

DIAGNOSTICA



- ▶ **Alcolismo:**
non Happy Hour
- ▶ **Eliminare il dolore prima di tutto**
- ▶ **La sindrome del girovita:**
un killer silenzioso

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, Ecocolor Doppler

- **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**

“

IL PUNTO

Il ruolo del medico nel XXI secolo

Francesco Leone

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:

Fabio Ferro, Francesco Leone, Giuseppe Luzi

Giorgio Pitzalis, Giovanni Truscelli,

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 Luglio 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.



APPROPRIATEZZA

Il nodulo della tiroide: quale evoluzione?

Redazionale

04



PREVENZIONE

Alcolismo: non Happy Hour

Redazionale

06



NUTRIZIONE

La dieta senza glutine tra necessità, moda e business?

Giorgio Pitzalis

10



AMBIENTE

I determinanti della salute: una riflessione critica

Giuseppe Luzi

13

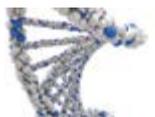


STORIA DELLA MEDICINA

Eliminare il dolore prima di tutto

Redazionale

15



Come identificare una “nuova” malattia:

l'agammaglobulinemia di Bruton

Giuseppe Luzi

17



LE ISTITUZIONI

Quando i numeri fanno chiarezza: di cosa si muore in Italia?

Redazionale

22



L'impegno del Telefono Verde AIDS e Infezioni Sessualmente Trasmesse. Istituto Superiore di Sanità per la prevenzione delle IST

Redazionale

24



IMPARARE DALLA CLINICA

La sindrome del girovita: un killer silenzioso

Giovanni Truscelli

26



Il dolore scrotale o scroto-algia

Fabio Ferro

28

”

FROM BENCH TO BEDSIDE

a cura di *Maria Giuditta Valorani*

33

P

IL PUNTO

Il ruolo del medico nel XXI secolo

Francesco Leone

Nel “Corpus Hippocraticum” si legge

Il medico deve avere autorità. Avrà un buon colorito e la floridezza che si addice alla sua natura... Giacchè è opinione comune che coloro il cui fisico non goda di buono stato non saranno in grado di curare gli altri in maniera soddisfacente... Inoltre egli dovrà avere ricercatezza nel curare la propria persona, decenza nell’abbigliamento, profumi gradevoli, dall’odore discreto.

Cosa è rimasto di tutto questo? All’epoca di Ippocrate le cose tutto sommato non erano difficili: se andava bene si riusciva a curare il malato. E d’altro canto il principio, di buon senso, era “primum non nocere”. Per prima cosa non fare danno. Dopo circa 2.500 anni lo scenario è assai mutato. Forse il “primum non nocere” dovrebbe anche estendersi al ruolo del medico, alla sua funzione.

Come si dice, molta acqua è passata sotto i ponti, e per comprendere il problema è utile ricordare quanto ha scritto G. Corbellini in un suo pregevole saggio (*Breve storia delle idee di salute e malattia*. Carocci,

2004; pag. 9) “Le idee di salute e la malattia incarnano dimensioni antropologico-culturali fondamentali di una società, ovvero valori associati a diverse condizioni fisiche e psicologiche di sofferenza e/o benessere, ma anche sistemi di conoscenze e pratiche mediche evolute per alleviare e prevenire le sofferenze o promuovere il benessere”.

È cambiata la società, è cambiato il significato della medicina, è mutato il ruolo del medico e la percezione della sua funzione sociale. Nel mondo occidentale, dove viviamo, si assiste a un invecchiamento della popolazione. È vero, si vive di più e meglio, ma invecchiando i problemi aumentano e la loro gestione diventa sempre più costosa. In qualche modo le persistenti difficoltà economiche e i costi per la spesa sanitaria hanno modificato la professione medica come descritta “storicamente” e ne stanno cambiando anche il futuro.

D’altro canto la diffusione dell’informazione, ma non della cultura medica (che richiede cognizione di causa e capacità critica), rende necessaria una riqualificazione del rapporto medico-malato.

Bisogna cambiare l'approccio alla professione partendo dagli studi universitari, anche alla luce dell'imponente mole di dati che in modalità esponenziale si accumula nell'ambito delle singole aree di ricerca e di specialità medica.

In una casa ancora degli anni Cinquanta - Sessanta del XX Secolo c'è un bimbo con la febbre; la febbre persiste da due giorni. Comincia qualche preoccupazione. La mamma chiama il medico, il pediatra. Il pediatra conferma che verrà quanto prima nel pomeriggio, magari non fissa l'ora ma verrà di sicuro. La mamma, allora, come avveniva in molte famiglie, pulisce il bagno di casa, prende un asciugamano pulito e sostituisce quello di uso comune, e apre la confezione di una saponetta nuova. Il medico verrà messo a suo agio e verrà "formalmente" rispettato.

È un rituale che non si ripete più. Il medico rappresenta un servizio. Nulla di male in tutto questo: la forma a volte è sostanza ma spesso non lo è. Oggi c'è il 118 per le urgenze. Poi c'è il medico di famiglia (della mutua). E ci sono le file per fare analisi specialistiche. O, se le cose non vanno, c'è il pronto soccorso (pieno, di solito, dove medici e infermieri sono costantemente sotto pressione). E, costante, ormai, la minaccia di implicazioni medico-legali. Era allora meglio il passato quando il medico veniva in qualche modo collocato in una posizione di privilegio e sicuramente gli aspetti medico-legali non erano così coinvolgenti? Ovviamente la risposta è no. È corretto che ogni professione venga valutata sotto il profilo del sapere e saper fare.

Resta tuttavia il fatto che oggi il clima è mutato e una delle necessità più sentite sta nella riqualificazione "formale" della funzione medica, dove la "forma" assume il significato di sostanza.

I numerosi siti web forniscono a ciascuno dati sulle diagnosi, le cure esistenti per un determinato problema, le opzioni terapeutiche; i canali televisivi ufficiali o quelli privati, youtube riportano conferenze, atti chirurgici, dichiarazioni dei "grandi" medici del momento. Quando il cittadino sospetta una sua malat-

tia, dunque, va dal medico con precise opinioni (che magari si è costruito da solo) e conosce già l'approccio a gran parte delle terapie possibili. Non di rado è conflittuale già l'inizio del colloquio e dal medico si vuole soltanto una conferma a proprie opinioni già acquisite.

Ma i progressi della Medicina continuano. Gli interventi chirurgici oggi si fanno in gran parte per via endoscopica. I farmaci sono il prodotto di tecnologie avanzate e offrono opportunità crescenti (sebbene i costi siano alti e rappresentino un ostacolo di consistenti dimensioni): ma basta pensare a come oggi si gestisce l'AIDS, che sostanzialmente fino alla metà degli anni Novanta del XX secolo era incurabile e alla relativamente recente introduzione degli antivirali rivolti contro il virus dell'epatite C, con risultato in guarigione.

Questi progressi, tuttavia, hanno in sé un rischio: la ipersetorializzazione di aree già nate ad alta specializzazione. Necessità quindi di reti di collaborazione, dove le competenze possano convergere nel risultato finale: la miglior cura, i minori costi, una costante appropriatezza nel percorso assistenziale e nel monitoraggio clinico-laboratoristico-strumentale.

Ma i costi lievitano, la popolazione invecchia, i piani nazionali di intervento hanno incrementato l'obbligo degli adempimenti burocratici. Molti medici riescono a ottimizzare la loro professione se vivono in strutture qualificate in grado di avere un monitoraggio pieno dei problemi in tempo reale, ma un gran numero di sanitari, non così fortunato, si sente oberato da questi obblighi istituzionali che ne hanno in parte stravolto le funzioni.

E ancora: una società in crisi economica come la nostra non deve rivedere il rapporto tra sanità pubblica e privata, selezionando le risorse e circoscrivendo le aree che possono essere utilizzate al meglio nel pubblico e con maggiore razionalità nel mondo della sanità privata? È un problema di soglia. Probabilmente è stata superata e non consente al momento un'ottimizzazione del sistema nel suo complesso. Questa è la sfida per il futuro, già cominciato e veloce nel suo progredire. ■

A

APPROPRIATEZZA

Il nodulo della tiroide: quale evoluzione?

Redazionale

I noduli tiroidei, singoli o multipli, sono una frequente patologia endocrina. Spesso il riscontro di un nodulo o di noduli multipli della tiroide avviene in modo del tutto occasionale, quando si va dal medico per qualche altro motivo e il sanitario effettua l'esame ecografico. Infatti è questo il punto critico: la grande diffusione dell'esame ecografico ha generato molti "noduli" tiroidei!

Quando viene comunicato al paziente che c'è un nodulo della tiroide inevitabilmente nasce un motivo d'ansia: è un tumore? Va operato? È cosa grave?. Quando si fa un accurato esame medico (non occorre essere specialisti) la palpazione arriva a identificare una frazione di noduli non superiore al 20%. Con l'esame ecografico la prevalenza ha raggiunto circa il 70%.

In generale il riscontro di noduli tiroidei aumenta con l'età della persona esaminata, le donne sono più soggette a questa patologia, e ovviamente si deve tener conto delle aree geografiche con carenza di iodio. In un gran numero di casi non viene riferita alcuna sintomatologia.

Di fronte alla presenza di un nodulo tiroideo è **opportuno un approccio specialistico**, perché è necessario controllare il nodulo, definirne le caratteristiche, stabilire una qualche previsione sull'andamento nel tempo, decidere eventualmente l'indagine citologica.

Essendo i noduli della tiroide molto frequenti (a Roma si possono ipotizzare circa 600.000 persone con questo problema) quali sono i punti fermi che si debbono conoscere? Alla luce ovviamente della domanda: il nodulo è un cancro? Il nodulo, anche in un primo momento "benigno", avrà evoluzione in cancro? Oppure, più semplicemente, come evolverà nel tempo, aumenterà di volume?

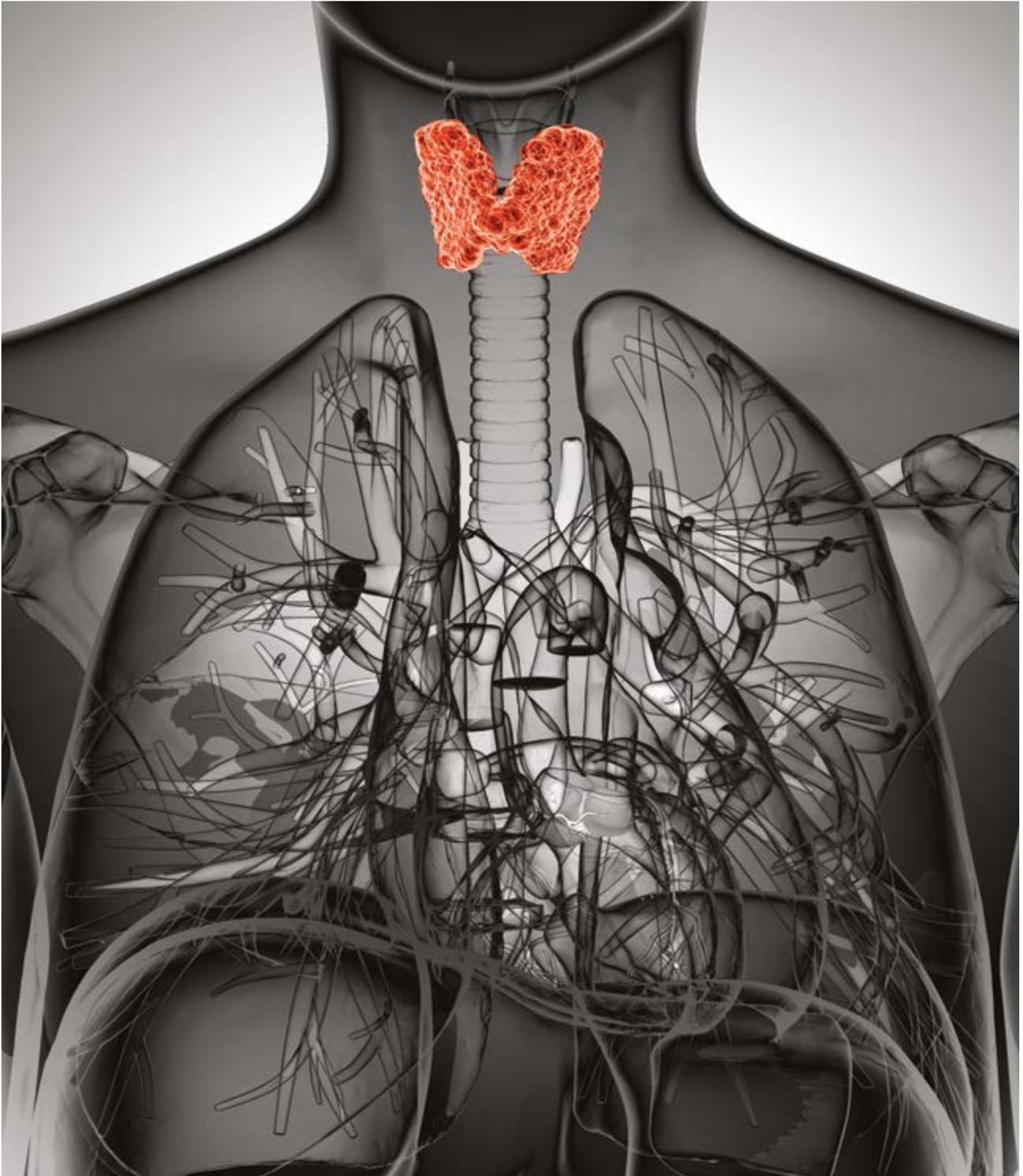
Di fronte alle due domande più importanti ricordiamo le risposte:

