostri

Bibliografia

1. Kaur RR1, Kirby W, Maibach H. Cutaneous allergic reactions to tattoo ink. *J Cosmet Dermatol.* 2009 8(4):295-300
2. Sweeney S. Tattoos: a review of tattoo practices and potential treatment options for removal. *Curr Opin Pediatr* 2006; 19: 391-5.
3. Taylor C, Anderson R, Gange R, Michaud NA, Flotte TJ. Light and electron microscopic analysis of tattoos treated by Q-switched ruby laser. *J Invest Dermatol* 1991; 97:131-6.
4. Ravits HG. Allergic tattoo granuloma. *Arch Dermatol* 1962; 86: 287-9.
5. Blumental G, Okun MR, Ponitch JA. Pseudolymphomatous reaction to tattoos. Report of three cases. *J Am Acad Dermatol* 1982; 6: 485-8.
6. Ashinoff R, Levin VJ, Soter NA. Allergic reactions to tattoo pigment after laser treatment. *Dermatol Surg* 1995; 21:291-4.
7. Kluger N, Koljonen V. Tattoos, inks, and cancer. *Lancet Oncol* 2012; 13:e161-e168.
8. Bhogal RH, Thomas SS. Necrotizing black tattoo reaction: what's in a name? *Am J Clin Dermatol* 2009; 10: 131-3.
9. Serup J1, Hutton Carlsen K. Patch test study of 90 patients with tattoo reactions: negative outcome of allergy patch test to baseline batteries and culprit inks suggests allergen(s) are generated in the skin through haptization. *Contact Dermatitis*, 2014; 71:255-263.



A TUTTO CAMPO

Pensare il futuro con la Medicina dei Sistemi

Francesco Leone

Il tentativo di migliorare la Medicina e il suo evolvere nel tempo ha generato vari approcci, talora rigidamente deterministici, a volte condizionati da astrazioni poco utili per definire nuove diagnosi e terapie. Negli ultimi decenni, al crescere delle conoscenze di base e alla disponibilità di tecnologie rivoluzionarie ha fatto seguito una maggiore attenzione al tema del rapporto tra medico e malato, tra struttura e “utente”. All’inizio degli anni Novanta del XX secolo, nel 1992, B.J. Zeng pubblica un articolo nel quale compare il termine *systems medicine*. Il campo della Medicina dei sistemi rappresenta da allora un’area di particolare interesse nel quale il “corpo” viene visto come parte derivata da un insieme integrato che include interazioni biochimiche, fisiologiche e ambientali.

Vengono incluse in questa visione le complesse interazioni che riguardano la genomica, l’ambiente e il comportamento. Un elemento caratterizzante è lo sviluppo di modelli matematici che sono in grado di descrivere la progressione di un quadro morboso considerato e l’efficacia della terapia. La giornalista *Josephine Condemni* in un

bell’articolo sul *Sole 24 Ore* del 19 febbraio 2017 (Le variabili della salutogenesi) coglie l’occasione per spiegare con chiarezza il significato della Medicina dei Sistemi [Se un buon medico internista riesce già a concepire l’organismo come un sistema integrato, in cui il quadro clinico dipende dall’equilibrio tra le parti, lo sforzo della medicina sistemica è di inserire nella cura anche le variabili che non rientrano nell’ambito strettamente biochimico]. Una visione ancora più avanzata comprende una nuova definizione dei fenotipi di malattia, ridefinizione fondata su meccanismi comuni piuttosto che sull’approccio concentrato solo sui sintomi.

Studi generati da approcci multidisciplinari hanno dimostrato che la salute è il risultato di fattori interconnessi: l’ambiente, il contesto sociale, le condizioni economiche e di lavoro incidono in modo significativo sullo stato di benessere individuale e sul rischio di contrarre malattie.

È nato pertanto il bisogno di ripensare l’organizzazione della struttura sanitaria e dell’organizzazione della Medicina Generale, nuovo assetto che sia in grado di consentire

una visione di insieme, unitaria. In questa dimensione si collocano la malattia e la sua patogenesi, la ricerca biomedica e l'organizzazione assistenziale. Ne consegue che la figura della persona malata deve essere "ridisegnata" con un profilo che tenga conto dei dati clinici, biologici, genetici, biochimici e nel contempo includa altri parametri psicosociali e ambientali. Per sviluppare questo obiettivo e caratterizzarlo operativamente esiste in Italia l'ASSIMSS (associazione Italiana di Medicina e Sanità Sistemica), che ha già all'attivo numerose e interessanti iniziative.

Ma soffermiamoci sui temi che ha sollevato la Medicina Sistemica. In qualche modo è un sano tornare indietro, per percorrere nuove strade di conoscenza e di intervento a favore del malato. Ai nostri giorni nel mondo medico si impongono le specializzazioni, ed è un fatto inevitabile.

Le conoscenze aumentano, le tecnologie modificano gli approcci terapeutici e il medico deve concentrarsi sul sapere e saper fare per fornire un'adeguata prestazione ottimale secondo scienza e coscienza. Nelle università si insegna ancora ancora la Medicina Interna (con titolo di specializzazione della durata di cinque anni), ma sembra che il suo valore culturale sia andato gradualmente dissolvendosi.

È come se questa branca del sapere fosse una medicina "minore", obsoleta. Purtroppo da questa erronea opinione sono nati molti problemi sia nella gestione della persona malata sia nell'organizzazione della Sanità.

La definizione anglosassone che troviamo su *Wikipedia* è probabilmente la più corretta ed estensiva: *Internal medicine is the medical specialty dealing with the prevention, diagnosis, and treatment of adult diseases. Physicians specializing in internal medicine are called internists. Internists are skilled in the management of patients who have undifferentiated or multi-system disease processes. Internists care for hospitalized and ambulatory patients and may play a major role in teaching and research. Because internal medicine patients are often seriously ill or require complex investigations, internists do much of their work in hospitals. Internists often have subspecialty interests in diseases affecting particular organs or organ systems.*



Non si tratta in questa sede di “difendere” la Medicina Interna, ma al contrario di sottolineare la sua “vittoria” epistemologica in una sorta di nuovo rinascimento culturale generato dalla possibilità di disporre di più informazioni in tempo reale, sia per diagnosticare sia per gestire in modo migliore le terapie appropriate.

Vediamo in concreto: esistono molti studi di natura epidemiologica o di valutazione dei farmaci che forniscono una sorta di informazione media. L'efficacia di un prodotto è calcolata su grandi numeri, e proprio per questo sappiamo che molti individui (soprattutto nelle forme croniche) non potranno avere i benefici che una grossolana visione d'insieme promette. Come riporta ancora Josephine Condemni nel suo sito, oggi è corretto pensare a una medicina dell'“4 p”, dove le p sono iniziali di medicina partecipativa, personalizzata, preventiva, predittiva [Una medicina partecipativa, personalizzata, preventiva, predittiva: Charles Auffray, presidente della European association for systems medicine, durante il primo forum promosso dai colleghi dell'Associazione italiana di medicina e sanità sistemica, ha tracciato uno scenario a “4 P”. Ma se la medicina partecipativa può realizzarsi nel momento in cui medico e paziente diventano “partner di cura”, le altre tre dimensioni non possono prescindere da una forte spinta alla ricerca scientifica]. Siamo all'inizio, ma un po' di strada è stata percorsa. Questo già a livello istituzionale, con l'introduzione della cartella clinica elettronica e con un sempre più ampio ricorso ai sistemi di connessione on line (varie app, siti tematici, reperibilità on line). Può derivarne qualche problema sulla gestione della privacy, ma anche questo è inevitabile quando si lavora sulle “nuvole” dell'informazione in internet.

È in atto una vera e propria rivoluzione. L'utenza se ne accorge piano piano e talora anche gli operatori sanitari faticano ad adeguarsi, ma è un percorso unidirezionale. Il vecchio schema (malato consulta il medico di famiglia, viene indirizzato allo specialista, si decide il ricovero, ci si rivolge a così detti centri di eccellenza) può essere superato grazie alla rete di connessioni che prevede una medicina





dei sistemi integrata. In buona sostanza si tenta di spostare l'azione dalla medicina preventiva (rischio genetico-ambientale-comportamentale) ad una forma di medicina predittiva (in grado di collocare il rischio anche un ambito di previsione temporale: non solo se l'evento ha probabilità di verificarsi ma anche quando). D'altro canto la medicina di precisione e la medicina molecolare già hanno svolto il loro compito egregiamente, quando possibile. E allora ecco come le malattie "rare", che rare non sono, fungono a loro volta da starter per generare sia nuovi elementi di conoscenza sia nuove ipotesi di terapia.



N

NUTRIZIONE

Caos alimentare

Giorgio Pitzalis

“La verità si ritrova sempre nella semplicità, mai nella confusione” (Isaac Newton)

Devo eliminare il glutine dalla dieta? L'olio di palma fa così male? Le bacche di Goji sono miracolose? Ce ne sono tanti e spopolano (soprattutto sul web): sono i falsi miti sul cibo. E soprattutto, perché sono duri a morire, sono in molti a crederci, spesso rischiando la salute.

