

SM



salento medico

Anno XL - N. 6

Novembre / Dicembre 2019

Speciale
CURE PALLIATIVE

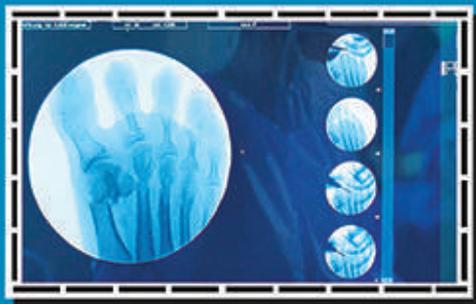
FOCUS:
ALIMENTAZIONE

È ANCHE ...

CORREZIONE DELL'ALLUCE VALGO

Andrea Bianchi
Gianfranco Cavallo
Lorenzo Fonzone
Donato Vittore

Tecnica
Percutanea



*Dall'approccio tradizionale
alla tecnica percutanea:
i nostri chirurghi
al passo con la salute del tuo piede.*

Tecnica
Tradizionale

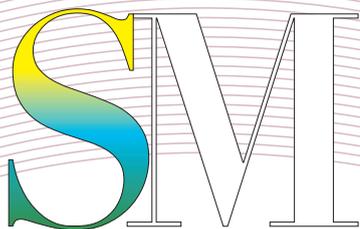


Collegati con la tua Salute

Tel. 0832-233311 -  3277645093

info@villabianca.org

<https://villabianca.org/salento-medico/correzione-alluce-valgo>



salento medico

RIVISTA UFFICIALE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
ED ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI LECCE

Novembre / Dicembre 2019

ANNO XL

Direzione e Redazione c/o Ordine dei Medici - Via N. Sauro, 31 Lecce
www.ordinemedicilecce.it - info@ordinemedicilecce.it

Direttore Responsabile

Salvatore Silvio Colonna

Coordinatore di Redazione

Michele Accogli

Caporedattore

Giovanni Delle Donne

Redazione

Gaetano Castrignanò, Damiano Fiume, Luana Gualtieri,
Gino Peccarisi, Lucia Pranzo, Assunta Tornese, Alberto Tortorella

bozzesalentomedico@ordinemedicilecce.it

Medicina e Arte:

**Tutte le opere presenti in questo numero
sono dell'artista Luigi Spanò**

Pubblicità

ALTOGRAF - Tel. / Fax 0833.502319

Stampa:

ALTOGRAF - Casarano (Le)
Aut. Trib. Lecce N. 3262

EDITORIALE

02 Vivere più a lungo, vivere meglio
di Salvatore Silvio Colonna

06 Alimentazione e salute tra etica e profitto
di Donato De Giorgi

VITA DELL'ORDINE

11 La Malattia di Parkinson è sulla R.A.M.P.A.

15 Vestire il camice bianco è un grande onore
con «Ars Medendi» l'ordine festeggia la professione

FOCUS: ALIMENTAZIONE

18 Il ruolo dell'alimentazione nella steatoepatite non alcolica
di Anna Maria Giudetti

25 L'alimentazione nella prevenzione dei tumori
di Silvana Leo

32 Problematiche nutrizionali nelle malattie infiammatorie croniche dell'intestino
di Aldo Paiano

37 Problematiche nutrizionali nel paziente oncologico
di Emiliano Tamburini, Gloria Giaracuni

40 Terapia dietetica-nutrizionale nell'insufficienza renale cronica:
tra linee guida e riflessioni cliniche
di Caterina Pati, Vincenza Pellegrino

43 Terapia nutrizionale nel paziente diabetico Tipo 2
di Stefania Cagnazzo, Maria Stella

50 Nutrizione e malnutrizione nell'anziano
di Lucia Pranzo

55 Il caffè: misfatti, fatti e benefatti
di Margherita Caroli

57 Un caffè con ... Antonio Quarta

LA PAROLA AI COLLEGHI

60 PFAS: uso delle sostanze perfluoralchiliche e pericoli per la salute
di Giovanni De Filippis, Brizio Tamborino, Bruno L. Totaro

66 SPECIALE CURE PALLIATIVE

ODONTOIATRI

78 Quando i mezzi guidano la tecnica
di Cristian Negro

SCIENZA & CULTURA

84 Il canto è libertà e condivisione
di Piero Conte

IN MEMORIA DI...

86 È scomparso il professore Luigi Stefanachi neuropsichiatra illustre, colto e galantuomo



di SALVATORE SILVIO COLONNA

Vivere più a lungo, vivere meglio

UN FOCUS SULL'ALIMENTAZIONE, PILASTRO DI UN SANO STILE DI VITA

Salubrità dell'ambiente, idonea attività fisica e buona alimentazione sono i pilastri irrinunciabili per mantenere lo stato di salute. Dopo aver dedicato i precedenti Focus di Salento Medico alle problematiche ambientali ed ai benefici di una adeguata attività fisica, questo numero 6/2019 di Salento Medico dedica il Focus alla alimentazione, ospitando i pregevoli contributi della Prof.ssa Anna Giudetti dell'Università del Salento e di Colleghi particolarmente esperti nelle tematiche nutrizionali.

Per introdurre tale Focus, mi sembra opportuno iniziare con un commento ad uno studio pubblicato recentemente sul Lancet (20 novembre 2019) dal titolo "Italy's health performance, 1990-2017: findings from the Global Burden of Disease Study 2017". Esso dimostra che, in Italia, a partire dal 1990, vi è stato un incremento costante dell'aspettativa di vita sino a raggiungere valori elevati, se confrontati con quelli di



“ La popolazione italiana invecchia, aumentano le malattie ”

altri 15 Paesi dell' Europa Occidentale.

Nel 2017, infatti, l'aspettativa di vita alla nascita in Italia ha raggiunto 85,3 anni per le donne e 80,8 per gli uomini, classificando l'Italia ottava a livello mondiale per il sesso femminile e sesta per quello maschile.

Inoltre tra il 1990 e il 2017 i tassi di mortalità a causa di malattie cardiovascolari sono diminuiti del 53,7% e per le neoplasie del 28,2 %. Anche la mortalità infantile ha subito un netto decremento.

Tale maggiore aspettativa di vita, associata peraltro ad una bassa natalità, ha innalzato bruscamente l'età media

della popolazione, da 39 anni nel 1990 a 45 anni nel 2017, causando di conseguenza, purtroppo, un aumento del carico di malattie come il morbo di Alzheimer e altre forme di demenza. I ricercatori sottolineano che il fumo, l'elevata concentrazione di glucosio nel plasma a digiuno, l'ipertensione, l'alimentazione, l'alto indice di massa corporea e l'uso di alcol sono ancora i principali fattori di rischio del carico di malattia in Italia. E precisano inoltre che abbiamo un margine per investire maggiormente nella prevenzione, considerando che nel 2015, il nostro sistema sanitario ha speso 87 euro pro capite in misure preventive, contro i 111 euro in Germania e i 155 euro nel Regno Unito.

In particolare l'Italia ha il secondo tasso più alto di obesità infantile in Europa, e ciò probabilmente influenzerà negativamente la loro salute in futuro.

Tale lunga aspettativa di vita, specie se comparata a quella di altri Paesi Europei, ci fa ovviamente piacere e certamente è il risultato, come suggeriscono gli Autori, dell'efficienza del nostro Sistema Sanitario Nazionale, e ciò a dispetto delle lagnanze che a noi quotidianamente pervengono e delle carenze che noi, altrettanto quotidianamente, percepiamo. Ma una più lunga aspettativa di vita non ci può bastare.

In uno studio prospettico di coorte pubblicato pochi giorni fa sul British Medical Journal (Healthy lifestyle and life expectancy free of cancer, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: prospective cohort study - BMJ 08 January 2020) i ricercatori hanno analizzato i dati di 73mila infermiere e 78mila operatori sanitari americani del tutto "sani" al momento dell'arruolamento. Gli autori hanno preso in consi-

derazione cinque fattori di buona salute: mai fumo, body mass index (B.M.I.) compreso tra 18.5 e 24.9, attività fisica maggiore di 30 minuti al giorno, moderato consumo di alcool (donne: 5-15 g/die; uomini 5-30 g/die) ed una dieta con alto indice di scorie (> 40%).

Un'aspettativa di vita libera dal diabete, da malattie cardiovascolari e dal cancro all'età di 50 anni risultò essere di 23.7 anni per le donne e 23.5 per gli uomini che non adottarono nessuna di quelle prescrizioni, rispetto ai 34.4 anni per le donne e 31.1 per gli uomini che adottarono 4 o 5 di quelle prescrizioni. Quindi, grazie all'adozione di sani stili di vita, le donne hanno guadagnato 10,6 anni di vita in più senza ammalarsi e gli uomini 7,6 anni in più.

Questo studio ha pertanto dimostrato che l'adesione ad uno stile di vita sano è associato ad una più lunga aspettativa di vita libera da diabete, malattie cardiovascolari e cancro.

In definitiva non ci possiamo accontentare di vivere più a lungo perché l'invecchiamento

comporta spesso disabilità e malattie croniche come appunto tumori, malattie cardiache e diabete. Fattori di rischio evitabili come il fumo, la scarsa attività fisica, l'assunzione di alcool, il peso eccessivo e l'alimentazione povera in fibre incidono sia sull'aspettativa di vita che sulla probabilità di sviluppare malattie croniche, mentre un sano stile di vita è collegato ad una vita non solo più lunga, ma anche e soprattutto libera da diabete, malattie cardiovascolari e cancro..

E' necessario pertanto che all'allu-



“ Buona alimentazione e attività per una corretta prevenzione ”

ngamento della “quantità della vita” corrisponda un miglioramento della sua qualità. In Svezia le donne hanno un’aspettativa di vita di 84 anni contro gli 85 delle donne italiane, ma queste ultime trascorrono gli ultimi 17 anni in condizioni di salute precaria mentre le svedesi passano gli ultimi 16 anni di vita in buone condizioni.

In Puglia non siamo per niente messi bene. Una recente analisi di Coldiretti Puglia, sulla base dei risultati della ‘Sorveglianza Passi’ del Ministero della Salute, ha evidenziato che sono in

sovrappeso e obesi 4 pugliesi su 10, con una condizione generale di salute peggiore del dato nazionale.

Eppure siamo avvantaggiati dalla “tradizione”: infatti nel 2019 per il terzo anno consecutivo, la “Dieta Mediterranea” è stata dichiarata la migliore dieta complessiva nella classifica annuale dell’U.S. News & World Report) - (www.medscape.com January 02.,2020).

Questo numero di Salento Medico si presenta di particolare interesse anche per altri eccellenti contributi. Tra questi

ritengo utile sottolineare tre interventi in tema di Pianificazione Condivisa delle Cure, introdotta dalla Legge 219/2017, ancora poco conosciuta. In continuità con il Convegno organizzato dal nostro Ordine nel giugno 2018 su Consenso Informato e Disposizioni Anticipate di trattamento, la Redazione di Salento Medico ha inteso offrire punti di vista diversi in tema di pianificazione condivisa delle cure, facendo riferimento a valorosi Colleghi quotidianamente impegnati nell’ambito delle Cure Palliative.

Opera di Luigi Spanò





Caroli Hotels, un sogno antico quanto il mare



CAROLI  **H o t e l s**



booking@carolihotels.it ~ +39 0833 202536 ~ www.carolihotels.it



di DONATO DE GIORGI

Alimentazione e salute tra etica e profitto

OBESITA' E MALNUTRIZIONE: LA GRANDE CONTRADDIZIONE DEI TEMPI MODERNI

Secundo le ultime stime della FAO (ottobre 2019) circa 800 milioni di persone affamate nel mondo lottano ogni giorno per la sopravvivenza; di questi – secondo i dati Coldiretti - 2,7 milioni in Italia; contemporaneamente 650 milioni di adulti e 120 milioni di giovani (dai 5 ai 19 anni) sono affetti da obesità patologica.

Fame e obesità appaiono dunque come i due elementi di un ossimoro sociale e (apparentemente) economico: in realtà rappresentano i due aspetti contraddittori e ambivalenti di un sistema alimentare che mina alla base il diritto alla salute.

Vi è infatti una particolare vulnerabilità degli affamati e degli obesi: un dimostrato incremento epidemiologico delle malattie a più alto impatto sociale, disagi cronici, danni anche permanenti nel processo di sviluppo corporeo e cognitivo (particolarmente grave nei bambini). Una dieta scorretta (alti contenuti di zuccheri, grassi saturi, sale) è una delle maggiori cause etiopatogene-

“Circa 800 milioni di persone affamate e 600 milioni affette da obesità patologica”

tiche di malattie e inabilità degenerative.

Nell'ambito di Expo 2015 dedicata al tema “nutrire il pianeta” fu elaborata la carta di Milano incentrata sulla proclamazione che l'accesso al cibo deve essere considerato un diritto umano fondamentale e inalienabile, cercando di definire una nuova etica dell'alimentazione, insieme alla sua sostenibilità, al valore e al significato stesso del cibo.

Un'etica che coinvolge la società civile e i governi, le imprese e i lavoratori, la scienza e la tecnologia, la sanità e i Medici, le istituzioni e gli individui. Un diritto che indissolubilmente si intreccia con il dovere di aderire a stili alimentari e di vita corretti.

L'etica del cibo non riguarda solo la quantità (riferimento unico sino al dopoguerra, nel nostro paese), ma anche



“L’etica del cibo riguarda la qualità ma anche la quantità”

e soprattutto la qualità (aspetto prevalente dalla seconda metà del secolo scorso). La diminuzione del potere di acquisto, insieme alla diminuita resistenza alle pressioni mediatiche pubblicitarie hanno determinato una progressiva riduzione della qualità a vantaggio della quantità, vissuta come una sorta di rivincita liberatoria: questa è la base interpretativa, insieme alla solitudine, di una epidemiologia dell’obesità occidentale che colpisce maggiormente le classi meno agiate, culturalmente e socialmente più arretrate.

Il sistema alimentare globale fa prevalere unicamente – come afferma papa Francesco – “le logiche del mercato, finalizzate unicamente al profitto: con questo sistema fame, malnutrizione e obesità non saranno mai debellate”. Il cibo è ridotto solo ad un prodotto commerciale, soggiacente alla speculazione finanziaria, distorcendo il suo reale valore.

Partiamo allora dalla considerazione archetipa: qual è il valore e il significato del cibo?

1 – biologico di nutrimento: apporto esterno indispensabile, energetico e

vitale, che deve però interagire con la complessa realtà del soggetto (basti pensare ai pazienti con patologie neoplastiche, degenerative, intolleranti o in particolari situazioni stressanti, come la gravidanza, il postoperatorio, in patologie alimentari nel labirinto di anoressia e bulimia).

2 – Tradizionale: sintesi di una cultura familiare, sociale, territoriale antica e sapientemente tramandata che sintetizza e sublima il clima, le risorse, l’ingegno, la civiltà di un popolo.

3 – Accoglienze e amicizia: l’offerta del cibo è da sempre l’atto iniziale di empatia e “compassione”, la materializzazione del dono come ratificazione e consacrazione di un rapporto umano proficuo

4 – Convivialità: il momento di ritrovarsi tra amici, in famiglia, luogo e momento rituale di condivisione di esperienze. Anche da un punto di vista ergonomico-biologico è ampiamente dimostrata la sostanziale differenza di un pranzo consumato tra persone care o in solitaria compagnia di uno smartphone di fronte ad un muro

5 – Feriale: molto spesso nella nostra cultura ogni festa è accompagnata da uno spazio alimentare di grandezza proporzionale all’importanza stessa della festa

6 – Piacere: stimolo e coinvolgimento multisensoriale.

Ma vi è anche il cibo sprecato. Ricordo le mense dei miei nonni ove lo spreco del cibo veniva vissuto come un offesa a Dio e agli uomini (uno schiaffo alla provvidenza: impossibile lasciare qualcosa nel piatto). Nella filiera agroalimentare italiana vi è uno spreco di circa 6 milioni di tonnellate di cibo in un





anno (17% dei consumi, pari a 12,3 miliardi di euro, probabilmente funzionali al sistema stesso), ma oltre alle considerazioni etiche vi è da aggiungere un surplus di insostenibilità ecologica nello smaltimento e inquinamento ambientale.

Vi sono poi le fake news sull'alimentazione. Si è bombardati da notizie fuorvianti, false e spesso dannose presentate in ogni salsa mediatica con una apparente "dignità scientifica" a prima vista inoppugnabile; impossibile infatti prescindere da alimenti "bio", diete crash, senza zuccheri, senza grassi, ipocalorici: saremmo inesorabilmente esclusi dalla appartenenza salutistica-a-prescindere. Gli esperti in alimen-

“ Attenzione alle fake news sull'alimentazione ”

tazione in Italia sembrano essere quasi più numerosi dei potenziali allenatori di calcio, ma quanti tra coloro che consigliando il consumo delle carni "bianche" ne conoscono la reale filiera produttiva, lavorativa e distributiva?

Secondo il CCEFF (Cities and Circular Economy For Food) per ogni euro speso in cibo, ne vengono poi spesi 2 per le conseguenze sanitarie, ambientali e sociali che l'impatto di quel cibo

determina. Ciò è legato alle malattie e disabilità croniche per una alimentazione qualitativamente inadeguata (malattie degenerative del sistema vascolare, neoplasie del sistema gastro-enterico, alterazioni epigenetiche dello sviluppo, della fertilità, ecc), allo spreco del cibo, all'inquinamento, ai pesticidi utilizzati, alla degradazione del capitale naturale, all'utilizzo di fonti energetiche inquinanti. Il vero malato è dunque il sistema alimentare moderno globale e non sostenibile.

Nel 2010 la cosiddetta "dieta mediterranea" è stata dichiarata "patrimonio orale e immateriale" dell'umanità sulla base di alcune osservazioni scientificamente validate decenni prima: alcune

popolazioni (Grecia, Italia meridionale, Spagna, Marocco, ecc) accomunate dall'utilizzo di una dieta specifica, dalla coltivazione dell'ulivo, da alcune abitudini igieniche, presentavano una aspettativa di vita tra le più alte del mondo e l'incidenza di alcune malattie (ad impatto epidemiologico e patogenetico rilevante come la cardiopatia ischemica e talune neoplasie) tra le più basse, nonostante un'elevata esposizione al fumo di tabacco, il livello socio-economico più basso, un diminuito livello di assistenza sanitaria.

Oggi nel sud Italia questo gap

positivo si è completamente annullato e invertito. Il sistema alimentare globalizzato ha conservato la dieta mediterranea unicamente come un brand spendibile nella food economy, ma non più una realtà alimentare. I prodotti agricoli OGM, l'uso di pesticidi indotto e prodotto dalle stesse multinazionali, il sistema di smaltimento dei rifiuti legato alla criminalità organizzata, il ricatto sociale della devastazione ambientale come prezzo dell'opportunità lavorativa, il dramma delle migrazioni, le insormontabili difficoltà di utilizzare prodotti a km zero, hanno fatto riemergere i soli

fattori negativi di un territorio difficile che si è "vendicato" con una inversione di tendenza e una riduzione dell'aspettativa di vita, oggi inferiore rispetto alla middle europe; persino il paesaggio idilliaco, ricevuto in eredità, legato alla dieta mediterranea, è ormai stravolto dall'incalzare della xylella.

Forse, di fronte a tanto angoscioso presente si dovrebbe ripensare al più profondo significato del CIBO: dalla promessa etimologica di "prendere" (salute e benessere), al messaggio di religiosa e laica speranza di "comunione" (vitale).

Opera di Luigi Spanò



Per la Formazione Continua in Medicina

Provider ECM n.1072
Albo Nazionale Age.Na.S. - Ministero della Salute

CONGRESSI, CONVEGNI ed EVENTI FORMATIVI ECM

Progettiamo e realizziamo programmi educazionali, congressi medici ed eventi formativi ECM in ambito Sanitario

METODOLOGIE FORMATIVE

- *Formazione RES - Residenziale*
- *Formazione FSC - Formazione Sul Campo*
- *Formazione FAD - Formazione a Distanza*
- *Formazione BLENDED - metodologia FAD e Residenziale*
- *Accreditamento Internazionale EBAC - European Board for Accreditation in Cardiology*

COMITATO TECNICO PER LE ATTIVITÀ FORMATIVE E SCIENTIFICHE

- *Direzione e Coordinamento Board Medico-Scientifico*
- *Partnership Istituzionali & Società Scientifiche*
- *Studio Format Educazionali in ambito sanitario*
- *Studi di Fattibilità e Trial Clinici*
- *Progettazione Editoriale*
- *Progettazione Formativa ECM per lo Sviluppo Continuo Professionale*

SERVIZI DI GESTIONE ECM & CONGRESSUALI

- *Segreteria Organizzativa*
- *Supporto ECM & Accreditamento Eventi*
- *Organizzazione e gestione di Convegni e Congressi*
- *Pratiche accreditamento in Europa e Reciprocità USA/EU*
- *Marketing, Comunicazione e Promozione*
- *Consulenze Accreditamento PROVIDER e Iter Procedurale*

www.mittmedical.com

ecm@mittmedical.com

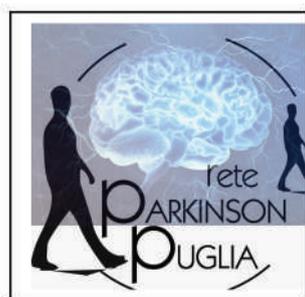
PARTNER: **MITT Solutions** - *Eventi & Congressi*



Via Cicoella, 8/d - 73100 **LECCE**, Italy
Tel. +39 0832.340555 - Fax +39.0832.868090
Mobile 329.8711152

Website: www.mittsolutions.com
E-mail: info@mittsolutions.com





Rete Aziendale Diagnosi e Cura Malattia di Parkinson

Elenco medici specialisti Esperti in disturbi del movimento ASL Lecce

dott. Francesco M. Cacciatore (coordinatore aziendale Rete)

dott.ssa Maria Alessandria

dott.ssa Brigida Coluccia

dott. Fernando De Paolis

dott.ssa Marisa Ferro

dott.ssa Filomena My

dott.ssa Nadia Panico

dott. Alfonso Russello

dott. Renato Sambati

dott. Enzo Toni

DSS Martano

DSS Lecce

DSS Galatina

DSS Maglie

P.O. Fazzi Lecce

DSS Gagliano del Capo

DSS Casarano

Dss Nardò

P.O. Ferrari Casarano

La Malattia di Parkinson è sulla R.A.M.P.A. (Rete Assistenziale Malattia Parkinson)

La Malattia di Parkinson (MdP) è una patologia neurodegenerativa cronica progressiva età correlata, tipicamente caratterizzata dalla successione di:

una **FASE PRODROMICA**, le cui manifestazioni fenotipiche sintomatologiche sono la stipsi, l'iposmia e il disturbo del comportamento in sonno REM (RBD);

una **FASE CONCLAMATA**, la cui sintomatologia comprende sintomi motori cardinali, quali tremore a riposo, bradicinesia e rigidità e sintomi non motori, che comprendono sintomi neuropsichiatrici (ansia, depressione, apatia, anedonia, deficit attentivi, disturbo ossessivo), disturbi del sonno (sindrome delle gambe senza riposo, RBD, insonnia, eccessiva sonnolenza diurna), sintomi gastrointestinali (scialorrea, stipsi), disturbi cognitivi e comportamentali.

Altre patologie (**parkinsonismi atipici e parkinsonismi secondari** ad altre condizioni) possono presentarsi con sintomi e segni di tipo parkinsoniano, rendendo talvolta difficile la diagnosi differenziale.

Epidemiologia

Dopo la Malattia di Alzheimer, la MdP è la seconda patologia neurodegenerativa più diffusa al mondo. In **Italia** (fonti Ministero della Salute 2013) si stima siano presenti oltre 250.000 soggetti affetti dalla malattia di cui circa 15.000 nella **regione Puglia**; nella **ASL Lecce** il numero di pazienti (calcolato sulla base dei dati di vendita del farmaco tracciante L-Dopa) il dovrebbe essere compre-

so tra 2200 e 2500 pazienti. La MdP ha una genesi multifattoriale dovuta ad una complessa interazione fra fattori genetici ed ambientali; l'esposizione a pesticidi e una storia di pregresso trauma cranico sono indicati come **fattori di rischio** per lo sviluppo della malattia, mentre diversi studi riconoscono come **fattori protettivi** protettivi il fumo di sigaretta e l'assunzione di caffè.

Caratteristiche cliniche

La MdP si caratterizza clinicamente per la presenza di una triade di sintomi e segni motori quali tremore a riposo, bradicinesia e rigidità. L'instabilità posturale compare di solito nelle fasi più avanzate, mentre è generalmente assente all'esordio della malattia.