1. Quale è l'evoluzione spontanea, senza terapia, dei noduli tiroidei che non risultino sospetti all'esame ecografico e siano citologicamente benigni? Solo il 15% **cresce di volume** nel corso degli anni;
2. Quando è indicato l'esame citologico? **Solo in base alle caratteristiche ecografiche.**

In conclusione solo un'esima parte dei noduli tiroidei hanno evoluzione neoplastica e le condizioni del monitoraggio sono oggi sicuramente meno "ossessive" rispetto a un passato anche recente. Per la decisione di eseguire un esame citologico il parametro base che deve guidare la scelta del medico è l'aspetto che il nodulo assume in ecografia.

Comunque, individuato un nodulo, è opportuno

prescrivere gli esami che misurano gli ormoni della tiroide nel sangue (fT3, fT4, calcitonina, HTG, anticorpi anti-HTG, anti-TPO) e l'ormone ipofisario TSH. Acquisiti questi risultati ovviamente si prosegue con esami specialistici se ritenuti necessari. La scintigrafia, una volta considerata utile, oggi ha un'applicazione specifica per misurare il corretto funzionamento della ghiandola. ■



P

PREVENZIONE

Alcolismo: non happy hour

Redazionale

Happy hour (letteralmente “ora felice”) è ora un luogo comune, nato da una promozione di marketing nel mondo anglosassone in riferimento all’orario durante il quale un pubblico esercizio (bar, ristorante, pub) vende bevande alcoliche (vino, birra, vari cocktail) a basso prezzo. Non esiste certo una definizione rigorosa di happy hour, ma in generale si fa riferimento a un intervallo di tempo nel tardo pomeriggio (diciamo “dopo il lavoro”) durante il quale il consumo di alcol aumenta fortemente in grandi quantità proprio per il basso costo. Nelle nostre città questa abitudine, ormai diffusa da alcuni anni, ha costituito e rappresenta un vero problema sociale soprattutto per il contesto nel quale avvengono i raduni quotidiani attorno a locali che distribuiscono alcol, per il danno fisico che subiscono i bevitori (in gran parte di giovane età) e per il grave disturbo fornito alla quiete pubblica. L’happy hour magari inizia alle 18:00 – 18:30, ma le bevute si prolungano spesso oltre la mezzanotte.

L’alcol è sempre stato un problema sociale, con risvolti politici e legali. Il consumo diffuso in tutto il mondo se da un lato rappresenta fonte di ricchezza per i produttori di bevande è d’altro canto un elemen-

to con valenze solo negative per la salute e il comportamento. Ma quando parliamo di alcol cosa intendiamo? Per bevanda alcolica si intende una qualsiasi bevanda che abbia etanolo (alcol etilico). Nel commercio l’elemento discriminante riguarda i prodotti a bassa gradazione (inferiore a 21% di vol) come la birra o il vino e i prodotti superalcolici (la gradazione è superiore ai 21% di volume).

L’etanolo assunto ha vari effetti sull’organismo umano (tossico, soprattutto per il fegato; destabilizzante le membrane cellulari; causa danni neurologici; determina dipendenza). Il consumo cronico di bevande alcoliche porta ad un’assunzione addirittura sostitutiva della dieta. Tipica la neuropatia dell’alcolista cronico. Cancro e cirrosi epatica sono il risultato nel tempo. Se l’assunzione si verifica in gravidanza il feto può subire gravi danni, sia fisici sia mentali. L’alcolismo, o meglio, la malattia dell’alcolismo è un grave problema delle nostre società: aumento della violenza, incidenti automobilistici, comportamenti a rischio. L’alcol è una droga ad alta pericolosità.

Ma vini, birra e superalcolici sono stati per anni considerati prodotti di comune impiego e così tra-



mandati nella nostra cultura “liquida”. Per esempio “chi beve birra campa cent’anni”, oppure “vino rosso fa buon sangue”. Certa cinematografia del passato ma anche attuale associa l’uso di superalcolici a concetti di superomismo o di appeal sessuale, al quale non è estraneo il sesso femminile.

Ma se l’uso di bevande alcoliche è inevitabile, quale limite si può porre? Innanzi tutto bisogna avere in testa che l’alcol **non è un nutriente e che le be-**

vande alcoliche non sono un alimento. Gli sforzi per contenere il problema e attivare una sorveglianza sulla salute della popolazione sono un impegno lodevole dell’Istituto Superiore di Sanità che ha elaborato vari documenti e aggiornato i dati epidemiologici relativi. Per un utile colpo d’occhio su numeri essenziali da conoscere si riporta di seguito quanto ha prodotto un utile opuscolo dell’Istituto Superiore di Sanità, facilmente acquisibile in pdf dal sito relativo.

COME CALCOLARE QUANTO SI BEVE

Spesso non ci soffermiamo a pensare quanto beviamo abitualmente. Il modo più semplice per calcolarlo è: contare il numero di bicchieri di alcolici che giornalmente o abitualmente si bevono. Ricorda che un bicchiere di vino (da 125 ml), una birra (da 330 ml), un aperitivo (da 80 ml) oppure un bicchiere di superalcolici (da 40 ml) contiene la stessa quantità di alcol pari a circa 12 gr.



BIRRA
bicchiere da 330 ml

oppure



VINO
bicchiere da 125 ml

oppure



APERITIVO
bicchiere da 80 ml

oppure



COCKTAIL
bicchiere da 40 ml

Si precisa che 1 drink è una unità alcolica e corrisponde a 12 grammi di alcol puro!

Confrontare il proprio consumo con le quantità indicate nel riquadro può aiutare ad essere più consapevoli riguardo alle proprie abitudini

Se il numero di unità o bicchieri è **zero**
non si corre alcun rischio.

Se il numero di unità o bicchieri è superiore a:

2-3 unità o bicchieri al giorno per gli uomini

1-2 unità o bicchieri al giorno per le donne

1 unità o bicchieri al giorno per gli ultra 65enni

1 unità o bicchieri al giorno per i giovani dai 16 ai 18-20 anni

Salute e benessere sono esposti ad un maggior rischio.



Sempre in questo bell'opuscolo vengono riportate alcune osservazioni fondamentali che sfatano pregiudizi e false informazioni.

Queste sì che sono fake news sulle quali chiudere ogni dubbio. ■

L'alcol aiuta a riprendersi da uno shock.

Non è vero!

Provoca la dilatazione dei capillari e determina un diminuito afflusso di sangue agli organi interni, soprattutto al cervello.

L'alcol dà forza.

Non è Vero!

L'alcol è un sedativo e produce soltanto una diminuzione del senso di affaticamento e della percezione del dolore. Inoltre solo una parte delle calorie fornite dall'alcol possono essere utilizzate per il lavoro muscolare.

È vero... che?

Sfatiamo i luoghi comuni

L'alcol rende sicuri.

Non è vero!

L'alcol disinibisce, eccita e aumenta il senso di socializzazione anche nelle persone più timide salvo poi, superata tale fase di euforia iniziale, agire come un potente depressivo del sistema nervoso centrale. È inoltre da sottolineare che la "sicurezza" non vigile e senza il pieno controllo del comportamento si accompagna ad una diminuzione della percezione del rischio e delle sensazioni di dolore rendendo più vulnerabile l'individuo alle conseguenze di gesti o comportamenti potenzialmente dannosi verso sé stessi e verso gli altri.

La birra "fa latte"

Non è vero!

In realtà la donna non ha bisogno di birra per produrre latte, ma soltanto di liquidi: acqua, succhi di frutta e cibi nutrienti. L'alcol che la donna beve passa nel latte materno e viene assunto dal bambino. È bene ricordare inoltre che durante la gravidanza l'alcol assunto passa nel liquido amniotico con possibili conseguenze nella normale crescita del feto che alla nascita può risultare affetto da una grave malattia nota come sindrome feto-alcolica.

L'alcol è una sostanza che protegge.

Non è vero!

Anche se alcune evidenze mostrano che minime quantità di alcol possono contribuire nei soggetti adulti e di sesso maschile a ridurre il rischio di mortalità cardiovascolare, è bene ricordare che alle stesse quantità consumate corrisponde un aumento del rischio di cirrosi epatica, alcuni tumori, patologie cerebrovascolari, incidenti sul lavoro, stradali e domestici. In ogni caso, un individuo che non beve non deve essere sollecitato a bere al fine di prevenire una patologia, senza essere informato adeguatamente dei rischi che il consumo di bevande alcoliche, anche in minime quantità, comporta.

Per prevenire le patologie cardiovascolari è molto più efficace ridurre il peso, non fumare, incrementare l'attività fisica, ridurre il consumo di sale e dei grassi alimentari e fare uso di farmaci appropriati.

L'alcol non è un farmaco e come tale non può essere oggetto di prescrizione medica.

N

NUTRIZIONE

La dieta senza glutine tra necessità, moda e business?

Giorgio Pitzalis

C'era una volta il **biologico**, poi venne il **naturale** e quindi il **vegano**. Ora è di moda il senza **glutine**. Un mercato, quello del «**free from**», in ascesa negli ultimi anni: grazie anche alla spinta di alcune celebrità che, pur non essendo celiache, portano in tavola prodotti senza glutine perché convinte di guadagnare così in salute e restare in forma più facilmente. Un equivoco, come dimostrano i dati scientifici più recenti, che sta contribuendo a far dilagare la dieta senza glutine.

Sono 6 milioni gli italiani che si considerano affetti da tale patologia seguendo, in realtà, dei falsi miti e sprecando ogni anno 105 milioni di euro per l'acquisto di cibi senza glutine a loro non necessari. L'allerta arriva dagli esperti dalla terza edizione della settimana nazionale della celiachia (13-21 maggio 2017), ideata proprio per sensibilizzare e far conoscere i veri rischi di questa malattia. Ogni anno, nel nostro Paese, si spendono 320 milioni di euro per prodotti senza glutine, ma di questi solo 215 derivano dagli alimenti erogati per la terapia dei pazienti celiaci.

Oggi milioni di persone scelgono di eliminare il glutine dalla propria dieta per seguire la moda del

momento ma nessuna ricerca ha finora dimostrato qualsivoglia effetto benefico per i non celiaci nell'alimentarsi senza glutine. Gli studi scientifici stanno ampiamente dimostrando che, per tutta la popolazione, l'esclusione del glutine è inutile. Nei non celiaci l'esclusione del glutine non riduce il rischio cardiovascolare, come alcuni sostenevano ritenendo che incrementasse il livello generale di infiammazione. Anzi, l'alimentazione gluten-free nei non celiaci si associa a una riduzione del consumo di cereali integrali, con possibili effetti negativi proprio sul rischio cardiovascolare. La dieta senza glutine è invece essenziale per i pazienti celiaci: in Italia si stimano circa 600.000 casi, pari all'1% della popolazione.