Vediamo quelli più diffusi e diciamo tutta la verità.

Acqua e dintorni

Una ditta ha affermato che i propri depuratori casalinghi per il trattamento delle acque potabili sarebbero in grado di prevenire le malattie più disparate, dalla cattiva digestione al diabete. La pubblicità è risultata ovviamente ingannevole e l'Antitrust ha multato la ditta produttrice di 10 mila euro: l'acqua depurata non previene nessuna malattia e non è un presidio medico. All'inizio del 2016, sempre l'Antitrust ha multato per 80 mila euro un'altra ditta che definiva l'acqua

potabile trattata con altri depuratori, come “anticancro”. Dubbi sono sorti anche per le caraffe domestiche per l'acqua, ma questi oggetti sono tranquillamente venduti in Europa e l'Istituto Superiore di Sanità non considera caraffe e filtri pericolosi per la salute.

Acqua minerale

L'Italia è la prima nazione in Europa per consumo di acqua minerale in bottiglia. Fortunatamente dal 2008 al 2013 si è passati da quasi 190 litri annui pro capite a meno di 180 nel 2013. I messaggi pubblicitari per incentivare le persone ad acquistare l'acqua in bottiglia sono sempre stati insistenti e spesso ingannevoli (“acqua della salute”, “fa bene al cuore e al sistema cardiocircolatorio”, “tonifica i muscoli”, “è di aiuto nel controllo dei livelli di glicemia nel sangue”, “riattiva l'intestino”, “migliora la digestione”, “contrasta i dolori articolari e muscolari”, “tratta i sintomi della sindrome premenstruale e della menopausa”, “favorisce la riduzione del peso corporeo”, “rigenera il cervello, contribuisce a vincere





ansia e stress e migliora la qualità del sonno”, “purifica il fegato”, ecc.). Ancora oggi, quindi, sono diffusi molti falsi miti su proprietà positive e negative dell’acqua, di cui le pubblicità spesso si approfittano.

Ecco cosa è giusto sapere relativamente all’acqua.

- Non è vero che l’acqua deve essere bevuta fuori dai pasti per non appesantire lo stomaco.
- Non è vero che l’acqua faccia ingrassare (non contiene calorie).
- Non è vero che bere molta acqua aumenta la ritenzione idrica. La ritenzione dipende soprattutto dalla quantità di sale ingerito attraverso il cibo.
- Non è vero che il calcio presente nell’acqua non sia assorbito, anzi il meccanismo è simile a quello per il calcio nel latte.
- Non è vero che per “mantenere la linea” o per “curare la cellulite” bisogna bere acque oligominerali.
- Non è vero che i bambini (ad eccezione dei lattanti) devono bere acqua oligominerale. È meglio alternare acque oligominerali con altre ricche di sali, perché una diuresi

eccessiva può ridurre la quantità di sali utili all’organismo in crescita.

- Non è vero che il calcio dell’acqua favorisca la formazione di calcoli renali. Anche le persone predisposte a questo problema devono bere abbondantemente.
- Non è vero che l’acqua naturalmente gassata o quella addizionata di anidride carbonica facciano male. Quando la quantità di gas è molto elevata solo gli individui che soffrono di disturbi gastrici e/o intestinali possono avere lievi problemi.

Altre acque sono definite come “acque della salute” (ma tutte le acque assolvono a questo compito poiché il nostro corpo è composto per il 55-60% di acqua), e altre promettono di ridurre l’assunzione di sodio. Secondo i dati dell’Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione (INRAN, ora CREA) ogni italiano assume mediamente 4 grammi di sodio al giorno (che dovrebbero essere dimezzati). Per ridurre veramente il sodio deve limitare l’impiego di sale da cucina e, soprattutto, mangiare cibi poco salati. L’80% dell’assunzione di sale e di sodio, arriva dai i cibi



pronti, da prodotti a base di cereali e da molti alimenti industriali in cui il sale è usato come conservante o per dare maggior palatabilità. La rimanente quota proviene dal sale aggiunto a tavola e in misura minima all'acqua.

Eliminiamo il glutine dalla dieta

Un'alimentazione senza glutine aiuta a mantenere la linea, fa funzionare meglio l'intestino, disintossica e migliora l'aspetto della pelle? Non è vero. Se non ci sono reali problemi di salute, come la celiachia, ridurre, o addirittura eliminare, il glutine dalla propria dieta può condurre a un regime dietetico molto restrittivo, in alcuni casi sbilanciato perché quasi del tutto privo di carboidrati, la nostra fonte principale di energia. Inoltre, eliminare il glutine dalla dieta in maniera arbitraria non rende possibile, nel medio-lungo periodo, la diagnosi medica di malattia celiaca che risulta essere ultimamente piuttosto frequente: 1 caso ogni 80-100 individui. Esiste poi la NCGS (acronimo dell'inglese Non-celiac gluten sensitivity), un disturbo completamente diverso dalla celiachia e la quasi totalità delle persone che ne soffrono non

diventerà mai celiaca; si comincia quindi a fare finalmente chiarezza sui motivi per cui alcuni soggetti, negativi al test per il morbo celiaco, traggono comunque beneficio da una dieta priva o povera di glutine. Si stima che, se il numero di celiaci in Italia è di circa 500.000 unità, i pazienti con sensibilità diretta al glutine possano essere almeno tre milioni.

Sembra che la sensibilità diretta al glutine sia quindi una sorta di disturbo che, potenzialmente, è in grado di colpire 1 paziente su 20. La sensibilità correlata al glutine implica dei sintomi molto simili a quelli che si palesano nella celiachia e nell'allergia al grano, rendendo quindi necessario, per la sua diagnosi, l'esclusione di queste patologie. L'ingestione di glutine fa sì che le difese immunitarie reagiscano nei suoi confronti, contrastandolo e provocando di conseguenza un processo infiammatorio che interessa l'apparato digerente e altre zone dell'organismo. Tutto ciò può provocare: dolore addominale, gonfiore, stanchezza, diarrea. Può essere comunque un problema transitorio, destinato a risolversi spontaneamente, seguendo una dieta priva di glutine.

È necessario provvedere a una diagnosi completa del disturbo, eseguendo esami specifici, costituiti da Prick-test,

Rast-test o altro per escludere allergie o intolleranze (ad esempio al lattosio). Per tutti questi buoni motivi, attenzione a non eliminare, senza controllo medico, pane e pasta dall'alimentazione di tutti i giorni.

L'olio di palma è da evitare?

L'olio di palma (raffinato) è ormai considerato la bestia nera tra gli oli vegetali. D'altra parte è molto utilizzato nelle industrie alimentari per la frittura dei cibi e per la preparazione dei prodotti confezionati come biscotti, merendine, gelati, cioccolato e cioccolato spalmabile, zuppe già pronte, a cui sa conferire cremosità e croccantezza, fungendo da addensante. Ma perché si usa così tanto? Intanto l'olio di palma è meno delicato rispetto ad altri oli i quali, deteriorandosi in fretta, formerebbero sostanze tossiche che sarebbero potenzialmente nocive. L'olio di palma possiede, invece, una forte resistenza alla temperatura e al sole, candidandosi come olio migliore per la corretta conservazione dei cibi confezionati. Raggiungendo il punto di fumo molto lentamente, è l'ideale per la cottura dei cibi. È incolore, insapore, altamente versatile e lavorabile ma, soprattutto, è molto economico.

In realtà va detto che non è peggiore di altri grassi. Anzi è preferibile al burro, all'olio di cocco e ai grassi idrogenati. E questo non tutti lo sanno. Il suo problema è che contiene una grande quantità di grassi saturi (oltre il 49%), che possono incidere negativamente sul nostro sistema cardiovascolare. La sua messa al bando costituisce un piccolo vantaggio per la salute, a patto che venga sostituito con una sostanza più sana. Comunque, durante la trasformazione dalla forma grezza in liquido perde tutti gli antiossidanti e quindi tutta la parte benefica: rimangono i soli acidi grassi saturi.

I succhi detox servono a purificarsi

Depurarsi dalle tossine con i succhi detox è una delle ultime mode: celebrità hollywoodiane e blogger ne sono testimonial. Ma una dieta di solo succhi farà bene? Si tratta di centrifugati o estratti di frutta e verdura (generalmente del

lo stesso colore) che vanno a sostituire i pasti per qualche giorno. Certamente fanno perdere peso (l'apporto calorico giornaliero è bassissimo), ma lo stress metabolico per l'organismo è elevato e, se protratto nel tempo, c'è il rischio di carenze nutrizionali. Come se non bastasse per nutrirsi di solo succhi, pronti e consegnati direttamente a casa, si arriva a spendere fino a 70 euro al giorno.

Le bacche di Goji allungano la vita?

Sono conosciute come il frutto della longevità, un elisir per ridurre i livelli di colesterolo nel sangue, rinforzare le difese immunitarie, prevenire l'invecchiamento e le malattie cardiovascolari. Peccato che l'Agenzia europea per la sicurezza alimentare (Efsa) non ha approvato nessuno di questi claim e manchino prove scientifiche adeguate: sono una fonte naturale di vitamine e minerali come qualsiasi altra frutta e verdura.