Il **tremore a riposo** costituisce il sintomo d'esordio nel 70% dei casi; esordisce tipicamente da un solo lato, con un gesto caratteristico derivante dall'interessamento prevalente di I e II dito in opposizione, che viene definito come "contar monete" o "far pillole". La **rigidità plastica** viene percepita dall'esaminatore come aumentata resistenza alla mobilitazione passiva delle articolazioni nel loro movimento completo di escursione. La **bradicinesia** si manifesta inizialmente come riduzione della destrezza manuale, con difficoltà ad eseguire compiti motori fini oppure nella scrittura (micrografia). Il viso appare meno espressivo (ipomimia), con riduzione della frequenza dell'ammiccamento. L'eloquio è più flebile (ipofonia) e la voce ha un tono monotono con perdita di inflessione (aprosodia). Vi è una riduzione delle sincinesie pendolari degli arti superiori durante la marcia. La bradicinesia progredisce poi fino ad interferire con tutti gli aspetti della vita quotidiana, in particolare con la deambulazione ed i passaggi posturali.

Dal punto di vista clinico, si riconoscono due principali fenotipi della MdP:

- un fenotipo *tremor-dominant*, in cui il sintomo clinico più evidente è il tremore a riposo, associato a bradicinesia e ipertono, che appaiono molto meno rappresentati e invalidanti, almeno in fase iniziale di patologia;
- un fenotipo definito non-tremor dominant, i cui i sintomi principali sono la rigidità e la bradicinesia o l'instabilità posturale con disturbo della deambulazione.

Un sottogruppo di pazienti presenta poi fenotipi misti. E' apparso evidente negli ultimi anni come **sintomi non motori** siano presenti inevitabilmente sia nella progressione della patologia che nella fase prodromica della stessa. I sintomi non motori possono divenire rilevanti nelle fasi più avanzate, assumendo un ruolo determinante sulla disabilità e sulla qualità della vita, anche in considerazione della scarsa responsività alla terapia dopaminergica.

La storia naturale della MdP prevede l'evoluzione in tre fasi clinicamente distinte:

- **fase iniziale** (da 0 a 3-7 anni): è la fase della diagnosi, in cui la terapia sintomatica è solitamente efficace nel controllo dei sintomi motori;
- **fase intermedia** (da 5 a 10 anni), in cui la risposta alla terapia rimane buona fino alla possibile comparsa di diverse complicanze: - fluttuazioni motorie e non motorie, caratterizzate da alternanza di periodi di buona risposta alla terapia (Fase ON) e di periodi con scarso controllo dei sintomi motori (Fase OFF); - discinesie, cioè movimenti involontari, coreici o distonici, che spesso si verificano in corrispondenza del picco di concentrazione ematica della L-Dopa.

Tale fase segna il passaggio da una situazione di completo controllo dei sintomi ad una di incompleta efficacia della terapia. È importante riconoscere precocemente la comparsa di tali fluttuazioni per adattare lo schema terapeutico.

- **fase avanzata o complicata** (dopo i 7-10 anni), in cui si ha un peggioramento dei sintomi motori e non motori, con sempre minore efficacia dalle terapie orali; in questa fase possono fare la loro comparsa complicanze motorie più severe, come instabilità posturale, freezing della marcia, cadute, disturbi del linguaggio e disfagia. I sintomi non motori diventano più gravi e invalidanti. Una percentuale di pazienti (circa il 15-20%) possono essere avviati a terapie di fase avanzata (apomorfina, duodopa e DBS).

Diagnosi

La diagnosi di MdP è **essenzialmente clinica**, basata sull'identificazione, obiettiva e anamnestica, di segni e sintomi caratteristici della malattia e sull'esclusione di eventuali sintomi atipici; è inoltre fondamentale l'osservazione nel tempo dell'evoluzione del quadro clinico per distinguere le varie forme di sindrome parkinsoniana. In fase iniziale sono necessari alcuni accertamenti diagnostici strumentali di neuroimaging (**RM encefalo** o, ove non possibile, **TC encefalo**) che consentano di escludere cause secondarie. La RM encefalo, se valutata da un neuroradiologo esperto, può aiutare nella diagnosi differenziale di alcuni parkinsonismi atipici, attraverso l'individuazione di alcune pareidolie, che hanno comunque bassa sensibilità; nella Paralisi Sopranucleare Progressiva (PSP), si osservano tipicamente l'atrofia del mesencefalo e dei peduncoli cerebellari superiori, che determinano il "segno del colibrì"; nell'Atrofia Multisistemica (MSA), i segni più noti sono la degenerazione dei peduncoli cerebellari medi e del pontem con tipico aspetto definito "hot cross bun sign". Per confermare il sospetto clinico di MdP, nei casi dubbi e nella diagnosi differenziale con altre sindromi parkinsoniane, possono essere utili metodiche più sofisticate di neuroimaging funzionale. La metodica più usata è la SPECT DaTSCAN (loflupano), unica indagine strumentale con l'indicazione ministeriale per la diagnosi di MdP.

Terapia

Non esistono al momento terapie *disease-modifying*, in grado cioè di modificare il corso naturale della malattia, ma solo terapie sintomatiche. La **Levodopa** (L-Dopa), in associazione con inibitori delle dopa-decarbossilasi (carbidopa e benserazide), rimane il farmaco sintomatico più efficace per i pazienti parkinsoniani. Dopo un primo periodo di massima efficacia, la terapia con L-Dopa è complicata dall'insorgenza di fluttuazioni motorie e la sua durata d'azione si riduce progressivamente (fenomeno definito *wearing-off*). Per sopperire ai limiti terapeutici della L-Dopa, sono stati introdotti i **dopamino-agonisti** (DA), che mimano l'effetto della dopamina legandosi direttamente ai recettori postsinaptici dopaminergici a livello dello striato. Possono essere utilizzati in monoterapia nella fase iniziale o in associazione alla L-dopa in tutti gli stadi di malattia. Un'altra categoria di farmaci è costituita dagli **inibitori delle monoaminoossidasi** (I-MAO) (selegilina, rasagilina, safinamide), utilizzati con l'obiettivo di aumentare la biodisponibilità della L-dopa e prolungarne l'effetto farmacologico. Altri farmaci indicati in fase intermedia-avanzata di malattia sono gli **inibitori delle catecol-O-metiltransferasi** (I-COMT), che bloccano il metabolismo periferico della L-Dopa, con conseguente aumento della sua emivita plasmatica e della sua biodisponibilità a livello centrale.

La rete Parkinson

La diagnosi e la terapia della MdP e delle sindromi parkinsoniane costituiscono due momenti di elevata specializzazione clinica. Dai dati della letteratura internazionale risulta che almeno il 20% dei pazienti non riceve una diagnosi corretta. Questa e altre evidenze indicano la necessità che la fase diagnostica sia indirizzata verso strutture specializzate, che a loro volta devono essere in grado di interagire e comunicare con i medici di medicina generale (MMG) e con gli altri operatori. Da questa esigenza è nata la rete assistenziale per la MdP, che ha visto l'ASL di Lecce divenire azienda capofila nella realizzazione di questo ambizioso progetto, con lo scopo di definire la gestione del paziente affetto da MdP, sia in fase iniziale di malattia che in fase avanzata, in modo da ottenere un appropriato e omogeneo livello di cura in tutto l'ambito regionale. La rete è strutturata su vari livelli di competenza i cui nodi sono rappresentati dagli ambulatori specialistici territoriali dedicati ai disturbi del movimento e dalle strutture ospedaliere di riferimento. La rete è strutturata su tre livelli di intervento, così schematizzabili:

- I° LIVELLO: MEDICO DI MEDICINA GENERALE

È il livello del sospetto diagnostico, posto dal MMG che, in presenza di segni e sintomi suggestivi di MdP, invia il paziente ad un ambulatorio dedicato, presente nel distretto

socio-sanitario (DSS) di competenza (vedi tabella attività ambulatoriali), operativo un giorno a settimana. L'invio e l'accesso ai suddetti ambulatori è regolato da un'agenda esclusiva (accesso attraverso i codici NE1.9 per la PRIMA VISITA e NE2.9 per la VISITA DI CONTROLLO), fruibile tramite Centro Unico Prenotazioni (CUP). Una volta confermata la diagnosi, il MMG effettua monitoraggio clinico/farmacologico della malattia, in collaborazione con i vari livelli specialistici.

- II° LIVELLO: SPECIALISTA NEUROLOGO

È il livello di conferma/esclusione della diagnostica da parte dello Specialista Neurologo esperto in disturbi del movimento. La fase diagnostica iniziale consta delle seguenti azioni:

1. Anamnesi, Esame Obiettivo Neurologico (EON), prescrizioni indagini diagnostiche di base o di livello superiore in caso di problemi di diagnosi differenziale;
2. cauta comunicazione della diagnosi, della prognosi e discussione di eventuali problematiche specifiche del paziente;
3. impostazione di un programma terapeutico.

Gli ambulatori dedicati rappresentano i punti strategici periferici (nodi), primo punto di riferimento del paziente. Per la migliore efficacia del progetto, tali ambulatori sono dotati di sistemi informatici per la condivisione delle informazioni tra i vari centri ospedalieri e territoriali; presenza di personale infermieristico dedicato e adeguatamente formato; garanzia di accesso, tramite percorsi preferenziali, a consulenze specialistiche e ad esami strumentali; possibilità di assistenza domiciliare al paziente non più trasportabile; contatto diretto e costante con i Centri Ospedalieri di riferimento per ogni provincia, dove il paziente sarà inviato qualora si renda necessario un supporto per la diagnosi differenziale, per le terapie avanzate o per speciali situazioni critiche acute o subacute che necessitano di assistenza ospedaliera.

- III° LIVELLO: strutture ospedaliere

È il livello nel quale vengono gestite prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad elevato grado di complessità e tecnologia, quali specifici aspetti di diagnosi avanzata e di diagnosi differenziale, terapie complesse riservate attraverso rigorosi criteri di screening a pazienti in fase avanzata/complicata di malattia, che includono terapie infusionali con duodopa/apomorfina e interventi di neurochirurgia funzionale.

Nell'ambito di questo livello, nell'ASL di Lecce è presente un centro di eccellenza nella diagnosi e nella cura delle malattie neurodegenerative, rappresentato dal "Centro di Malattie Neurodegenerative" dell'Ospedale Cardinale Panico di Tricase, diretto dal Prof Giancarlo Logroscino, che dispone di personale specializzato, strumentazione diagnostica all'avanguardia (es RM encefalo 3 tesla), con possibilità di eseguire studio dei biomarkers liquorali di neurodegenerazione, esami genetici, valutazione neuropsicologica e consu-

lenze specialistiche multidisciplinari di III livello.

La Rete Parkinson prevede inoltre lo svolgimento di attività di **Formazione-Informazione (Scuole Parkinson)**, che rientrerà nell'ambito dell'offerta ECM delle singole aziende. Nei programmi di formazione dei MMG saranno implementate attività formative specifiche per acquisire elementi essenziali per la gestione del malato parkinsoniano. In tal senso, è fondamentale che i MMG partecipino attivamente agli incontri di formazione che gli specialisti esperti organizzeranno periodicamente, che rappresentano un momento unico di confronto e di crescita professionale. La formazione-informazione dei pazienti e dei familiari sarà organizzata in stretta collaborazione con le associazioni pazienti presenti sul territorio.

Con l'attuazione della rete Parkinson, auspichiamo che la diagnosi e la cura di questa patologia possa essere uniformata su tutto il territorio regionale, mettendo il paziente e la famiglia in condizioni di avere punti di riferimento certi sul territorio di appartenenza, al fine di ridurre i disagi che

derivano da una cattiva gestione, che porta spesso il paziente a rivolgersi a centri fuori regione, con l'obiettivo di ricercare cure più adeguate alla sua patologia. La collaborazione di tutte le figure coinvolte a più livelli nella rete sarà fondamentale affinché questo progetto abbia la sua piena realizzazione e raggiunga i risultati ambiziosi che si propone.

Referenze

1. Braak H et al Stages in the development of Parkinson's disease-related pathology. *Cell Tissue Res* (2004) 318: 121-134.
2. Kalia and Lang. *Parkinson's Disease*. *Lancet*, 2015; 386: 896-912
3. Linee Guida Limpe DISMOV, 2013. Diagnosi e terapia della Malattia di Parkinson.
4. Postuma et al, MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. *Mov. Disord*, 2015; 30(12):1591-601.



Vestire il camice bianco è un grande onore con «Ars Medendi» l'Ordine festeggia la professione

AL TEATRO APOLLO L'OMCEO LECCE HA ABBRACCIATO I COLLEGHI PIU' ANZIANI E I NUOVI ISCRITTI

Per il secondo anno consecutivo la manifestazione “**Ars Medendi**”, organizzata dall'Ordine dei Medici di Lecce, ha inteso festeggiare la professione, all'insegna dell'entusiastica missione che vede accomunati giovani e attempati colleghi nella nobile arte per eccellenza, al servizio della collettività. Vestire il camice bianco è un grande onore che non conosce età. Per conseguire la laurea in medicina si percorre un iter tortuoso che richiede impegno costante, sacrificio, abnegazione e studio che impegna per l'intera esistenza. Quel camice è una divisa comune che amalgama e ti caratterizza per sempre. In qualunque ruolo se ne richieda l'impegno, sia esso nelle sedi di trincea della guardia medica, a bordo di una ambulanza in corsa per le strade delle città, nelle corsie ospedaliere, o in allerta sul territorio, si è parte di un sistema contro il comune nemico, insidioso e subdolo, la

malattia. In un momento storico di crisi della sanità, finora esempio da imitare nel mondo per equità, solidarietà e universalità, la ricerca di un rapporto nuovo fra medico e paziente diventa sempre più attuale. In questa ottica, oltre a celebrare la professione, l'occasione di fine anno ha voluto rappresentare una apertura verso la società civile che l'Ordine dei Medici persegue da tempo.

Il medico fra la gente, con i cittadini, per un impegno comune, alla ricerca di una solida alleanza che contrasti le violenze contro i sanitari. Spesso sono frutto di una crescita domanda di salute, diversa dal passato, a fronte di una offerta difficile da assicurare per la oramai cronica carenza di medici e limitazione di risorse.

In un teatro Apollo, prestigioso contenitore, nella cornice della splendida Lecce, occupato in ogni ordine di posto, il





30 dicembre 2019 si sono incontrati i Colleghi ai quali è stata attribuita la medaglia d'oro, per avere conseguito 50 anni dalla laurea, e giovani Colleghi abilitati nell'anno in corso. Non è stato un semplice passaggio di testimone, ma un abbraccio fra esperienze vissute e voglia di emulazione per diventare interpreti, protagonisti della storia della medicina la cui trama non avrà mai fine.

È stata anche presentata la riedizione del libro *Medici Salentini*, una rassegna di personalità estinte da consegnare alla memoria, dal '500 ai nostri giorni, edito da "Edizioni Grifo", realizzato dall'Ordine dei Medici. In quella narrazione tanti esempi da seguire e spunti per accrescere l'entusiasmo e rinverdire l'orgoglio di essere medici. Sul palco del teatro il più anziano e il più giovane hanno letto insieme il "Giuramento di Ippocrate". Si ripete nei secoli e continua attuale a dettare tappe nella vita, diverse nel corso dei secoli, ma uguali per impegno e passione. Si era insieme per affermare la certezza che la sanità salentina continuerà a scrivere pagine importanti della storia nazionale, emulando i fasti del passato. La serata fortemente voluta dal presidente dell'Ordine Donato De Giorgi e dal Consiglio tutto, coinvolgendo medici di tutte le generazioni, con la seconda edizione ha voluto garantire una continuità ad un evento che gratifichi anni di sacrificio dedicati alla medicina. Per molti, in pensione, varcata la soglia dei cinquanta anni dalla laurea, si avvertiva l'amarezza per un ciclo lavorativo oramai concluso; per altri che si accingevano ad intraprendere la nobile arte,

traspariva speranza, voglia di fare e coraggio da approfondire sull'esempio dei predecessori. La nostra professione si evolve con grandi cambiamenti tecnologici e terapie innovative e richiede un diverso approccio alla diagnosi e terapia. Rimane attuale, tuttavia, l'impegno racchiuso in quel Giuramento, "così come si fa da 2500 anni, per stabilire e ricostruire un ponte malandato e fragile tra il medico e il cittadino: un'alleanza che rappresenta il primo momento per una professione di solidarietà, che sostiene la vita". (Donato De Giorgi).

La serata è stata allietata da Jenues Naïf con Virginia Erroi, medico artista, al pianoforte e il piccolo Giulio Buttazzo al clarinetto. Si sono alternati inoltre gli Evening Class Jazz con la vocalist Francesca Leo, il collega Giovanni Febbo al basso, Gianni Falcicchia al piano, Antonio Silvone alla chitarra, Eugenio Romita al sax, Gianni Gallucci alle percussioni. Ad impreziosire la serata l'eccezionale presenza dell'Orchestra Sinfonica di Lecce e del Salento, diretta da Eliseo Castrignanò.

Un evento destinato a rimanere, oltre che impresso nelle foto e nei filmati, un ricordo indelebile per una piccola pagina di storia scritta dalla sanità Salentina. Alla fine della serata è rimasta la consapevolezza di come sia irta di ostacoli e impegnativa la nostra professione che appaga per i sacrifici al solo pensiero di essere utili per il benessere del paziente che continua ad essere il fratello da curare, amare ed accudire.

Gino Peccarisi

IL LAVORO DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

C.D. del 30.09.2019

NUOVE ISCRIZIONI

BORTONE RICCARDO di Spongano
GIURGOLA CLAUDIA di Caprarica di Lecce
MORELLI PIETRO PAOLO di San Pietro in Lama
ROMANO ALESSANDRA di Maglie
TONDO ANDREA di Guagnano

ISCRIZIONI PER TRASFERIMENTO

MEZZANO DANIELA di Manduria
PAGLIARO MAURO di Lecce

ALBO ODONTOIATRI

CANCELLAZIONI PER DECESSO

MODONI ELIO deceduto il 03.09.2019

C.D. del 04.11.2019

NUOVE ISCRIZIONI

FERENDERES ISABELLA CLAUDIA di Racale
MBOUNA METCHIEU OSCARINE ANYTA di Nardò
RUSSO VINCENZO MARCELLO di Tricase

ISCRIZIONI PER TRASFERIMENTO

GALLO ALESSANDRO di Nardò
CLIANI DANIELA MARIA di Soleto

CANCELLAZIONI PER DECESSO

MUCI GIOVANNI deceduto il 08.10.2019

ALBO ODONTOIATRI

ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

PISANO' DAVIDE ILIO di Salice Salentino

C.D. del 05.12.2019

NUOVE ISCRIZIONI

MASTRIA MICHELE di Neviano
ALBO ODONTOIATRI – NUOVE ISCRIZIONI
DE RAZZA FRANCESCA CHIARA di Lecce
GARRISI LORENZO di Lecce

C.D. del 24.12.2019

ISCRIZIONI PER TRASFERIMENTO

GIANFREDA DAVIDE di Tricase
IACOLUCCI CARLO MARIA di Lecce

CANCELLAZIONI PER DECESSO

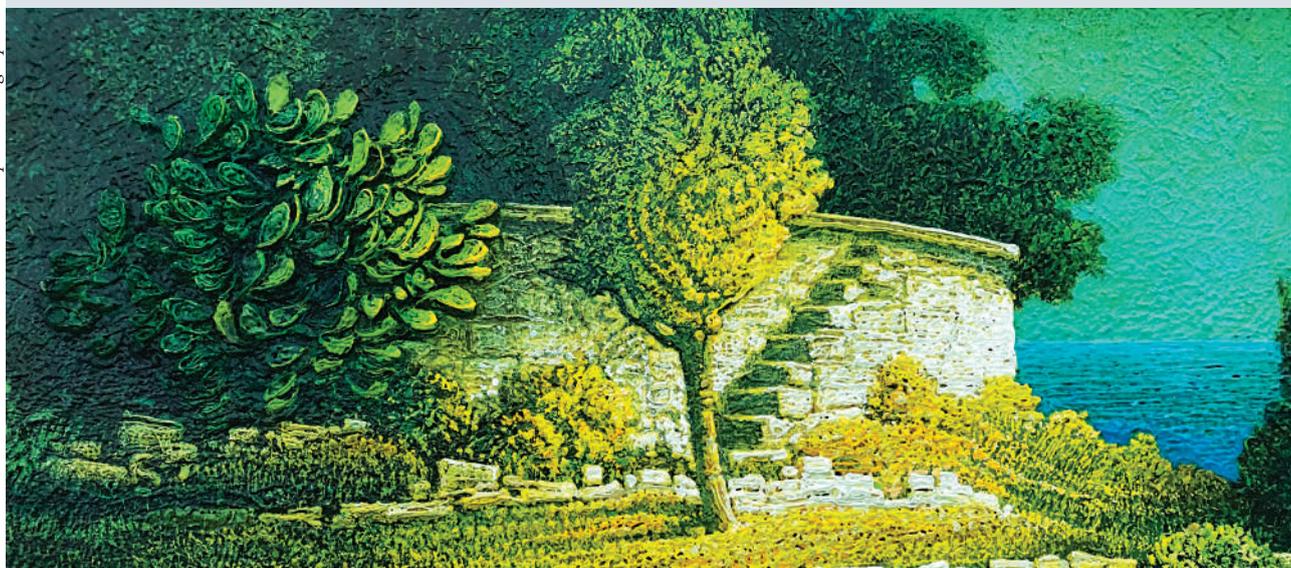
CALOGIURI GIUSEPPE deceduto il 12.12.2019

ALBO ODONTOIATRI

NUOVE ISCRIZIONI

ACCOGLI ANDREA GRAZIO di Andrano
CARDINALE ALESSANDRA di Seclì
VALLABONA ROBERTO di Gallipoli

Opera di Luigi Spanò





di ANNA MARIA GIUGETTI

Professore aggregato di Biochimica. Laboratorio di Biochimica e Biologia Molecolare, Dipartimento di Scienze e Tecnologie Biologiche ed Ambientali, Università del Salento, Lecce.

Il ruolo dell'alimentazione nella steatoepatite non alcolica

IL DURO LAVORO DEL FEGATO A TUTELA DELLE FUNZIONI ESSENZIALI PER LA VITA

1. Introduzione

Il fegato è uno tra gli organi con funzioni essenziali per la vita. Regola l'omeostasi energetica di tutto il corpo svolgendo molte funzioni legate alla digestione, metabolismo e conservazione dei nutrienti, disintossicazione e immunità. Tutti i nutrienti, i farmaci e altre sostanze potenzialmente dannose per intestino, stomaco, pancreas e milza sono assorbiti dal fegato attraverso la vena porta.

In condizioni normali, le cellule del fegato (epatociti) assorbono gli acidi grassi liberi dal sangue circolante derivati dalla dieta o, in condizioni di digiuno, dalla lipolisi del tessuto adiposo. Inoltre, il glucosio alimentare, stimolando la secrezione di insulina, aumenta nel fegato l'assorbimento e la conversione del glucosio in acidi grassi attraverso la glicolisi e la *de novo lipogenesis* (DNL). Nel fegato, gli acidi grassi prelevati dalla circolazione (dieta, lipolisi) e quelli generati da DNL sono esterificati in molecole di trigliceridi e di esteri del colesterolo e stoccati come goccioline lipidiche o esportati come lipoproteine a bassissima densità (VLDL). Durante lo stato di digiuno, gli acidi grassi sono metabolizzati attraverso la β -ossidazione per fornire energia.

In condizioni patologiche come la sindrome metabolica, il diabete di tipo 2 o l'obesità, si instaura una condizione di "insensibilità" all'insulina detta insulino-resistenza che porta a un aumento della lipolisi dei trigliceridi nelle cellule adipose. Ciò si traduce in concentrazioni più elevate e sostenute di acidi

Opera di Luigi Spanò



“ Nella NASH l'accumulo di grasso nel fegato è accompagnato da infiammazione ”

grassi liberi circolanti che sono assorbiti dagli epatociti, indipendentemente dallo stato nutrizionale (Figura 1). Questo accumulo lipidico anomalo e significativo, indicato con il termine di fegato grasso non alcolico (NAFLD = Non-Alcoholic Fatty Liver Disease), è il risultato di un drammatico aumento dei flussi di acidi grassi liberi nell'organo. La NAFLD è generalmente considerata benigna e non include l'infiammazione. La NAFLD è oggi la malattia epatica più comune nelle società occidentali e può predisporre la progressione dei pazienti verso la steatoepatite (NASH = Non-Alcoholic Steato-Hepatitis). Nella NASH, l'accumulo di grasso nel fegato è accompagnato da infiammazione. Se non trattata, la NASH può progredire fino alla fibrosi, cioè alla deposizione di tessuti cicatriziali nel fegato e nei vasi sanguigni attorno al fegato. Se, nel tempo,

il tessuto cicatriziale inizia a sostituire una parte significativa dei tessuti sani, la funzione del fegato può essere compromessa. Ciò può portare a cirrosi, con perdita parziale della funzionalità epatica, fino a epatocarcinoma [1].