Ma i diagnosticati ad oggi sono appena 190.000. 7 celiaci su 10 non sanno di avere questo problema. La celiachia infatti è una malattia irreversibile e chi ne soffre deve nutrirsi senza glutine per tutta la vita, in ogni circostanza. Ecco spiegato perché il **Servizio Sanitario Nazionale** eroga ai pazienti celiaci i prodotti dietetici senza glutine fino a un tetto massimo di spesa pari, in media, a 90 euro al mese per paziente. La dieta del celiaco può e deve essere il più possibile varia,



includendo soprattutto alimenti naturalmente privi di glutine quali mais, riso, grano saraceno, miglio, quinoa, amaranto ed altri cereali minori, oltre a verdura, frutta, legumi, latte e derivati, uova, carne e pesce. La dieta senza glutine non dà nessun beneficio in termini di salute del cuore se a seguirla è una persona che non soffre di celiachia, anzi in questo caso potrebbe essere dannosa. Lo afferma uno studio eseguito dalla Columbia University e pubblicato dal British Medical Journal che ha seguito oltre 110.000 soggetti per 26 anni; ha evidenziato che nei non celiaci l'esclusione dei glutine non riduce il rischio cardiovascolare.

I cibi senza glutine non sono sempre salutari, soprattutto quelli per bambini. Nei prodotti gluten-free sono presenti troppe calorie e grassi, poche proteine e zuccheri. Possono concorrere a sbilanciare la dieta, le confezioni ingannano e i ragazzini celiaci rischiano il sovrappeso. In particolare, i diversi tipi di pane senza glutine hanno un livello maggiore di grassi e acidi grassi saturi, le paste un minore contenuto di proteine e zuccheri e i biscotti un ridotto contenuto di proteine e lipidi in eccesso. Il pane, la pasta e le farine con il glutine, invece, hanno un contenuto 3 volte maggio-

re di proteine rispetto ai loro sostituti gluten-free. A questo punto, per rendere più appetibili gli alimenti gluten-free le industrie impiegano una quota più elevata di grassi, in particolare nei prodotti come biscotti e merendine. È bene quindi che tali prodotti vengano riformulati ma nel frattempo il consiglio ai genitori di bambini con celiachia è di cucinare il più possibile a casa i cibi gluten free, usando solo ingredienti sani e privi di glutine, senza grassi e additivi. Le ricette sono davvero molte e si trovano anche nel web. Si possono fare la pasta fresca, i biscotti, i dolci farciti con l'uso di creme fatte con la fecola di patate o maizena. Ci sono molti ingredienti alternativi, come l'amido di mais e la fecola di patate, privi di glutine e senza grassi in eccesso.

La "moda celiachia" è stata probabilmente innescata (tra le varie cause), anche dalle aziende della filiera alimentare che hanno cominciato a immettere sul mercato un grande quantitativo di prodotti gluten-free fino al punto di invogliare i consumatori. Insomma la mania "gluten free style" senza celiachia non è salutare: causa danni e fa ingrassare.

*“C’è un luogo
tra la fantasia e la realtà, un luogo
dove non ci sono limiti, né assoluti né relativi”.*
(E. L. James)

Un'alimentazione senza glutine non aiuta a mantenere la linea, non migliora la funzionalità dell'intestino, non disintossica e non migliora l'aspetto della pelle. 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 600.000 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 risol-

versi spontaneamente, seguendo una dieta priva di glutine. Il limite nella identificazione reale di questa condizione è correlato al possibile “overlap diagnostico” con condizioni cliniche quali la celiachia, le allergie alimentari, la sindrome del colon irritabile e/o sindromi psicosomatiche. È pertanto necessario provvedere ad una diagnosi completa del disturbo, eseguendo degli 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. Alcuni ricercatori hanno messo in dubbio la NCGS, attribuendo gran parte dei sintomi presenti in questi pazienti al ruolo dei FODMAPs (fermentable oligo- di- e monosaccharides and polyols) contenuti nella dieta. Si tratta di carboidrati a corta catena poco assorbibili che causano distensione del lume intestinale: le fonti più comuni sono il grano ed i cereali (ricchi di fruttani), il latte, i legumi, il miele, la frutta (ciliegia, melone, mango, pera) e ortaggi (cicoria, barbabietola, finocchi, porri). In questa coorte di pazienti, il ruolo dei FODMAPs è stato dimostrato attraverso un challenge in doppio cieco e dopo avere escluso qualunque forma di allergia IgE-mediata.

Infine, non sembra secondario nella patogenesi di questa sindrome il ruolo di alcuni additivi alimentari come glutammato, benzoato, solfiti e nitrati che vengono aggiunti a molti prodotti commerciali per varie ragioni (per esaltare il gusto, colore e come conservanti). La NCGS non correla con l'aplotipo HLA-DQ2 e DQ8 della celiachia, sebbene questo tipo di HLA sia presente nel 46% dei soggetti. Questa percentuale è tuttavia comparabile a quella della popolazione generale (30%), ma di gran lunga inferiore ai soggetti celiaci (99% dei casi).

In conclusione, il clinico deve avere la capacità di guidare il paziente attraverso un adeguato approccio diagnostico considerando la variabilità di una sintomatologia clinica spesso di difficile definizione sul piano oggettivo. ***La pratica del “senza glutine” non deve essere implementata in assenza di oggettive valutazioni sul piano diagnostico.*** ■

A

AMBIENTE

I determinanti della salute: una riflessione critica

Giuseppe Luzi

*La **medicina** è la scienza che si occupa della salute di persone o animali, in particolare riguardo alla definizione, alla prevenzione e alla cura delle malattie, e in collegamento con altre discipline quali ad esempio la biologia, la chimica, la fisiologia, e incluse le applicazioni della scienza medica in altri ambiti, come ad esempio la medicina legale o la medicina forense. Il termine medicina denota anche l'esercizio dell'attività professionale da parte di un medico, e, nell'uso comune del termine, può indicare semplicemente un farmaco (Wikipedia).*

Come si può definire la salute? Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità (definizione OMS, 1948). Questa affermazione è stata oggetto di molte critiche e un passaggio successivo lo possiamo avere nella definizione di Wylie per cui la salute è vista come “l'adattamento perfetto e continuo di un organismo al suo ambiente”.

La chiave “adattativa” introduce così il concetto di equilibrio, in base al quale la salute non è uno “stato” ma una condizione dinamica di equilibrio, fondata sulla capacità del soggetto di interagire con l'ambien-

te in modo positivo, pur nel continuo modificarsi della realtà circostante. In buona sostanza quando dobbiamo identificare i parametri che inquadrano lo stato di salute è necessario tener presente i tre cardini che condizionano la vita di ogni individuo:

- 1. patrimonio genetico;**
- 2. stile di vita;**
- 3. contesto ambientale.**

Entriamo così nel capitolo cruciale dei determinanti della salute, cioè di quei fattori che possono modificare o condizionare in senso negativo o positivo lo stato di salute di una popolazione. Se prendiamo, per esempio, un parametro come la durata della vita quale indicatore indiretto dello stato di salute varie indagini hanno dimostrato che il “peso” delle condizioni ambientali si aggira attorno al 30%. Questo 30% è più o meno il peso che ha l'eredità genetica.

Quando si parla di salute è bene distinguere la salute del singolo da quella dell'insieme sociale al quale il singolo appartiene. Ogni comunità deve impegnarsi per costruire un sistema di gestione e ottimizzazione della salute dei suoi membri.

Per questo scopo l'Organizzazione Mondiale della



Sanità ha proposto una serie di prerequisiti che servono a dare significato pratico al ruolo dei determinanti della salute: abitazione, stato di pace (assenza di conflitti armati), livello e diffusione dell'istruzione, alimentazione adeguata (in senso quantitativo e qualitativo), esistenza di un reddito adeguato e presenza di risorse in forma continuativa, stabilità dell'ecosistema (aspetto, quest'ultimo drammatico, perché la perturbazione di un ecosistema non viene facilmente recuperata e le condizioni di partenza vengono ripristinate in tempi lunghi), equità nella salute e per ciascuno le stesse opportunità di ottenere un medesimo potenziale della salute.

La medicina contemporanea, come scienza **integrata**, applicativa e di ricerca, ha solo in parte acqui-

sito gli strumenti culturali che sono correlati ai determinanti della salute. Ma proprio il proporsi di una medicina "personalizzata", una "precision medicine", che tiene in gran conto i parametri genetici del singolo sottolinea in modo rilevante la nostra dipendenza dal contesto nel quale siamo nati, cresciuti e nel quale le trasformazioni continue che noi apportiamo all'ambiente, spesso sfavorevoli, renderanno il futuro caratterizzato da una schizofrenia sociale drammatica: alta tecnologia medica per agire sulla malattia del singolo individuo, degenerazione ambientale non controllata fonte di ulteriore peggioramento nella qualità della vita e potenzialmente di nuove patologie a larga diffusione (per esempio gravi epidemie indotte da nuovi agenti patogeni). ■

M

STORIA DELLA MEDICINA

Eliminare il dolore prima di tutto

Redazionale



Uno dei problemi esistenziali più importante nella storia della specie umana, sin dai tempi più lontani, è stato il dolore. Dolore provocato dalle ferite, da malattie, dal diffondersi di tumori nell'organismo,

da un'amputazione. *Divinum opus est sedare dolorem* (frase di Ippocrate o forse di Galeno): impegno dell'atto medico e della pietà umana che nobilita l'agire medico. Quotidianamente milioni di persone fanno

ricorso ad antidolorifici, talora per banali alterazioni, più spesso per controllare situazioni altrimenti insostenibili. Quando andiamo dal dentista e dobbiamo togliere un dente siamo un po' preoccupati, ma tutto sommato con una "semplice" iniezione affrontiamo un atto altrimenti assai doloroso e non sempre di breve durata. E se dobbiamo essere anestetizzati? Niente paura. Oggi sappiamo che in tutte le sale operatorie chirurgiche di ogni specialità intervengono con approcci complessi che riescono con successo proprio grazie alla possibilità di anestesie sicure e prolungate.

Non dimentichiamo, anche immaginando un po', quello che poteva accadere in passato, in un passato anche non molto lontano. Prendiamo un'amputazione, per esempio per una ferita di guerra: la scena è "cinematografica", ma vera nella sua essenza: il sangue esce copioso dalla ferita, si palesa lo spavento, il terrore del ferito che urla, si contorce, digrigna i denti. È necessario legarlo, assistenti lo tengono fermo per facilitare o semplicemente rendere possibile l'atto chirurgico. Questo deve essere veloce. I grossi vasi sanguigni devono essere risparmiati. Spesso il ferito sviene. Già nell'antichità sono state proposte sostanze con scopo anestetico (mandragora, cicuta, hashish, alcol, etc.). Per esempio in Egitto, circa dieci secoli a.C. veniva utilizzato l'oppio. È anche riportato che Ippocrate utilizzasse una sorta di spugna bagnata con oppio, mandragora e cicuta.

Il ghiaccio, lo sappiamo, può lenire il dolore. Non tutti sanno però che un chirurgo italiano, Marco Aurelio Severino (1580 – 1656) fu sostenitore di questo approccio che è persistito anche ai nostri giorni.

Dobbiamo a sir Humphry Davy (1778-1829) la descrizione delle proprietà del gas esilarante (scoperto da Joseph Priestley nel 1772), il celebre ossido di diazoto noto meglio come "protossido di azoto". Il protossido di azoto riduce la sensazione di dolore anche se la persona al quale viene somministrato è ancora parzialmente cosciente. È entrato in uso presso i dentisti che si avvantaggiavano del fatto che il paziente poteva rispondere ad alcuni ordini verbali.

Un'altra tappa fondamentale è consistito nell'uso dell'etere dietilico. Storicamente il suo impiego rico-

nosciuto risale all'uso di William Green Morton, per un paziente operato dal chirurgo John Collins Warren il 16 ottobre 1846.

Naturalmente i progressi dell'anestesia e gli approcci d'insieme, medici e chirurgici, hanno rappresentato un capitolo in continua evoluzione con alcune tappe che potremmo definire di riferimento in relazione ai prodotti chimici identificati. Ricordiamo tra i più comuni prodotti il curaro (usato come miorelaxante in anestesia), la fisostigmina, la succinilcolina, pancuronio. Nell'ambito degli anestetici locali le osservazioni iniziali risalgono alla scoperta dell'attività dell'estratto di *Erythroxylon coca*, la cui descrizione chimica strutturale completa avvenne nel 1898.