I carboidrati non vanno consumati a cena

Sfatiamo il falso mito più "temuto": pane, pasta e riso non fanno ingrassare. Questi alimenti sono ricchi di carboidrati complessi che forniscono al nostro corpo l'energia e dovrebbero costituire circa il 60% delle calorie quotidiane.

ne. Ovviamente bisogna evitare gli eccessi, come porzioni esagerate o condimenti troppo grassi. Vanno evitati di sera? Anche questa è una convinzione errata: non conta quando assumiamo carboidrati, ma il bilancio complessivo di calorie a fine giornata.

I cereali integrali non fanno ingrassare

Esiste l'errata credenza che i cereali integrali sono consigliati solo a chi è a dieta, perché non farebbero ingrassare, però l'unica differenza che hanno rispetto a quelli raffinati è l'apporto di fibre. Le calorie, infatti, sono di poco inferiori, ma le fibre (presenti anche in frutta e verdura) migliorano l'attività dell'intestino e aumentano il senso di sazietà.



Esiste il “croissant anti-invecchiamento”?

Inzuppare il cornetto nel cappuccino si può considerare il primo gesto di benessere per cominciare bene la giornata? Il cornetto Wellness utilizza diciture esagerate. Frasi come “attiva il metabolismo cellulare”, oppure il riferimento all'attività di “rinnovamento cellulare” sono assurde. Il cibo non è un prodotto di bellezza e non deve essere considerato tale. Si fa fatica a credere che un cornetto per la prima colazione possa essere classificato come un prodotto “anti-aging”.

Formaggini con spinaci o carote

Lo spot (ritirato) recitava “le verdure sono un problema?”, “da oggi basta aggiungere ad ogni piatto il formagginino con spinaci e verdure”, “tutto il buono delle verdure...”.

Gli spot proponevano un rapporto di equivalenza scorretto tra il consumo della verdura cotta e quella contenuta nei formaggini. Infatti ogni formagginino contiene (è in vendita ancora oggi) 6,6 grammi di carote bollite. Per arrivare all'equivalente in peso di una carota bisognerebbe mangiare almeno 12 formaggini!

L'indice glicemico è utile per controllare il peso

In un alimento è importante non tanto l'apporto calorico, quanto l'influenza che ha quest'ultimo sul livello di zuccheri nel nostro sangue (glicemia), dopo esser stato ingerito: ecco qual è il principio su cui si basa l'indice glicemico. La misura va da 1 a 100 (più è basso, meglio è), ma il vero problema è che non esiste una lista “ufficiale” di indici glicemici, approvata dalla comunità scientifica. Alcuni studi, in effetti, evidenziano che una dieta basata su alimenti con indice glicemico (IG) tendenzialmente basso potrebbe prevenire malattie come il diabete di tipo 2, malattie cardiovascolari, obesità, tumore del colon e della mammella. Ma nulla è ancora definitivo e sicuro. Meglio affidarsi alla piramide alimentare: fornisce informazioni sui rapporti tra alimenti e quantità da consumare per assicurarsi un'alimentazione sana, varia e equilibrata.

Latte: un nemico per gli adulti

Ottimo per i bambini, ma nemico per gli adulti: favorirebbe l'osteoporosi, provoca disturbi gastrici e intestinali, aumenterebbe il rischio di tumori. In realtà mancano ancora dati sicuri. Quello che si sa è che il latte fa bene alle ossa e ai denti, alla salute dei muscoli, pelle e capelli. Consumato in una dieta equilibrata che comprende cinque porzioni di frutta e verdura e l'assunzione limitata di sale, può contribu-



ire all'abbassamento della pressione arteriosa, a diminuire il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 e proteggerebbe contro diversi tumori. Ad oggi per quanto riguarda uova, latte e suoi derivati, carni bianche e pesce, non ci sono prove scientifiche che confermano la loro influenza sullo sviluppo di tumori. Quindi si può continuare a bere latte e consumare latticini, ma sempre con moderazione. Se invece si decide di non farlo per motivi etici è bene sapere che il calcio è presente, oltre che nell'acqua, in molti prodotti vegetali, come semi di lino o di sesamo, cavoli, spinaci, legumi e mandorle.

La bufala del latte ribollito 5 volte

Secondo alcuni bontemponi il latte fresco scaduto e rimasto invenduto viene ritirato dal produttore per essere sottoposto a un nuovo trattamento termico, riconfezionato e rimesso nuovamente in vendita. Un'operazione che sarebbe consentita dalla legge, per un massimo di 5 volte, e che sarebbe indicata sulle confezioni da una serie di numeri.

Ovviamente è tutto falso: per il latte fresco la legge n.169/89 ammette un unico trattamento termico di pastorizzazione a 72°C per 15 secondi massimi, che deve essere effettuato entro 48 ore dalla mungitura. Inoltre, stabilisce che il latte fresco debba contenere almeno il 14% di sieroproteine solubili non denaturate: un valore che può essere rispettato solo effettuando un'unica pastorizzazione. Quindi, quando si acquista una confezione di latte fresco si può stare certi che si tratta sempre di un prodotto "di prima mano".



Bufala resveratrolo

Il resveratrolo è un polifenolo estratto dalla buccia degli acini d'uva. Rispetto alla quantità di resveratrolo consigliata (un grammo al giorno), un litro di vino ne contiene appena 12,5 milligrammi. Restano sulla carta, pertanto, le proprietà antiossidanti del composto, scoperto per la prima volta nel 1976 nella vite e da quel momento sempre più studiato per i presunti effetti benefici sulla salute. Molte ricerche utilizzano chicchi di uva che, erroneamente, i media associano al

consumo di vino, mentre l'alcol pregiudica l'assorbimento della molecola. Comunque l'effetto protettivo non sarebbe dovuto ai polifenoli, ma alla modalità di consumo durante i pasti e a un regime alimentare di tipo mediterraneo.

Esistono i supercibi?

Mirtilli, barbabietole, melograno, cacao e salmone: sono nella lista dei cosiddetti supercibi, ovvero gli alimenti ideali che garantiscono salute e lunga vita. Non si tratta di una bufala vera e propria, ma di un'esagerazione che enfatizza i risultati di ricerche sulla cui scientificità ci sarebbe ancora da discutere o che sono state condotte in vitro o sugli animali: spesso si tratta di benefici solo potenziali. Così sul web, in tv e sui giornali è tutto un fiorire di servizi sui benefici della curcuma, sui vantaggi dei mirtilli, sulla salubrità del tè verde. I cosiddetti Millennials - i nati tra la metà degli anni Ottanta e il 2000 - considerano quello che si trova su blog, Facebook, Twitter o Youtube più attendibile di quello che dicono i dottori. Ad esempio, la maggior

parte degli italiani sono convinti delle proprietà brucia grassi dell'ananas. Colpa della bromelina, che però è contenuta nel gambo che non si mangia. E che comunque favorisce la digestione delle proteine, non lo smaltimento dei grassi. Gli agrumi sono usati per prevenire l'influenza. Però se è vero che mangiarli fa bene alla salute, è anche vero che il contenuto di vitamina C non è in grado di neutralizzare i mali di stagione. Pure le merendine sono vittima della "disinformazione virale" perché contengono il "tossico" E330.

Questo ingrediente però non ha nulla di tossico, si tratta dell'innocuo acido citrico, presente in limoni e arance e non dannoso per la salute.

Dimagrire mangiando cioccolata? È una bufala studiata a tavolino, condotta da "giornalisti-ricercatori" dell'Institute of Diet and Health (istituto inesistente) su solo 15 persone! Insomma, è sempre e unicamente una corretta educazione alimentare che ci consente di analizzare correttamente i nostri stili di vita, indipendentemente dai convincimenti mediatici, sempre più aggressivi e capillari.



P

IL PUNTO

Biopsia prostatica “fusion”

Giovanni Maturo

La biopsia della prostata consente di diagnosticare la presenza di una neoplasia in questa ghiandola, localizzarne il posizionamento e il grado istologico al fine di permettere all'urologo di decidere il trattamento adeguato. Viene eseguita in seguito al riconoscimento di alcuni indici sospetti ma non specifici della malattia, tra cui un nodulo palpabile all'esplorazione rettale, un aumento del PSA (antigene prostatico specifico), un'alterazione del PCA3 o un'immagine radiologica sospetta, per esempio all'ecografia o alla risonanza magnetica. Vi è stato negli anni un notevole progresso nella scelta degli strumenti da utilizzare come guida per il prelievo biotico, basti pensare che un tempo l'esame veniva eseguito per via digito-guidata e poi per via eco-guidata, ossia sotto visione ecografica.

L'accuratezza dell'ecografia nel riconoscere la prosta-

ta, le sospette aree tumorali e guidare le biopsie prostatiche è stata per anni un cardine diagnostico, perfezionato negli ultimi tempi dall'avvento della Risonanza Magnetica Multiparametrica. La minore sensibilità ecografica rispetto alla risonanza può tradursi nell'assenza del rilievo di aree sospette in corso di biopsia prostatica, obbligando l'urologo in casi sospetti (per esempio con un PSA elevato) ad eseguire un notevole numero di prelievi biotici random, senza cioè puntare su una precisa area sospetta, con un più alto rischio di complicanze e di falsi negativi. Oggi grazie alla risonanza magnetica la possibilità di riconoscere la presenza di un tumore nella prostata per poi biotizzarlo risulta maggiormente elevata.