2. Ruolo dei carboidrati nella patogenesi di NAFLD e NASH

I cambiamenti a livello mondiale nelle abitudini alimentari hanno indotto le popolazioni contemporanee a consumare sempre più prodotti alimentari altamente trasformati e ricchi di carboidrati semplici [2]. La modificazione dello stile di vita ha un ruolo importante nel trattamento della NAFLD. L'impatto dei nutrienti sullo sviluppo di NAFLD può essere osservato fin dalla vita fetale. Uno studio condotto su ratti ha rivelato che una dieta squilibrata durante la gravidanza e l'allattamento contribuisce allo sviluppo della NAFLD nella prole [3].

La dieta per il paziente con NAFLD dovrebbe essere povera di calorie e ricca di acidi grassi insaturi e antiossidanti naturali. Secondo le raccomandazioni nutrizionali per i pazienti con NAFLD, i carboidrati non dovrebbero superare il 40-50% dell'energia totale della dieta e dovrebbero essere costituiti da carboidrati complessi ricchi di fibre alimentari mentre l'ingestione di carboidrati semplici non dovrebbe superare il 10% dell'apporto energetico totale.

Una dieta ricca di fibre (legumi, frutta, verdura) ha effetti benefici sul controllo glicemico, a breve e medio-lungo termine. Le fibre idrosolubili svolgono questa azione rallentando lo svuotamento gastrico, riducendo l'assorbimento intestinale dei carboidrati, favorendo la produzione a livello del colon di acidi grassi a catena corta (acido propionico, butirrico e acetico) che hanno un'influenza benefica sul metabolismo glucidico. Un consumo giornaliero di almeno 30 gr di fibre migliora il controllo glicemico.

Un ruolo sostanziale nell'eziologia della NAFLD è giocato dall'assunzione eccessiva di fruttosio causata dall'elevato consumo di bevande analcoliche tra i soggetti nei paesi sviluppati. Numerosi studi hanno dimostrato una relazione significativa tra elevato consumo di bevande analcoliche, quali soda, coca-cola e bevande energizzanti, e rischio di obesità e sviluppo del diabete, in particolare nei bambini e negli adolescenti [4]. Inoltre, il fruttosio è usato come dolcificante anche nella produzione di succhi, gelatine e marmellate.

Il fruttosio aumenta la sintesi di acidi grassi e trigliceridi



“ Se il tessuto cicatriziale sostituisce una parte significativa dei tessuti sani la funzione del fegato può essere compromessa ”

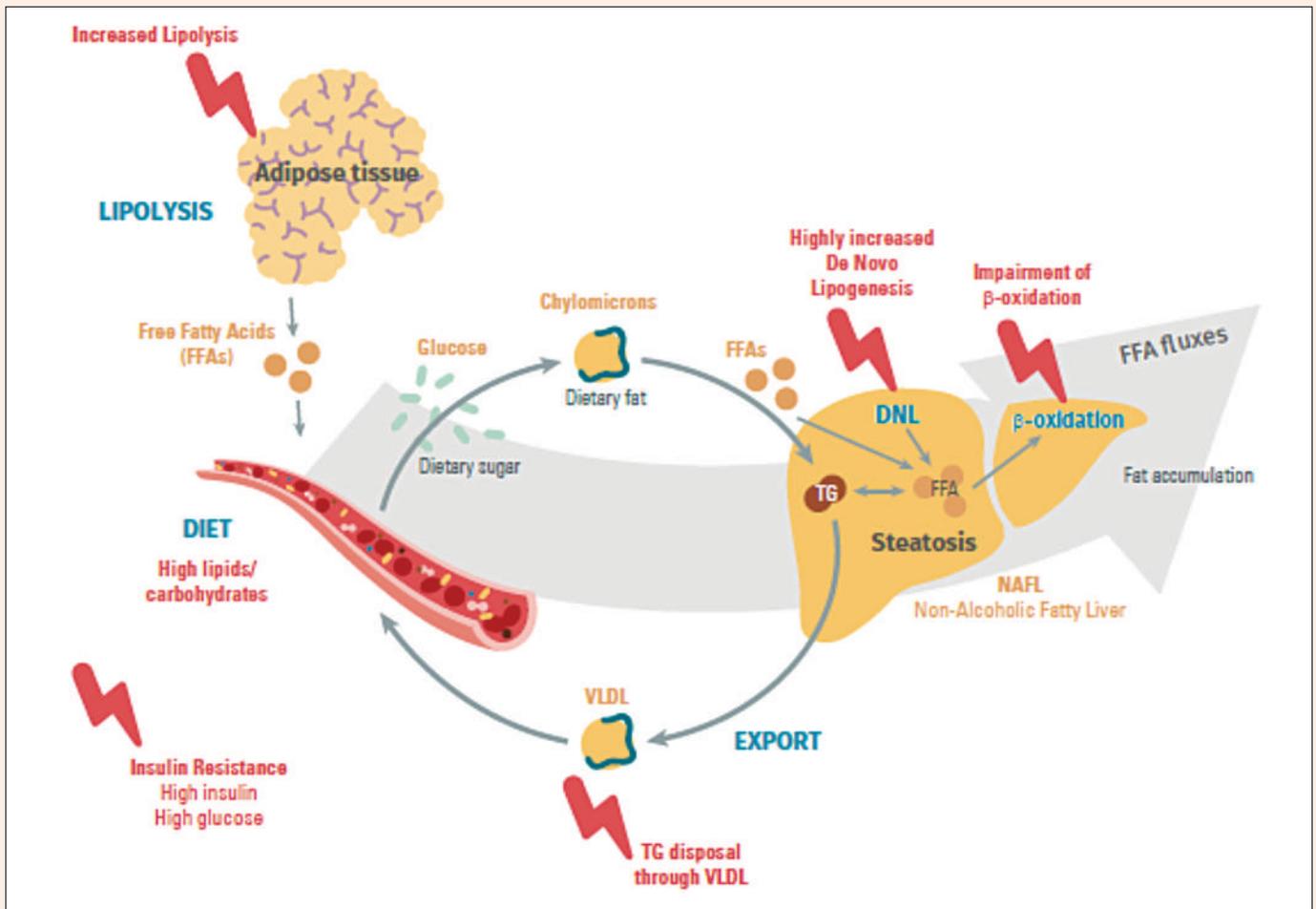


Figura 1. Origine esogena ed endogena degli acidi grassi epatici. Gli acidi grassi provenienti dagli alimenti, dall'idrolisi del tessuto adiposo, durante il digiuno, o dalla sintesi endogena (de novo lipogenesi) possono accumularsi nel fegato. Questo processo accompagnato da un'alterazione nelle capacità del fegato di ossidare i grassi concorre alla comparsa della NAFLD.

nel fegato e stimola lo sviluppo della NAFLD. In uno studio condotto su uomini adulti, è stato dimostrato che una dieta normocalorica con 3 g di fruttosio per kg di massa corporea al giorno (circa 4 L di bibita ad alto contenuto di fruttosio) contribuisce ad aumentare l'accumulo di lipidi all'interno degli epatociti, diminuendo la sensibilità all'insulina e aumentando il livello sierico dei trigliceridi [5]. Il consumo di più di una porzione di una bibita ad alto contenuto di fruttosio (circa 360 ml) al giorno aumenta significativamente il rischio di sviluppo della sindrome metabolica [2,4].

Inoltre, le bevande analcoliche contengono quantità considerevolmente elevate di aspartame e colorante caramello. L'aspartame è un estere peptidico 160 volte più dolce del saccarosio. L'assunzione di alimenti trasformati ad alto contenuto di aspartame provoca aumento di peso e aumenta il rischio di sviluppo del diabete di tipo 2 [2]. Il colorante caramello è una fonte di prodotti avanzati di glicazione (AGE) che presentano proprietà pro-infiammatorie. Gli AGE costituiscono una classe eterogenea di prodotti derivati dalla glicazione non enzimatica di proteine, lipidi e acidi nucleici, prodotti sia dal nostro

“ L'impatto benefico legato alla modificazione dello stile di vita e delle abitudini alimentari ”

organismo o introdotti con la dieta. Gli AGE sono correlati all'eziologia del diabete e ad altre alterazioni metaboliche [6-8].

L'uso di oligofruztosio, viceversa, ha effetti benefici sull'organismo. L'oligofruztosio è un oligomero di fruttosio indigeribile che si trova negli alimenti vegetali. I prodotti alimentari ricchi di oligofruztosio includono cicoria, carciofo, porro, asparagi e aglio. Studi clinici condotti sull'uomo hanno dimostrato che l'ingestione di oligofruztosio provoca una riduzione dei livelli sierici di trigliceridi e glucosio. La supplementazione di oligofruztosio nei pazienti in sovrappeso e obesi contribuisce a ridurre i livelli di glucosio postprandiale e influenza positivamente il controllo della glicemia [9]. Una dieta ricca di oligofruztosio stimola la sazietà attraverso la fermentazione batterica nell'intestino con aumento di acidi grassi liberi nell'intestino crasso [10]. In uno studio condotto su ratti, è stato dimostrato che l'integrazione di oligofruztosio provoca una riduzione della quantità di cibo consumato e aumenta la concentrazione sierica di GLP-1, un ormone prodotto dall'intestino che stimola la secrezione di insulina migliorando quindi la risposta dell'organismo all'introduzione di carboidrati [10]. L'integrazione di oligofruztosio riduce il rischio di insulino-resistenza, diabete e sviluppo dell'obesità negli animali nutriti con una dieta ricca di grassi [10]. Inoltre, il consumo di oligofruztosio attenua l'infiammazione all'interno degli epatociti [9]. L'assunzione di oligofruztosio provoca anche una diminuzione della concentrazione di grelina, un ormone orexigenico che stimola l'assunzione di cibo [9].

3. La scelta degli grassi è essenziale per il mantenimento di un fegato sano

Uno studio condotto su ratti ha rivelato che una dieta ricca di acidi grassi saturi stimola lo stress ossidativo e contribuisce al danno degli epatociti [11]. Gli acidi grassi mono e polinsaturi, viceversa, riducono l'infiammazione e contribuiscono al miglioramento del quadro clinico della NAFLD.

Le raccomandazioni dietetiche per la NAFLD suggeriscono di evitare gli acidi grassi trans contenuti naturalmente nei prodotti lattiero-caseari e in prodotti alimentari altamente trasformati [11]. Gli acidi grassi *trans*, che si formano durante l'idrogenazione degli oli vegetali ad esempio per la produzione di margarina, hanno delle caratteristiche molto simili a quelle degli acidi grassi saturi. L'assunzione di margarina idrogenata promuove l'infiammazione, intensifica la disfunzione endote-

liale e predispone a disturbi del profilo lipidico [12]. Viceversa, l'ingestione di acidi grassi monoinsaturi riduce il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari e contribuisce al miglioramento del profilo lipidico. I prodotti alimentari ricchi di acidi grassi monoinsaturi includono olio d'oliva, olio di colza, di girasole, di soia, noci e avocado. La sostituzione di acidi grassi saturi con acidi grassi monoinsaturi in una dieta provoca un miglioramento del livello sierico di glucosio e della pressione sanguigna. Inoltre, una dieta ricca di acidi grassi monoinsaturi aumenta il livello di colesterolo HDL e diminuisce il livello di colesterolo totale nei soggetti con diabete [11].

Uno studio condotto sull'uomo con NASH ha confermato l'effetto benefico di una dieta ricca di acidi grassi monoinsaturi sullo stress ossidativo [13,14].

Un prodotto alimentare particolarmente ricco di acidi grassi monoinsaturi è l'olio extravergine di oliva (74 g di MUFA per 100 g). Numerosi studi clinici confermano l'effetto favorevole dell'olio extravergine di oliva sulla prevenzione e il trattamento della NASH [15]. L'olio extra vergine di oliva non raffinato contiene una serie di componenti bioattivi con proprietà antiossidanti e quindi, una dieta arricchita con olio extra vergine di oliva migliora la funzione endoteliale e inibisce la produzione di citochine infiammatorie [15].

Gli acidi grassi polinsaturi, incluso acido docosaesaenoico (DHA) e acido eicosapentaenoico (EPA), che sono acidi grassi a lunga catena della serie ω -3 che troviamo nel pesce, influenzano positivamente il decorso del NAFLD. La somministrazione di acidi grassi della serie ω -3 sotto forma di olio di pesce riduce nei ratti la sintesi epatica degli acidi grassi attraverso la riduzione dell'attività e dell'espressione degli enzimi della DNL ma anche di proteine mitocondriali coinvolte nel processo epatico di sintesi degli acidi grassi [16-18].

Il consumo di olio di pesce riduce la DNL, aumenta l'assorbimento del glucosio nei tessuti adiposi e riduce il grasso viscerale [11,19]. Uno studio ha messo in evidenza che l'integrazione di acidi grassi della serie ω -3 (dose: 2 g/die per 6 mesi) migliora il decorso del NAFLD diminuendo il livello di steatosi [18,19]. Studi sperimentali su animali hanno evidenziato che i supplementi di olio di pesce con un alto contenuto di EPA e DHA mostrano effetti positivi in soggetti con insulino-resistenza [11].

La carenza di DHA e EPA può contribuire allo sviluppo di NAFLD [19]. Studi condotti sull'uomo hanno rivelato che la ridotta disponibilità di acidi grassi ω -3 intensifica la sintesi

“La scelta dei grassi determinante nel mantenimento di un fegato sano”



Opera di Luigi Spinò

degli acidi grassi e l'accumulo di lipidi negli epatociti [20]. Il rapporto raccomandato tra ω -3 e omega-6 dovrebbe essere compreso tra 1:1 e 1:4.

Le noci sono raccomandate per i pazienti NAFLD. Sono ricche di acido grasso α -linolenico un acido grasso della serie ω -3. Il consumo di 30 g di noci al giorno provoca una diminuzione dei livelli di colesterolo totale e LDL [11].

4. Effetto di nutraceutici nel trattamento di NAFLD e NASH

Oltre alle modifiche dello stile di vita, alcuni nutraceutici potrebbero avere un ruolo nel trattamento della steatosi epatica rappresentando un valido complemento terapeutico per le alterazioni metaboliche alla base della NASH.

La disfunzione mitocondriale e lo stress ossidativo sono eventi decisivi nella patogenesi della NASH. Vari nutrienti con proprietà antiossidanti possono contribuire a migliorare l'ome-

ostasi glucidica e a proteggere dalle complicanze del diabete.

L'EFSA (Agenzia Europea per la Sicurezza Alimentare) ha approvato i β -glucani, l'idrossi-propil-metilcellulosa e le pectine come componenti alimentari in grado di ridurre la glicemia post-prandiale.

Una dieta ricca di polifenoli (presenti nei cereali, verdura, frutta, caffè, tè, cioccolato) si associa ad un miglioramento dei parametri metabolici (glicemia, colesterolo, trigliceridi, pressione arteriosa) e al rischio di sviluppare diabete, malattie cardiovascolari e alcune neoplasie. Per quanto riguarda gli effetti sulla glicemia, i polifenoli inibiscono l'assorbimento di glucosio a livello intestinale, riducono la produzione epatica di glucosio e migliorano l'utilizzazione di glucosio da parte di vari organi [21]. I polifenoli più efficaci nel migliorare il metabolismo glucidico sono i flavan-3-oli (tè verde, cioccolato) [22], gli isoflavoni della soia (genisteina) [23], i polifenoli dell'olio extravergine d'oliva [24] e il resveratrolo (bucce d'uva) [25].

La silimarina, una miscela di antiossidanti (flavo lignine e flavonoidi) estratte dal cardo mariano migliora la sensibilità all'insulina ed ha un effetto protettivo sul fegato, grazie ai suoi effetti antiossidanti, antinfiammatori, antiapoptotici e antibiotici. Uno studio condotto su ratti ha dimostrato che la silibina, il principale componente attivo della silimarina, limita la formazione di prodotti ossidati delle proteine e dei lipidi e preserva la funzione mitocondriale epatica in un modello sperimentale di NASH [26].

Studi preclinici hanno evidenziato un effetto protettivo per il fegato da parte dell'astaxantina, un potente antiossidante di origine marina, per il coenzima Q10 e per la vitamina E. Un'associazione di acidi grassi della serie ω -3 e astaxantina è presente nell'olio di krill, un olio ottenuto da invertebrati marini appartenenti all'ordine degli Euphausiacea. L'olio di krill ha mostrato effetti benefici sulla riduzione della NAFLD in modelli animali [27] e in donne obese con sindrome metabolica [28].

Nei soggetti con NAFLD è spesso presente un deficit di vitamina D; la sua supplementazione potrebbe dunque avere un ruolo in questi pazienti. Anche la berberina, grazie ai suoi effetti ipocolesterolemizzanti e insulino-sensibilizzanti, potrebbe avere un ruolo nei pazienti affetti da NAFLD [29]. Promettenti sono anche alcuni studi di supplementazione di probiotici (*Streptococcus*, *Thermophilus* e diverse specie di *Bifidobacterium* e *Lactobacillus*) nel trattamento della NAFLD [30]. L'uso di questi nutraceutici, associato ad opportune misure di correzio-

“Alcuni Nutraceutici potrebbero avere un ruolo nel trattamento della Steatosi Epatica”

ne degli stili di vita, potrebbe dunque essere considerato nei soggetti con NAFLD.

Recenti ricerche hanno dimostrato che il succo e la polpa di Aronia (una varietà di biancospino) hanno un effetto benefico sulla NAFLD. Le bacche fresche di Aronia possiedono elevate quantità di polifenoli in particolare come proantocianidine e antocianine. Il potere antiossidante delle bacche di Aronia è quattro volte superiori a quelli del succo di mirtillo e del vino rosso. Grazie a queste caratteristiche il succo di Aronia inibisce l'ossidazione delle LDL, contrasta l'ipertrigliceridemia indotta da fruttosio e diminuisce il peso corporeo [31-34].

5. Conclusioni

Evidenze cliniche sostengono sempre più il ruolo fondamentale della modifica dello stile di vita come terapia primaria per la gestione della NAFLD e della NASH. Il cambiamento dello stile di vita, comprese le abitudini alimentari e l'attività fisica dovrebbe essere la prima linea di trattamento per queste patologie. A questo punto la domanda non è più se lo stile di vita sia una terapia clinica efficace; la domanda è come implementare lo stile di vita come terapia nella cura clinica quotidiana.

Bibliografia

1. Anstee QM, Reeves HL, Kotsiliti E, Govaere O, Heikenwalder M. From NASH to HCC: current concepts and future challenges. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2019; 16(7): 411-428.
2. Nseir W, Nassar F, Assy N. Soft drinks consumption and non-alcoholic fatty liver disease. *World J Gastroenterol* 2010; 16: 2579-88.
3. Mosca A, De Cosmi V, Parazzini F, Raponi M, Alisi A, Agostoni C, Nobili V. The role of genetic predisposition, programming during fetal life, family conditions, and post-natal diet in the development of pediatric fatty liver disease. *J Pediatr* 2019; 211: 72-77.
4. Dhingra R, Sullivan L, Jacques PF. Soft drink consumption and risk of developing cardiometabolic risk factors and the metabolic syndrome in middle-aged adults in community. *Circulation* 2007; 116: 480-8.
5. Le KA, Bortolotti M. Role of dietary carbohydrates and macronutrients in the pathogenesis of nonalcoholic fatty liver disease. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2008; 11: 477-82.
6. Singh R, Barden A, Mori T, Beilin L. Advanced glycation end-products: a review. *Diabetologia* 2001; 44: 129-146.
7. Goldberg T, Cai W, Peppas M, Dardaine V, Baliga BS, Uribarri J, Vlassara H. Advanced glycoxidation end products in commonly consumed foods. *J Am Diet Assoc* 2004; 104: 1287-1291.
8. Uribarri J, Woodruff S, Goodman S, Cai W, Chen X, Pyzik R, Yong A, Striker GE, Vlassara H. Advanced glycation end products in foods and a practical guide to their reduction in the diet. *J Am Diet Assoc* 2010; 110: 911-916, e912.
9. Parnell JA, Reimer RA. Weight loss during oligofructose supplementation is associated with decreased ghrelin and increased peptide YY in overweight and obese adults. *Am J Clin Nutr* 2009; 89: 1751-9.
10. Cani PD, Knauf C, Iglesias MA. Improvement of glucose tolerance and hepatic insulin sensitivity by oligofructose requires a functional glucagon-like peptide 1 receptor. *Diabetes* 2006; 55(5): 1484-90.
11. Zivkovic AM, German JB, Sanyal AJ. Comparative review of diets for the metabolic syndrome: implications for non-alcoholic fatty liver disease. *Am J Clin Nutr* 2007; 86: 285-300.
12. Jeyapal S, Putcha UK, Mullapudi VS, Ghosh S, Sakamuri A, Kona SR, Vadakattu SS, Madakasira C, Ibrahim A. Chronic consumption of fructose in combination with trans fatty acids but not with saturated fatty acids induces nonalcoholic steatohepatitis with fibrosis in rats. *Eur J Nutr* 2018; 57(6): 2171-2187.
13. Vos MB, McClellan CJ. Nutrition and nonalcoholic fatty liver disease in children. *Curr Gastroenterol Rep* 2008; 10: 308-15.
14. Leclercq IA, Horsmans Y. Nonalcoholic fatty liver disease: the potential role of nutrition management. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2008; 11: 766-73.
15. Assy N, Nassar F, Nasser G, Grosovski M. Olive oil consumption and non-alcoholic fatty liver disease. *World J Gastroenterology* 2009; 15: 1809-15.
16. Siculella L, Sabetta S, Damiano F, Giudetti AM, Gnani GV. Different dietary fatty acids have dissimilar effects on activity and gene expression of mitochondrial tricarboxylate carrier in rat liver. *FEBS Lett* 2004; 578(3):280-4.
17. Giudetti AM, Sabetta S, di Summa R, Leo M, Damiano F, Siculella L, Gnani GV. Differential effects of coconut oil- and fish oil-enriched diets on tricarboxylate carrier in rat liver mitochondria. *J Lipid Res* 2003; 44(11): 2135-41.
18. Gnani A, Giudetti AM. Dietary long-chain unsaturated fatty acids acutely and differently reduce the activities of lipogenic enzymes and of citrate carrier in rat liver. *J Physiol Biochem* 2016; 72(3): 485-94.
19. Byrne C, Olufadi R, Bruce KD. Metabolic disturbances in non-alcoholic fatty liver disease. *Clin Sci* 2009; 116: 539-64.
20. Vos MB, McClellan CJ. Nutrition and nonalcoholic fatty liver disease in children. *Curr Gastroenterol Rep* 2008; 10: 308-15.
21. Zhang S, Xue R, Hu R. The neuroprotective effect and action mechanism of polyphenols in diabetes mellitus-related cognitive dysfunction. *Eur J Nutr*. 2019 Oct 9. doi: 10.1007/s00394-019-02078-2.

“ La modifica dello stile di vita come terapia primaria della gestione della NAFLD e della NASH ”

Opera di Luigi Spanò



22. Burton-Freeman B, Brzeziński M, Park E, Sandhu A, Xiao D, Edirisinghe I. A selective role of dietary anthocyanins and flavan-3-ols in reducing the risk of type 2 diabetes mellitus: a review of recent evidence. *Nutrients* 2019; 11(4).

23. Thangavel P, Puga-Olguín A, Rodríguez-Landa JF, Zepeda RC. Genistein as potential therapeutic candidate for menopausal symptoms and other related diseases. *Molecules* 2019; 24(21).

24. Ditano-Vázquez P, Torres-Peña JD, Galeano-Valle F, Pérez-Caballero AI, Demelo-Rodríguez P, Lopez-Miranda J, Katsiki N, Delgado-Lista J, Alvarez-Sala-Walther LA. The fluid aspect of the Mediterranean Diet in the prevention and management of cardiovascular disease and diabetes: the role of polyphenol content in moderate consumption of wine and olive oil. *Nutrients* 2019; 11(11).