L'anestico locale viene iniettato in più sedi vicine tra loro ottenendo una diffusione attraverso i tessuti. In questo modo oltre ai terminali di nervi sensitivi a all'interessamento delle fibre sottili, vengono bloccate le fibre nervose più spesse. Lo scopo di questa anestesia è di solito nell'impiego odontoiatrico e in interventi chirurgici di minore rilevanza tecnica. L'utilizzo può riguardare anche tronchi nervosi maggiori (anestesia spinale, epidurale, intercostale).

Al 1890 risale la benzocaina, che presenta una relativamente bassa tossicità. Successivi lavori consentirono, all'inizio del XX secolo la produzione di novocaina, anestetico considerato di prima scelta per almeno 40 - 50 anni. Si ha nel 1946 un ulteriore passaggio con l'introduzione della lidocaina (Xilocaina). Molecola ad azione pronta e prolungata, con modesto grado di tossicità. Altre variazioni della lidocaina sono la mepivacaina (Carbocaina), la Bupivacaina (Marcaina), la Levobupivacaina (Chirocaina).

Questo breve percorso nella storia dell'anestesia, incompleto e del tutto approssimativo, deve però illuminarci anche sull'uso di nuovi prodotti che spesso sono stati sottoposti a critiche non motivate.

In un'intervista di alcuni anni fa Umberto Veronesi alla domanda su "cosa è il dolore" risponde: "È un'espressione del corpo e della mente. Non c'è nulla di buono nel dolore. Non temprà, non eleva; anzi fa perdere lucidità e quindi va combattuto sempre" e ancora **"Non c'è valore catartico nel dolore"**. ■

Come identificare una “nuova” malattia: *l’agammaglobulinemia di Bruton*

Giuseppe Luzi



1952: grazie al dr. O. Bruton iniziano gli studi sulle immunodeficienze geneticamente determinate, vediamo come.

Se è vero, come disse W. Churchill riferendosi al sacrificio dei piloti inglesi nella Battaglia di Inghilterra (che consentì di contenere il tentativo tedesco di invadere la Gran Bretagna) che “mai così tanti dovettero così tanto a così pochi”, possiamo riprendere questa affermazione ben nota in riferimento ai pionieri che fondarono l’Immunologia e resero possibili i grandi successi terapeutici del XX secolo fino ai nostri giorni.

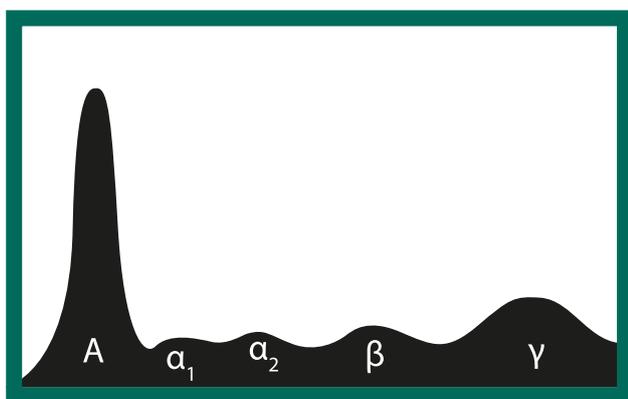
Tra le figure che meritano una particolare menzione c’è il dr. Ogden Carr Bruton (1908 - 2003), pediatra e



direttore del Walter Reed Army Hospital, negli USA. Meno noto tra le figure di medici e ricercatori che compaiono di solito nei riferimenti storici della Medicina (come Pasteur, Koch, Fleming, Forlanini, Freud, etc.) è invece ben conosciuto nel mondo dell'Immunologia Clinica.

Da Bruton si può prendere esempio su quale tipo di preparazione deve avere un medico, espressione di cultura, capacità di osservazione, intuito clinico, aggiornamento scientifico. Mentre era al Walter Reed Hospital, Bruton ebbe in cura un bambino di 8 anni. Questo bambino aveva ricorrenti polmoniti. Nel dettaglio il paziente, tra l'età di 4 e 9 anni, era stato ricoverato 19 volte per infezioni ricorrenti e in 9 circostanze il patogeno isolato era uno pneumococco. Il trattamento antibiotico aveva immediato successo ma le ricadute sembravano inevitabili. Perché il bambino continuava ad ammalarsi? Cosa c'era nel sangue che non andava e che lo rendeva più sfortunato rispetto ad altri bambini che guarivano?

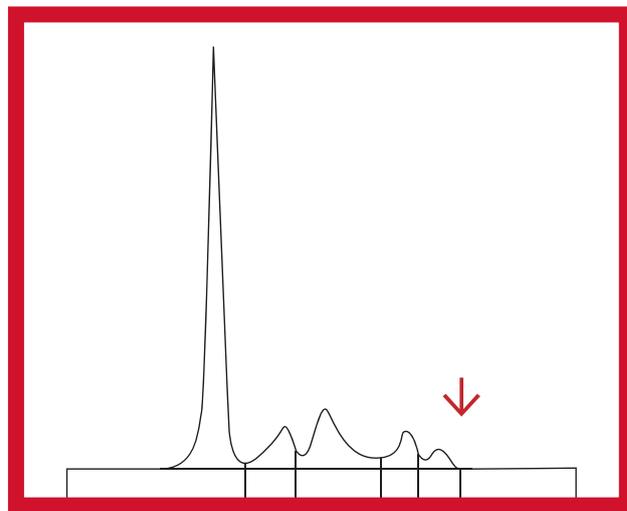
Non era facile rispondere a queste domande, ma si era a conoscenza dalla letteratura scientifica che studiando il siero (la parte liquida del sangue) erano stati fatti grandi progressi grazie ad Arne Tiselius (1902-1971), un biochimico svedese che nel 1948 aveva ricevuto il premio Nobel per la scienza chimica e che aveva sviluppato vari sistemi di elettroforesi (metodo utilizzabile per separare le proteine del siero). Frazionando le proteine si ottiene una figura "geometrica" ben nota nelle comuni analisi di routine: il protidogramma elettroforetico.



Nel protidogramma normale la frazione gamma, che contiene le immunoglobuline (anticorpi), si vede

molto bene nel tracciato ed è circa il 15 – 18% delle proteine circolanti.

Utilizzando la "macchina di Tiselius" Bruton osservò che la frazione gamma nel bambino era assente.



Nel protidogramma sopra riportato (ottenuto da un paziente con agammaglobulinemia simile a quella descritta da Bruton) si vede [freccia] che la frazione gamma è assente, piatta nel grafico (la freccia indica che manca proprio la classica "gobba" tipica della morfologia normale).

Bruton ha quindi una risposta: il bambino si ammala perché *non fabbrica anticorpi* contro i microrganismi che lo attaccano. Grazie agli antibiotici può cavarsela ogni volta, ma come può proseguire nel tempo? Di fronte a questo drammatica domanda, in seguito, Bruton ebbe a dire: "... things began to click then; no gammaglobulins; can't build antibodies... This seems so simple now that it seems to me hardly worth repeating, but I thought, well, if he doesn't have any gammaglobulins, maybe we could try treating him with gammaglobulins". Le circostanze storiche erano favorevoli e in quel tempo (primi anni Cinquanta del XX secolo), erano disponibili **gammaglobuline somministrabili** per via intramuscolare. Il bambino poteva essere curato. Furono somministrate immunoglobuline e le recidive di infezione furono fermate.

Questo caso, clinicamente noto in un primo tempo come agammaglobulinemia di Bruton, è

stato poi riclassificato come agammaglobulinemia X-linked (legata al sesso). Il lavoro originale fu pubblicato nel 1952 sulla rivista *Pediatrics* [Bruton OC - Agammaglobulinemia - *Pediatrics* 9:722-728].

L'esperienza di Bruton è considerata il primo passo verso lo studio delle immunodeficienze congenite. L'autore ha dimostrato l'esigenza di **combinare** con realismo critico l'esperienza clinica e le conoscenze di laboratorio, fornendo anche un insegnamento sull'interpretazione patogenetica delle malattie infettive. Nel campo infettivologico infatti l'approccio culturale fino alla metà del XX secolo si basava sulla natura degli agenti patogeni (virali, batterici, etc.), sul loro potere patogeno, sull'aggressività nei confronti dell'organismo attaccato.

Malgrado molti successi fossero stati già al-

lora realizzati sulle conoscenze immunologiche, tuttavia si era molto lontani dal compiere quel salto di qualità che avrebbe dato all'Immunologia il ruolo di disciplina chiave per comprendere gran parte della patologia umana. In sostanza con gli studi di Bruton cambia il modo di pensare la malattia infettiva, patologia che viene "reinterpretata" biologicamente e clinicamente quale combinazione tra il potenziale dell'agente patogeno e la capacità della risposta immunitaria di contenere l'infezione.

Le immunodeficienze congenite sono state per anni considerate malattie rare. Questa definizione è solo in parte vera e già all'inizio del XXI secolo nuovi approcci e nuove osservazioni hanno consentito un'interpretazione più realistica del rapporto tra agente patogeno, risposta immunitaria e patrimonio genetico individuale. ■



SELECTA

Non sempre... dopo internet

Alcuni pazienti, sebbene consapevoli della serietà delle loro condizioni, recuperano la propria salute semplicemente attraverso il rallegrarsi della bravura del medico

(Ippocrate di Cos)

Se un medico studia. Altrimenti...

Una gran parte di quello che i medici fanno è insegnato dai loro malati.

(Marcel Proust)

Meditate, gente, meditate

Quando sono sopraffatto dalle preoccupazioni ripenso a un uomo che, sul suo letto di morte, disse che tutta la sua vita era stata piena di preoccupazioni, la maggior parte delle quali per cose che mai accaddero.

(Winston Churchill)

Però non è facile

La strategia è la via del paradosso. Così, chi è abile, si mostri maldestro; chi è utile, si mostri inutile. Chi è affabile, si mostri scostante; chi è scostante, si mostri affabile.

(Sun Tzu)

I parametri del comportamento

L'ottimista è uno che pensa di poter risolvere un ingorgo del traffico suonando il clacson.

(Da internet - anonimo)



LION FISH

Foto di Fabio Ferro

Lo Pterois, comunemente noto come Lion Fish, bello e velenoso, in una sfilata di pesci tropicali sarebbe certamente il più applaudito per la sua livrea. Ne sono conosciute 12 specie le cui dimensioni variano da 5 a 45 cm e un peso da 0.025 g a Kg 1.3. Vive da 5 a 15 anni. Si alimenta di piccoli pesci, invertebrati e molluschi che “aspira” aprendo l’enorme bocca in una frazione di secondo e impedendo alla preda ogni possibilità di fuga. Non c’è scampo. Il Lion Fish non è aggressivo con i subacquei e la maggior parte degli incidenti avviene quando si cerca di catturarlo.

Il veleno può causare, oltre all’intenso dolore locale, gravi effetti sistemici come la nausea, il vomito, la febbre, la difficoltà respiratoria, le convulsioni, le vertigini. Sono possibili sintomi più

gravi come le parestesie e la paralisi, l’insufficienza cardiaca fino al decesso. I bambini e gli anziani, chi soffre di deficit immunitario e gli allergici sono candidati ai quadri più gravi, fino al decesso, per la severa ipotensione e la difficoltà respiratoria indotte dal veleno dello Pterois. L’esemplare fotografato nelle acque delle Maldive è la specie Pterois Volitans che ha un habitat tropicale e sub tropicale, dall’Australia alla Micronesia, dalla Polinesia Francese a tutto il Sud Pacifico.

È recente la colonizzazione della costa est degli Stati Uniti e dei Caraibi con una crescita in continuo aumento (700% dal 2004 al 2008). È stato avvistato nel Mediterraneo, nelle acque di Cipro e di Malta, probabilmente per la migrazione attraverso lo stretto di Suez.

I

LE ISTITUZIONI

Quando i numeri fanno chiarezza: di cosa si muore in Italia?

Redazionale



4 maggio 2017



Il 4 maggio 2017 è uscito il documento dell'Istat sull'*evoluzione della mortalità per causa* (anni 2003 - 2014), con riferimento alle prime 25 cause di morte.