La tecnica utilizzata oggi per praticare con elevata affidabilità la biopsia prostatica quindi si giova anche del-



la risonanza, eseguendo cioè una fusione delle immagini della risonanza con quelle ecografiche. In questo modo la biopsia avviene come in passato con la tecnica eco-guidata ma con immagini ricostruite nelle quali sono state integrate le aree sospette identificate dalla risonanza.

Si trasferiscono le immagini acquisite con la risonanza magnetica su una rappresentazione ecografica della prostata, permettendo all'urologo l'identificazione della zona fortemente sospetta e l'esecuzione della biopsia sull'area selezionata, spesso non evidenziabile con la sola ecografia transrettale. Quindi, prima di eseguire una biopsia, l'urologo deve prescrivere al paziente una Risonanza Magnetica Multiparametrica; se si evidenziano una o più aree sospette per neoplasia, vengono successivamente combinate insieme l'immagine della Risonanza Magne-

tica e l'immagine ecografica per ottenere una mappa tridimensionale della ghiandola utile a ricostruire nel dettaglio la localizzazione del sospetto tumore da biopsizzare. Questa tecnica quindi permette di effettuare un campionamento mirato del punto esatto in cui si sospetta con elevata probabilità il tumore, riducendo il numero di prelievi e quindi minimizzando gli effetti collaterali della metodica tra cui sanguinamento, infezione e infiammazione.

Il sistema si avvale di un software: inserendo le immagini della risonanza precedentemente effettuata si evidenzia la prostata con l'area o le aree sospette e successivamente la si ricostruisce ecograficamente tramite un ecografo tridimensionale, che grazie all'utilizzo di una particolare sonda rettale permette la ricostruzione in 3D della prostata e quindi facilita la biopsia dell'area sospetta.

I

IMPARARE
DA ALLA CLINICA

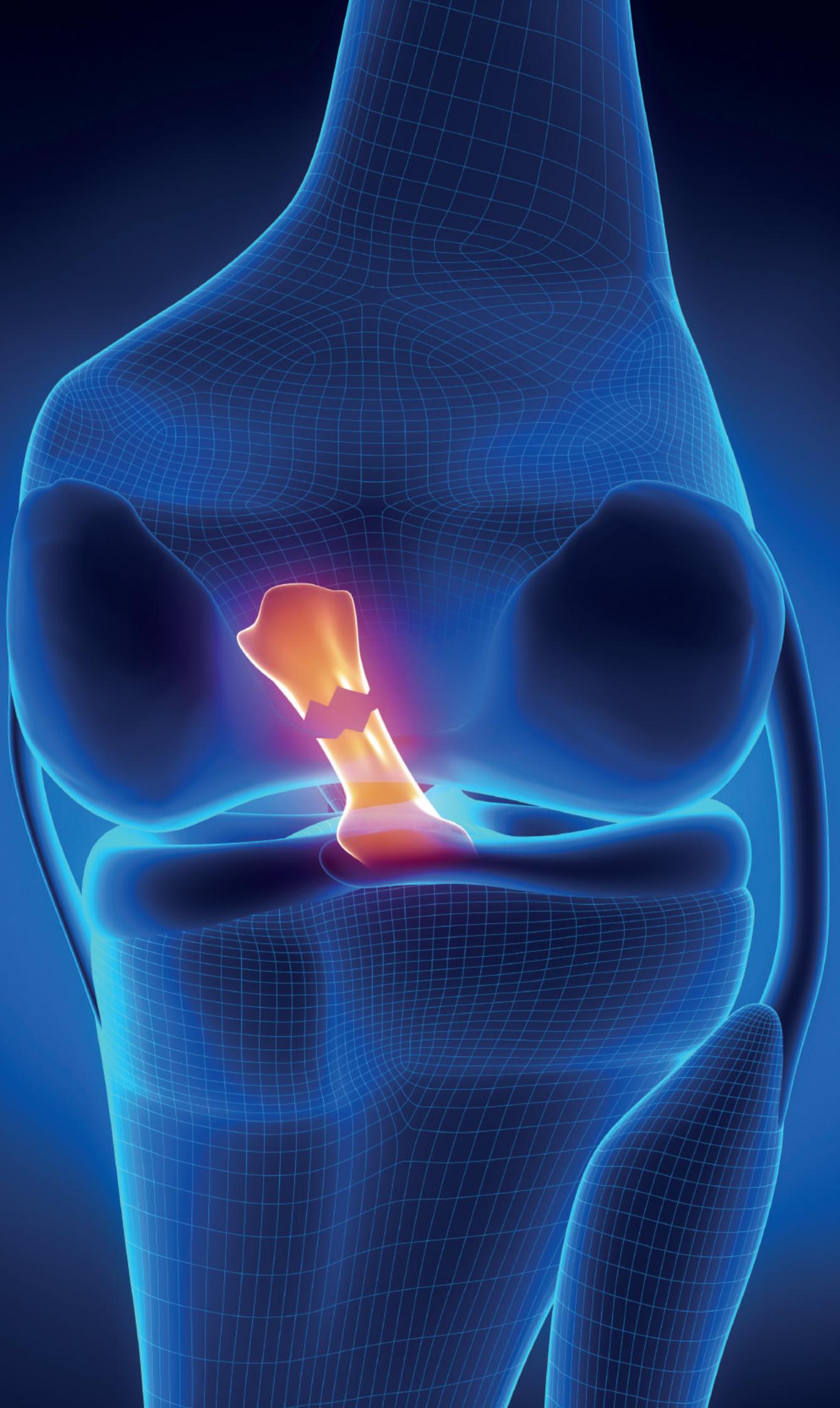
La ricostruzione del legamento crociato anteriore del ginocchio

Ludovico Caperna

L'intervento di ricostruzione del legamento crociato anteriore è la procedura chirurgica più praticata in Ortopedia. Agli albori, questo tipo di chirurgia era stata concepita per gli sportivi di alto livello o per i soggetti giovani con alta richiesta funzionale. Con il passare degli anni l'indicazione si è allargata anche a pazienti con più di 50 anni e a persone che seguono uno stile di vita sedentario. Questo intervento è stato spesso presente sulle cronache sportive essendo un infortunio che ha colpito diversi calciatori famosi (Nesta, Van Basten, Ronaldo, Baggio). Lo scopo di questo articolo è quello di illustrare quando è necessario operarsi, le diverse tecniche chirurgiche e le fasi della riabilitazione.

Il legamento crociato anteriore è una struttura elastica posta al centro del ginocchio con un'inserzione sulla tibia ed una sul femore. Prende il nome di crociato anteriore in quanto "incrocia" anteriormente l'altro crociato (il posteriore). A livello funzionale questo legamento è uno stabilizzatore del ginocchio. Il suo scopo è quello di limitare i movimenti preternaturali dell'articolazione agendo

da "freno" durante le distorsioni del ginocchio. Quando il trauma distorsivo però supera una certa entità il crociato non regge e si rompe. I traumi in grado di provocare rottura avvengono generalmente con il ginocchio atteggiato in rotazione esterna. Il legamento crociato non ha capacità di guarigione e una volta lesionato perde completamente o in parte la sua funzione. Altri legamenti come il collaterale invece sono vascolarizzati e quindi riparano da una lesione. Questo comporta che mentre è possibile trattare conservativamente (senza intervento chirurgico) una lesione del collaterale, l'unico modo per ottenere nuovamente la funzione del legamento crociato è quella di ricostruirlo chirurgicamente. L'intervento di ricostruzione del legamento crociato anteriore non è strettamente necessario. Non si tratta infatti di un organo vitale e la sua funzione è esclusivamente quella di limitare l'escursione articolare durante alcuni particolari movimenti del ginocchio. Per questo motivo inizialmente era riservato ai soggetti giovani e sportivi in quanto sono quelli che hanno più probabilità di mettere



sotto stress l'articolazione. Un legamento lesionato fornisce una sensazione di instabilità costante del ginocchio. Il rischio è quello che subendo un ulteriore trauma distorsivo ad alta entità, avendo un "freno" in meno, si possano lesionare altre strutture sane del ginocchio (menischi, collaterali) o si possano subire delle fratture. A questo proposito è altamente sconsigliato praticare attività sportiva di un certo livello avendo un crociato lesionato. Una prima indicazione a subire un intervento di ricostruzione è quindi quella di consentire al paziente di tornare a praticare regolarmente qualsiasi tipo di attività sportiva. Con diversi studi scientifici si è visto che avere una instabilità del ginocchio comporta nel lungo periodo un rischio aumentato di sviluppare artrosi.



A scopo preventivo quindi l'intervento viene oramai praticato anche in soggetti che svolgono una vita sedentaria e la sua indicazione è maggiore quanto più il soggetto è giovane. Riassumendo è utile sottoporsi a ricostruzione del crociato anteriore per riprendere l'attività sportiva, per evitare un artrosi precoce ed eliminare il rischio di ulteriori lesioni in caso di nuovi traumi distorsivi.