25. Breuss JM, Atanasov AG, Uhrin P. Resveratrol and its effects on the vascular system. *Int J Mol Sci* 2019; 20(7).

26. Serviddio G, Bellanti F, Giudetti AM, Gnoni GV, Petrella A, Tamborra R, Romano AD, Rollo T, Vendemia G, Altomare E. A silybin-phospholipid complex prevents mitochondrial dysfunction in a rodent model of nonalcoholic steatohepatitis. *J Pharmacol Exp Ther* 2010; 332(3): 922-32.

27. Ferramosca A, Conte A, Burri L, Berge K, De Nuccio F, Giudetti AM, Zara V. A krill oil supplemented diet suppresses hepatic steatosis in high-fat fed rats. *PLoS One* 2012; 7(6): e38797.

28. De Domenico S, Fabietti F, Cardea T, Ciavolino E, Pasca P, Giudetti AM. Krill oil associated with caloric restriction ameliorates

parameters of metabolic syndrome and hepatic enzyme outcome in postmenopausal women: a retrospective study. *Nutri Food Sci J* 2018; 2(1): 116.

29. Zhu X, Bian H, Gao X. The potential mechanisms of berberine in the treatment of Nonalcoholic Fatty Liver Disease. *Molecules* 2016; 21(10).

30. Meroni M, Longo M, Dongiovanni P. The role of probiotics in Nonalcoholic Fatty Liver Disease: A new insight into therapeutic strategies. *Nutrients* 2019; 11(11).

31. Al Humayed S. Protective and therapeutic effects of *Crataegus aronia* in non-alcoholic fatty liver disease. *Arch Physiol Biochem* 2017; 123(1): 23-30.

32. Rahmani J, Clark C, Kord Varkaneh H, Lakiang T, Vasanthan LT, Onyeché V, Mousavi SM, Zhang Y. The effect of *Aronia* consumption on lipid profile, blood pressure, and biomarkers of inflammation: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Phytother Res* 2019; 33(8): 1981-1990.

33. Kim NH, Jegal J, Kim YN, Heo JD, Rho JR, Yang MH, Jeong EJ. Chokeberry extract and its active polyphenols suppress adipogenesis in 3T3-L1 adipocytes and modulates fat accumulation and insulin resistance in diet-induced obese mice. *Nutrients* 2018; 10(11). pii: E1734.

34. Valcheva-Kuzmanova S, Kuzmanov K, Mihova V, Krasnaliiev I, Borisova P, Belcheva A. Antihyperlipidemic effect of *Aronia melanocarpa* fruit juice in rats fed a high-cholesterol diet. *Plant Foods Hum Nutr* 2007; 62(1): 19-24.



di SILVANA LEO

*Direttore U.O.C. Oncologia Medica
P.O. "Vito Fazzi" - Lecce*

L'alimentazione nella prevenzione dei tumori

FATTORI DI RISCHIO: UN TERZO DI TUTTE LE NEOPLASIE HA CAUSE ALIMENTARI



Opera di Luigi Spanò

“ Il ruolo fondamentale di una corretta dieta mediterranea ”

Le neoplasie costituiscono la seconda causa di morte, con una prevalenza in continuo aumento a livello mondiale. Nel 2019 si è registrato un calo delle neoplasie di colon retto, stomaco, fegato e prostata.

Nel 1981, due scienziati inglesi, Richard Doll e Richard Peto, pubblicarono un libro sulle cause del cancro che ha segnato una svolta nell'identificazione dei principali fattori di rischio. Secondo Doll e Peto, oltre un terzo dei tumori ha cause alimentari.

La maggior parte dei tumori **si possono prevenire adottando uno stile di vita sano**; una regolare attività fisica e una dieta equilibrata, aiutano a ridurre sensibilmente la possibilità di contrarre questo tipo di malattie. La nostra dieta è strettamente collegata al tumore sia per la prevenzione che durante la cura della patologia. In particolar modo la Dieta Mediterranea, come testimoniato da diversi studi, rappresenta la miglior prevenzione possibile per questi tumori.

Gli studi sui legami tra cibo e malattie onco-

“ Frutta e verdura, pesce e legumi costituiscono una efficace barriera protettiva ”

logiche hanno mostrato che l'aderenza alla dieta mediterranea è associata a una riduzione del 10% della mortalità da tumore. Inoltre, i dati dello studio EPIC mostrano che l'aderenza alle raccomandazioni alimentari del **World Cancer Research Fund** è associata alla prevenzione di tumori

E' dimostrato, infatti, che attraverso l'alimentazione si previene:

- fino al 20% i tumori alla cervice uterina e prostata
- fino al 33% i tumori al polmone
- fino al 50% i tumori alla bocca, faringe e al seno
- fino al 66% i tumori al fegato
- fino al 75% i tumori al colon-retto, esofago e stomaco

Sono tutte malattie provocate da una dieta altamente calorica, ricca di proteine di origine animale, grassi, carboidrati raffinati e povera invece di frutta e verdura.

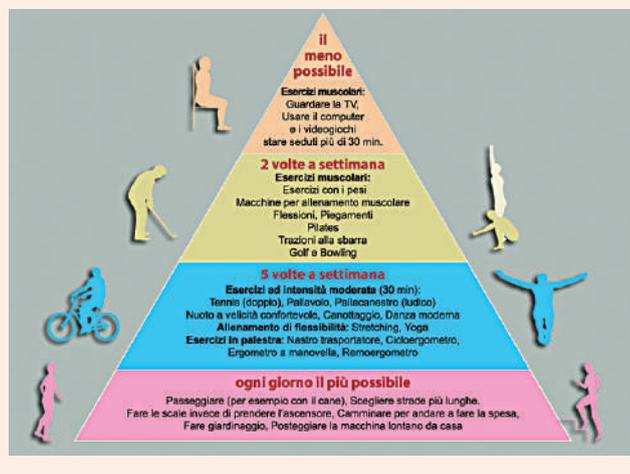
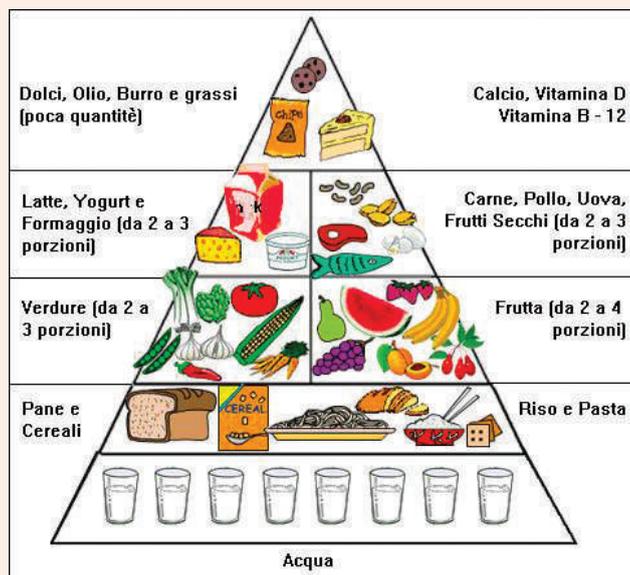
Una sana alimentazione, ricca di cereali integrali e legumi, frutta e verdura, con poca carne rossa e una fortissima riduzione del consumo di bevande zuccherate e carni conservate, protegge dallo sviluppo di tumori; sembra che tale comportamento alimentare **possa contrastare efficacemente anche l'insorgenza di recidive**. È dunque consigliabile seguire le *raccomandazioni* del Fondo mondiale per la ricerca sul cancro (WCRF) e i consigli del *Codice europeo contro il cancro*.

Cosa comprende una sana alimentazione?

- **Legumi:** contengono gli isoflavonoidi (fitoestrogeni) che modulano l'azione degli ormoni sessuali, ostacolando la crescita tumorale;
- **Semi e frutta secca:** noci, mandorle, prugne secche sono ricchi di potassio e di composti anticancerogeni: come il laettrile delle mandorle, i fitosteroli delle arachidi, gli acidi grassi omega-3 delle noci, il selenio delle noci brasiliane o le vitamine A ed E dei semi di girasole, zucca e sesamo;
- **Verdure e frutta:** i vegetali sono particolarmente indicati contro il tumore del colon-retto. Vanno consumate quelle a foglia verde scuro (per esempio o barbabietole) o giallo arancione (carote e zucca). Ottimi anche i bulbi come porri, aglio o cipolle. E' preferibile mangiare infine frutta di stagione e senza aggiungere zucchero o altri dolcificanti;
- **Pesce:** soprattutto quello azzurro (sardine, acciughe, sgombri), offre acidi grassi polinsaturi omega-3, coenzima Q10 e selenio.

LE NOSTRE PROPOSTE

... Per uno stile di vita attivo !



“«Cooking, confort, care»
per una corretta informazione”



Un'alimentazione scorretta è un fattore di rischio importante per lo sviluppo di molte malattie, tanto che un terzo delle neoplasie è riconducibile a un cattivo stile alimentare. Mangiare sano è quindi una delle più efficaci armi in nostro possesso nella prevenzione dei tumori e delle recidive e per essere equipaggiati al meglio per affrontare, in caso di diagnosi, i trattamenti oncologici e la malattia.

Nei pazienti oncologici, e in alcuni più di altri, la nutrizione assume un valore cruciale: in Italia 3 milioni e 300mila persone vivono con una diagnosi di tumore e la dieta può aiutare a sopportare meglio i trattamenti, che non di rado devono essere sospesi per malnutrizione, condizione che interessa otto pazienti su dieci. Mangiare in modo adeguato consente di contrastare gli effetti collaterali, come vomito,

stitichezza, perdita di appetito, riduce la tossicità provocata dalla chemio o dalla radio, rinforza le difese dell'organismo e previene le complicanze post-operatorie.

Per diffondere questa consapevolezza, Aiom e Fondazione Aiom hanno lanciato la campagna «Cooking, confort, care», per la diffusione di informazioni attendibili sugli effetti dell'alimentazione sull'organismo, argomento di grande interesse per i pazienti, spesso ancora non adeguatamente informati su questo tema che, insieme a quello delle medicine alternative, è il più contaminato da bufale e imprecisioni.

La campagna informativa «Cooking, confort, care» si avvale di un mini-sito nel sito Aiom, dei social media e di materiale cartaceo informativo, ed è pensata in particolare per i pazienti con tumore al pancreas, cui sono dedicate le ricette

Prevenire la malnutrizione e la perdita di peso

elaborate da chef e medici oncologi presenti nell'opuscolo. Un'alimentazione adeguata ma al tempo stesso stuzzicante può rappresentare un valido aiuto per molte sfide quotidiane del malato deve affrontare».

Grazie ai successi della ricerca e della clinica, è aumentata la sopravvivenza dei pazienti oncologici: «La cronicità ha nuove esigenze, che gli oncologi hanno iniziato a prendere in considerazione».

Combattere la malnutrizione, che affligge otto pazienti su dieci, è diventata una priorità». La malnutrizione interessa otto

pazienti oncologici su dieci.

Il cancro indebolisce il nostro organismo e provoca un'infiammazione generalizzata che ha conseguenze sul metabolismo, sull'appetito e quindi anche sulla qualità e quantità dell'alimentazione. Inoltre molte cure anti-tumorali presentano effetti collaterali che interessano proprio l'apparato gastro-intestinale. Il paziente oncologico deve seguire un tipo di dieta adatta alla sua situazione clinica.

Prevenire la malnutrizione e la perdita di peso porta grandi vantaggi perché:

- diminuisce la tossicità dei trattamenti antineoplastici: in questo modo è possibile effettuare cure nel modo più corretto ed efficace possibile, mantenendo inoltre i giusti tempi e le adeguate dosi.
- riduce le complicanze, limitando la necessità e la durata di ricoveri ospedalieri
- migliora la qualità di vita generale del paziente e quindi anche la risposta positiva dell'organismo alla malattia
- l'oncologo, insieme al nutrizionista, può aiutare il malato a scegliere i cibi più appropriati e risolvere molti problemi legati alla nutrizione.

Lo stato nutrizionale costituisce un fattore in grado di influenzare la storia clinica della malattia oncologica. La malnutrizione per difetto, che si manifesta in genere con il calo ponderale, ma che è fondamentalmente sostenuta dalla perdita di massa muscolare (sarcopenia), è oramai dimostrato essere un fattore prognostico negativo e responsabile di un peggioramento della qualità di vita dei pazienti.

Molte forme di cancro si associano a una **perdita di peso**, che può anche essere importante: si calcola che fino al 40 per cento dei pazienti oncologici sia già dimagrito al momento della diagnosi o abbia problemi di nutrizione. Questo fenomeno, che non riguarda solo i tumori dell'apparato digerente, è determinato da vari fattori tra cui:

- la produzione di sostanze chimiche a opera delle cellule tumorali, che portano a un **consumo più rapido di grassi e proteine**, determinando una riduzione del peso a parità di apporto calorico;
- il **cattivo assorbimento (malassorbimento) delle sostanze nutritive**, specie in conseguenza di interventi chirurgici di rimozione di tratti gastroenterici;

CARTA dei DIRITTI DEL PAZIENTE ONCOLOGICO ALL'APPROPRIATO E TEMPESTIVO SUPPORTO NUTRIZIONALE

- 1-Diritto alla corretta informazione e al counseling nutrizionale**
Ogni malato oncologico ha diritto a ricevere da parte di personale sanitario con documentate e riconosciute competenze di nutrizione clinica:
- informazioni esaurienti, corrette e basate sulle evidenze cliniche riguardo al proprio stato di nutrizione, alle possibili conseguenze a esso associate e alle diverse opzioni terapeutiche nutrizionali;
- un counseling nutrizionale che fornisca indicazioni su come adeguare la propria alimentazione ai principi universalmente riconosciuti come validi nella prevenzione primaria e secondaria dei tumori, in relazione anche alle eventuali comorbidità, terapie mediche, chirurgiche o radioterapiche previste.
- 2-Diritto allo screening e alla valutazione dello stato nutrizionale**
Ogni malato oncologico ha diritto allo screening nutrizionale finalizzato a individuare l'eventuale presenza del rischio di malnutrizione. Lo screening deve essere eseguito con strumenti validati alla diagnosi e ripetuto sistematicamente da parte dell'equipe curante a intervalli regolari, nel caso di neoplasie, che, per tipologia, stadio o trattamento, possono influenzare negativamente lo stato di nutrizione. Ogni malato a rischio di malnutrizione ha diritto alla valutazione completa e tempestiva del proprio stato nutrizionale da parte di personale sanitario afferente ai Servizi di Nutrizione Clinica, congedati, con documentate e riconosciute competenze di nutrizione clinica. La valutazione nutrizionale deve essere parte integrante dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali elaborati dalle strutture oncologiche.
- 3-Diritto alle prescrizioni nutrizionali**
Ogni malato oncologico malnutrito e con calo ponderale ha diritto alla prescrizione di un supporto nutrizionale appropriato da parte di personale medico afferente ai Servizi di Nutrizione Clinica o con documentate e riconosciute competenze di nutrizione clinica.
- 4-Diritto all'accesso all'integrazione nutrizionale orale**
Ogni malato oncologico a rischio di malnutrizione ha diritto, in relazione alle condizioni cliniche e caretali presenti, su prescrizione di personale medico afferente ai Servizi di Nutrizione Clinica o con documentate e riconosciute competenze di nutrizione clinica, all'accesso gratuito agli integratori nutrizionali orali, compresi i supporti vitaminici e minerali.
- 5-Diritto a ricevere una nutrizione artificiale appropriata e tempestiva**
La nutrizione artificiale è una metodica terapeutica complessa che richiede competenze multidisciplinari e specialistiche che più pressante, se non condotta secondo criteri di qualità e sicurezza, complica anche gravi. Ogni malato oncologico a rischio di malnutrizione, non in grado di mantenere un soddisfacente stato di nutrizione attraverso il counseling nutrizionale ed eventuali integrazioni, ha diritto a ricevere sia in ospedale, sia nelle strutture residenziali, nell'ambito di un progetto di continuità assistenziale, un appropriato e tempestivo supporto di nutrizione artificiale, su prescrizione di personale medico afferente ai Servizi di Nutrizione Clinica o con documentate e riconosciute competenze di nutrizione clinica.
- 6-Diritto a ricevere una nutrizione artificiale domiciliare appropriata e sicura**
Ogni malato oncologico che necessita di proseguire il supporto di nutrizione artificiale oltre i confini della degenza ospedaliera ha diritto a ricevere un trattamento di nutrizione artificiale domiciliare appropriato e sicuro, su prescrizione di personale medico afferente ai Servizi di Nutrizione Clinica o con documentate e riconosciute competenze di nutrizione clinica.
- 7-Diritto al monitoraggio del supporto nutrizionale**
Ogni malato oncologico che necessita di un supporto nutrizionale ha diritto a ricevere la periodica rivalutazione dell'appropriatezza e dell'efficacia del trattamento da parte dell'oncologo e di personale sanitario afferente ai Servizi di Nutrizione Clinica o con documentate e riconosciute competenze di nutrizione clinica, nel contesto di percorsi sanitari integrati e condivisi da équipe multidisciplinari.
- 8-Diritto alla cura del sovrappeso associato alle terapie**
Ogni malato oncologico ha diritto all'accesso gratuito ai Servizi di Nutrizione Clinica nell'ambito dei percorsi di riabilitazione oncologica durante e dopo i trattamenti attivi, al fine di recuperare il proprio peso ideale, anche in considerazione dell'impatto del sovrappeso sulla prognosi e sul decorso clinico di molte patologie neoplastiche.
- 9-Diritto al supporto psicologico**
La malnutrizione per difetto e il sovrappeso in modo rilevante sul decorso clinico del malato e spesso innescano dinamiche intrafamiliari importanti. Ogni malato a rischio di variazioni significative del proprio stato nutrizionale ha diritto a un appropriato e tempestivo supporto psicologico gratuito.
- 10-Diritto a partecipare a studi clinici controllati in tema di nutrizione clinica**
Ogni malato oncologico ha diritto, se lo desidera, a essere inserito in studi clinici controllati volti a migliorare la nutrizione nelle diverse fasi della malattia.

Logo AOn (Associazione Nazionale Oncologi Nutrizionisti), FAVO (Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), SINPE (Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo, Member della Federazione delle Società Italiane di Nutrizione).

“Anche sovrappeso e obesità costituiscono un fattore prognostico negativo”



Opera di Luigi Spanò

- le **difficoltà di masticazione o di deglutizione o di percezione dei sapori** dovute alla sede del tumore (bocca, gola o altre parti del volto) o alla terapia;
- la **riduzione dell'appetito**: una persona malata può essere molto debole, soffrire di depressione, avere dolori vari non ben controllati, avere nausea o vomito o difficoltà nella respirazione, tutte situazioni che tolgono la voglia di mangiare.

Anche la malnutrizione per eccesso, ovvero il sovrappeso e l'obesità, costituisce un fattore prognostico negativo, aumentando morbilità e mortalità, anche non tumore correlata, nei lungo-sopravvissuti, la cui prevalenza è in aumento grazie al miglioramento delle terapie antineoplastiche e alle campagne di screening.

Le evidenze scientifiche attualmente disponibili vengono puntualmente raccolte e aggiornate dall'European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) che ha pubblicato le ultime Linee Guida per il paziente oncologico nel 2017.

Nonostante l'elevata prevalenza delle problematiche nutrizionali e le evidenze scientifiche disponibili, la consapevolezza delle conseguenze negative della malnutrizione nel malato oncologico è ancora molto scarsa sia tra gli operatori sanitari coinvolti nella gestione della malattia che tra i pazienti, a causa anche del circolare tramite vari canali di una non corretta e adeguata informazione.

Nel 2016 alla collaborazione tra AIOM e SINPE si è aggiunta anche la F.A.V.O., (Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia) aumentando l'entità e l'efficacia del lavoro svolto. Infatti, le iniziative assunte dal **tavolo di lavoro intersocietario AIOM-SINPE- F.A.V.O.**, in particolare l'approvazione della “Carta dei diritti del paziente oncologico all'appropriateo e tempestivo supporto nutrizionale”, hanno avuto un impatto positivo sulle società stesse, e, soprattutto, hanno costituito uno stimolo costruttivo sensibilizzando in merito il Ministero della Salute. Il 14 dicembre 2017 è stato infatti approvato in sede di Conferenza Stato Regioni l'Accordo sulle **“Linee di indirizzo sui percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici”** (Rep. Atti n. 224/C-SR), che si è basato *sui contributi forniti dalla Carta dei Diritti sottoscritta appunto da AIOM, F.A.V.O. e SINPE, e dalle società scientifiche ADI, SINUC, SISA e Associazioni di pazienti.*

Il testo approvato contiene infatti tutti i principi già stilati nella Carta dei Diritti e si pone come obiettivi:

- assicurare lo screening e la valutazione dello stato nutrizionale;
- definire specifici PDTA nutrizionali da integrare nei PDTA delle patologie oncologiche;
- presentare un Modello di Risposta Organizzativa;
- descrivere la formazione ed informazione agli operatori sanitari.

Nel documento inoltre viene presentato un modello organizzativo che, tramite un percorso integrato, può permettere lo svolgimento di un programma nutrizionale personalizzato e associato al trattamento oncologico sin dal primo accesso ai servizi, senza dimenticare una parte dedicata alla formazione degli operatori sanitari.

I temi della nutrizione sono di importanza non trascurabile in oncologia, dal momento che tra i pazienti con tumore le alterazioni dello stato nutrizionale sono all'ordine del giorno. L'80% dei pazienti con neoplasia del tratto gastrointestinale superiore e il 60% di quelli con neoplasia polmonare presentano una perdita di peso già quando ricevono la diagnosi della

“Alcuni Nutraceutici potrebbero avere un ruolo nel trattamento della Steatosi Epatica”



malattia. Perdite di peso anche in fasi successive si riscontrano nel 72% dei pazienti con tumori pancreatici, nel 69% di quelli con neoplasie esofagee, nel 67% di quelli con neoplasie gastriche, nel 57% di quelli con tumori di testa o collo, nel 34% di quelli con neoplasie del colon retto.

Ci si aspetta che queste raccomandazioni siano in grado di ridurre nella pratica medica le complicanze derivanti da problemi di malnutrizione, che possono interferire con le cure e peggiorare la qualità della vita, e di facilitare il recupero di un buono stato nutrizionale e della salute fisica.

Per arrivare a questo risultato si sottolinea la necessità di una serie di valutazioni individuali del paziente basate sulla storia clinica, sui trattamenti effettuati e in corso, sulla presenza di sintomi non controllati, sulla rilevazione di parametri fisici e



su test di laboratorio, in vari momenti del percorso diagnostico-terapeutico. La valutazione deve essere effettuata secondo il programma anche in caso di iniziale assenza di modificazioni dello stato nutrizionale, in modo da gestire eventuali problematiche in fase precoce, e dovrà essere inclusa nella documentazione clinica e comunicata al medico di medicina generale. Il passo successivo prevede che, riconosciuto e valutato l'eventuale problema nutrizionale, si prepari un piano di intervento.

Il documento definisce anche i compiti delle varie figure coinvolte in modo da garantire una continuità assistenziale ospedale-territorio, e che comprendono il medico di medicina generale, il medico nutrizionista, il dietista, l'infermiere territoriale, il farmacista, ed eventualmente lo psicologo.

Nonostante l'elevata prevalenza delle problematiche nutri-

“Anche sovrappeso e obesità costituiscono un fattore prognostico negativo”

zionali e le evidenze scientifiche disponibili, la consapevolezza delle conseguenze negative della malnutrizione nel malato oncologico deve essere implementata tra medici e pazienti.

UNA FINESTRA SULL'ONCOLOGIA DI LECCE:

Valutazione dello stato nutrizionale nei pazienti oncogeriatrici grazie all'utilizzo di un **Bioimpedenziometro** strumento necessario per diagnosticare precocemente l'insorgenza della malnutrizione e valutarla nel corso dei trattamenti.