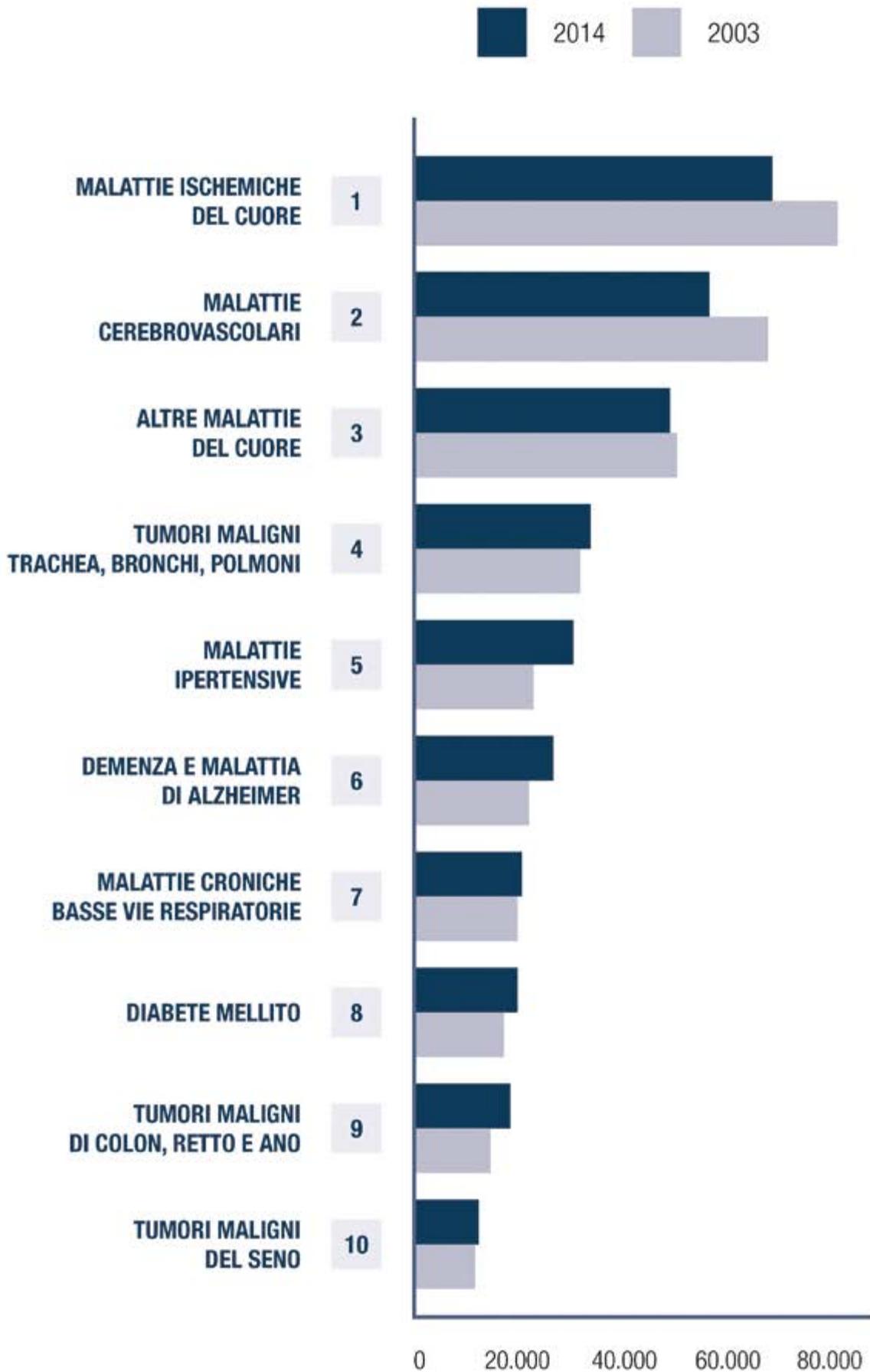
I dati sono di particolare interesse perché, come recita il testo dell'Istat, "per la prima volta viene presentata per gli anni 2003 - 2014 la serie storica completa dei dati di mortalità per causa". Si riportano solo alcuni punti (chi vuole può acquisire on line il dettaglio delle singole parti, ricche di informazioni e commenti):

- sia nel 2003 che nel 2014 le prime tre cause di morte sono le **malattie ischemiche del cuore**,

le **malattie cerebrovascolari** e le **altre malattie cardiache**;

- nel 2014 figurano al 4° posto i tumori di trachea, bronchi e polmoni;
- la sindrome di Alzheimer e demenza **sono in crescita** (sesta causa di morte nel 2014);
- il cancro della prostata è la decima causa di morte tra gli uomini;
- il cancro delle mammella la sesta causa di morte tra le donne.

La tabella di seguito è estratta dal documento on line e riporta il numero dei decessi per le 10 principali cause di morte in Italia.



L'impegno del Telefono Verde AIDS e Infezioni Sessualmente Trasmesse. Istituto Superiore di Sanità per la prevenzione delle IST

Redazionale

Il 20 giugno 2017 il Telefono Verde AIDS e Infezioni Sessualmente Trasmesse. Istituto Superiore di Sanità. 800 861 061. (TV AIDS e IST) ha compiuto trent'anni di attività. In questi tre decenni gli esperti del Servizio, collocato all'interno dell'Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione (UO RCF) diretta dalla dottoressa Anna Maria Luzi, hanno risposto a 2.102.622 quesiti posti all'interno di 771.215 telefonate effettuate per lo più da giovani adulti (20-39 anni), di sesso maschile, che si dichiarano eterosessuali e manifestano bisogni informativi inerenti le vie di contagio dell'HIV e, più in generale, delle infezioni trasmesse sessualmente, nonché le modalità di accesso ai servizi di diagnosi e cura per l'esecuzione dei test. Nei primi 5 mesi del 2017 la media giornaliera è stata di 50 interventi di HIV/AIDS/IST **counsel-**

ling telefonico. Chi ha vissuto i primi anni dell'AIDS ricorderà il senso di impotenza che gli operatori sanitari e le istituzioni manifestavano nel confrontarsi con una patologia nuova, aggressiva, non controllabile. Mai come in quegli anni si rese necessario fornire un'informazione corretta, capillare, selettiva finalizzata a consentire in qualche modo una limitazione del contagio.

L'AIDS, accompagnato da un forte stigma sociale, portava in breve tempo alla morte e grande fu l'allarme della popolazione generale. Il 20 giugno 1987, in risposta a questa particolare emergenza epidemica, nacque il Telefono Verde AIDS e IST - 800 861061, attivo dal lunedì al venerdì, dalle ore 13 alle ore 18.

La realizzazione e la gestione di questo innovativo Servizio di prevenzione fu affidata dal Ministero della Salute all'Istituto Superiore di Sanità.



L'esperienza acquisita nell'attività di counselling telefonico ha favorito l'ampliamento, nel tempo, di ulteriori ambiti di intervento strettamente interconnessi con il Telefono Verde. Dal 2008, infatti, alcuni ricercatori dell'UO RCF coordinano la **ReTe AIDS**,

Network di 19 Servizi Telefonici governativi e non, presenti in differenti regioni italiane. Si tratta di Servizi di HIV/AIDS/IST counselling telefonico che hanno condiviso con gli specialisti del TV AIDS e IST i contenuti scientifici da erogare nel colloquio telefonico,



la metodologia del counselling telefonico, nonché la scheda di raccolta dati informatizzata che consente ai 19 Servizi della ReTe AIDS di immagazzinare in tempo reale le informazioni raccolte in anonimato durante il colloquio di counselling. In tal modo la ReTe AIDS, unica nel suo genere in tutto il panorama europeo, svolge un intervento di prevenzione primaria e secondaria omogeneo e offre alle persone-utenti che chiamino il TV AIDS e IST dell'Istituto Superiore di Sanità o un qualunque altro Servizio facente parte del Network, informazioni scientifiche, supporto personalizzato e indicazioni aggiornate in merito ai centri diagnostico-clinici.

Inoltre, a partire dal 2012, il TV AIDS e IST, si avvale anche di un consulente in **materia legale**, presente due giorni a settimana (lunedì e giovedì, ore 14.00 - 18.00).

Dal 2013, infine, l'attività di prevenzione delle IST veicolata attraverso il counselling telefonico, è stata integrata da una comunicazione online; nello specifico, i ricercatori dell'UO RCF hanno interagito con la popolazione generale attraverso il **Sito Web Uniti contro l'AIDS** [[link www.uniticontrolaids.it](http://www.uniticontrolaids.it)], l'account Twitter @UniticontrolAIDS, il Servizio Skype uniticontrolaids e il canale YouTube uniticontrolaids. Nel 2014 il Servizio è stato reso accessibile sul web tramite il contatto skype uniticontrolaids anche per coloro che non vivano in Italia.

L'equipe di ricercatori oltre all'attività di counselling telefonico, è impegnata anche nell'area della ricerca psico-socio-comportamentale e della formazione su tematiche inerenti la comunicazione efficace e il counselling nelle malattie infettive, rivolta agli operatori del SSN e delle ONG. ■

I

IMPARARE
DALLA CLINICA

LA SINDROME DEL GIROVITA: UN KILLER SILENZIOSO

Giovanni Truscelli

Nella filosofia classica la conoscenza di se stessi (“Nosce te ipsum”) è il fondamento di tutte le virtù. Spinge a riflettere in profondità su chi siamo e su come l’irresistibile e sfrenato soddisfacimento epicureo, legato ai sensi, possa condurre l’uomo solo nel vizio. Bisognerebbe coltivare, pertanto, l’arte della moderazione che è equilibrio in tutte le forme e sinonimo della più segreta e duratura felicità. Seguendo questa scia, ancora oggi, siamo invitati a guardare con nuovi occhi a noi stessi puntando alla virtù: frenare gli eccessi, controllare il nostro peso, al fine di prevenire l’insorgenza delle patologie cardiovascolari. Una sfrenata alimentazione può soddisfare le nostre papille gustative ma nel lungo periodo finisce per danneggiare la nostra salute. Del resto, sosteneva Paracelso: “è la quantità che fa il veleno”. Oltre al peso corporeo, ad ogni modo, sarebbe la circonferenza vita a correlare maggiormente col rischio di insorgenza di eventi cardiovascolari. L’Organizzazione Mondiale della Sanità ne evidenzia i valori-soglia: 102 centimetri per gli uomini e 88 centimetri per le donne.

Secondo il recente studio INTERHEART pubblicato su “The Lancet” questo indice sarebbe due volte

più predittivo rispetto al BMI (Body Mass Index= rapporto tra il peso, espresso in Kg, e l’altezza, in cm) nel determinare l’insorgenza di eventi coronarici perché rifletterebbe più accuratamente il grasso viscerale. In confronto a quello periferico, quest’ultimo è acclarato essere sia morfologicamente che “biochimicamente” più attivo ed in grado di rilasciare una serie di sostanze (adipochine) capaci di influenzare il nostro metabolismo glico-lipidico, la funzione endoteliale, l’emostasi, la pressione sanguigna, il sistema immunitario ed innescare molti processi infiammatori sistemici. Esisterebbe, pertanto, una meravigliosa ed affascinante comunicazione (“*cross-talk*”) *tra cellule adipose e quelle dell’intero organismo.*

Molte evidenze suggerirebbero, in aggiunta, come sempre il tessuto adiposo sia sede di un processo infiammatorio tessuto specifico come anche il riflesso della flogosi del nostro organismo (aumento della PCR, dell’IL-6) e della resistenza insulinica, causa del diabete. Alla luce di tutto ciò in futuro, il peso corporeo sarà sempre di più sostituito dalla misurazione del girovita ed alcune società scientifiche ne imporrebbero, già allo stato odierno, criteri addirittura più severi. Pensiamo,



per esempio, all'International Diabetes Federation che pone i valori limite per la popolazione europea rispettivamente a 94 cm per l'uomo e 80 cm per la donna in presenza di almeno due dei seguenti fattori di rischio: basso colesterolo HDL (uomini <40 mg/dl, donne <50 mg/dl); ipertrigliceridemia (>150 mg/dl), ipertensione arteriosa (>130 mmHg di sistolica e >85 mmHg di diastolica), iperglicemia (a digiuno >100 mg/dl)/diabete o della terapia farmacologica specifica per ciascuna delle precedenti.

Ma come poter misurare correttamente la nostra circonferenza vita?

Il protocollo di NHANES III ci chiarisce ogni dubbio: far passare un metro da una parte all'altra del bacino, senza comprimere l'addome, appena al di sopra della porzione superiore del bordo laterale della cresta iliaca. Un metro, pertanto, salverebbe molte vite favorendo le auto-diagnosi precoci.