Essendo il crociato lesionato non riparabile, l'intervento consiste nella sostituzione dello stesso con un trapianto. Generalmente si preleva un tendine che viene inserito nel ginocchio a sostituire il vecchio legamento. Attualmente esistono numerose tecniche chirurgiche. La principale va-

riante nelle diverse tecniche è il tipo di trapianto da utilizzare. Esistono due grandi scuole di pensiero riguardo a quale sia il miglior tendine da utilizzare. Alcuni ortopedici preferiscono sostituire il crociato utilizzando il tendine rotuleo, altri invece ritengono sia meglio utilizzare i tendini del semitendinoso e del gracile. Per completezza è utile dire che possono essere utilizzati anche altri tendini (quadricipitale, achilleo). Per quanto riguarda i due trapianti maggiormente utilizzati (rotuleo, semitendinoso e gracile) forniscono sostanzialmente risultati clinici equiparabili. La scelta tra un tipo di trapianto e l'altro è quindi ristretta ad una semplice preferenza del chirurgo. L'intervento consiste in una prima fase in cui viene prelevato il trapianto e in una seconda fase artroscopica in cui vengono praticati dei fori ossei attraverso i quali viene trasposto il "nuovo legamento" all'interno del ginocchio.

Questo viene poi fissato attraverso dei mezzi di sintesi (viti, etc.) che hanno lo scopo di tenere il costruito fintanto che non avviene la guarigione biologica del trapianto. Per semplificare il concetto, nei primi mesi dopo l'intervento il nuovo legamento funziona tramite la tenuta che forniscono i mezzi di sintesi in attesa che il tendine trapiantato si integri nel nuovo contesto. Questo è un concetto fondamentale in fase di riabilitazione. Il percorso riabilitativo ha come obiettivo una piena ripresa di ogni tipo di attività sportiva tra il sesto e l'ottavo mese di distanza dall'intervento. Durante il primo mese il ginocchio viene tutelato con un tutore a ginocchiera per evitare di subire traumi distorsivi nel momento in cui il neolegamento è più fragile. Lo scopo del primo mese è quello di recuperare una buona articolarietà del ginocchio e iniziare il recupero muscolare tramite esercizi isometrici. Al secondo mese si abbandonano le stampelle, si recupera completamente l'articolarietà e si lavora in maniera decisamente più intensa sul recupero muscolare. Passati due mesi il paziente torna a correre in linea retta. Infine al sesto mese, a seguito di visita di controllo, si può concedere il ritorno all'attività sportiva completa. Questi sei mesi sono utili a consentire un'integrazione biologica del trapianto. Accelerare i tempi



di recupero vuol dire rischiare di sottoporre il ginocchio a stress eccessivi mentre il trapianto non è ancora biologicamente integrato. Una completa integrazione avviene infatti tra i 6 e i 12 mesi di distanza dall'intervento. Nonostante alcuni ortopedici tentino di forzare i tempi di recupero, le attuali linee guida internazionali raccomandano

di aspettare sei mesi dall'intervento prima di concedere il ritorno in campo. Per le persone sedentarie la riabilitazione andrebbe comunque continuata fino al sesto mese per rieducare l'arto inferiore nel miglior modo possibile. Un ritorno più che accettabile alla vita quotidiana si ha dopo 40gg dall'intervento.



Fake news e pregiudizi: un problema nell'informazione medica

Giuseppe Luzi

Diffondere notizie false è un'arte, ma anche un metodo, una dimensione all'interno di precise finalità. Le bufale che circolano in rete sono ormai oggetto di indagini a vari livelli per le ovvie implicazioni che ne derivano. Alcuni ricercatori dell'Istituto IMT di Lucca si sono interessati al problema con lo scopo di costruire un modello matematico in grado di analizzare come avviene la circolazione dei dati "bufala" on line. In diverse sedi accademiche e nell'ambito giornalistico sono nate "controrubriche" con lo scopo di smascherare le notizie false che circolano sugli argomenti più vari. Caitlin Dewey, per esempio, una giornalista del Washington Post, cura la rubrica settimanale "What was fake this week" ("cosa era falso questa settimana"). Nella sua rubrica vengono illustrate e "interpretate" le bufale che si sono presentate nei giorni presi in esame. La Dewey in pratica prende una bufala emersa e la sottopone a debun-

king. La destruttura smacherandone il contenuto, evidenziando la bugia, e descrivendo come le cose sono in realtà e in particolare come la fake si sia riprodotta. Un aspetto particolare del lavoro consiste nel descrivere i gruppi che condividono la notizia sui social network. Fake news sono definite come "*completely made up and designed to deceive readers to maximize traffic and profit*".

Da sempre diffondere notizie false ha sottoposto il cervello all'esigenza di una valutazione critica, ma metterla in pratica costa fatica. E ciascun individuo, in buona o cattiva fede, è stato costruito con pregiudizi difensivi derivanti da educazione, cultura, ambiente.

Fake news esondano da internet e sono egualmente diffuse dai classici media come televisione o radio. Riguardano tutti gli argomenti, politici, sportivi, di costume, di scienza e di medicina. Quest'ultimo aspetto, in particola-





re, si ripercuote direttamente sull'interazione fra medico e paziente, come ben sappiamo rapporto messo in crisi dalla complessità della prestazione sanitaria e dalle ricadute che riguardano le scelte terapeutiche. Esiste forse, ai nostri giorni, più che una malasana (ma si può parlare tranquillamente anche di malagiustizia, di malaingegneria, etc.) ben descritta nelle cronache, una medicina conflittuale, tale da "alterare" l'approccio alla malattia sia da parte del malato sia da parte del medico. In parte questo può essere considerato un progresso (il medico deve essere aggiornato e pronto ad aggiornarsi sempre) ma ha in sé anche un nucleo perverso di conoscenze derivate dai mass media che conferiscono una sicurezza di giudizio preliminare al malato, giudizio che è inevitabilmente, nella maggior parte dei casi, pregiudizio. E allora ecco il fai da te. È un po' come per la nazionale di calcio: tutti sono esperti in grado di costruire una squadra vincente, se solo ci fosse qualcuno che da loro ascolto.

Prendiamo per esempio un punto caldo: **autismo/impiego di vaccini**. La storia risale a oltre una ventina di anni or sono, quando fu pubblicato sulla prestigiosa rivista "Lancet" un articolo che metteva in correlazione la comparsa di autismo con l'impiego di vaccini. Studi successivi e la stessa ritrattazione dell'articolo hanno contribuito a fare chiarezza dimostrando che i vaccini non causano l'autismo e oggi c'è un approccio più consapevole al problema nella pubblica opinione, ma il gruppo degli "oltranzisti", quelli che non vaccinano i propri figli, persiste e costituisce un nucleo duro soprattutto all'interno dei circuiti on line.

Le voci degli oltranzisti sono comunque un pericolo perché possono incidere sull'adempimento della vaccinazione

di massa, riducendo l'efficacia dell'effetto gregge, l'unico in grado di limitare e contenere fenomeni epidemici.

Come si inserisce il ruolo dei social network?

Studi interessanti e dati acquisiti da varie indagini dimostrano una realtà "dura": chi accede alle informazioni su precisi temi nell'ambito dei social network tende a relazionarsi per definizione con altri che condividono la stessa opinione e idee affini. Si seleziona quindi, probabilmente con un rinforzo mentale "interno", quella tendenza degli individui a uniformarsi su opinioni che rientrano nel proprio sistema di conoscenza o di credenze. Insomma non c'è dibattito e scambio di idee, ma polarizzazione: tutti si confermano nella propria opinione. Possono i mediatori di conoscenza, i giornalisti in particolare, avere un ruolo critico di analisi e valutazione oggettiva? La risposta non è immediatamente affermativa e spesso il giornalista, che non può essere per definizione tuttologo, riporta le informazioni in modo derivato (quando non ci sia proprio malafede). Ne scaturisce un terribile rischio di disinformazione che può avere ricadute veramente pericolose. Fake news e post-truth si incontrano. Il valore della verità diventa in qualche modo secondario rispetto alla natura dell'informazione e alle modalità con le quali viene fornita. Intanto il dado è tratto: se la notizia è vera o falsa non ha, in prima istanza, un grande rilievo perché viene fornita secondo certe modalità. C'è sempre tempo, si può pensare, per recuperare e/o smentire, ma intanto qualcosa è successo, e si trova in qualche parte della rete online e della rete neuronica degli utenti. Il problema è difficile e non immediatamente risolvibile.

Forse non lo sarà mai.

SELECTIO

Quindi non pensarci troppo...

Nel momento in cui ci si chiede il significato ed il valore della vita, si è malati.

(Sigmund Freud)

Non è da escludere!

Fai attenzione quando leggi libri di medicina.

Potresti morire per un errore di stampa.

(Mark Twain)

Una definizione essenziale

La coscienza acuta di avere un corpo,
ecco cos'è l'assenza di salute.

(Emil Cioran)

È l'arte di molti politici

Un migliaio di parole non lasciano un'impressione tanto profonda
quanto una sola azione.