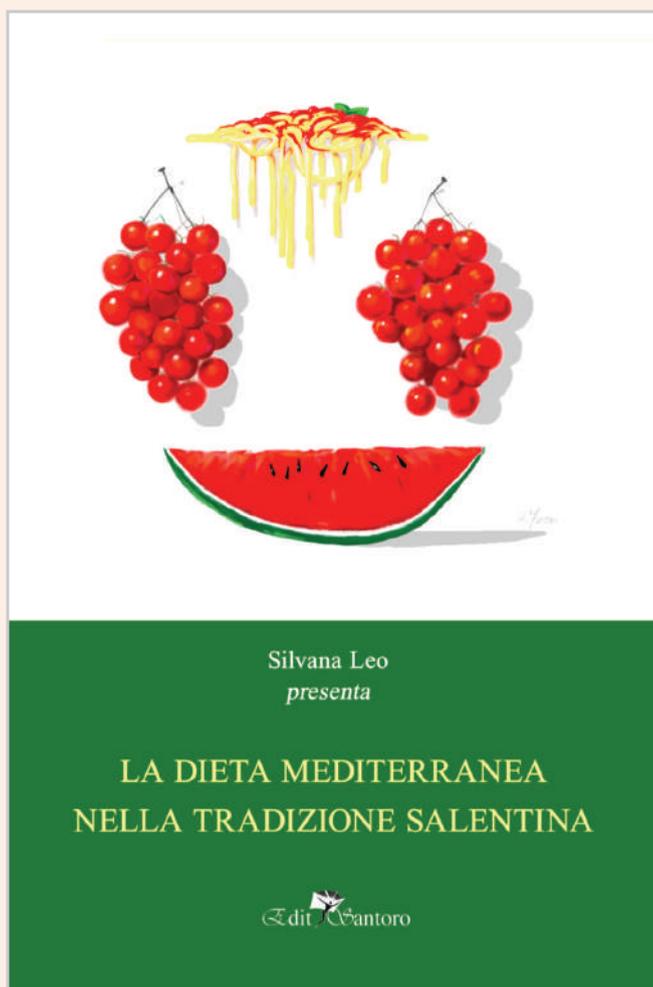
Abbiamo ideato inoltre, un logo che rappresenta la nostra Dieta Mediterranea che viene utilizzato in tutti gli eventi riguardanti la problematica dell'alimentazione.

Grazie alla collaborazione con l'Associazione *onlus* di Volontariato "La Chiave d'Argento" è attivo un programma di Promozione della Salute:

I pomeriggi della Prevenzione: incontri sul tema alimentazione e salute per pazienti e loro familiari, incontri focalizzati sulla promozione di una corretta alimentazione in linea con i dettami della Dieta Mediterranea come forma di prevenzione delle patologie cronico degenerative e come recupero di un immenso patrimonio culturale enogastronomico che rende onore a questa meravigliosa terra: il Salento, rappresentata da una cucina povera negli ingredienti ma ricca e diversificata nel gusto.

"La Dieta Mediterranea nella tradizione Salentina" è proprio questo il titolo dell'interessantissimo libro di cui sono autore.

Il libro si legge tutto d'un fiato per la scorrevolezza degli argomenti e ci porta alla scoperta di Presicce-Acquarica del Capo, dei suoi frantoi ipogei e dei piatti della tradizione salentina con delle ricette facili e dal successo assicurato per riscoprire e portare nuovamente in tavola il sapore ormai quasi perduto della "vera" dieta mediterranea dal tocco spiccatamente salentino.



ONCOLOGIA è anche questo !



di ALDO PAIANO

*Direttore U.O.C. di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
P.O. Veris della Ponti- Scorrano*

Problematiche nutrizionali nelle malattie infiammatorie croniche dell'intestino

DATI CLINICI, DI LABORATORIO, ENDOSCOPICI, ISTOLOGICI, RADIOLOGICI E CHIRURGICI PER UNA CORRETTA DIAGNOSI DI MICI



Opera di Luigi Spanò

“ La dieta ha un ruolo fondamentale nella modulazione del microbiota intestinale ”

L Per malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) intendiamo due entità cliniche fra loro distinte anche se per molti aspetti simili.

La colite ulcerosa (CU), caratterizzata da un processo infiammatorio cronico limitato alla mucosa del grosso intestino e del retto con estensione variabile (proctite, proctosigmoidite, colite sinistra, colite estesa, pancolite).

La malattia di Crohn (MC), caratterizzata da un processo infiammatorio segmentario e transmurale che può interessare qualunque distretto del canale alimentare. La MC può essere classificata in base alla sede delle lesioni (ileo, ileo-colon, colon, tratto digestivo superiore) e in base al comportamento clinico (prevalentemente infiammatorio, stenotico, fistolizzante).

La diagnosi di MICI si basa sulle seguenti

“ Una dieta ricca di cibi pro-infiammatori è un fattore di rischio per le Mici ”

Le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MIC): MORBO DI CROHN

PRESENTAZIONE CLINICA

- Legati alla localizzazione intestinale della malattia ed alla presenza/assenza di stenosi e fistole.
- Sintomi:
 - Alvo diarroico cronico (di durata superiore alle 6 settimane)
 - Febbre
 - Perdita di sangue e muco con le feci (meno frequente rispetto alla RCU)
 - Perdita di peso
 - Dolori addominali
 - Fatigue
 - Nei bambini crescita ritardata
 - Fistole perianali

MONTREAL CLASSIFICATION OF CHRON'S DISEASE

ETÀ ALLA DIAGNOSI	LOCALIZZAZIONE	COMPORTAMENTO
A1: <16 anni	L1: Ileale	B1: Infiammatorio
A2: 17 - 40 anni	L2: Colon	B2: Stenosi
A3: >40 anni	L3: Ileo-colica	B3: Penetrante
	L4: Malattia alto apparato Gastro-Intestinale	P: Malattia perianale

- induzione della remissione,
- mantenimento della remissione,
- prevenzione della recidiva postchirurgica nella MC,
- risparmio steroideo,
- miglioramento della qualità di vita.

Negli ultimi anni, tuttavia, lo scenario terapeutico sta cambiando: l'introduzione delle terapie biologiche ha offerto nuove possibilità terapeutiche per i pazienti con malattia severa e refrattaria al trattamento convenzionale.

NUTRIZIONE E STILI DI VITA

Le malattie infiammatorie croniche intestinali rappresentano un problema emergente di salute pubblica ed un enigma eziologico. L'ipotesi corrente riguardo la patogenesi delle IBD è che alla suscettibilità genetica si sovrapponga una disbiosi intestinale. Tra i fattori ambientali la dieta ha un ruolo fondamentale nella modulazione

del microbioma intestinale. Eccesso calorico ed alcuni macronutrienti tipici dell'alimentazione occidentale aumentano il grado d'infiammazione della mucosa. Identificare e definire i fattori di rischio ambientali è oggetto di studio, e la dieta è uno dei principali argomenti studiati.

variabili: dati clinici, di laboratorio, endoscopici, istologici, radiologici e chirurgici. L'endoscopia digestiva è oggi il gold standard per lo studio dei tratti addominali superiori ed inferiori; tuttavia un ruolo sempre più rilevante stanno assumendo altre metodiche di immagine quali l'ecografia, la tomografia computerizzata e la risonanza magnetica particolarmente utili per la diagnosi di complicanze quali ascessi, fistole, malattia perianale e complicanze parastomali.

Il potenziale ruolo diagnostico dell'endoscopia con videocapsula è in costante evoluzione, ma al momento resta confinato allo studio dell'intestino tenue. In circa il 15% dei pazienti con MICI localizzata al colon i dati clinici radiologici endoscopici e istologici non sono compatibili con la diagnosi sia di CU che di MC. Questa condizione viene definita Colite Indeterminata (CI). L'eziologia delle MICI è sconosciuta. Non esiste pertanto una terapia curativa.

Nonostante le MICI abbiano un decorso cronico-ricorrente, la maggior parte dei pazienti ha un decorso favorevole. La mortalità è sovrapponibile a quella della popolazione generale o solo lievemente aumentata. Gli obiettivi terapeutici nel trattamento delle MICI sono essenzialmente:

OBIETTIVI DELLA GESTIONE NUTRIZIONALE

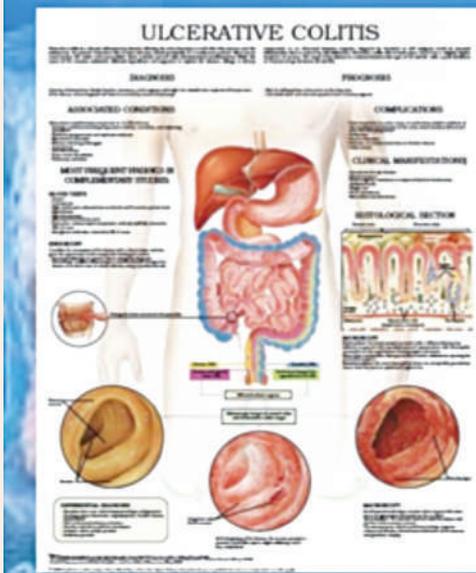
L'intervento dietetico deve essere finalizzato a.

- 1) ripristinare le perdite dei nutrienti associate ai processi infiammatori
- 2) correggere deficit eventuali
- 3) fornire nutrienti sufficienti per il mantenimento del bilancio energetico, azotato, liquido, elettrolitico
- 4) controllare i sintomi
- 5) migliorare la qualità della vita del paziente
- 6) indurre e mantenere la remissione.

In fase acuta il fabbisogno calorico deve essere di circa 35 Kcal/kg peso ideale; il fabbisogno proteico è di 1,5 g/kg/die, i lipidi dopo una iniziale restrizione devono essere riportati ai LARN. I glucidi devono rappresentare il 50-60% delle calorie totali.

“La dieta mediterranea mantiene l'intestino sano”

Le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI): RETTOCOLITE ULCEROSA



A seconda dell'estensione delle lesioni a carico del colon possiamo distinguere:

- Proctite (interessamento solo del retto);
- Colite sinistra (interessamento del retto-sigma fino alla flessura sinistra);
- Pancolite (interessamento oltre la flessura sinistra).

La sintomatologia della RCU comprende:
Diarrea emorragica, urgenza alla defecazione e dolore addominale.

- Diarrea mista a sangue
- Urgenza alla defecazione
- Defecazione notturna
- Dolore addominale crampiforme
- Tenesmo
- Malessere generale, febbre e anemia sono presenti nelle forme più gravi

basso grado. La dieta ricca di ortaggi verdure e fibre inibisce la crescita di specie patogene, come ceppi di E. Coli ed altre Enterobacteriacee.

La letteratura medica ha dimostrato che la composizione del microbiota intestinale è strettamente legata alla qualità del cibo e rappresenta una fonte di antigeni luminari.

Anni di ricerche, tuttavia, non hanno chiarito il preciso ruolo nella prevenzione della dieta. Alcune raccomandazioni sono importanti:

- idratarsi correttamente
- evitare caffeina e alcool
- assumere integratori di vitamine e minerali
- eliminare latticini in caso d'intolleranza
- limitare i grassi i carboidrati e le fibre

– pasti piccoli e frequenti
Nella letteratura medica i modelli dietetici presenti sono essenzialmente

3: La dieta SCD (SpecificCarbohydrateDiet)-la dieta FODMAP (a basso contenuto di oligosaccaridi, disaccaridi, monosaccaridi e polioli)-la dieta mediterranea.

La nutrizione enterale è utile e raccomandata come terapia di prima linea nei bambini con malattia di Crohn in fase attiva, al fine d'indurre la remissione. Negli adulti la terapia parenterale fornisce dati interessanti, ma incide negativamente sulla qualità di vita.

La dieta SCD ha come obiettivo, quello di mantenere una remissione non sostenuta da farmaci in pazienti con IBD. La dieta fu ideata dal gastroenterologo Sidney Haas nel 1951 e resa nota dalla biochimica Elaine Gottschall con la pubblicazione del libro: Rompere il circolo vizioso-la salute dell'intestino attraverso la dieta. Il principio della dieta è basato sull'idea che IBD ed altre patologie intestinali, comportino una disfunzione delle disaccaridasi utili alla digestione dei disaccaridi e della amilopectina. Maggiori quantità di disaccaridi nel colon causerebbero disbiosi, sovracrescita batterica con danno mucosale ed aumento della permeabilità.

Lo schema dietetico permette il consumo di carboidrati

LA GESTIONE NUTRIZIONALE

L'alimentazione moderna dei paesi occidentali è profondamente cambiata dalla dieta tradizionale delle generazioni precedenti: eccesso di zuccheri raffinati, acidi grassi insaturi della serie omega 6, acidi grassi trans ed idrogenati, alimenti processati, modificati, conservati e di origine industriale, in combinazione con un basso introito di fibre, frutta, verdura e alimenti freschi.

L'alimentazione moderna, è quindi caratterizzata dalla produzione di citochine proinfiammatorie, dall'aumento della permeabilità intestinale e dall'alterazione del microbiota intestinale.

Una dieta ricca di cibi pro-infiammatori è quindi un fattore di rischio per le MICI: molti studi hanno dimostrato che la dieta occidentale è predisponente per le malattie infiammatorie croniche intestinali. Diete ricche in grassi e zucchero alterano il microbiota intestinale causando disbiosi ed incremento di endotossine. La disbiosi altera la mucosa intestinale che diviene più permeabile e sottile assorbendo patogeni ed antigeni con l'instaurarsi di una infiammazione cronica di

contenenti monosaccaridi-frutta e miele-con esclusione dei disaccaridi e dei polisaccaridi. È permesso il consumo di vegetali ad alto rapporto amilosio-amilopectina, noci, frutta, proteine e lipidi. Diversi studi confermano l'effetto positivo nell'indurre e mantenere la remissione nelle IBD.

La dieta a basso contenuto di FODMAP ha ottenuto grande attenzione nel trattamento della Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali: recenti metanalisi hanno dimostrato un miglioramento della qualità di vita e dei sintomi intestinali quali borborigmi, diarrea, nausea.

LA DIETA MEDITERRANEA

La dieta mediterranea, è caratterizzata da un elevato introito di vegetali e frutta fresca (ricchi di antiossidanti, fibre e vitamine), olio di oliva e pesce grasso ricco di grassi polinsaturi omega 3, cereali integrali e frutta secca oleosa. Questo schema dietetico è ricco di alimenti con azione prebiotica e fibre solubili come l'inulina. Quest'ultima, metabolizzata dal microbiota, produce butirrato: importante nutriente ad azione anti-infiammatoria che si esplica con la riduzione di fattori come l'Nf-kb.

Lo studio Predi-Med ha dimostrato che almeno 5 anni di dieta mediterranea, ha indotto la metilazione dei geni che controllano l'infiammazione. A causa dell'elevato apporto di fibra solubile ed insolubile, la DM potrebbe tuttavia essere poca adatta nelle fasi acute della malattia ma è raccomandata nelle fasi di remissione con opportuni adattamenti.

Analizzando alcuni alimenti cardine della DM, di seguito si elencano alcuni accorgimenti per l'uso quotidiano in pazienti affetti da IBD.

Cereali:

i cereali ed il grano in generale, sono stati modificati dalle tecnologie moderne. Molti grani contengono un eccesso di glutine per migliorare la panificazione. Questi trattamenti hanno trasformato, aumentandoli, gli epitopi antigenici e le reazioni immuno-mediate.

Le varietà di grani antichi come il Senatore Cappelli (*Triticum turgidum durum*) ed l'Enkir (*triticum monococcum*), il più antico cereale coltivato dall'uomo-7.500 anni a.C.- non hanno subito modificazioni genetiche ed hanno un basso impatto immunogenico sull'intestino. Il riso è indicato nelle IBD, perché privo di glutine, lenitivo e può essere

consumato anche integrale se cotto molto a lungo.

Pesce azzurro:

l'attività anti-infiammatoria del pesce azzurro è nota per il contenuto di omega 3 quali EPA e DHA. Questo alimento tipicamente mediterraneo è indicato in ogni stadio della malattia.

Noci e semi:

non utili per il paziente in fase attiva, possono tuttavia essere parte dell'alimentazione se ingeriti in forma di latte. Il latte di mandorle, che appartiene ad una antica tradizione meridionale, può essere preparato in casa usando mandorle ed acqua. Questa bevanda, ha proprietà remineralizzanti ed un contenuto di grassi insaturi quali l'acido oleico ed il linoleico paragonabile all'olio extravergine di oliva.

Legumi:

i legumi, fonte di proteine, minerali (calcio-ferro-zinco-fosforo e vitamine B1, B9, B3), possono essere consumati decorticati. I legumi decorticati, privi della frazione metanogena, della fibra insolubile e dei fitati, contengono fibra solubile, vitamine e minerali. Le fibre solubili-pectina e inulina-hanno azione prebiotica, favorendo i batteri produttori di propionato e butirrato che svolgono un'azione protettiva sulla mucosa e possono essere aggiunti nei pazienti con IBD. In particolare l'acido butirrico può down-regolare le citochine pro infiammatorie. I legumi possono essere ingeriti anche con la buccia ma devono essere cotti molto a lungo e passati al passatutto.

Vegetali:

i vegetali si possono ingerire durante la fase di remissione ma devono contenere poca fibra insolubile: zucchine, patate, carote, melanzane senza pelle, fagiolini e bietole. Devono essere ben cotti, senza aggiunta di grassi e consumati inizialmente come crema; successivamente interi. Ancora successivamente si possono adoperare vegetali crudi: carote, cuori di radicchio, insalate morbide a fogli piccole. I vegetali contenenti fibre fermentabili come cavoli, broccoli, cavolo capuccio, pomodori e peperoni possono essere consumati come crema. Consigliare l'acquisto di un estrattore può essere utile, perché rimuove la

parte fibrosa, producendo un succo contenente vitamine, minerali ed antiossidanti.

Frutta fresca:

il consumo di frutta fresca ha un effetto protettivo ed immunomodulante nelle IBD prevenendo le recidive. Il consumo della frutta fresca, se si fa uso di un estrattore, è possibile in ogni momento della malattia. La frutta è da intendersi di stagione.

Un capitolo a parte merita L'OLIO EXTRA VERGINE DI OLIVA:

La FDA lo ha proclamato farmaco. Sempre secondo la FDA, per sfruttare appieno il potenziale anti-infiammatorio deve essere consumato crudo nella quantità di 2 cucchiaini al giorno. Deve essere consumato entro 12-18 mesi dall'estrazione, garantendo all'organismo 17.5 g di acido oleico, 4.5 milligrammi di vitamine E, 10 milligrammi di antiossidanti

quali: squalene, squalano, oleocantale, oleuropeina, oleaceina, idrossitirosole modulatori dell'espressione di geni protettivi. Queste sostanze sono contenute in gran quantità nella varietà Pugliese detta Coratina.

CONCLUSIONI

La nutrizione è elemento cardine nella prevenzione e nella gestione delle IBD. La DIETA MEDITERRANEA, ricca di frutta, vegetali, olio di oliva, pesce grasso, cereali integrali, mantiene l'intestino sano. Previene la disbiosi, coinvolta nella patogenesi delle IBD. Il ruolo della dieta nel ripristino della eubiosi e nella riduzione dei sintomi è ben riconosciuto.

Da tutti gli studi effettuati, emerge come di fondamentale importanza per il benessere del nostro corpo è il mantenimento del microbiota intestinale: utile non solo nel controllo delle malattie intestinali ma anche di altre patologie di organi apparentemente "lontani" dal nostro intestino.



Opera di Luigi Spanò



di EMILIANO TAMBURINI*



GLORIA GIARACUNI**

* *Direttore Struttura Complessa Oncologia Medica e Responsabile Hospice – Casa Betania*
 ** *Medico Nutrizionista presso Struttura Complessa Oncologia Medica – A.P. Cardinale G. Panico – TRICASE*

Problematiche nutrizionali nel paziente oncologico

LO STATO NUTRIZIONALE DEL PAZIENTE CONDIZIONA IL BUON ESITO DELLE TERAPIE ANTITUMORALI

“*Il cibo sia la tua medicina e la tua medicina sia il cibo*” scriveva Ippocrate già 2400 anni fa, riconoscendo l'importanza della nutrizione per il mantenimento dello stato di salute. Tuttavia è da pochi anni che ci stiamo realmente preoccupando e occupando della malnutrizione ospedaliera che in Italia rappresenta un problema clinico ed economico rilevante, spesso misconosciuto e sottovalutato, nonostante una relativa semplicità del suo monitoraggio.

Nell'ambito delle patologie tumorali lo stato nutrizionale del paziente condiziona il buon esito e il proseguimento delle terapie antitumorali (chirurgia, radioterapia e chemioterapia) e in molti casi la sopravvivenza stessa. I dati scientifici, sempre con maggiore evidenza, sembrano infatti sottolineare come per il paziente oncologico una corretta nutrizione rappresenti un elemento importante anche per il raggiungimento degli obiettivi oncologici. La ridotta alimentazione, insieme alle alterazioni metaboliche prodotte dal tumore, è responsabile della malnutrizione per difetto, caratterizzata da perdita di peso corporeo e massa muscolare. Ciò riduce la tolleranza ai trattamenti, peggiora la qualità della vita e fa aumentare la mortalità rappresentando di fatto una **malattia nelle malattie**.

A questo proposito i dati sono allarmanti: il 20-30% dei pazienti europei con cancro muore per le conseguenze della malnutrizione, non per la progressione della patologia. Circa il

“ Circa il 30% dei malati di cancro muore per malnutrizione ”

40% dei malati di tumore è malnutrito e solo l'8,4% riceve una nutrizione adeguata. La malnutrizione per difetto raggiunge picchi dell'80% dei pazienti con neoplasia del tratto gastrointestinale superiore e il 60% di quelli con neoplasia polmonare che presentano una perdita di peso, già quando ricevono la diagnosi della malattia, in parte per gli effetti del tumore e in parte per lo stress metabolico generato dalla malattia. In alcuni casi, le poche settimane che intercorrono tra la diagnosi e l'inizio del piano terapeutico bastano a compromettere ulteriormente la condizione nutrizionale, al punto da rendere difficile l'avvio delle cure. La situazione poi peggiora una volta iniziati i trattamenti chemio e radioterapici che mettono a dura prova la capacità di alimentarsi in maniera corretta. Una perdita progressiva di peso si registra nel 72% dei pazienti con tumori pancreatici, nel 69% delle neoplasie esofagee, nel 67% delle neoplasie gastriche, nel 57% dei tumori di testa o collo, nel 34% delle neoplasie del colon retto, nel 31% dei casi di

“ La valutazione dello stato di nutrizione è di fondamentale rilevanza ”

linfoma non-Hodgking. Uno stato di malnutrizione per eccesso (che rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di sindrome metabolica e recidiva di malattia) si sviluppa invece nelle pazienti trattate per tumori alla mammella o i pazienti trattati per tumore della prostata.

Poiché lo stato di nutrizione è un importante predittore della risposta ai trattamenti antitumorali, la sua valutazione è di fondamentale rilevanza. E' oggi possibile prevenire e trattare la malnutrizione: è possibile farlo con il cibo, con gli integratori, con la nutrizione enterale e parenterale o con gli ausili nutrizionali adeguati che oggi riescono, a fronte di costi molto contenuti, a garantire ai pazienti tutti i nutrienti necessari per affrontare al meglio le cure. La nutrizione clinica è divenuta quindi negli anni una vera terapia di supporto, fondamentale per migliorare l'aspettativa e la qualità di vita dei pazienti con tumore.

Sulla scorta della *Carta dei diritti del paziente oncologico all'appropriato e tempestivo supporto nutrizionale* elaborata dal Gruppo di Lavoro AIOM-SIMPE-F.A.V.O., sono nate *Le linee*

di indirizzo sui percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici approvate in Conferenza Stato-Regioni il 14 dicembre 2017 al fine di garantire informazioni, consulenza, screening nutrizionale e terapia nutrizionale clinica personalizzata ai pazienti oncologici. Nel documento viene inoltre presentato un modello organizzativo che auspica alla creazione di un percorso integrato tra aziende ospedaliere e medici del territorio al fine di rispondere alle esigenze nutrizionali specifiche dei pazienti.