Cosa fare in presenza di una circonferenza vita aumentata?

Una valutazione clinica cardiologica potrebbe essere utile per ricercare la presenza dei fattori di rischio cardiovascolare e per programmare alcune indagini

laboratoristiche e strumentali (elettrocardiogramma, ecocardiogramma, ecc...) mirate a diagnosticare i segni di danno d'organo (cardiaco, cerebrale e vascolare periferico), ossia di quelle alterazioni anatomiche già presenti nel nostro corpo che non hanno ancora dato sintomi conclamati. Agire in tempo, in altre parole precocemente, si può. Questo permetterebbe di prevenire l'insorgenza di molte condizioni patologiche cardiovascolari e non.

Pertanto, quali consigli seguire?

Unire alle prescrizioni specialistiche una costante attività fisica e la dieta mediterranea:

- una gran varietà di vitamine ed antiossidanti provenienti da verdure servite a tavola con erbe aromatiche;
- legumi, fonti di proteine;
- frutta tutto l'anno;
- olio di oliva con le sue basse concentrazioni di grassi saturi ed elevati livelli di acidi grassi mono-insaturi;
- noci, cereali, carne bianca e pesce marino, tutti ricchi in omega-3;

L'apporto di omega 3, secondo molti studi, riduce

il rischio cardiovascolare e costituisce un importante mezzo di prevenzione, perché contrasterebbe la produzione di acido arachidonico endogeno responsabile, mediante l'azione delle ciclossigenasi e delle lipossigenasi, dei meccanismi infiammatori del nostro organismo che sono alle base di numerose malattie.

Più in particolare, contrasterebbe quei processi molecolari che presiedono la destabilizzazione e la successiva complicanza delle placche di colesterolo presenti sulle nostre arterie con la conseguente insorgenza di eventi acuti cardiaci, cerebrali e periferici. A completare la prospettiva, un effetto additivo sarebbe svolto dal vino. Oltre a rallegrare i palati, con i suoi polifenoli, andrebbe a contrastare i meccanismi nocivi della coagulazione che svolgono un ruolo cardine nella patologia ischemica. Sarebbero sufficienti ogni giorno un bicchiere nelle donne e fino a due bicchieri negli uomini per ottenere i risultati sperati. Come evidenzia-

to nel "Lyons Diet heart study", sia per la riduzione dell'insorgenza di nuovi eventi cardiovascolari come anche della cancerogenesi, questo modello nutrizionale si conferma il migliore da seguire per star bene e proteggere la nostra salute.

Pertanto, diviene sempre più importante favorire uno stretto "trait d'union" tra medico di famiglia, paziente e cardiologo al fine di amalgamare il cambiamento degli stili di vita scorretti (fattori di rischio "modificabili") con interventi farmacologici consigliati in base all'età, al sesso, alle comorbilità (dislipidemia, ipertensione, diabete, ...) e a eventuali segni di danno d'organo scoperti dopo una valutazione cardiologica "attenta", "globale" e "personalizzata".

Solo un meraviglioso equilibrio tra l'appetibilità del cibo, il soddisfacimento dei nostri sensi e i consigli del proprio curante potranno costituire l'unico Elisir per una lunga vita. ■

BIBLIOGRAFIA

1. McQueen MJ, Hawken S, Wang X, et al. Lipids, lipoproteins, and apolipoproteins as risk markers of myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): a case-control study. *Lancet*. 2008 Jul 19;372(9634):224-33.
2. Berg AH, Scherer PE. Adipose tissue, inflammation and cardiovascular disease. *Circ Res* 2005 May 13; 96(9): 939-49.
3. Choi CHJ, Cohen P. Adipose crosstalk with other cell types in health and disease. *Exp Cell Res*. 2017 Apr 19.
4. Blüher M, Mantzoros CS. From leptin to other adipokines in health and disease: Facts and expectations at the beginning of the 21st century. *January 2015* Volume 64, Issue 1, Pages 131-145.
5. Ouchi N, Parker JL, Lugus JJ, Walsh K. Adipokines in inflammation and metabolic disease. *Nat Rev Immunol* 2011 Feb; 11(2):85-97.
6. Pradhan AD, Manson JE, Rifai N, Buring JE, Ridker PM. C-reactive protein, interleukin 6, and risk of developing type 2 diabetes mellitus. *JAMA* 2001 Jul 18; 286(3): 327-34.
7. Hurst's The Heart - Manual of Cardiology - XIII ed. 2013: 539-540.
8. Yokoyama M, Origasa H, Matsuzaki M, et al. Effects of eicosapentaenoic acid on major coronary events in hypercholesterolaemic patients (JELIS): a randomised open-label, blinded endpoint analysis. *Lancet* 2007;369:1090e8.
9. Tavazzi L, Maggioni AP, Marchioli R, et al. Effect of n-3 polyunsaturated fatty acids in patients with chronic heart failure (the GISSI-HF Trial): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2008;372:1223e30.
10. Marik PE, Varon J. Omega-3 dietary supplements and the risk of cardiovascular events: a systematic review. *Clin Cardiol* 2009;32:365e72.
11. Cawood AL, Ding R, Napper FL, et al. Eicosapentaenoic acid (EPA) from highly concentrated n-3 fatty acid ethyl esters is incorporated into advanced atherosclerotic plaques and higher plaque EPA is associated with decreased plaque inflammation and increased stability. *Atherosclerosis* 2010;212: 252e9.
12. Calder PC. The role of marine omega-3 (n-3) fatty acids in inflammatory processes, atherosclerosis and plaque stability. *Mol Nutr Food Res* 2012;56: 1073e80.
13. Mukamal KJ, Maclure M, Muller JE et al. (2011) Prior alcohol consumption and mortality following acute myocardial infarction. *JAMA* 285, 1965-1970.
14. Di Castelnuovo A, Costanzo S & Bagnardi V (2006) Alcohol dosing and total mortality in men and women. An updated meta-analysis of 34 prospective studies. *Arch Intern Med* 166, 2437-2445.
15. Quaderni del ministero del Ministero della Salute n 25/11/2015.



IL DOLORE SCROTALE O SCROTOALGIA

Fabio Ferro

L'*International Association for the Study of Pain (ASP)* definisce il dolore come “*un’esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a un danno tissutale in atto o potenziale*”. Il dolore è un importante messaggio di allarme che il nostro corpo invia alla coscienza attraverso una rete nervosa che lo percorre, come vie di una mappa, senza che nessun’area resti esclusa. È un fondamentale tratto evolutivo alla base della conservazione dell’individuo e della specie.

Il dolore scrotale, acuto o cronico, è un sintomo frequente, ma non sempre può essere riferito a una causa urologica e non sempre il problema risiede nell’organo da cui sembra aver origine. La gonade maschile migra dalla cavità addominale al sacco scrotale nel corso della gravidanza ma i suoi nervi originano a livello lombare. Dato l’ampio spettro eziopatogenetico e la frequenza con la quale non si perviene alla diagnosi eziopatogenetica della scroto-algia, e di conseguenza non può essere avviata una terapia mira-

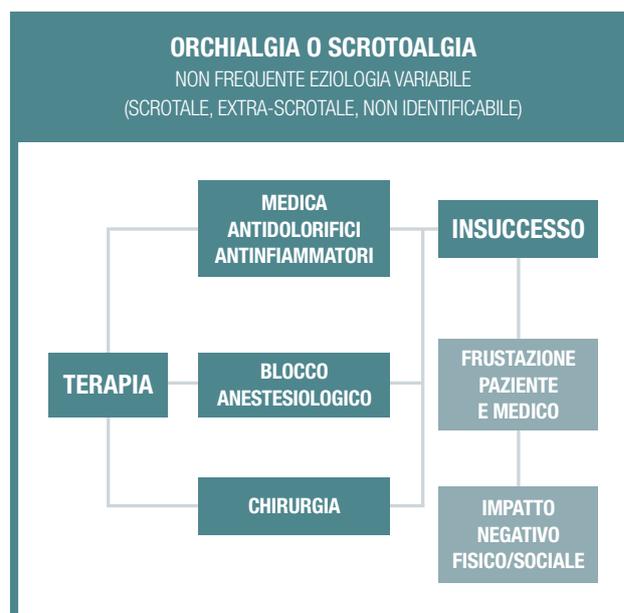
ta, dobbiamo considerarlo un quadro frequente motivo di frustrazione per il paziente e il medico.

L’età può orientare verso quelle patologie tipiche di alcuni periodi della vita. Un’attenta anamnesi deve comprendere la durata dei sintomi (acuti o cronici), la disuria, l’eventuale familiarità per patologie renali (litiasi), la possibilità di infezioni sessualmente trasmesse, i traumi sportivi e i problemi ortopedici (lombalgia), le vasculiti in atto o recenti (porpora di Henoch-Schonlein) e il varicocele.

L’accurata ispezione della regione scrotale e inguinale deve completarsi con lo studio ecografico e la velocimetria Doppler, dirimente per escludere la torsione del testicolo (la sola vera urgenza), il tumore e più rare patologie congenite o acquisite. Se non si scopre la causa della scroto-algia si può intervenire chirurgicamente con l’interruzione delle fibre nervose del cordone spermatico con tecnica microchirurgica o laparoscopica.

Il dolore scrotale, o *scrotoalgia*, può essere acuto o cronico. Mentre per il primo è possibile, almeno nella maggior parte dei casi, giungere alla diagnosi eziopatogenetica e, di conseguenza, indirizzare il paziente alla terapia medica o chirurgica appropriata, per il secondo, nella cui definizione è previsto che deve avere la durata di almeno tre mesi, che può essere continuo o intermittente e interferire con le consuete attività, l'iter clinico è certamente più complesso (1).

Si riporta ciò che scrisse T.B. Curling, presidente del Royal College of Surgeons, nel *“Traité Pratique des Maladies de Testicule, de cordon spermatique et du scrotum”*, nel capitolo *“affections nerveuses du testicule”* (traduzione francese del 1857) destinato ai membri della Società dedicata a J. Hunter. Curling affermò che *“Il soggetto affetto da testicolo doloroso (irritable testis) non può sopportare la minima pressione su quest'organo. Neppure, nella maggior parte dei casi, il contatto con i vestiti; si asterrà anche dalla più leggera palpazione, e i movimenti gli provocano tale dolore da non osare alcun esercizio, vedendosi forzato al costante riposo in posizione orizzontale”*. Aveva anche descritto l'irradiazione del dolore lungo il cordone spermatico fino alla regione lombare, l'accentuarsi del sintomo al passaggio delle feci e del gas nel colon, il peggioramento in posizione verticale, e la maggiore incidenza a sinistra, dove era aveva notato il *“relâchement”* scrotale e la frequente presenza di una lieve dilatazione del plesso venoso spermatico. Riteneva anche che *“disgraziatamente, nella maggior parte dei casi, questa causa non è individuabile”*. Concludeva che *“questa malattia è delle più “tourmentantes”, dura diversi mesi e che colpisce soprattutto coloro che hanno una costituzione irritabile e che sono già ipocondriaci”*. Alcuni pazienti *“desiderano ardentemente la castrazione come il solo rimedio possibile alla loro sofferenza”* (2). La letteratura sulla scrotoalgia ripete oggi gli stessi concetti, conferma l'incertezza dell'eziopatogenesi non identificabile nella metà dei casi (idiopatica). Per questo motivo le terapie proposte, mediche, fisiche, radiologiche o chirurgiche, sono spesso non efficaci con frustrazione sia del paziente che del medico (3).



Quando si parla di dolore scrotale si deve considerare l'intero contenuto dello scroto (testicolo, epididimo, vasi, nervi e le normali o anomale strutture para-testicolari) e la possibile proiezione di un dolore che può avere origine in altra sede e riflettersi nella regione scrotale attraverso i nervi del cordone spermatico. Ne consegue un'eziopatogenesi multiorgano e multifattoriale (4). La *tab.1* illustra le possibili cause della scrotoalgia acuta e cronica. Un dolore *“funzionale”*, tipicamente lamentato dall'adolescente, in rapporto all'attività sessuale senza eiaculazione, è da riferire alla congestione epididimaria e gonadica.