(Henrik Ibsen)

Purtroppo

Gli italiani perdono le partite di calcio come se fossero guerre
e perdono le guerre come se fossero partite di calcio.

(Winston Churchill)

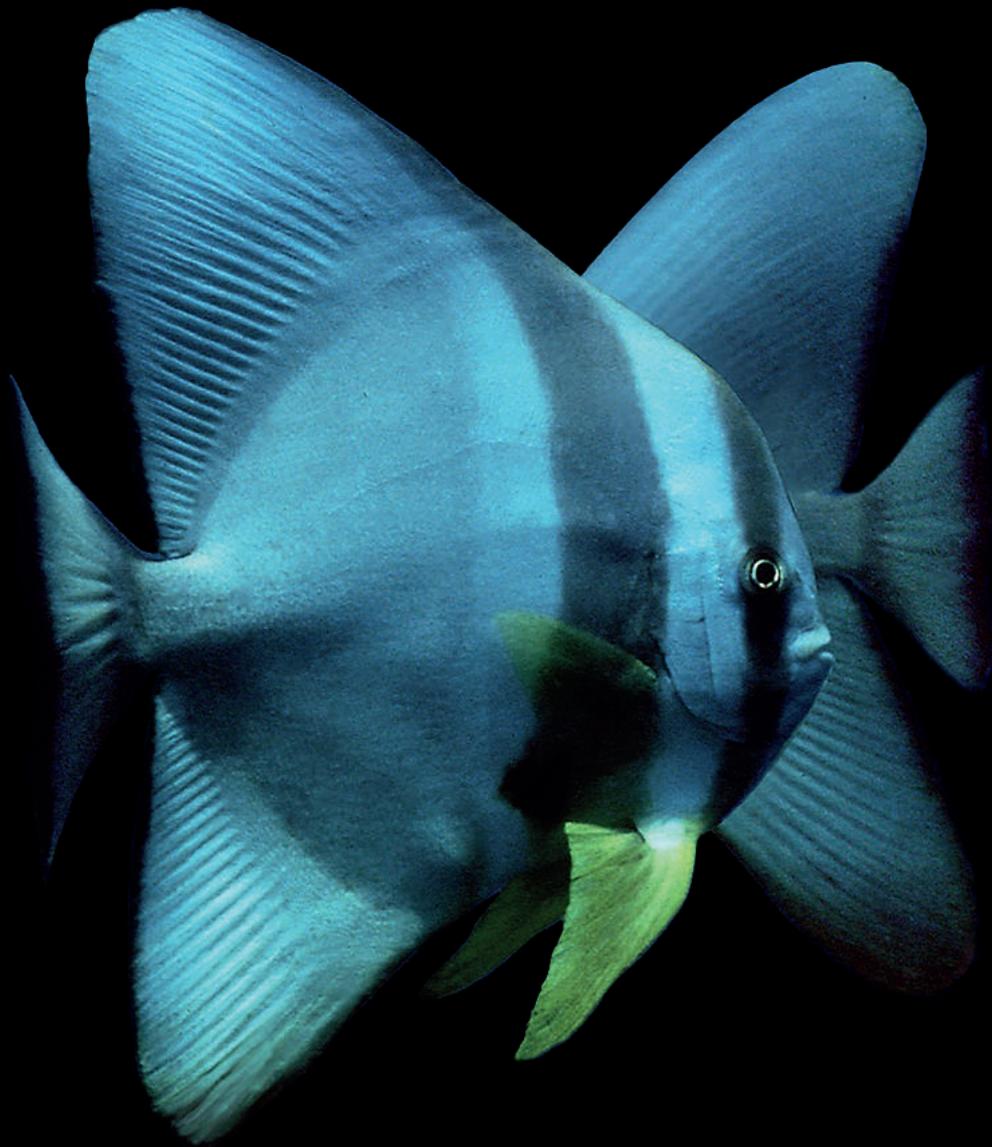


Foto di Fabio Ferro

PESCE PIPISTRELLO (nome scientifico PLATAX TEIRA. Inglese: LONG FIN BATFISH)

I due esemplari sono stati fotografati lungo la costa somala, a nord di Mogadiscio. Habitat: acque tropicali indopacifiche. Livrea argento o grigia o brunastra, con due bande scure che attraversano verticalmente la linea degli occhi e la seconda quella delle pinne pettorali. Può arrivare a 60 cm di lunghezza. Gregario, talora in branchi di decine di individui, socievole, anche con i subacquei ai quali si avvicina, vicino alla superficie, sollevandosi curioso dal fondale.

F

FROM BENCH TO BEDSIDE

I BENEFICI CLINICI DELLA RICERCA: SELEZIONE DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

a cura di *Maria Giuditta Valorani*

IN FUTURO DIETA PERSONALIZZATA PER OGNUNO DI NOI CONTRO IL CANCRO

Il professor David Khayat è uno dei maggiori oncologi a livello internazionale e autore di moltissimi libri incentrati sulla prevenzione tra cui il bestseller la *“Vera dieta anticancro”* (Mondadori, 2011) che, sulla base delle evidenze scientifiche, passa in rassegna tutti gli alimenti che giocano un ruolo antitumorale. Il professor Khayat, intervenuto al *Salone internazionale dell’Alimentazione (SIAL)* a Parigi ha comunicato: “Non esiste una dieta universale contro il cancro. Ognuno dovrebbe avere la sua dieta, per-

ché in base a sesso, età e abitudini, la stessa sostanza può fare bene ad alcuni, ma non ad altri. In futuro con un test del sangue sarà possibile dire chi deve mangiare e cosa, e ognuno potrà avere la propria personale dieta per prevenire i tumori”.

“La vitamina E, ad esempio, per le donne va bene ma per gli uomini aumenta del 30% il rischio di cancro alla prostata, mentre la vitamina A va bene per tutti, ma non per i fumatori, in cui aumenta del 300% il rischio di tumore al polmone”. In attesa che la “medicina personalizzata” possa aiutarci a scegliere la dieta migliore per ognuno, alcune regole valgono per tutti: “meno calorie, meno grassi, meno



zuccheri, seguire le stagioni, diversificare gli alimenti, evitare cibi carbonizzati”. “Qualsiasi dieta”, prosegue Khayat, oggi capo del Dipartimento di Oncologia presso l’*Hospitale Pitié-Salpêtrière a Parigi*, “non causa, né cura il cancro.

Ma alcuni alimenti, grazie alle loro proprietà antiossidanti, sono più protettivi di altri, perché riescono a sopprimere tossine e radicali liberi”. Tra questi: melograno, carote, pomodori, curcuma e tè verde. Ma anche fagioli secchi, con inibitori della proteasi in grado di rallentare la moltiplicazione delle cellule tumorali; cavoli e broccoli, protettivi contro i tumori di bocca, esofago e stomaco; aglio e cipolla, che accelerano la riparazione del DNA, e lo zenzero che, in quanto anti-infiammatorio, rallenta la crescita del cancro. Infine l’esperto tranquillizza rispetto a zucchero e carni rosse. “Non si consiglia un’assunzione eccessiva, ma l’allarme che c’è stato negli ultimi tempi è stato esagerato rispetto alle evidenze scientifiche”.

DALLA NATIONAL SLEEP FOUNDATION AMERICANA LA DEFINIZIONE DEL SONNO “DI QUALITÀ”

La *National Sleep Foundation (NSF)*, dopo aver pubblicato nel 2015 le linee guida sulla durata ideale del sonno, che differisce in base all’età, ha pubblicato quest’anno un articolo sui caratteri che definiscono un sonno di qualità.

Infatti, la semplice “quantità” non è in grado di definire la “qualità” del sonno. Se le ore di sonno sono insufficienti o poco ristoratrici, si corrono una serie di pericoli, tra i quali un maggior rischio di diventare obesi o di sviluppare diabete di tipo 2. Un sonno di buona qualità viene dunque definito dalla *National Sleep Foundation* attraverso una serie di indicatori chiave:

1. dormire per la maggior parte (> 85%) del tempo a letto;
2. riuscire ad addormentarsi in meno di mezz’ora;
3. svegliarsi non più di una volta per notte;
4. restare svegli per non più di 20 minuti dopo essersi addormentati una prima volta.

Un recente rapporto della *NSF* aveva rivelato che fino

al 27% delle persone impiegano 30 minuti o più per addormentarsi. “In passato, commenta il professor Maurice Ohayon, primo autore dell’articolo di recente pubblicazione e direttore del *Stanford Sleep Epidemiology Research Center*, definivamo il sonno sulla base delle caratteristiche negative, come ad esempio il senso di insoddisfazione relative al sonno stesso e questo ci aiutava ad individuare la patologia alla base di questo disturbo. Ma è chiaro che la storia non finisce qui. Grazie a questo documento siamo sulla buona strada per migliorare la nostra definizione di sonno salutare”. I determinanti fondamentali della qualità del sonno, sono stati pubblicati nell’articolo “*National Sleep Foundation’s sleep quality recommendations: first report*” nel febbraio 2017 su la Rivista *Sleep Health*. [http://www.sleephealthjournal.org/article/S2352-7218\(16\)30130-9/abstract](http://www.sleephealthjournal.org/article/S2352-7218(16)30130-9/abstract).