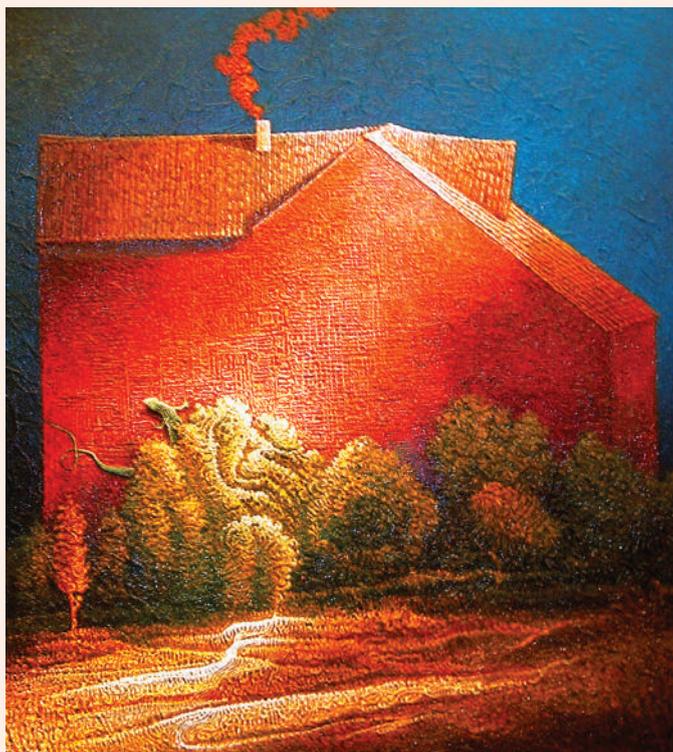
Attualmente si stima che circa il 50% dei tumori possa essere curato con la sola chirurgia, ed un ulteriore 30% trattato con la combinazione di chirurgia e terapie oncologiche. Nonostante i progressi tecnici e l'ampia diffusione della chirurgia mini-invasiva e robotica, anche l'efficacia del trattamento chirurgico può essere inficiata dallo stato di malnutrizione del paziente, che rischia un rilevante prolungamento del tempo permanenza in ospedale dopo l'intervento, un aumento delle complicanze postoperatorie (specie infettive), della mortalità postoperatoria e spesso un ritardo nell'inizio di ulteriori terapie

adiuvanti. Lo stato nutrizionale dei pazienti neo-adiuvati potrebbe talvolta condizionare la fattibilità e la prognosi di un successivo trattamento chirurgico. Sono state riconosciute anche per i pazienti chirurgici le linee guida ERAS-ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) nate nel 2002 e rinnovate nel 2017 proprio con l'obiettivo di fornire un quadro chiaro e delineato a supporto del medico e a beneficio dei pazienti nel percorso di gestione perioperatorio del malato oncologico.

E' quindi evidente come la nutrizione nel paziente oncologico sia da un lato un vero e proprio atto terapeutico antitumorale (impattando sulla prognosi del paziente) e dall'altro lato un "obbligo di legge" (linee guida). Nonostante



“ La nutrizione clinica rappresenta una vera terapia di supporto ”



Opera di Luigi Spanò

ciò spesso nella nostra pratica clinica siamo disattenti ai bisogni nutrizionali del paziente oncologico, troppo presi ad organizzare e a pianificare le terapie chirurgiche chemioterapiche radio-terapiche eccetera. I concetti di “prendersi cura” e di “prendere in carico” devono viceversa prevedere una valutazione a 360° del paziente stesso e non soltanto di alcuni aspetti. Pertanto se da un lato siamo obbligati a garantire un approccio terapeutico adeguato (selezionare la migliore chemioterapia, il migliore timing chirurgico eccetera) dall'altro dobbiamo creare dei servizi che parallelamente garantiscano le cure palliative simultanee, il supporto psicologico, la valutazione dello stato nutrizionale. Purtroppo ad oggi in Italia non viene garantito lo stesso livello di cure, e tra Regione e Regione si è andata delineando una situazione a macchia di leopardo dove troppo spesso al Sud ci troviamo a rincorrere modelli meglio organizzati e con maggiori risorse.

All'Ospedale Panico di Tricase, con l'obiettivo di aumentare i servizi offerti al paziente oncologico, e con la speranza di garantire nel tempo un approccio a 360°, è stato aperto nel giugno 2019 un ambulatorio di nutrizione in Oncologia. L'ambulatorio, nato con il supporto dell'Associazione Alessandra x Le Donne, è stato dal sottoscritto fortemente voluto all'interno dell'Oncologia come parte integrante dell'offerta da noi fornita al paziente oncologico. Ma pur essendo all'interno del reparto di Oncologia rappresenta un esempio di come stiamo cercando di integrare, a tutto vantaggio del paziente, le numerose discipline che lavorano intorno al paziente oncologico: fanno infatti parte dell'equipe un Chirurgo, una Farmacista

e due Biologi. Insomma i muri fra i reparti ci sono ma sta alle persone che lavorano insieme accorgersi di questi. La nostra esperienza ha inoltre dimostrato come l'esigenza di seguire il proprio stato nutrizionale fosse fortemente sentita dal paziente oncologico: nei primi cinque mesi di attività l'equipe ha preso in carico più di 200 nuovi pazienti oncologici che vengono poi rivalutati periodicamente durante il percorso di cura.

In particolare il setting a cui vengono rivolte le nostre maggiori attenzioni sono i pazienti con tumori gastrointestinali ed epato-bilio-pancreatici: a questi pazienti fin dall'esordio, oltre alla pianificazione diagnostico e terapeutica, viene garantita valutazione dello stato nutrizionale con appositi score al fine di ottimizzare la performance fisica preoperatoria. Vengono inoltre fornite diete personalizzate, supporti nutrizionali adeguati ad una gestione domiciliare e ciclicamente, in base alle variazioni dello stato nutrizionale (rilevato con la bioimpedenziometria e il monitoraggio del peso corporeo), viene modulato il programma alimentare anche in base ai vari momenti terapeutici (preoperatorio, immediato postoperatorio, dimissione). Per i pazienti che non necessitano di un supporto nutrizionale personalizzato sono stati elaborati protocolli ospedalieri differenziati per patologia, nell'ambito dei protocolli ERAS (*Enhanced recovery after surgery*), che garantiscono uno standard nutrizionale a tutti i pazienti sottoposti a chirurgia dell'apparato digerente.

L'ambulatorio di nutrizione oncologica nato a giugno 2019, è oggi parte attiva di una gestione multidisciplinare e multimodale che risponde alla volontà aziendale di garantire la totale presa in carico del paziente oncologico. Con l'intento di migliorare ancora di più l'offerta al paziente oncologico e gli outcome oncologici dei nostri pazienti, il servizio di nutrizione oncologica si sta arricchendo di ulteriori competenze. In primo luogo la nostra farmacia clinica si è infatti appena dotata di una riempitrice di ultima generazione per la preparazione di sacche personalizzate per la nutrizione parenterale. La sacca personalizzata è un preparato che si prefigge di offrire al paziente una offerta personalizzata e di maggiore qualità grazie alle competenze e alla preparazione della nostra équipe di farmacia. In secondo luogo nell'ambito del progetto di crescita della équipe dell'ambulatorio di nutrizione che stiamo sviluppando con l'associazione Alessandra X Le Donne, nel 2020 è programmata la seconda fase formativa della équipe che prevederà di sviluppare competenze anche sul tema della nutrizione come “prevenzione oncologica”.



di CATERINA PATI*



VINCENZA PELLEGRINO**

* Medico Specialista Nefrologo
** Dietista Ospedale di Galatina

Terapia dietetica-nutrizionale nell'insufficienza renale cronica: tra linee guida e riflessioni cliniche

UNA PERSONA SU DIECI AFFETTA DA MALATTIA RENALE CRONICA, SPESSO SENZA SAPERLO

INTRODUZIONE

E' ormai ben dimostrato come la terapia nutrizionale (basata sulla riduzione dell'apporto proteico) nel paziente nefropatico sia in grado di ritardare la morte renale, evitare i sintomi connessi da insufficienza renale cronica avanzata (nausea, inappetenza, vomito, prurito), evitare la malnutrizione (che si sviluppa irreversibilmente nel paziente lasciato in dieta "libera") e posticipare l'ingresso in dialisi senza aumentare la mortalità.

La Società Italiana di Nefrologia stima che in Italia circa una persona su dieci abbia una malattia renale cronica (MRC), spesso senza saperlo. L'insufficienza renale cronica è irreversibile e, a volte in maniera insidiosa, progredisce sino alla perdita completa della funzione renale rendendo necessario un trattamento sostitutivo, rappresentato dalla dialisi o dal trapianto. Da questa premessa si evince **l'importanza della terapia dietetico-nutrizionale (TDN) nella gestione conservativa del paziente con MRC.**

L'approccio più fruttuoso è quello multidisciplinare che coinvolge nefrologo e dietologo nell'impostazione dei consigli alimentari in base alle caratteristiche clinico-metaboliche del paziente.

Si stima che l'adesione del paziente alla terapia dietetico-nutrizionale sia del 31%.

Opera di Luigi Spurio



“ La terapia nutrizionale è in grado di ritardare la morte renale ”

La dieta può essere accettata più facilmente dedicando inizialmente del tempo alla valutazione delle ricette preferite e alla selezione degli ingredienti non graditi. Fondamentale è la "presa in cura" che può avvenire solo se si è attuato un corretto coinvolgimento del paziente e della sua famiglia.

Il piano dietetico deve essere costantemente implementato ed eventualmente corretto nel follow up. Il cardine della TDN è la verifica del soddisfacimento del fabbisogno calorico e di un adeguato apporto di AA essenziali a fronte di una riduzione dell'apporto di proteine, fosforo, sodio e acidi fissi, correlandolo sempre alla reale aderenza del soggetto al piano prestabilito. La dieta ipoproteica non deve essere intesa come riduzione degli alimenti da consumare. Deve essere vista invece come una limitazione dei cibi dannosi per i reni o che li "affaticano" in

modo eccessivo, stressando le loro performances residue.

Il razionale delle restrizioni dietetiche, soprattutto nelle fasi avanzate di malattia, è contrastare i sintomi clinici derivanti dalla riduzione della capacità depurativa ed escrettrici del rene. Inappetenza, nausea e vomito insorgono per l'accumulo di prodotti del catabolismo azotato e per l'acidosi metabolica. Può essere presente ipertensione arteriosa ed edemi per un inadeguato bilancio del sodio e dei liquidi. Controllare i valori di fosforemia è determinante fin dalle fasi precoci di MRC per evitare l'aumento del PTH con conseguenze sull'apparato scheletrico e sull'eritropoiesi.

La dieta ipoproteica per nefropatici può prevedere in alcuni casi la sostituzione del pane e pasta normali con analoghi artificiali a base di amidi di varie origine. I prodotti aproteici sono privi di proteine, fosforo, sodio e potassio. L'uso di prodotti aproteici permette di mantenere un apporto energetico adeguato, consentendo contemporaneamente il consumo di alimenti contenenti proteine ad alto valore biologico. Sono purtroppo poco appetibili e costosi. Attualmente l'aggiunta di fibre ne ha migliorato la consistenza e si è ottenuto anche una omogenizzazione sulla modalità di erogazione in Italia.

Può essere complesso conciliare una dieta adeguata con prodotti aproteici in alcune situazioni e non si può chiedere al paziente di rinunciare completamente alle proprie abitudini, a ricorrenze, agli incontri conviviali o addirittura ai turni lavorativi, che spesso comportano pranzi fuori casa: troppe limitazioni potrebbero provocare un senso di frustrazione e il completo abbandono del protocollo dietetico. Nei pasti fuori casa il "piatto unico" (pasta, riso, con carne o pesce o uovo) è una soluzione che consente di controllare l'introito proteico.

In alcuni casi si può valutare l'opportunità di una dieta vegetariana. Si precisa che quest'ultima è di per se inadeguata per l'apporto di AA e necessita di essere supplementata con miscele contenenti amminoacidi essenziali e chetoanaloghi. Tale trattamento nutrizionale è da impiegare in pazienti motivati, che presentano una buona aderenza alla terapia e che non sono affetti da comorbilità severe.

Il punto debole della TDN è riuscire a mantenere sempre un adeguato apporto calorico.

La MRC in fase avanzata è spesso aggravata da malnutrizione. Diversi sono i fattori che la inducono: meccanismi neuroendocrini, ritardato svuotamento gastrico (come nella gastroparesi diabetica), alterazioni del gusto, alitosi uremica, gastrite uremica. Alla minor assunzione di cibo si aggiunge lo



“ In alcuni casi si può valutare l'opportunità di una dieta vegetariana ”

stato di infiammazione cronica a complicare ed aggravare il quadro clinico

E' necessario - soprattutto nelle fasi più avanzate nel follow up - una programmazione dei controlli clinici, biochimici e nutrizionali ravvicinati per permettere uno stretto monitoraggio nutrizionale e clinico. Soprattutto sarebbe opportuno l'attuazione del CHRONIC CARE MODEL che, sebbene la regione Puglia sia stata tra le prime a accogliere, ancora non trova una implementazione organizzativa efficace e concreta, soprattutto per una mancata individuazione dei compiti assistenziali dei diversi professionisti coinvolti e la carente integrazione tra di essi che deve essere necessariamente forte e costante, attraverso momenti istituzionali di comunicazione.

COSTITUENTI DELLA DIETA IPOPROTEICA

PROTEINE	0.6-0.8 g/Kg/die (50-75% ad alto valore biologico)
CALORIE	35 Kcal/Kg/die
FOSFORO	600-700 mg/die
CALCIO	1-2 g/die
VITAMINE	Vit. B6(10-50 mg/die)
SODIO	2-3 g/die
POTASSIO	70-100 mEq/die
MAGNESIO	200-300 mg/die

DIVERSI APPROCCI NUTRIZIONALI CHE POSSONO ESSERE IMPIEGATI NEI PAZIENTI CON MRC

1 **Normalizzazione dell'apporto di sale** (6gr/die) e di proteine (0,8/Kg/die) con normale (o ridotto, se richiesto) apporto calorico

2 **Dieta ipoproteica-ipofosforica.** 0,6gr di proteine per Kg di peso corporeo ideale, di cui 0,4/di alto valore biologico (carni, pesce, albume) a 500 -700 mg di fosforo, ridotto apporto di sodio (2,3gr/die). Uso di pane, pasta e altri prodotti iproteici per soddisfare un normale elevato apporto calorico

3 **Dieta fortemente ipoproteica-ipofosforica.** 0,3gr di proteine per Kg di peso corporeo ideale, proteine esclusivamente vegetali, 300-400mg di fosforo, con supplementazione di amminoacidi essenziali e chetoanaloghi (0,1gr/Kg/die o 1cpo ogni 5 Kg /die). Ridotto apporto di sodio (2,3 gr/die). Uso di pane, pasta e altri prodotti per soddisfare un normoelevato apporto proteico

4 **Dieta ipoproteica** (0,7 kg/die) ipofosforica vegetariana con complementari (legumi e cereali), ridotto apporto di fosforo e di sodio.

CRITERI PER INIZIARE PRECOCEMENTE LA RESTRIZIONE PROTEICA

- PROTEINURIA > 1GR
- PRESENZA DI DIABETE MELLITO
- PROGRESSIONE DELLA NEFROPATIA > 5ML / MIN SU BASE ANNUA
- INSODDISFACENTE COMPENSO METABOLICO



di STEFANIA CAGNAZZO



MARIA STELLA

*Dietiste U.O.S. Territoriale
di Endocrinologia/Diabetologia
Responsabile dr.ssa Rosalia Serra
Cittadella della Salute – Lecce*

Terapia nutrizionale nel paziente diabetico Tipo 2

DEVE ESSERE INDIVIDUALE, SEMPLICE E NON RESTRITTIVA



Opera di Luigi Spanò

INTRODUZIONE

Il **diabete mellito tipo 2** sta assumendo oggi una rilevanza sempre maggiore, al punto che a livello mondiale si parla di epidemia. L'età e la familiarità insieme allo stile di vita, alle abitudini alimentari (fattori modificabili) contribuiscono allo sviluppo di questa patologia. Ne deriva che adeguate informazioni e raccomandazioni sulla corretta alimentazione sono fondamentali nella prevenzione della patologia a livello di popolazione.

Perché una persona con diabete dovrebbe impegnarsi a controllare la propria alimentazione e, più in generale migliorare il proprio stile di vita?

Il diabete è una malattia cronica e la terapia farmacologica oggi molto efficace, non è sufficiente.

La terapia nutrizionale è quindi parte integrante del trattamento e deve mirare a raggiungere quattro obiettivi: il controllo glicemico, il raggiungimento e il mantenimento del peso corporeo (ove non ci sia sovrappeso), la prevenzione e il trattamento dei principali fattori di rischio cardiovascolare, il mantenimento di uno stato di benessere non solo fisico ma anche psichico.

La terapia nutrizionale deve essere individuale, semplice e non restrittiva, elaborata dal dietista su prescrizione medica, il tutto nel contesto di un team diabetologico.

“ Alimentazione e nutrizione non sono la stessa cosa ”

Tab. 1. Indicazioni generali per la composizione ottimale della dieta nel diabete tipo 2.

Componenti della dieta	Quantità complessiva consigliata	Quantità consigliata dei singoli nutrienti	Consigli pratici
Carboidrati	45-60% kcal tot (III, B)	<ul style="list-style-type: none"> Saccarosio e altri zuccheri aggiunti <10% (I, A) 	<ul style="list-style-type: none"> Vegetali, legumi, frutta, cereali preferibilmente integrali, alimenti della dieta mediterranea (III, B)
Fibre	>40 g/die (o 20 g/1000 kcal die), soprattutto solubili (I, A)		<ul style="list-style-type: none"> 5 porzioni a settimana di vegetali o frutta e 4 porzioni a settimana di legumi (I, A)
Proteine	10-20% kcal tot (VI, B)		
Grassi	35% kcal tot (III, B)	<ul style="list-style-type: none"> Saturi <10, <8% se LDL elevato (I, A) MUFA 10-20% (III, B) PUFA 5-10% (III, B) Evitare ac. grassi trans (VI, B) Colesterolo <300 mg/die, <200 mg/die se colesterolo elevato (III, B) 	<ul style="list-style-type: none"> Tra i grassi da condimento preferire quelli vegetali (tranne olio di palma e di cocco)
Sale	<6 g/die (I, A)		<ul style="list-style-type: none"> Limitare il consumo di sale e di alimenti conservati sotto sale (insaccati, formaggi, scatolame)

Fonte: Standard italiani della cura del diabete mellito 2018.

Facciamo un po' di chiarezza: alimentazione o nutrizione?

Comunemente si pensa che il termine alimentazione e nutrizione indichi la stessa cosa ma in realtà cela delle vere e proprie diversità. Quando si parla di alimentazione, si fa riferimento alla sola introduzione, all'interno del nostro corpo, di vari alimenti necessari per l'organismo, indipendentemente dalla loro composizione bromatologica. Quando si parla di nutrizione, invece, ci si riferisce ad un sano e corretto apporto di principi nutritivi. Ogni alimento è costituito da nutrienti (macro e micronutrienti). Sono proprio quest'ultimi a favorire il corretto sviluppo dell'organismo e allo stesso tempo contribuiscono al sostentamento della salute. Nutrizione significa dunque fornire al proprio corpo tutti gli alimenti necessari per favorire lo stato di benessere e salute.

Solo dopo aver delineato questa differenza si possono comprendere i principi alla base di una corretta alimentazione.

Caratteristiche della terapia nutrizionale nel diabetico tipo 2. Considerando l'importanza della terapia nutrizionale nella gestione del diabete, le principali società scientifiche hanno redatto precise indicazioni per il soggetto con diabete tipo 2, relative alle caratteristiche nutrizionali degli alimenti, ripartizione calorica e assunzione dei macro e micronutrienti nei diversi pasti. **Tab. 1**

Quale è il modello alimentare ottimale da seguire?

La **Dieta Mediterranea** per le sue caratteristiche nutrizionali e la presenza di molti alimenti con un elevato potere protettivo, può essere proposta come modello alimentare ottimale per il trattamento del diabete tipo 2 oltre che per la prevenzione delle malattie cardiovascolari. L'alimentazione mediterranea è tradizionalmente rappresentata come una piramide alla cui base colloca gli alimenti che dovrebbero essere consumati con maggiore frequenza durante la giornata, arrivando al vertice dove si trovano i cibi da assumere con minor frequenza e maggior cautela. **Fig. 1.** Il modello mediterraneo prevede il consumo di olio extravergine di oliva, pesce azzurro, alimenti ricchi in fibre vegetali come legumi, ortaggi, frutta, cereali integrali e frutta secca.



Fonte: Società italiana di diabetologia.

Fig. 1 Piramide degli alimenti

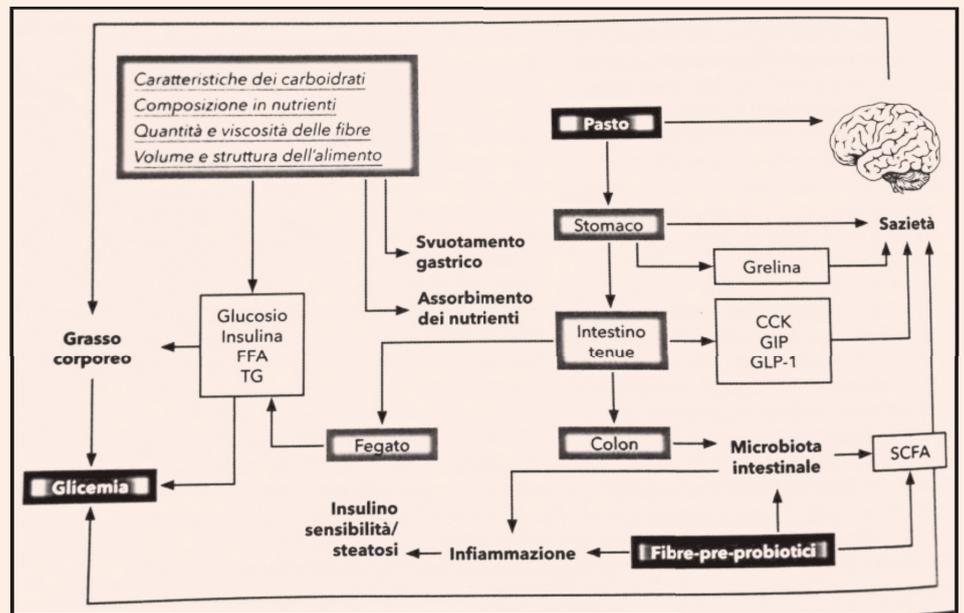
È ormai noto che esiste una relazione tra nutrizione e modificazioni epigenetiche (*epigenetica* dal greco *epi* “sopra” e *gennetikòs* “relativo all’eredità familiare”). L’epigenetica spiega il collegamento tra ambiente, dieta e sviluppo di molte malattie. Molti studi dimostrano che tali elementi cominciano ad agire già nella vita intrauterina e determinano un “imprinting” metabolico: le strategie di prevenzione dovrebbero concentrarsi anche durante il periodo della gravidanza.

Tutt’oggi non è stato ancora definitivamente chiarito come l’ambiente e l’alimentazione possano influire sulla composizione del **microbiota intestinale**. Alcuni studi hanno dimostrato che esiste una differenza della composizione della microflora intestinale in base alla posizione geografica, modalità del parto (parto spontaneo o cesareo) e alle diverse abitudini alimentari. La flora intestinale svolge funzioni essenziali nella tutela della salute, avendo un ruolo metabolico, strutturale e protettivo.

Il microbiota intestinale ha un ruolo fondamentale nella regolazione del metabolismo delle sostanze nutritive all’interno del nostro organismo. Pertanto, il microbiota intestinale può essere considerato un vero e proprio bioreattore energetico all’interno del nostro corpo, che trae energia dalle sostanze nutritive assunte con la dieta. La maggioranza dei microbi risiede nel grosso intestino e metabolizza gli alimenti non digeriti nell’intestino tenue, quindi in particolare fibre, polisaccaridi e oligosaccaridi vegetali. **Fig. 2**

APPORTO ENERGETICO

Nel DM2 obeso e/o in sovrappeso il calo ponderale determina sia una riduzione dell’insulino resistenza che un aumento della secrezione di insulina. Nel DM2 un calo ponderale di 6-7 Kg è in grado di migliorare l’emoglobina glicosilata, la glicemia a digiuno, l’insulinemia, il colesterolo HDL, la trigliceridemia.



Fonte: Beck, Ceriello, Riccardi, - Alimentazione e diabete (2018)
Fig. 2 Impatto della dieta sulla regolazione glicemica

Il mantenimento del calo ponderale raggiunto rappresenta un importante obiettivo della terapia nutrizionale. **Tab.2**

STRATIFICAZIONE DEL PESO CORPOREO	
Peso	IMC (Kg/m ²)
Normopeso	<25
Sovrappeso	25-29
Obesità	30-39
Obesità grave	40-70

Tab. 2. Stratificazione del peso corporeo in base al BMI

CARBOIDRATI E FIBRE

I **carboidrati** rappresentano la principale fonte di energia per l’organismo con una quota compresa fra il 45% e il 60%

“ La quantità e la qualità dei carboidrati possono influenzare la risposta glicemica ”

delle calorie assunte ogni giorno. La scelta della quantità, dell'origine e della distribuzione dei carboidrati durante la giornata dovrebbe essere fatta in modo da facilitare il raggiungimento e il mantenimento di un controllo glicemico ottimale a lungo termine.