È un quadro sovrapponibile a quello riferito dopo l'intervento di vasectomia (*sindrome dolorosa post-vasectomia*), pratica poco diffusa nel nostro paese ma frequente negli USA. Il trofoco parenchima testicolare del giovane circondato dall'anelastica tunica albuginea, che non cede al momentaneo turgore gonadico, risponde con messaggi dolorosi alla compressione. Curling aveva descritto questo quadro e ne aveva identificata la causa: *“... quando i desideri sono molto eccitati senza poter essere soddisfatti, i testicoli sono allora nelle stesse condizioni delle mammelle dolorose e gonfie all'inizio della lattazione”* (2).

La colica renale da litiasi si accompagna frequentemente al dolore irradiato alla regione inguino-scrotale. La distrazione muscolo-tendinea degli adduttori e la nevralgia dei nervi pudendi possono essere la causa

del dolore scrotale, soprattutto negli atleti (5). Anche l'erniazione di un disco intervertebrale che determini la compressione dei nervi sacrali deve essere considerata tra le possibili cause di scrotoalgia (6).

Il dolore scrotale associato al varicocele (*painful varicocele*) sembra attualmente essere riportato dalla recente letteratura con maggiore prevalenza rispetto ai dati storici dell'8-14%. Un atteggiamento conservativo ha successo solo dal 4 al 15% dei casi mentre dopo la correzione del varicocele la scomparsa del sintomo è stata riferita nel 48-87% (7, 8). In una recente Pub Med (13 lavori dal 2000 al 2013) tra le cause di dolore nel varicocele non è riportata la sub-torsione del testicolo. Curling cita un'esperienza di Sir Percival Pott: "Tre pazienti affetti da varicocele lamentarono un improvviso dolore testicolare dal lato del varicocele. In tutti e tre il testicolo è poi andato incontro rapidamente ad atrofia completa" (1). Il quadro descritto è tipico della torsione del cordone spermatico con infarto della gonade. Nell'esperienza di chi scrive il dolore scrotale nei soggetti con varicocele di III grado è stato del 5.4% in 482 pazienti operati consecutivamente nel periodo di 11 anni. In questo caso è stata associata l'orchidopessia alla legatura microchirurgica dei vasi spermatici. All'intervento è stata confermata in tutti i casi, ad eccezione di uno, la predisposizione alla torsione (gonade orizzontale con avvolgimento alto della

vaginale intorno al cordone spermatico (*Bell Clapper Deformity*). L'orchidopessia ha risolto il sintomo dolore in tutti i casi migliorando inoltre il dismorfismo locale per il sollevamento della gonade (Fig. 1).

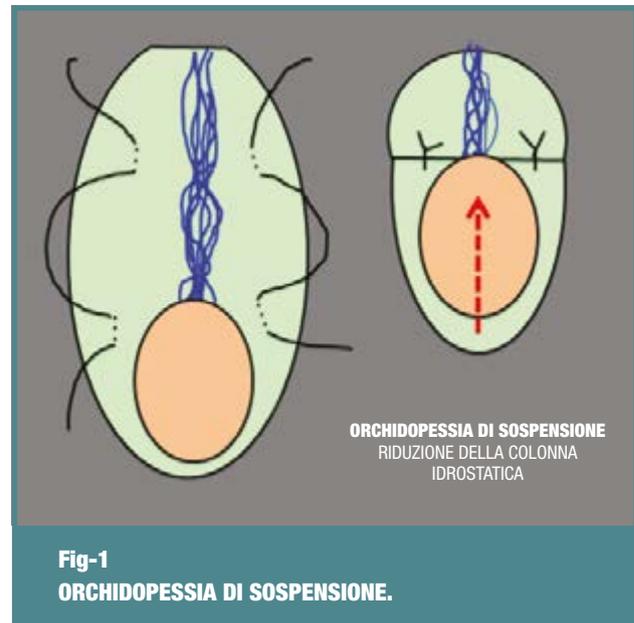


Fig-1
ORCHIDOPESSIA DI SOSPENSIONE.

In conclusione il dolore scrotale cronico rappresenta una sfida clinica, sia per le difficoltà diagnostiche che per l'incerto risultato della terapia. È necessaria una visione multispecialistica del quadro perché la frequenza della mancata risoluzione può determinare conseguenze negative di notevole impatto sul fisico e sulla psiche con ripercussioni sui rapporti sociali da non sottovalutare. ■

BIBLIOGRAFIA

1. S.A. Quallich, C. Arsanian-Engoren. Chronic testicular pain in adult men: an integrative literature review. *Am J of Men's Health* (2013) 7:402
2. T.B. Curling. *Traité pratique des maladies du testicule du cordon spermatiche et du scrotum*. LABE Editeur, Paris (1857), Chapitre XVII.
3. P. Granitsiotis, D. Kirk: Chronic pain. An Overview. *Eur Urol* (2004) 45:430
4. L. Levine. Chronic orchilgia: evaluation and discussion of treatment options. *Ther Adv Urol* (2010) 2:209
5. J.E. Leone, S. Middleton. Non traumatic testicular pain due to sacroiliac joint dysfunction: a case report. *J Athletic Training* (2016) 51:651
6. E.J. Wouda, S. Leenstra, A. Vanneste. Scrotal pain as the presenting symptom of lumbar disc herniation: a report of two cases. *Spine* (2005) 15:E47
7. O. Yaman, E. Ozdiler, K. Anafarta, O. Gogus. Effect on microsurgical subinguinal varicocele ligation to trait pain. *Urology* (2000) 55:107
8. C.O. Yenyiol, A. Tuna, H. Yener, N. Zeyrek and A. Tilki. High ligation to trait pain in varicocele. *Intern Urology and Nephrology* (2003) 35:65

TABELLA 1

DOLORE SCROTALE ACUTO

TORSIONE DEL TESTICOLO

- ▶ Monolaterale
- ▶ Esordio acuto
- ▶ Testicolo retratto
- ▶ Assenza del riflesso cremasterico
- ▶ Ecografia e Doppler (arresto del flusso ematico)
- ▶ Esplorazione chirurgica immediata: derotazione e orchidopessia

EPIDIDIMITE

- ▶ Unilaterale
- ▶ Dolore gradualmente ingravescente
- ▶ Recenti procedure genitourinarie o attività sessuali non protette
- ▶ Epididimo tumefatto, nodulo palpabile
- ▶ Esame urine, urinocultura, ecografia e Doppler (aumento della circolazione)
- ▶ Antibiotici e antinfiammatori non steroidei

SINDROME POST-VASECTOMIA

- ▶ Mono o bilaterale
- ▶ Dolore / dolenzia
- ▶ Epididimo tumefatto, nodulo palpabile
- ▶ Antinfiammatori non steroidei, sollevamento scrotale
- ▶ Blocco del cordone spermatico
- ▶ Epididimectomia
- ▶ Vasectomia “reversal”

VARICOCELE

- ▶ Senso di peso, dolenzia o dolore con peggioramento in posizione verticale
- ▶ Eco-Doppler
- ▶ Antinfiammatori non steroidei, sollevamento scrotale, correzione del varicocele
- ▶ Orchidopessia se sospetto di sub-torsione del testicolo

DOLORE SCROTALE CRONICO

- ▶ Diagnosi di esclusione (cause extra-scrotali)
- ▶ Blocco del cordone spermatico
- ▶ FANS, sollevamento scrotale, antidepressivi, anticonvulsivanti, blocco dei nervi
- ▶ Radiofrequenza pulsata
- ▶ Epididimectomia, orchietomia, denervazione (laparoscopica, microchirurgica)

F

FROM BENCH TO BEDSIDE

I BENEFICI CLINICI DELLA RICERCA: SELEZIONE DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

a cura di *Maria Giuditta Valorani*

IL 30% DELLA POPOLAZIONE MONDIALE È OBESO O IN SOVRAPPESO

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=GBD%202015%20Obesity%20Collaborators%5BCorporate%20Author%5D>

Una indagine globale pubblicata sulla importante Rivista internazionale: *The New England Journal of Medicine*, ha rivelato che il 30% della popolazione mondiale è obeso o in sovrappeso: si calcola oltre 2 miliardi di individui tra adulti e bambini. Tra gli autori di questo studio c'è il dr. Christopher Murray, Direttore del *Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)*, presso l'*University of Washington*. In un anno, a causa dei chili di troppo, si è calcolato che muoiano circa 4 milioni di persone, di cui il 40% sono semplicemente persone sovrappeso e non obese.

Lo studio, ha coinvolto 195 Paesi e considerato un periodo molto lungo di tempo dal 1980 al 2015. L'analisi ha evidenziato che nel 2015 l'eccesso di peso affliggeva qualcosa come 2,2 miliardi di persone, tra bambini e adulti nel mondo, ovvero il 30% della po-

polazione mondiale. In particolare sono risultati 108 milioni di bambini e oltre 600 milioni di adulti obesi (con indice di massa corporea sopra al valore di 30).

La prevalenza dell'obesità è raddoppiata dal 1980 in oltre 70 Paesi, ed è continuamente aumentata in quasi tutti gli altri Stati. Tra i 20 Paesi più popolosi i maggiori livelli di obesità tra bambini e giovani adulti si riscontrano in USA (quasi il 13% di questa popolazione); invece l'Egitto è il paese con più adulti obesi (circa il 35% del totale). I tassi più bassi di obesità si riscontrano invece in Bangladesh e Vietnam, rispettivamente l'1% della popolazione. La Cina, con 15,3 milioni, e l'India, con 14,4 milioni hanno il più alto numero di bambini obesi; gli Stati Uniti, con 79,4 milioni e la Cina con 57,3 milioni hanno il più alto numero di adulti obesi. I chili di troppo rappresentano un importante problema per la salute, in termini di aumento di rischio di malattie (da tumori a patologie cardiovascolari), concludono gli autori, e non è ormai più rimandabile un intervento per ridurre il problema del sovrappeso e dell'obesità nei diversi Paesi.



VANTAGGI DELL'IMPARARE DA PICCOLI UNA SECONDA LINGUA

<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13670050.2016.1238865>

Uno studio condotto congiuntamente dall'*Università di Udine*, dall'*IRCCS Eugenio Medea* e dalla *Scuola Provinciale di Sanità Claudiana* e pubblicato sull'*International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, ci dice che nei bambini bilingue aumenta la capacità cognitiva e hanno un marcia in più rispetto ai coetanei monolingue. L'allenamento a cui è sottoposto il cervello per riuscire a imparare suoni e parole diverse passando da una lingua all'altra, a seconda del contesto in cui si trovano, fa sì che i bambini bilingue riescano a gestire un più alto numero di informazioni contemporaneamente, con il risultato che sono più veloci nel risolvere problemi di vario genere.

“Nei piccoli bambini bilingue, sottolinea il dr. Andrea Marini, ricercatore in Psicologia Generale e primo autore dello Studio, aumenta la memoria a breve termine di lavoro, cioè quella capacità cognitiva che consente di arrivare prima a una soluzione in caso di un problema. Quindi esporre i bambini in modo adeguato a un contesto in cui si parla un'altra lingua, ne potenzia

alcune abilità cognitive, senza necessariamente compromettere lo sviluppo della lingua madre”.

Lo studio ha preso in esame 62 bambini tra i 4 e i 6 anni di età di stessa distribuzione di genere, manualità e livello socio-culturale. La metà del campione (31 soggetti) frequentava la scuola d'infanzia statale italiana mentre l'altra metà la scuola d'infanzia internazionale, per circa 8 ore al giorno, mentre per il resto del tempo continuava ad essere esposto alla lingua italiana (loro lingua madre). Oltre alla performance intellettuale, risultata migliore nei bilingue, sono state poi valutate le abilità linguistiche dei due gruppi di bambini. “Dati alla mano, spiega il dr. Marini, i bilingue hanno mostrato la stessa capacità di articolare e distinguere i suoni della lingua italiana dei monolingue”. Anche la capacità di reperire le parole per indicare oggetti, animali o persone e per costruire le frasi è risultata perfettamente sovrapponibile nei due gruppi.

Infine si è riscontrato che “Il gruppo bilingue però aveva un vocabolario lievemente meno ricco rispetto al gruppo di riferimento”. Un leggero ritardo, che secondo l'esperto può essere facilmente compensato aumentando il livello di esposizione dei bambini alla lingua madre.