BUONE NOTIZIE DAL CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI: NEL 2016 RECORD DI DONATORI DI ORGANI E TRAPIANTI

http://www.trapianti.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2565_allegato.pdf

I dati del *Centro Nazionale Trapianti* ci dicono che in Italia, grazie alle campagne di sensibilizzazione che sono state realizzate sul tema della donazione e dei trapianti, non ci sono mai stati tanti trapianti e tante donazioni d’organo come nell’anno 2016. Infatti, ci sono stati 1596 donatori, contro i 1489 dell’anno precedente e i pazienti trapiantati sono aumentati di oltre 400 unità, portandosi a quota 3736.

In totale, spiega il report, sono stati 1303 i donatori utilizzati (erano 1.165 nel 2015), mentre 273 donazioni sono state di rene da vivente e 20 di fegato da vivente. Sostanzialmente stabili le opposizioni alla donazione, intorno al 30%. Diminuiscono anche, rispetto al 2015, le liste di attesa di cuore e polmoni. “I donatori utilizzati dopo accertamento di morte superano per la prima volta quota 1300; tra essi registriamo, finalmente, diverse donazioni dopo accertamento di morte con criteri cardiocircolatori, cioè con una



modalità che potrebbe ulteriormente sviluppare le donazioni ed i trapianti in Italia, come sta avvenendo nelle principali nazioni europee”. La regione nella quale sono state effettuate più donazioni, si conferma la Toscana, con in generale il nord che supera il sud d’Italia per donatori pro capite. Al contrario le opposizioni sono maggiori nel sud Italia. Buone notizie, sottolinea il documento, anche dalle liste d’attesa

per il trapianto. In particolare per la prima volta la lista del rene e quella del polmone appaiono non solo stabili, ma in diminuzione rispetto all’anno precedente. La riduzione della lista del rene è pari a 300 pazienti. La lista fegato appare stabile, mentre l’incremento della lista cuore, va considerato in relazione all’uso dei cuori artificiali, che incrementano il numero dei pazienti “trapiantabili”.

Tutti uniti sotto il segno del cuore!



DIAMO IL MEGLIO DI NOI:
un’iniziativa nata per diffondere la cultura della donazione attraverso l’adesione di organizzazioni di volontariato, istituzioni, enti pubblici o privati e aziende.

Chi aderisce si impegna a diffondere tra i propri dipendenti, sostenitori, soci e stakeholder la cultura del dono, informando sui modi per dichiarare la volontà sulla donazione e mettendo in campo iniziative di comunicazione interna. Ogni realtà aderente si impegna **secondo le proprie caratteristiche e finalità**. La campagna ha **durata pluriennale**

Campagna nazionale su donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule 2017

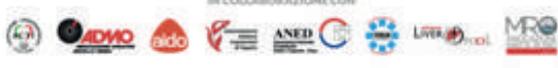


PROMOTORI

 Ministero della Salute

 Centro Nazionale Trapianti

IN COLLABORAZIONE CON



GIORNATA MONDIALE DELLA SALUTE DEDICATA ALLA DEPRESSIONE

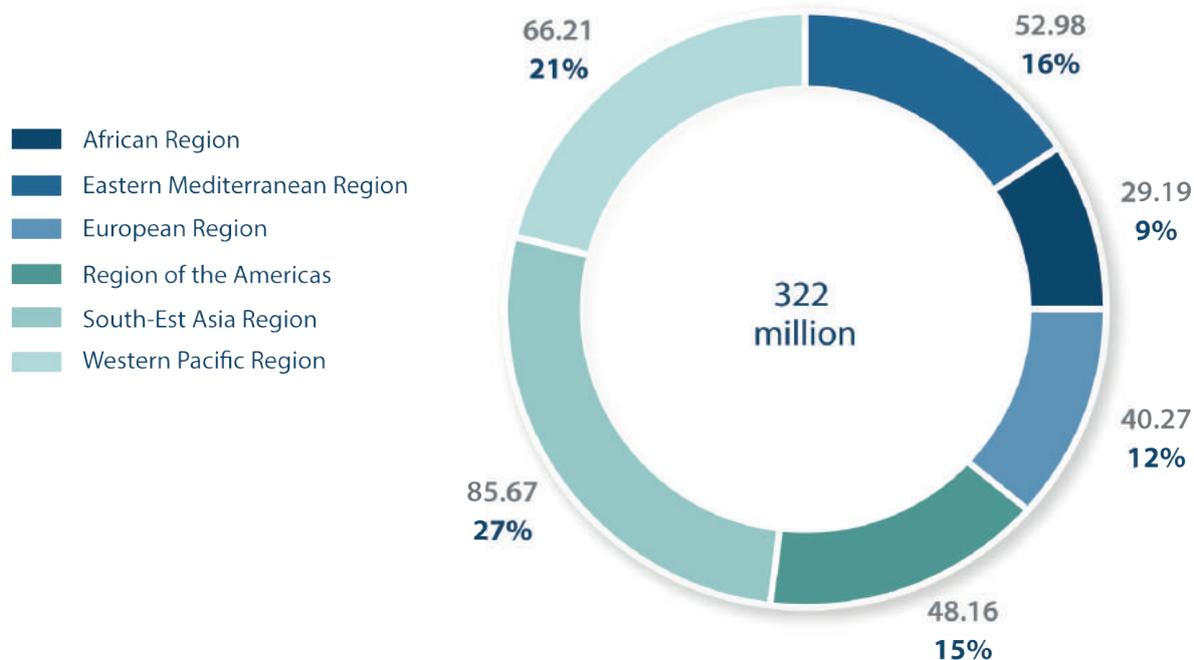
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>

La depressione è una malattia che può colpire chiunque, ma che può essere prevenuta e trattata. Nel mondo ne soffrono circa 350 milioni di persone, provenienti da tutto il mondo e di tutte le età, estrazione sociale e reddito. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in inglese World Health Organization (WHO) dichiara che nel 2020 la depressione sarà la più diffusa al mondo tra le malattie mentali e in generale, la seconda malattia più diffusa dopo le patologie cardiovascolari. Oggi il numero di persone affetto da depressione è aumentato del 18 % tra il 2005 e il 2015. La depressione è inoltre la più grande causa di disabilità nel mondo intero. Più dell' 80 % del peso di questa malattia è

tra le persone che vivono in Paesi a basso e medio reddito. <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/en/> A questo tema l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha deciso di dedicare la Giornata Mondiale della Salute (World Health Day), che si celebra ogni anno il 7 aprile. Slogan della campagna sarà: "Depression: Let's Talk" - "Depressione: parliamone". L'obiettivo è far sì che sempre più persone chiedano e ricevano aiuto. Una sua migliore comprensione, su come possa essere prevenuta e trattata, possono infatti aiutare a ridurre il segno caratteristico che circonda i malati.

La depressione colpisce persone di tutte le età e, nei casi peggiori, può condurre al suicidio, che è la seconda causa di morte tra i 15 e 29 anni. Fattore fondamentale per il recupero è parlarne: lo stigma che circonda la malattia mentale, depressione inclusa, rimane una barriera che impedisce alle persone che ne soffrono, di tutto il mondo, di cercare aiuto.

Cases of depressive disorder (millions), by WHO Region



WORLD HEALTH ORGANIZATION





IN EUROPA MORBILLO E ROSOLIA IN DIMINUZIONE CONTINUA

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44855/1/9789241503396_eng.pdf

Morbillo e rosolia potrebbero diventare presto solo un brutto ricordo. Grazie al lavoro costante di una Commissione creata dall’OMS, per monitorare queste patologie all’interno della Regione Europea, oggi è possibile affermare che i focolai epidemici di queste due malattie sono in netta diminuzione. Pubblicati i risultati degli ultimi monitoraggi: queste patologie sono state debellate in quasi il 70% dei Paesi tenuti sotto controllo. Tra gli obiettivi del Piano d’Azione Europeo 2015-2020 il più importante è l’aumento delle vaccinazioni per arrestare definitivamente il fenomeno di trasmissione. Nel 70% dei Paesi europei la trasmissione di morbillo è tenuta perfettamente sotto controllo. Le percentuali relative alla rosolia, invece, sono leggermente più basse, si attestano intorno ai 66 punti. Dei 53 Paesi analizzati, in 27 è stata riscontrata un’interruzione prolungata della trasmissione, per almeno 36 mesi consecutivi. Questi luoghi sono, di conseguenza, considerati “liberi” da una o entrambe le malattie. I dati sono stati ottenuti analizzando le condizioni epidemiche relative al 2015.

Facendo un confronto rispetto all’anno precedente emerge che, in dodici mesi, il morbillo è stato debellato in quattro nuovi Paesi in più, la rosolia in due. Una tendenza positiva continuata anche lo scorso anno: nel 2016 i casi di morbillo e rosolia segnalati sono stati inferiori rispetto al 2015. “È incoraggiante vedere che gli sforzi dell’OMS e dei singoli Stati conducono ad un costante progresso verso l’eliminazione del morbillo e della rosolia”, ha affermato il professor Nedret Emiroglu, direttore della Divisione delle malattie trasmissibili e la sicurezza sanitaria dell’OMS. “Ma non possiamo essere soddisfatti fino a quando tutti i Paesi avranno raggiunto lo stesso risultato.