Rallentare la digestione e assorbimento dei carboidrati rappresenta un'importante misura per ridurre il picco glicemico postprandiale. Pertanto, la quantità e il tipo di fibre vegetali contenute nel pasto hanno una rilevanza notevole. La **fibra alimentare** è una componente vegetale non digeribile dallo stomaco e dall'intestino tenue ma parzialmente metabolizzata dal colon. All'interno della fibra alimentare rientrano composti vegetali di natura chimica e complessità molto diversi tra loro i quali sono comunemente divisi in due tipologie in base al grado di solubilità in acqua: la fibra solubile (pectine, gomme e mucillagini) particolarmente presente in legumi, ortaggi, frutta, crusca d'avena, orzo e la fibra insolubile (cellulosa, emicellulosa e lignina) presente nella maggior parte dei cereali integrali, crusche di frumento, di segale, di riso e verdura. Generalmente negli alimenti vegetali i due tipi di fibre coesistono, seppur in proporzioni diverse.

I **cereali integrali**, per l'elevato contenuto in fibre insolubili e solubili, esercitano, inoltre, un impatto benefico sulla flora batterica intestinale poiché metabolizzate a livello del colon con produzione di acidi grassi a catena corta (acido acetico, propionico, butirrico). Questo processo determina, nel lungo periodo, un miglioramento della glicemia a digiuno e della sensibilità all'insulina nella fase postprandiale.

Nelle persone con diabete è raccomandata una assunzione di fibra >40 g/die (o > 20 g/1000 kcal/die) di tipo soprattutto solubile. Questo quantitativo di fibre può essere raggiunto attraverso l'introito di almeno 5 porzioni di vegetali, prodotti integrali, frutta ad alto contenuto di fibre e almeno 4 porzioni di legumi per settimana.

INDICE GLICEMICO E CARICO GLICEMICO

Sia la quantità sia la qualità dei carboidrati possono influenzare la risposta glicemica.

La qualità dei carboidrati viene indicata con il concetto di **Indice Glicemico** (IG) dell'alimento che rappresenta l'incremento glicemico indotto dall'ingestione di una porzione di quell'alimento rispetto ad uno di riferimento (glucosio o pane bianco), a parità di contenuto di carboidrati. Gli alimenti contenenti carboidrati, possono essere classificati in base al loro effetto sulla risposta glicemica in alimenti a basso (<55 IG) o ad alto indice glicemico (>75 IG). L'IG può essere considerato un utile parametro per la scelta degli alimenti da consumare in caso di diabete. Vanno preferiti gli alimenti a basso IG (legumi, prodotti integrali e verdura a foglia larga) limitando alimenti ad alto IG poiché determinano un incremento della glicemia post-prandiale. **Tab.3**

La struttura fisica dell'alimento, indipendentemente dalla sua composizione chimica e, in particolare, dalla quantità di

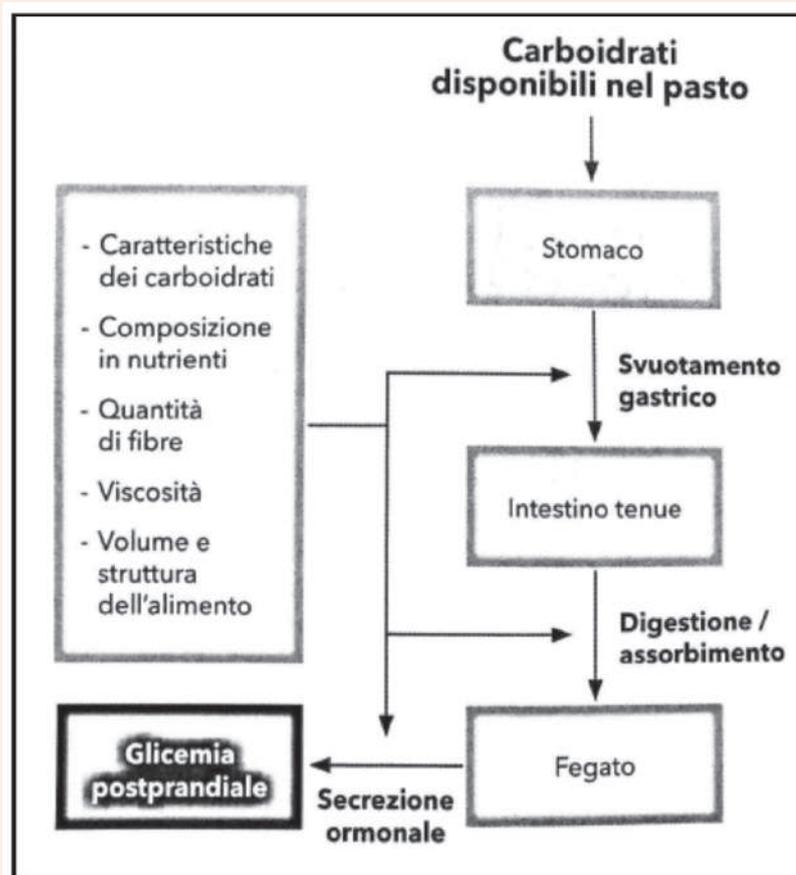
Indice Glicemico Alimenti (I.G)			
Alimento	I.G	Alimento	I.G
Sciroppo di Glucosio	100	Succo di Mela	50
Patate Fritte	95	Bulgur Integrale	50
Patate al Forno	95	Cachi / Kiwi	50
Farina di Riso	95	Ananas	50
Fecola di Patate	95	Muesli senza Zucchero	50
Carote Cotte	85	Patate Dolci	50
"Latte" di Riso	85	Farina di Farro Integrale	45
Farina Bianca	85	Pane Azzimo Integrale	45
Riso Soffiato	85	Pane Int. Tostato	45
Galette di Riso	85	Semola Integrale	45
Pane Bianco	85	Farro	45
Pop Corn	85	Riso Basmati Integrale	45
Zucca	75	Segale	45
Anguria / Melone	75	Succo Arancia	45
Zucchero	70	Succo Pompelmo	45
Tagliatelle (grano tenero)	70	Farina di Segale Int.	45
Fette biscottate	70	Cous Cous Integrale	45
Pane Azzimo	70	Pasta Integrale al Dente	40
Riso Bianco	70	Pane Azzimo Integrale	40
Miglio	70	Pane Int. Lievito Naturale	40
Zucchero Integrale	65	Avena	40
Pane Integrale	65	Kamut	40
Cous Cous	65	Grano Saraceno	40
Mais	65	Thain	40
Orzo Perlato	60	Fiocchi d'Avena Crudi	40
Riso Lungo	60	Prugne Secche	40
Bulgur	55	Fico Secco	40
Riso Rosso	55	Pane di Grano Saraceno	40
		Arancia	35
		Fagioli Cannellini	35
		Amaranto	35
		Azuki	35
		Fagioli Rossi / Neri	35
		Farina di Ceci	35
		Semi di Lino / Sesamo	35
		Pesche	35
		Piselli Freschi	35
		Prugne	35
		Riso Selvatico	35
		Quinoa	35
		Salsa di Pomodoro	35
		Albicocche	30
		Carote Crude	30
		Ceci	30
		"latte" di soia	30
		"latte" d'avena	30
		Fruttosio	20
		"yogurt" Soia Naturale	20
		Cacao in Polvere	20
		Farina di Carrube	15
		Nocce / Nocciola	15
		Sciroppo Agave	15
		Crusca Avena / Frumento	15
		Soia	15
		Tofu / Tempeh	15
		Zucchine	15

Tab. 3. Indice glicemico degli alimenti

“ Non vanno raccomandate diete chetogeniche per favorire il calo ponderale ”

fibre, gioca un ruolo importante nel condizionare l'indice glicemico.

L'IG tiene conto solo della qualità dei carboidrati mentre la risposta glicemica ad un alimento è influenzata anche dalla quantità di carboidrati, per questo motivo è stato introdotto in concetto di **Carico Glicemico** che meglio esprime l'impatto dei carboidrati sulla glicemia. Il Carico glicemico (CG) si calcola moltiplicando il valore dell'indice glicemico per la quantità di carboidrati dell'alimento diviso 100. L'IG ed il CG sono molto utili per predire l'effetto sulla glicemia di un pasto misto, ossia un pasto che è composto da cibi con IG molto differenti. **Fig. 3**



Fonte: Riccardi G, Rivellese AA, Giacco R, AJCN 2008 (modificata).

Figura 3. Le caratteristiche fisico-chimiche degli alimenti influenzano la glicemia postprandiale

LE PROTEINE

Le linee guida relativamente all'introito proteico prevedono, in un paziente diabetico e in assenza di nefropatie, una quota non superiore al 20% dell'energia totale giornaliera di cui il 50% di origine animale e l'altro 50% di origine vegetale. Nei soggetti con malattia renale cronica, per ridurre il rischio di evoluzione verso l'insufficienza renale terminale, l'apporto proteico deve essere limitato alla razione dietetica raccomandata (0,8 g/kg). **Non vanno raccomandate diete chetogeniche nei diabetici per favorire il calo ponderale** (proteine > 20% perché non si conoscono gli effetti a lungo termine sulla funzionalità renale e sul rischio cardiovascolare). Le proteine possono determinare un aumento della risposta insulinica post prandiale senza aumenti della concentrazione di glucosio, per cui andrebbero distribuite nei diversi pasti in accompagnamento agli alimenti contenenti carboidrati e non vanno utilizzate per trattare un episodio di ipoglicemia acuto o per prevenire l'ipoglicemia notturna.

I GRASSI

L'apporto totale di grassi deve contribuire per il 20-35% dell'energia totale giornaliera, di cui i grassi saturi (burro, formaggi, latticini, insaccati, etc) dovranno rappresentare una quota inferiore al 7-8%, gli acidi grassi monoinsaturi (MUFA) (olio di oliva) il 10-20%, e gli acidi grassi polinsaturi (PUFA) (pesce, soia, rucola e rughetta, noci, olio di semi di lino) dovranno essere inferiori al 10%, inoltre gli acidi grassi trans (margarina, prodotti fritti) dovranno essere categoricamente evitati. L'apporto alimentare di colesterolo dovrà essere inferiore a 300 mg/die, da ridurre a 200 mg/die in presenza di elevati valori plasmatici di LDL. È possibile ottenere un apporto adeguato di lipidi utilizzando l'olio extra vergine d'oliva come fonte lipidica principale, assumendo almeno 2-3 porzioni di pesce, possibilmente azzurro, a settimana e riducendo il consumo di carne grassa e insaccati. L'aggiunta di olio di oliva extravergine al pasto attenua in maniera significativa il picco glicemico post-prandiale.

“ Va incoraggiato il consumo di alimenti naturalmente ricchi di antiossidanti ”

L'ALCOOL

L'assunzione abituale di alcool si associa ad un ridotto rischio cardiovascolare se il suo consumo è moderato (1-2 bicchieri di vino al giorno, salvo controindicazioni specifiche). Essendo l'alcool fonte di energia, va limitato nei pazienti obesi e/o in sovrappeso. Un eccessivo consumo di alcool fuori dal pasto può talvolta indurre ipoglicemie.

I MICRONUTRIENTI

I micronutrienti nella dieta del paziente diabetico invece dovranno corrispondere a quelle che sono le dosi richieste per la popolazione in buona salute. Va incoraggiato il consumo di alimenti naturalmente ricchi in antiossidanti (tocoferoli, caroteni, vitamina C, flavonoidi, polifenoli, acido fitico) microelementi ed altre vitamine. Non esistono evidenze in merito all'assunzione di alimenti "dietetici" per pazienti diabetici.

SODIO

L'apporto di sodio va contenuto particolarmente in soggetti con ridotta sensibilità insulinica e con ipertensione anche solo borderline, per la sua azione ipertensivante. Quindi bisognerà prestare attenzione a molti cibi pronti ricchi in sale come insaccati, formaggi, cibi in scatola, snack, etc. Come per la popolazione generale, nelle persone con diabete deve essere consigliata un'introduzione giornaliera di sale < 6 g/giorno (corrispondenti a 2400 mg al giorno di sodio).

CONCLUSIONI

L'intervento nutrizionale rappresenta una misura imprescindibile per la prevenzione e la cura del diabete. Appropriate scelte alimentari riescono a migliorare il profilo metabolico limitando quelle eccessive oscillazioni glicemiche che compromettono la qualità di vita del paziente e possono condizionare lo sviluppo delle complicanze.

REFERENZE

- 1) AMD-SID – Standard italiani per la cura del diabete mellito 2018
- 2) Beck, Ceriello, Riccardi, - Alimentazione e diabete (2018)
- 3) Livelli di assunzione raccomandata di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana – IV Revisione- SINU
- 4) Diabete e alimentazione nel paziente diabetico - Società italiana di diabetologia.
- 5) American Diabetes Association. Nutrition Recommendations and Interventions for Diabetes - 2006.
- 6) Esposito K, Ciotola M, Giugliano D. Mediterranean diet and the metabolic syndrome. *Mol Nutr Food Res* 2007;51:1268-1274.
- 7) Thomas D, Elliott EJ. The Cochrane Collaboration. Low glycaemic index, or low glycaemic load, diets for diabetes mellitus (Review). 2009 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
- 8) Rivellese et al. Dietary habits in type 2 diabetes mellitus: how is adherence to dietary recommendations? *Eur J Clin Nutr* 2008;62:660-664.
- 9) Mann JI, Riccardi G. Evidence-based European guidelines on diet and diabetes. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2004;14:332-333.
- 10) Banca dati di composizione degli alimenti dell'INRAN
- 11) A Position Statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2008;31(Suppl 1):S61-S78.

LA VOSTRA SALUTE È UN NOSTRO IMPEGNO CONTINUO

IL CENTRO SI DOTA DI DUE NUOVISSIME E IMPORTANTI TECNOLOGIE

CONE BEAM KaVo OP 3D PRO

LO STRUMENTO IDEALE PER:

Odontoiatria generale

Endodonzia

Ortodonzia

Chirurgia orale e mascellare

Implantologia

Grande qualità delle immagini di un ORTHOPANTOMOGRAPH™ combinata con il massimo comfort sono le caratteristiche principali del nuovissimo Cone Beam KaVo OP 3D PRO.

L'elevata precisione delle immagini 2D con funzione pan multistrato e V-Shape-Beam Technology, abbinata a cinque diversi volumi con quattro risoluzioni di immagini 3D, la funzione Automatic Dose Control e l'innovativa Low Dose Technology, fanno di OP 3D Pro la scelta ideale per tutte le indagini diagnostiche, sia per acquisizioni standard 2D che per acquisizioni 3D, con o senza opzione cefalometrica.



SISTEMA RADIOLOGICO PORTATILE



Lo strumento ideale per
l'esecuzione dell'esame
direttamente presso il
domicilio del paziente



Info e prenotazioni
Centro Medex

Via Campi 170 73018 - Squinzano(LE)

Tel. 0832 781806 - 2

info@centromedex.it - www.centromedex.it



di LUCIA PRANZO

Specialista Geriatra - ASL Lecce

Nutrizione e malnutrizione nell'anziano

L'INVECCHIAMENTO NON E' UNA MALATTIA MA OCCORRE UNO STILE DI VITA SANO

Come nutrirsi quando i capelli si fanno bianchi? In generale le regole base di una sana alimentazione per un "anziano" in buona salute non differiscono significativamente da quella di un giovane adulto anche se con il passare del tempo l'organismo si modifica inviandoci dei segnali che è importante riconoscere per poter prendere dei provvedimenti e allontanare i problemi legati a un corpo che invecchia.

Ma l'invecchiamento non è una malattia, è una condizione fisiologica, una fase della vita e partendo da questa premessa è importante ricordare che grazie a uno stile di vita sano è possibile invecchiare bene. La stessa OMS ha coniato il termine di "invecchiamento attivo" per definire "il processo in grado di sviluppare e mantenere le capacità funzionali, fisiche, e mentali che consentono uno stato di benessere in età avanzata". L'obiettivo principale della ricerca è quindi quello di contrastare la naturale tendenza alla riduzione dei meccanismi omeostatici con la conseguente graduale perdita delle riserve fisiologiche soprattutto nelle condizioni in cui tale processo avviene in maniera accelerata e patologica ovvero quando si verifica quella condizione definita di "fragilità".

I sistemi principalmente coinvolti nel percorso di sviluppo della fragilità sono il sistema nervoso centrale, il sistema endocrino, il sistema immunologico e quello muscolo-scheletrico. La perdita di massa e forza muscolare, chiamata sarcopenia rappresenta l'aspetto cruciale della fragilità, per le conseguenze disabilitanti ad essa legate. La perdita di massa muscolare



“ La perdita di massa e forza muscolare rappresenta l'aspetto cruciale della fragilità ”

“ Il cambiamento più frequente nel comportamento alimentare è l'anoressia ”

tipicamente inizia nella quinta decade di vita e procede con una velocità di calo di 0,8% per anno e sebbene sia dovuta al processo di invecchiamento in sé, anch'essa è fortemente correlata alla predisposizione genetica, ai fattori ambientali tra i quali, in primis, mancata o insufficiente attività fisica ed una dieta inadeguata, alla presenza di malattie croniche e a polifarmacoterapia.

Pertanto uno dei principali obiettivi di salute è evitare la malnutrizione che non significa solo mancanza di cibo ma è anche e soprattutto una condizione di un'alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo conseguente allo squilibrio tra fabbisogni, introiti e utilizzazione dei nutrienti, tale da comportare un eccesso di morbilità, mortalità e alterazione della qualità di vita. Esiste una malnutrizione per “ecces-

so o sovra nutrizione” (sovrappeso –obesità) e una malnutrizione per “difetto o sottanutrizione” che si può manifestare in più forme: una con deficit prevalentemente energetico; una con deficit prevalentemente proteico.

In età geriatrica il cambiamento più frequente nel comportamento alimentare è l'anoressia che rappresenta una delle principali cause di Malnutrizione-Proteico-Energetica (MPE).

Molti sono i fattori implicati nell'instaurarsi dell'anoressia tra cui patologie del cavo orale e dei denti, disordini della deglutizione, depressione e perdita della motivazione a mangiare, ostacoli socio-ambientali ed economici, deterioramento cognitivo e percettivo alterazione dei neurotrasmettitori e dei segnali gastrointestinali implicati nel controllo dell'appetito, polipatologie e/o politerapie farmacologiche che interferiscono con l'assorbimento e l'utilizzazione ottimale dei nutrienti

In definitiva l'impegno costante nell'attività fisica e il mantenimento di un adeguato stato nutrizionale rappresentano i due elementi chiave per la salvaguardia delle capacità funzionali in età avanzata ed essenziali nella prevenzione e nel trattamento sia della fragilità che della sarcopenia.

ALTERAZIONI FISILOGICHE

I fattori coinvolti nella regolazione fisiologica dell'assunzione di cibo sono molteplici. Il meccanismo che regola la fame è localizzato nell'ipotalamo, nella zona laterale si trova il cosiddetto centro della fame mentre nell'area mediale ha sede il centro della sazietà. Questi centri interagiscono tra loro regolando l'assunzione delle calorie. I segnali di fame o segnali oressigeni e i segnali della sazietà o segnali anoressigeni sono legati all'azione di numerosi mediatori tra cui la leptina, l'insulina e la grelina. I primi due informano l'organismo inviando segnali di “pieno” o “molto pieno”, mentre la grelina in modo opposto. Uno stato anoressico nell'anziano sembra attribuirsi all'alterazione di questi segnali gastrici. E che dire del piacere sensoriale che deriva dal cibo?

Il gusto e l'olfatto possono affievolirsi con riduzione della sensibilità al dolce e al salato ma soprattutto diminuisce anche il senso della sete.

Un numero considerevole di citochine è in grado di ridurre l'assunzione di cibo. Eventi stressanti quali interventi chirurgici, infezioni, ustioni... provocano il rilascio di citochine che inibiscono la produzione di albumina e ne stimolano il passaggio dal circolo sanguigno allo spazio extravascolare con conse-



“ La perdita di peso è un chiaro segnale nella individuazione dei soggetti a rischio ”

guente decremento dell'albumina plasmatica in maniera più rapida nell'anziano rispetto ai più giovani.

Altre cause di iponutrizione sono:

- i tremori continui, dovuti a condizioni patologiche (per esempio il M. di Parkinson), che provocano una perdita di peso a causa di un aumentato consumo energetico.
- l'incapacità a tagliare il cibo dopo un ictus.
- fattori neuropsichiatrici come delirium, disfagia deficit funzionali, la demenza perché la persona dimentica di mangiare o non ricorda come mangiare.
- un problema di edentulia che spinge l'anziano a evitare un invito a pranzo o cena per non mostrare il proprio disagio.
- Solitudine e isolamento sociale. Un anziano che vive solo e con difficoltà di movimento mostra spesso un atteggiamento simile alla depressione che lo porta ad accostarsi al cibo senza entusiasmo, a consumare pasti sempre uguali e poco bilanciati. Il 16% circa degli anziani che vivono in collettività consuma meno di 1000kcal/die una quantità insufficiente a mantenere uno stato nutrizionale adeguato. L'iponutrizione colpisce anche il 17% dei pazienti ricoverati nei reparti ospedalieri e /o nelle lungodegenze.
- Complicano il rapporto anziani-cibo i fattori economici che giocano un ruolo di primo piano. La condizione di povertà influisce sull'acquisto e la preparazione dei pasti rendendo insufficiente la quantità di cibo disponibile.

COMPOSIZIONE CORPOREA

In età geriatrica si osserva una progressiva riduzione della massa magra (Fat Free Mass FFM), in particolare della massa cellulare metabolicamente attiva (Body Cell Mass BCM), e un incremento della massa grassa (Fat Mass FM), che tende a ridistribuirsi con localizzazione prevalentemente addominale. Secondo alcuni autori la FFM diminuisce del 5% ogni decennio fino a 60 anni di età e successivamente del 10% e ciò dipende principalmente da una crescente ridotta attività fisica e dall'alterazione del metabolismo proteico muscolare. Tale alterazione è dovuta alla diminuzione della capacità di sintesi proteica delle miofibrille dal momento che il catabolismo rimane sostanzialmente invariato. Ne consegue la cosiddetta sarcopenia, fisiologica e progressiva negli anziani, che è correlata ad una disabilità fisica con rischio di cadute e alla riduzione del metabolismo basale.

Numerosi studi hanno confermato inoltre la diminuzione

Opera di Luigi Spaziani



dell'idratazione corporea con una perdita complessiva di acqua corporea totale. Infatti è noto che con l'avanzare dell'età per un'alterazione del centro ipotalamico della sete i soggetti avvertono meno lo stimolo della sete non bevono e di conseguenza diviene elevato il rischio di disidratazione determinando uno squilibrio elettrolitico e ripercussioni negative sulle condizioni generali.

DIAGNOSI DI MALNUTRIZIONE

La perdita di peso è il miglior fattore predittivo singolo per l'identificazione dei soggetti a rischio di malnutrizione: un calo ponderale del 5% in 3 mesi o del 10% in 6 mesi è un indice di malnutrizione.

Le misure antropometriche (peso, altezza, BMI, pliche, circonferenza degli arti, perdita di peso) dipendono dall'età e non esistono standard di riferimento validi per tutte le decadi.

L'altezza diminuisce con l'età perché si riducono gli spazi intervertebrali e si modificano le strutture articolari del collo e degli arti inferiori.

Il Mini Nutritional Assessment (MNA) è uno strumento di monitoraggio e valutazione multidimensionale ideato allo scopo di individuare pazienti anziani a rischio nutrizionale o

probabilmente malnutriti prima ancora che subentrino gravi alterazioni ponderali o della protidemia. Sebbene la prevalenza della malnutrizione sia relativamente bassa tra la popolazione anziana che vive autonomamente, il rischio aumenta sensibilmente tra i pazienti ospedalizzati, istituzionalizzati e culmina negli anziani con grave deficit cognitivo. Pertanto la valutazione nutrizionale dovrebbe far parte di ogni piano terapeutico dell'anziano, tenendo conto di valutazioni. Non solo cliniche ma anche etiche.

IL SUPPORTO NUTRIZIONALE NELL'ANZIANO

Il nostro metabolismo e la capacità di assorbimento dei nutrienti cambiano negli anni e dunque ogni età ha la sua dieta. L'organismo dell'anziano non solo ha smesso di accrescersi, ma a differenza di quello dell'adulto è soggetto a fenomeni di deterioramento fisico e psichico, si assiste ad una generale riduzione della funzionalità e del metabolismo di parecchi organi ed apparati fra cui il fegato i reni il sistema endocrino, che determina l'incapacità di mantenere l'equilibrio interno di fronte a sollecitazioni esterne e ne consegue una maggiore vulnerabilità verso le cause di malattie. Di tutto ciò non può non tenere conto la dieta!