4 ORE DI MOVIMENTO A SETTIMANA PER GLI OVER 65 E 150 MINUTI DI ATTIVITÀ INTENSA PER I PIÙ GIOVANI

<https://www.escardio.org/Research>

Uno studio finlandese, presentato al Congresso della *Società Europea di Cardiologia (ESC)*, ha dimostrato che quattro ore alla settimana di attività fisica moderata, dal giardinaggio alle passeggiate, nelle persone over-65, dimezzano il rischio di morte per cause cardiovascolari. Nella ricerca, che si è svolta presso l'*Università di Oulu*, in Finlandia, sono state osservate 2500 persone per 12 anni, monitorando la loro attività fisica. I soggetti che avevano una attività moderata, definita come almeno quattro ore di camminata, bicicletta o altre attività leggere come la pesca o il giardinaggio, hanno mostrato un rischio di eventi cardiovascolari gravi ridotto del 31%, mentre la mortalità per queste malattie è risultata minore del 54%.

Ancora migliori i risultati per chi invece fa almeno tre ore settimanali di attività intensa, da uno sport al ballo, che hanno mostrato una riduzione del 45% degli eventi e del 66% della mortalità. "L'esercizio fisico può essere più difficile da fare con l'età, hanno affermato gli autori della ricerca, tuttavia è importante per le persone anziane riuscire a fare una attività sufficiente a rimanere in salute". Inoltre, la *ESC* raccomanda 150 minuti di attività intensa alla settimana per i più giovani. Un nuovo algoritmo presentato sempre al Congresso e sviluppato dall'*Università norvegese di Trondheim*, permette di capire l'esatta intensità necessaria per ogni persona.

"PET THERAPY" PER ALLUNGARE LA VITA A PAZIENTI CON RISCHIO CARDIOVASCOLARE

[file:///Users/giuditta/Downloads/2353.full%20\(1\).pdf](file:///Users/giuditta/Downloads/2353.full%20(1).pdf)

Uno studio pubblicato dalla rivista scientifica *Circulation* dimostra che chi soffre di patologie cardiovascolari, se prende con sé un animale domestico e in particolare un cane, vive sensibilmente più a lungo.

Nell'articolo intitolato "Pet Ownership and Cardiovascular Risk, A Scientific Statement from the American Heart Association" c'è anche una tabella che elenca e riassume i risultati dei più importanti studi svolti a livello internazionale su persone che hanno animali domestici e persone che non ne hanno e il rischio cardiovascolare. Dalla ricerca ha preso spunto il *Centro Cuore degli Istituti di ricovero e cura Ise-ni-Sanità* di Malpensa: dal primo febbraio la struttura prima in Italia, secondo quanto da loro sostenuto, parte con la "pet therapy" aiutando il paziente a trovare, anzi ad adottare, un animale abbandonato.

In sostanza gli specialisti del servizio di cardiologia della clinica suggeriranno ai malati l'adozione di un cagnolino, mostrando, dati scientifici alla mano, i vantaggi terapeutici di questa "terapia a quattro zampe" e, grazie alla convenzione che la *Fondazione Ise-ni* ha stipulato con *Animal's Emergency Onlus*, una delle associazioni lombarde più note che si occupa di assistere gli animali abbandonati, provvederanno a trovare e ad assegnare il cucciolo più adatto per la "pet therapy" cardiologica.

INTEGRATORI ALIMENTARI, PER UNA CORRETTA INFORMAZIONE IN FARMACIA E SUL WEB

<http://www.integratoriebenessere.it/giornata-mondiale-sonno-dalla-so-ia-aiuto-per-riposare/>

Gli integratori alimentari vengono spesso utilizzati per integrare carenze alimentari, rinforzare l'organismo in caso di stanchezza e stress e supportare l'organismo durante l'attività sportiva.

Al fine di dare al consumatore finale una corretta informazione e contro le molte false informazioni presenti a volte in rete le Associazioni *INTEGRATORI ITALIA*, l'*AIIPA Associazione Italiana Industrie Prodotti Alimentari* e la *FEDERFARMA Federazione Nazionale Titolari di Farmacia*, hanno presentato la campagna: "Integratori e benessere: informazioni corrette in farmacia e a portata di click". Visitando la pagina Facebook *FB Integratori & Benessere* sul sito www.integratoriebenessere.it è possibile trovare informazioni corrette e consigli degli esperti del settore di vario genere, su l'uso di integratori alimentari.

Le informazioni sono verificate da *Nutrition Foundation of Italy*, ente no-profit per la ricerca scientifica e la formazione nel campo dell'alimentazione (<http://www.nutrition-foundation.it>) e, sin dall'inizio del lancio della campagna, da *FEDERFARMA*. Anche la ricerca *GfK Eurisko "Il mondo degli integratori alimentari"*, recentemente realizzata per *INTEGRATORI ITALIA* su un campione di mille persone, ha fatto emergere le attuali conoscenze e l'utilizzo degli integratori alimentari nella popolazione italiana, mettendo in evidenza che gli italiani utilizzano gli integratori, ma li conoscono poco.

Inoltre, da questa ricerca è emerso che le figure di riferimento cui si rivolgono gli italiani per avere informazioni sugli integratori alimentari sono il medico di medicina generale (73%), seguito dallo specialista (48%) e dal farmacista (47%), a seguire, in termini di importanza, il web. Il dr. Alessandro Colombo, presidente di *INTEGRATORI ITALIA* spiega: «La nostra missione è di contribuire alla crescita della conoscenza del corretto utilizzo e della qualità dell'integratore alimentare. Tutto questo per favorire scelte sempre più consapevoli del consumatore e lo sviluppo di questo settore nel nostro Paese».

Inoltre, il gruppo *INTEGRATORI ITALIA* dal 2016 è impegnato in molti progetti in corso e tra questi è in fase di conclusione un progetto di Review scientifica sugli integratori alimentari, che fa il punto aggiornato sullo stato della ricerca,

e disegna le nuove frontiere dell'integrazione alimentare.



EMA PUBBLICA IL RAPPORTO ANNUALE 2016

http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2017/05/news_detail_002743.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1

L'*Agenzia Europea per i Medicinali (EMA)* ha pubblicato il 10 /05/ 2017 il Rapporto annuale 2016 dove si evidenziano i risultati dell'Agenzia in materia di valutazione del farmaco, supporto alla ricerca e allo sviluppo di trattamenti farmacologici nuovi e innovativi e il monitoraggio della sicurezza dei farmaci nella vita reale.

PER COMBATTERE IL CANCRO: FARMACI INNOVATIVI, MA ANCHE PREVENZIONE, INFORMAZIONE E DIAGNOSI PRECOCE

[http://thelancet.com/pdfs/journals/lanonc/PIIS1470-2045\(17\)30268-1.pdf](http://thelancet.com/pdfs/journals/lanonc/PIIS1470-2045(17)30268-1.pdf)

L'editoriale dell'*AIFA Agenzia Italiana Farmaci* pubblicato il 09/06/2017 spiega molto approfonditamente che per la lotta contro il cancro non sono solo necessari farmaci innovativi, ma anche prevenzione, informazione e diagnosi precoce (<http://www.agen->

ziafarmaco.gov.it/content/la-lotta-al-cancro-non-solo-farmaci-innovativi-ma-anche-prevenzione-informazione-e-diagnosi-). Nell'articolo viene anche citato un recente editoriale della importante rivista internazionale *The Lancet*, intitolato "Cancer risk paradox: grand plans fall short?", pubblicato il 18 Maggio 2017, che invita a una riflessione sul tema della prevenzione e sull'opportunità di contrastare a monte quei fattori di natura ambientale che possono causare patologie tumorali.

Nell'editoriale viene ricordato che il Senato americano ha approvato di recente appositi finanziamenti per il programma "Cancer Moonshot" (<https://www.cancer.gov/research/key-initiatives/moonshot-cancer-initiative>), lanciato lo scorso aprile a Washington nel corso dell'*Annual Meeting of the American Association for Cancer Research (AACR)*.

Tale programma mira, tra l'altro, a dimezzare i tempi per la traslazione dei risultati genetici e immunologici dai laboratori alla clinica. Gli Autori si chiedono se "questo insaziabile desiderio di migliorare la nostra comprensione fondamentale della biologia tumorale possa mettere in ombra i vantaggi sanitari che potrebbero essere garantiti da una migliore tutela dell'ambiente". "Sono stati scoperti molti loci genetici associati a un aumento del rischio di sviluppare il cancro, scrive *The Lancet*, e alcuni possono portare ad azioni preventive. Di conseguenza, molte ricerche sono dedicate all'individuazione di ulteriori loci attivi. Tuttavia, il rischio di cancro non può essere migliorato solo attraverso tali sforzi. Il tumore è un prodotto sia della natura, che della nutrizione. In entrambi i casi il rischio ambientale è un fattore cruciale

e spesso trascurato".

Gli Autori riportano alcuni esempi di esposizione della popolazione a rischi connessi all'ambiente naturale (negli Stati Uniti come a Londra e in Cina), dovuti al contatto prolungato di alcune popolazioni con materiali e composti organici cancerogeni, e ricordano che in diversi casi lo Stato ha subito condanna a risarcimenti milionari per i danni prodotti alla salute dei cittadini.

"Esiste chiaramente un'inefficienza economica su larga scala, con risorse finanziarie che si dividono tra la scienza della prevenzione del tumore e gli sforzi per aiutare coloro che hanno sviluppato il cancro, come risultato diretto di una cattiva gestione del pianeta da parte dell'uomo.

Per vedere un mondo in cui meno persone muoiono di cancro, entrambe le aree devono essere affrontate". Ciò non sempre avviene se ad esempio, come ricordano gli Autori, solo pochi mesi fa, la Commissione europea ha pubblicato un nuovo avvertimento al Regno Unito per le ripetute violazioni dei limiti legali dell'inquinamento atmosferico.

"Per eliminare il cancro, conclude l'editoriale, i governi devono identificare e agire non solo sull'aumentata suscettibilità al rischio, ma anche per garantire che le persone non siano esposte a materiali cancerogeni a causa di gravi omissioni nella gestione dell'ambiente". Uno spunto prezioso per ricordare che il migliore investimento sulla salute, a livello individuale e collettivo, passa per l'informazione, la diagnosi precoce, ma soprattutto la prevenzione dai fattori di rischio, grazie a stili di vita sani e a una responsabile cura dell'ambiente. ■



Hanno collaborato a questo numero

Fabio Ferro

Specialista in Andrologia e Urologia Pediatrica

Francesco Leone

Medico Chirurgo - Specialista in Malattie Infettive

Giuseppe Luzi

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

Giorgio Pitzalis

Specialista in Gastroenterologia e Pediatria

Giovanni Truscelli

Specialista in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare

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**

LA BIOS PRESENTA LA NUOVA TC



QUESTO SIGNIFICA:

- ▶ **EMISSIONI DI RADIAZIONI ESTREMAMENTE RIDOTTE RISPETTO ALTRE TC (TAC)**

ANCORA PIÙ PERFORMANTE PER:

- ▶ **PREVENZIONE DELL'INFARTO DEL MIOCARDIO**
- ▶ **DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE AL POLMONE**
- ▶ **DIAGNOSI STRUMENTALE DEDICATA AI BAMBINI**

DI ULTIMISSIMA GENERAZIONE!

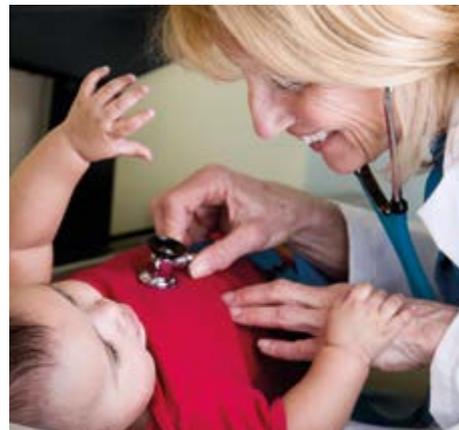
· · BIO SPA

**UN PUNTO DI FORZA
PER LA VOSTRA SALUTE**



0 96 41

pediatrico.roma.it.



•• 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
- IMMUNOLOGIA CLINICA
- MEDICINA DELLO SPORT
- NEUROLOGIA
- NEUROPIEDIATRIA PSICOLOGIA CLINICA DELL'ETÀ EVOLUTIVA
- ODONTOIATRIA
- OFTALMOLOGIA
- ORTOPIEDIA
- OTORINOLARINGOIATRIA
- UROLOGIA

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

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