Oggi esiste un vaccino efficace, sicuro ed immediatamente disponibile, una soluzione che evita a chiunque di dover soffrire per aver contratto il morbillo o la rosolia.



Eppure abbiamo assistito alla diffusione di diversi focolai e anche a delle morti, tra il 2015 e il 2016. Si può fare di più e deve essere fatto”. Eliminare il morbillo e la rosolia è, infatti, uno degli obiettivi centrali del Piano d’azione Europeo 2015-2020: più ci saranno persone vaccinate, ha spiegato l’OMS, più diminuiranno le disuguaglianze di trattamento e migliorerà la salute globale.

AL WORLD CANCER DAY NUOVE LINEE GUIDA PER LA DIAGNOSI E TRATTAMENTO PRECOCE DEI TUMORI

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254500/1/9789241511940-eng.pdf?ua=1>

Il cancro è responsabile di quasi una morte su sei nel mondo, e il numero di nuove diagnosi è in continuo aumento e destinato a passare da 14 a 21 milioni l’anno, da oggi al 2030. Lo affermano le stime pubblicate dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in occasione del World Cancer Day che si è celebrato il 4 febbraio.

Secondo l’OMS ogni anno 8,8 milioni di persone muoiono per tumore, la maggior parte delle quali nei Paesi a basso e medio reddito, anche se in tutti i Paesi molti casi sono diagnosticati in uno stadio avanzato. Il costo economico mondiale di questa malattia è stato stimato a 1,16 mila miliardi di dollari. Per aiutare i Paesi a organizzare i servizi sanitari in questo senso l’OMS ha pubblicato delle



linee guida su diagnosi e trattamento precoce. “Una diagnosi di tumore tardiva e l'impossibilità di ricevere le terapie, condanna molte persone a sofferenze non necessarie e morte precoce, afferma il dr. Etienne Krug, che dirige il Dipartimento per le malattie non trasmissibili dell'OMS. Applicando le indicazioni di questa guida, è possibile migliorare diagnosi e trattamento soprattutto per i tumori di seno, cervice e colon retto”.

I tre passi per la diagnosi precoce definiti dall'OMS sono:

- Migliorare la consapevolezza pubblica dei diversi sintomi del cancro e incoraggiare le persone a cercare cure quando i sintomi si presentano.
- Investire nel rafforzare e dotare i servizi sanitari e la

- formazione degli operatori sanitari, in modo che possano condurre diagnosi accurate e tempestive.
- Assicurarsi che le persone che vivono con il cancro possano accedere a trattamenti sicuri ed efficaci, tra cui la terapia del dolore, senza incorrere in difficoltà personali o finanziarie.



Hanno collaborato a questo numero

Federica Rota

Specialista in Allergologia e Immunologia Clinica

Francesco Leone

Medico chirurgo - Specialista in Malattie Infettive

Giuseppe Luzi

Prof. Ass. di Med. Interna - Spec. Allergologia e Imm. Clinica e Malattie Infettive

Giorgio Pitzalis

Specialista in Gastroenterologia e Pediatria

Giovanni Maturo

Specialista in Urologia

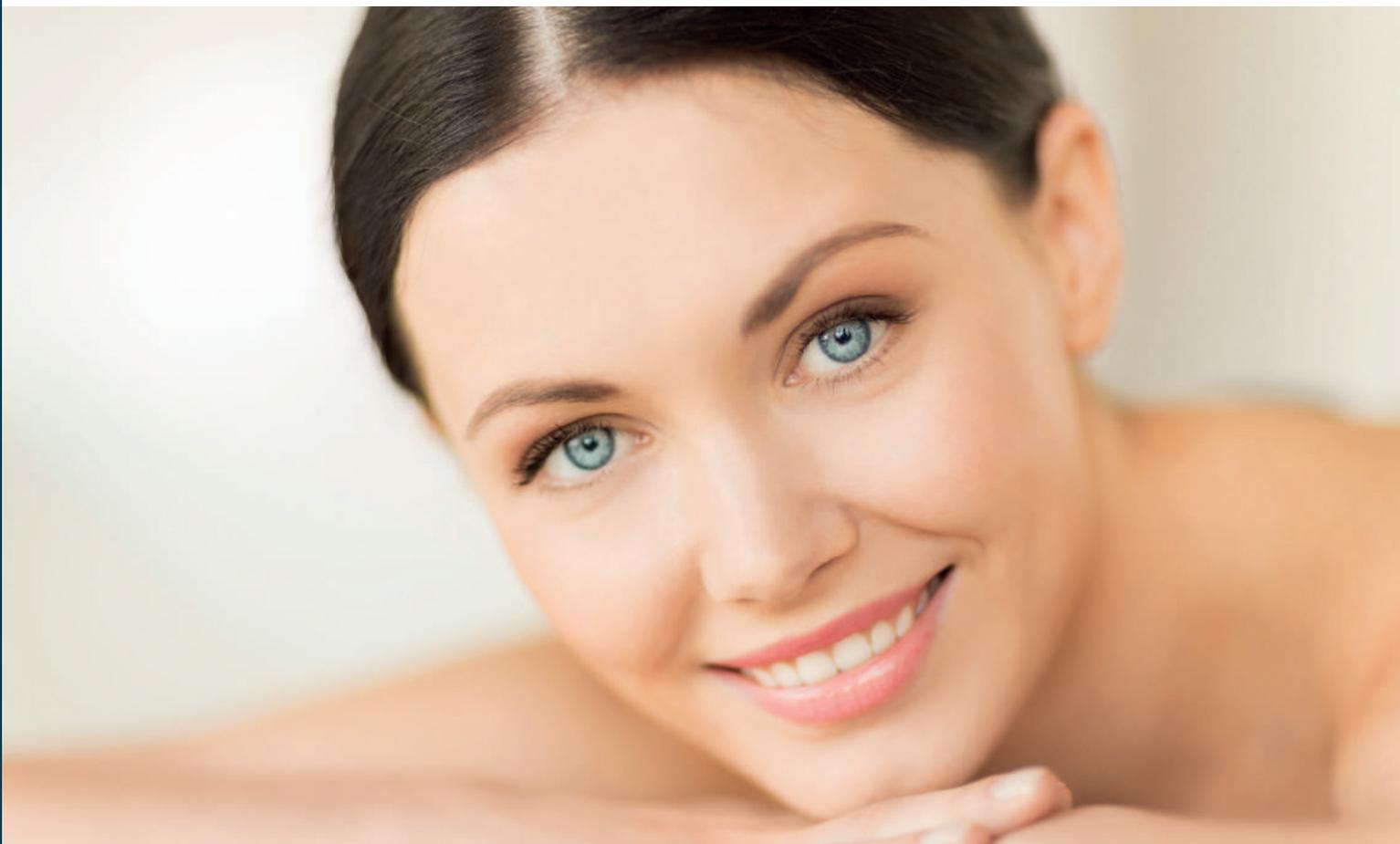
Ludovico Caperna

Specialista in Ortopedia e Traumatologia

Maria Giuditta Valorani

PhD, Research Associate, Queen Mary University of London - UK

FISIOBiOS PRESENTA IL LASER ESTETICO DI ULTIMA GENERAZIONE TECNOLOGICA



- **RINNOVA E MIGLIORA LA TUA PELLE**
- **CONTRASTA I PRIMI SEGNI DEL TEMPO**
- **OTTIENE UN COLORE DELLA PELLE PIÙ UNIFORME**
- **ATTENUA LE SMAGLIATURE**
PER UNA CUTE PERFETTAMENTE LEVIGATA
- **ESEGUE EFFICACI E SICURI TRATTAMENTI**
VENOSI E VASCOLARI
- **OTTIENE UN'EPILAZIONE PERMANENTE**



•• BIOS SPA

DIAGNOSTICA SPECIALISTICA PEDIATRICA

UN TEAM DI SPECIALISTI A FIANCO DEL VOSTRO PEDIATRA

DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

- ANALISI CLINICHE

DIAGNOSTICA SPECIALISTICA

- ALLERGOLOGIA
- ANDROLOGIA DELL'ETÀ PEDIATRICA
- CARDIOLOGIA
- CHIRURGIA PLASTICA
- DERMATOLOGIA
- DIETOLOGIA
- ENDOCRINOLOGIA/AUXOLOGIA

- GASTROENTEROLOGIA
- GINECOLOGIA DELL'ADOLESCENZA
- MEDICINA DELLO SPORT
- NEUROLOGIA
- NEUROPIEDIATRIA PSICOLOGIA CLINICA DELL'ETÀ EVOLUTIVA
- ODONTOIATRIA
- OFTALMOLOGIA
- ORTOPEDIA
- OTORINOLARINGOIATRIA
- UROLOGIA

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

- ECOGRAFIA
- RADIOLOGIA
- RMN
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
- TC - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA PEDIATRICA