Intanto in assenza di patologie specifiche è bene consigliare l'assunzione di alimenti che piacciono maggiormente e preparati in modo appetitoso.

È importante aiutare gli anziani ad avvicinarsi alla tavola e mangiare in compagnia, seguire una dieta varia ed equilibrata che fornisca tutti i macro-nutrienti (carboidrati, proteine, grassi e fibre) e micro-nutrienti (vitamine e Sali minerali).

I carboidrati costituiscono la quota maggiore della dieta e forniscono un'energia rapidamente utilizzabile. Pasta pane e riso devono essere presenti in ogni pasto per un totale di tre porzioni al giorno (una porzione pari a 70-80 grammi) facendo attenzione a preferire le varianti integrali che aiutano la funzionalità intestinale. È bene non eccedere nell'assunzione di zuccheri a rapido assorbimento in quanto possono determinare rapidi aumenti della glicemia: i soggetti anziani infatti possono manifestare un'alterazione del metabolismo glucidico con riduzione dell'attività insulinica.

Le proteine, meglio se di origine vegetale o derivate da pesce, possono variare da

1-1,2g/die per kg di peso corporeo per mantenere un bilancio azotato adeguato a 1,5g/die/kg per contrastare

l'ipercatabolismo provocato dallo stato di malattia.

I lipidi rappresentano la riserva energetica. È meglio scegliere quelli di origine vegetale (olio extravergine di oliva, semi di sesamo, noci...) cercando di ridurre al minimo il burro lo strutto e margarina. Tre cucchiaini al giorno di evo sono sufficienti per garantire il giusto apporto di grassi.

Frutta e verdura vanno consumate ogni giorno, ne servono 4-5 porzioni per garantire il necessario apporto di fibre una porzione è di circa 200 grammi corrispondenti ad un finocchio o a un frutto medio.

Vitamine e Sali minerali: generalmente nei pazienti anziani sono carenti a causa di mancanza di varietà nell'alternare il cibo. La vitamina B12 è molto importante in diversi processi metabolici; si trova in alimenti di origine animale e il fabbisogno giornaliero raccomandato è di 3 microgrammi. Una carenza è associata ad elevati livelli plasmatici di omocisteina e a maggiore rischio di patologie cardiovascolari e ictus ischemico. Raramente si riscontra una carenza da ridotto apporto alimentare, nella maggior parte dei casi è attribuibile a malassorbimento conseguente a gastriti croniche gastrectomie...o colonizzazioni batteriche.

Il potassio è fondamentale per il buon funzionamento di nervi, muscoli e cuore. Se il livello si abbassa troppo si rischiano pericolose aritmie. Soia, fagioli, piselli, pistacchi, banane, cavolfiori e spinaci sono alcuni degli elementi naturalmente ricchi di potassio.

I liquidi: gli anziani dovrebbero essere stimolati ad assumere liquidi nella misura di un litro e mezzo circa da distribuire nell'arco della giornata possibilmente nella prima parte della giornata per evitare l'eccessiva formazione di urina durante la notte con l'induzione di ricorrenti minzioni e interruzioni del sonno.

L'attività fisica risulta determinante in quanto il potenziale anabolico indotto dalla contrazione muscolare esiste ancora e può essere utilizzato per mantenere una sufficiente massa magra. Per quanto riguarda il muscolo scheletrico l'esercizio mitiga diversi effetti deleteri dell'invecchiamento, tra cui la ridotta sensibilità all'insulina la disfunzione mitocondriale e l'infiammazione.

Con l'invecchiamento si sviluppa una condizione di resistenza anabolica caratterizzata da una progressiva riduzione della capacità di sintesi proteica in risposta all'assunzione di cibo di circa il 28%, per cui sono necessari elevati apporti proteici.

“Quando è necessario ricorrere alla nutrizione artificiale”

Basandosi su queste premesse sono stati studiati nel corso del tempo diversi possibili interventi nutrizionali per la prevenzione e il trattamento della fragilità e della sarcopenia. In letteratura sono sempre più numerosi i lavori sperimentali e clinici che documentano l'efficacia della supplementazione aminoacidica in situazioni fisiologiche e patologiche. Risulta particolarmente efficace soprattutto se abbinata all'attività fisica perché può garantire un aumento della massa magra, della forza muscolare della funzione fisica nella popolazione di anziani malnutriti per difetto. Tra le varie tipologie di supplementazione quella con aminoacidi è risultata la più efficace anche in assenza di esercizio fisico.

NUTRIZIONE ARTIFICIALE

Ma quando ricorrere alla nutrizione artificiale?

Nel momento in cui l'alimentazione orale non è sufficiente a soddisfare i bisogni calorici proteici e/o è controindicata purtroppo si deve ricorrere alla nutrizione artificiale (NA). La nutrizione enterale (NE) va considerata di prima scelta rispetto alla nutrizione parenterale (NP). Quest'ultima deve essere riservata a quei casi per cui la nutrizione enterale è controindicata esempio: gravi sindromi da intestino corto, occlusioni o sub occlusioni intestinali. Fistole intestinali...perché è gravata dal rischio di squilibri metabolici e di complicanze settiche spesso mortali. La NE deve essere utilizzata ogni volta che l'intestino funziona e viene somministrata ai pazienti attraverso una sonda posizionata per raggiungere lo stomaco e permettere al malato di nutrirsi. Si può posizionare una sonda gastrica oppure effettuare una gastrostomia introducendo una sonda attraverso una via percutanea. Gli alimenti vengono somministrati in soluzioni pronte e contengono tutti i nutrienti vitamine e Sali minerali. La NE è il metodo più facilmente gestibile a domicilio perché presenza minori complicanze.

La maggior parte dei pazienti geriatrici è portatore di disfagia neurologica o meccanica derivante da:

- stroke
- sclerosi laterale amiotrofica
- morbo di Parkinson
- demenza
- traumi cranio-encefalici
- tumori testa-collo
- esiti di terapie radianti

La nutrizione parenterale per definizione è somministrata

per EV, supplisce solo in parte al fabbisogno nutrizionale giornaliero. Dal momento che le soluzioni della nutrizione parenterale sono concentrate e possono causare trombosi delle vene periferiche di solito è necessario un catetere venoso centrale.(CVC).

Nei pazienti con disfagia neurologica severa la NE è raccomandata per assicurare un supporto di energia e nutrienti tale da mantenere lo stato nutrizionale. In caso si preveda un supporto nutrizionale oltre le 4 settimane, la gastrostomia endoscopica percutanea (PEG) deve essere preferita al sondino naso gastrico (SNG) in quanto garantisce una migliore tolleranza, la sicurezza dell'infusione e un migliore stato nutrizionale.

CONCLUSIONI

Lo scopo della terapia nutrizionale nel paziente anziano non differisce sostanzialmente rispetto al paziente giovane: garantire un apporto sufficiente di energia, di proteine, di micronutrienti, migliorare lo stato nutrizionale, funzionale e delle capacità riabilitative, mantenere e migliorare la qualità della vita e ridurre la morbilità e la mortalità.

La priorità per il paziente giovane è rappresentata dalla riduzione della morbilità e mortalità migliorando la qualità della vita. Mentre nell'anziano l'obiettivo principale è il mantenimento della funzionalità e delle condizioni cliniche.





di MARGHERITA CAROLI

Medico Chirurgo, Specialista in Pediatria, Specialista in Scienza dell'Alimentazione ad indirizzo Pediatrico, Dottore di ricerca in Nutrizione dell'Età Evolutiva.

Esperto per le Direzioni Generali di Ricerca, Agricoltura, Salute Pubblica e Joint Research Centre dell'Unione Europea; Temporary Advisor per la OMS e Regione Europa; Past President dell'European Childhood Obesity Group; Coordinatrice per la validazione degli standard di crescita della OMS in Europa; Componente del comitato scientifico internazionale per la promozione della Dieta Mediterranea (Università di Barcellona); Componente del comitato scientifico nazionale per OKkeio alla Salute; Coordinatrice scientifica di progetti scientifici finanziati dalla UE, dal Ministero della Salute, dalla Regione Puglia.

Il caffè: misfatti, fatti e benefatti

STORIA, CURIOSITA' E LEGGENDE SULLA BEVANDA PIU' CONSUMATA AL MONDO

Il caffè è la bevanda più diffusa al mondo e, quotidianamente, oltre un miliardo e quattrocentomila tazze sono consumate e, nell'anno, circa 500 miliardi. In Europa il record di consumo non è detenuto dagli italiani, come invece si potrebbe ipotizzare, ma dai finlandesi che ne consumano circa 12,2 kg. all'anno. Non si hanno dati però sul consumo di caffè del finlandese più conosciuto al mondo e cioè Babbo Natale.

I MISFATTI

Al caffè vengono attribuiti molti "misfatti" come nervosismo, tachicardia, insonnia e così via. In alcune persone con problemi gastrici come gastrite o addirittura con ulcere gastriche il consumo di caffè, ed in particolare quello espresso preso al bar, deve essere evitato o almeno limitato perché gli oli volatili che danno quello specifico aroma e profumo stimolano la produzione di acido cloridrico, peggiorando quindi i sintomi. In altre persone particolarmente predisposte, un consumo alto di caffè può contribuire ad incrementare la pressione sanguigna. Sembra che un consumo eccessivo di caffè possa favorire lo sviluppo di cancro del polmone. Alcuni di questi misfatti possono corrispondere a verità se il caffè è consumato in quantità eccessiva, che, per gli italiani, corrisponde a più di 6 tazzine al giorno, ma gli stessi misfatti possono diventare "benefatti" con un uso intelligente di questa squisita bevanda.

“Ogni anno 500 miliardi di tazzine allietano il palato”



“L’abuso provoca guai, un consumo corretto porta solo benefici”

I FATTI

Il caffè nelle sue forme diverse, americano, preparato con la Moka ed infine il famosissimo “espresso” del bar, presenta diverse quantità dei suoi componenti più importanti dal punto di vista funzionale. Per prima cosa il caffè, se bevuto senza aggiunta di zucchero, latte o liquori, non contiene calorie e quindi non contribuisce ad aumentare le calorie introdotte e di conseguenza ad ingrassare, ma anzi la presenza di caffeina potrebbe stimolare la presenza di grasso bruno, quello che stimola il metabolismo, rispetto a quello bianco che spesso si deposita maleficamente sulla pancia e sui glutei. Il contenuto di caffeina è maggiore quanto più lungo è il passaggio della polvere di caffè attraverso l’acqua e quindi è massimo in una tazza, o meglio bicchiere, abituale di caffè all’americana (in circa 200ml 180mg), per scendere poi in una tazza di circa 40ml di caffè preparato in casa con la classica Moka (50-75mg), ed infine circa 60mg in una tazzina di circa 25-30ml di espresso al bar. La quantità totale di fenoli, una classe specifica di antiossidanti, è circa 300mg nel bicchiere di caffè americano, circa 240 mg nella tazza casalinga di caffè preparata con la Moka ed infine circa 200mg nel caffè espresso. Ciò non vuol dire che noi dobbiamo abiurare alla nostra preparazione tradizionale, perché questi sono solo una parte degli antiossidanti totali ed, infatti, la loro quantità totale è simile fra caffè americano e quello preparato con la Moka (circa 3millimoli), mentre è un po’ più bassa nel caffè espresso (circa 2 millimoli).

Le due varietà di semi di caffè più utilizzate nel mondo sono la Arabica e la Robusta, la prima più ricca di oli volatili ed alcuni antiossidanti, la seconda più ricca di acido clorogenico, una sostanza che abbassa la glicemia e l’insulinemia, di circa il 30% rispetto alla precedente. Una giusta miscela di entrambe le varietà sono uno dei segreti di un buon caffè. Il caffè caldo conserva una maggiore quantità di antiossidanti rispetto al caffè freddo, ma non per questo d’estate si deve rinunciare alla classica granita di caffè o al caffè “leccese” che sta prendendo piede anche fra i turisti che vengono a visitare la nostra splendida regione e che consiste nell’aggiungere ad una tazzina di caffè un po’ di latte di mandorla che abbassa la temperatura del caffè, ma gli conferisce un sapore veramente speciale (ed anche un po’ di acidi grassi essenziali provenienti dalle mandorle).

ED INFINE I BEN FATTI

Tutti sanno che bere una tazzina di caffè permette di

aumentare l’attenzione e la concentrazione, ma pochi ne conoscono il meccanismo biochimico. La sostanza responsabile della “sveglia” è la caffeina, presente in una tazzina di caffè espresso all’incirca 50-75mg, mentre nel caffè all’americana se ne trovano da 120 a 180mg. La caffeina in pochi minuti entra nella circolazione cerebrale e si lega ai recettori dell’adenosina, una sostanza prodotta dal nostro organismo e che nel cervello favorisce il rilassamento e il sonno, eliminando quindi il senso di stanchezza e favorendo una maggiore attenzione, importante, per esempio, per chi guida per lungo tempo o che lavora e fa turni notturni. L’effetto però dura per un massimo 3-5 ore, dopo di che sarebbe necessaria un’altra tazzina di caffè. Sembra che 3 tazzine di caffè durante un turno notturno siano in grado di ridurre il numero degli incidenti sul lavoro nello stesso periodo di lavoro. Purtroppo, però, se ci si abitua a prendere caffè alla sera, l’effetto della sveglia col tempo si riduce fino ad annullarsi. In compenso il caffè ha anche un effetto sul buon umore, che non è dovuto solo alla conseguenze sociali del “prendiamo un caffè in compagnia”, ma anche al fatto che la caffeina facilita il legame della dopamina, il cosiddetto ormone della felicità e del benessere, ai suoi recettori nervosi procurandoci uno stato di maggiore serenità e benessere.

Dall’analisi attenta di molti articoli sulla relazione caffè-salute mentale e malattie neurologiche si è visto che chi consuma caffè, sempre per un massimo di 5 al giorno, ha il 16% di probabilità in meno di sviluppare la malattia di Alzheimer e del 20% in meno di sviluppare una forma di depressione mentale.

Una tazza di caffè al giorno riduce il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 del 7%.

Ma soprattutto è stato dimostrato che il consumo di caffè non favorisce lo sviluppo di numerosi tipi di cancro, tanto che lo IARC, l’istituzione che per l’OMS si occupa di definire i fattori di rischio per lo sviluppo di tumori, dopo aver analizzato oltre 500 studi pubblicati sugli effetti del caffè sulla salute, lo ha dichiarato non cancerogeno. Anzi, coloro che assumono le ormai ben note 3-5 tazzine al giorno hanno il 18% di probabilità in meno di ammalarsi di alcuni tipi di cancro. Il caffè, nelle sue componenti di antiossidanti, ma anche grazie alla caffeina ed i suoi derivati, può proteggere dallo sviluppo di cancro del fegato, dell’endometrio, dell’oro-faringe, del colon-retto e del cancro della prostata in fase avanzata. Secondo alcuni studi il caffè proteggerebbe anche dal cancro al seno.

Non male, vero?



ANTONIO QUARTA

Un caffè con ... Antonio Quarta

INTERVISTA ALL'IMPRENDITORE, TITOLARE DELLO STORICO MARCHIO SALENTINO

Quando si parla di caffè non si può fare a meno di farlo con Antonio Quarta, già Presidente dell'Associazione Italiana Torrefattori e guida di un'Azienda che da più di 60 anni si occupa di torrefazione. Siamo andati a trovarlo nella sua azienda e, magicamente, ci siamo ritrovati a ripercorrere tutte le tappe storiche della torrefazione del caffè dall'inizio dell'attività dell'Azienda e fino ai giorni nostri, immersi nell'aroma più inconfondibile del mondo.

L'espresso tradizionale italiano: cosa ci racconta sul suo futuro?

Stiamo lavorando perché sia riconosciuto patrimonio immateriale dell'umanità e credo che ormai stiamo per raggiungere questo importante obiettivo. Sicuramente le abitudini quotidiane di ognuno di noi si sono modificate nel tempo ed è molto più facile ritrovarsi fuori piuttosto che nelle nostre case, e comunque espresso al bar e moka a casa restano ancora il miglior modo di incontrarsi tra amici.

Quanto viene influenzato un buon caffè dalla miscela scelta e quali sono le varietà che entrano nella miscela?

Le varietà che entrano nella miscela sono l'arabica e la robusta. La varietà robusta ha un gusto deciso e ricco, — un aroma intenso ed insistente, corposo, ed ha una percentuale di

caffaina tra 1.7% ed il 3.5%. La varietà Arabica, più pregiata, è aromatica e profumata, più delicata e morbida, dolce, un po' acidula, e contiene circa la metà di caffeina.

Quanto è importante la tostatura?

Il processo di trasformazione del caffè avviene attraverso due fasi: la tostatura e il raffreddamento dei chicchi di caffè. Nella tostatura i chicchi vengono sottoposti ad alte temperature, per poi essere raffreddati, miscelati e confezionati. Una tostatura "veloce", cioè con temperature altissime in pochissimo tempo, causa la formazione di acrilammide, che è un prodotto cancerogeno. Inoltre una errata tostatura è responsabile di un sapore e retrogusto amaro. Nella nostra azienda, per ottenere il massimo della resa qualitativa, effettuiamo ancora le tostature separate a secondo della provenienza della materia prima.

Meglio già macinato o in grani?

Molti pensano che il caffè in grani sia dannoso perché 'trattato'. Niente di più sbagliato: l'aspetto lucido del chicco di caffè è dovuto alla presenza di "caffeone", una sostanza oleosa che il chicco perde quando invecchia. Un chicco lucido è sinonimo di freschezza ed è bene macinare il caffè immediata-

mente prima dell'uso: solo così si gusta in tutto il suo aroma.

Il decaffeinato fa male ?

Non più. Un tempo si usavano solventi – il diclorometano – per rimuovere la caffeina. Attualmente si usano trattamenti a vapore caldo che sfruttano la variazione degli stati dell'anidride carbonica, da liquida a gassosa, che così diventa un solvente naturale per la caffeina.

Il monoporzionato: cialda o capsula?

Vi sono ragioni importanti per cui Quarta Caffè non produce capsule. Una delle più importanti è legata alla tutela della salute: la capsula, sottoposta a temperature elevate quando la macchinetta estrae la polvere di caffè, produce ftalati e, se forata, può rilasciare anche metalli. La ragione successiva è legata alla tutela ambientale, messa a rischio dall'imponente smaltimento di questo "oggetto" dopo il consumo. Infatti le capsule contengono plastica o plastica ed alluminio, e pertanto non sono riciclabili.

Infine non è irrilevante l'impatto ambientale della logistica: ogni chilo di monoporzionato confezionato in monodosi

occupa lo spazio di sei chili di caffè in grani, con conseguenze prevedibili molto serie sull'intero sistema organizzativo e sui costi di ogni azienda, dal trasporto al posizionamento nei supermercati. Anche per questo, dato non trascurabile, una tazzina di caffè ottenuta da una capsula costa circa 40 centesimi, contro i 5 di quella preparata con la moka.

Come azienda che ha come missione la produzione di qualità nel rispetto assoluto della sostenibilità ambientale, siamo comunque attenti alle novità e guardiamo con molto interesse alla capsula di nuova generazione, denominata Gea, presentata di recente dalla Flo Spa come totalmente biologica, ecosostenibile, cioè riciclabile con i rifiuti umidi organici.

La cialda può essere attualmente un utile compromesso, in caso di monoporzionato e noi ne produciamo una di ottima qualità: le macchine sono a sistema aperto e funzionano con cialde di qualsiasi marca ed inoltre la cialda non ha un impatto ambientale, perché l'involucro è costituito da carta-filtro e può quindi andare anche nella raccolta organica (umido). Ma se proprio devo dire la mia, non c'è niente di meglio del caffè preparato con la moka.

I salentini, e non solo, mettono in valigia un pacchetto



“Qualche consiglio per gustare al meglio una tazzina di caffè”

di caffè Quarta prima dello spazzolino quando vanno fuori. Ci sono consigli particolari per consumarlo al meglio?

Il caffè macinato deve essere conservato in un barattolo che non lasci passare la luce, quindi non barattoli di vetro, e deve essere chiuso ermeticamente. Deve essere posto in luogo fresco ed asciutto, non esposto ai raggi solari, non in frigorifero. Il caffè poi deve essere preparato con una moka e bevuto caldo in una tazzina di porcellana, evitando la tazzina di plastica per salvaguardare la propria salute e l'ambiente. In alternativa si può aggiungere un po' di latte di mandorla che gli conferisce un sapore veramente speciale (ed anche un po' di acidi grassi essenziali provenienti dalle mandorle), versando poi il tutto in un bicchiere pieno di ghiaccio.

(A cura di Assunta Tornesello e Silvio Colonna)

DALLE CAPSULE DANNI ALL'AMBIENTE ED ALLA SALUTE

Le capsule di caffè rilasciano ftalati e metalli pesanti, causando problematiche di salute legate in particolare alla fertilità ed alla cancerogenesi.

Di particolare interesse a tal proposito è un lavoro scientifico pubblicato dal gruppo del Prof. Carlo Foresta, Professore ordinario di Endocrinologia presso l'Università di Padova e salentino di nascita, "Phthalates and heavy metals as endocrine disruptors in food: A study on pre-packed coffee products" (Toxicol. Rep.- May 2017). Infatti le capsule in plastica rilasciano FTALATI quando esse entrano in contatto con l'acqua a 90°C per ottenere la percolazione del caffè.

Sebbene i livelli di ftalati rilevati siano inferiori rispetto ai limiti giornalieri tollerati dal nostro organismo, va considerato l'effetto additivo che questi potrebbero avere nel tempo.

L'esposizione a queste sostanze chimiche dipende dalla quantità di caffè che si beve nel corso della giornata e dalle altre fonti di ftalati con cui si viene a contatto, poiché gli ftalati si trovano in molti cosmetici, nelle vernici, nelle plastiche, nei contenitori per alimenti.

Nel caffè prodotto attraverso l'utilizzo di capsule si riscontrano inoltre quantità significative di alluminio, piombo e nichel, ed anche per queste sostanze deve essere considerato l'effetto additivo, considerata la presenza di esse in molteplici prodotti di consumo.

IL CAFFÈ' SOSPEO A NAPOLI

Una volta a Napoli, nel quartiere Sanità, quando uno era allegro, perché qualcosa gli era andata bene, invece di pagare un caffè ne pagava due e lasciava il secondo caffè, quello già pagato, per il prossimo cliente. Il gesto si chiamava "il caffè sospeso". Poi, di tanto in tanto si affacciava un povero per chiedere se c'era un "sospeso". Era un modo come un altro per offrire un caffè all'umanità.

Luciano De Crescenzo, I pensieri di Bellavista, 2005

Questo gesto di grande generosità e solidarietà negli ultimi anni ha superato i confini nazionali arrivando in Irlanda dove possiamo chiedere un "suspended coffee", così pure in Bulgaria, Spagna, Canada, Russia etc. L'idea del caffè sospeso nel corso degli anni ha dato vita ad altre iniziative che si basano sullo stesso principio. In Argentina anche una "empanada pendiente" per chi ne ha bisogno.

Nel 2014 da due piccole librerie di Palermo e Polla nasce l'iniziativa del "libro sospeso" con la quale un cliente abituale compra due libri, uno per sé, uno per uno sconosciuto.

Opera di Luigi Spanò





di GIOVANNI DE FILIPPIS**



BRIZIO TAMBORINO*



BRUNO L. TOTARO*

* Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro - Dipartimento di Prevenzione - ASL Lecce
 ** Componente della Commissione Ambiente e Salute dell'Ordine dei Medici di Lecce

PFAS: uso delle sostanze perfluoroalchiliche e pericoli per la salute

PFOA E PFOS RISULTANO MOLTO STABILI E RESISTENTI AI PROCESSI DI DEGRADAZIONE

Nel maggio 2018, è stata pubblicata la lista aggiornata di sostanze appartenenti al vasto gruppo dei PFAS contenente circa 4730 molecole. Con il termine PFAS, sostanze poli- e perfluoroalchiliche, si fa riferimento ad una famiglia di composti organici di sintesi costituiti da una catena alchilica lineare o ramificata, di varia lunghezza, idrofobica, formata in genere da un numero variabile da 4 a 16 unità di carbonio, alla cui estremità si trova un gruppo funzionale polare, principalmente carbossilato, solfonato o fosfato. La catena carboniosa può essere totalmente o parzialmente fluorurata: nel primo caso si parla di sostanze “perfluorate” come, per esempio, l'acido perfluorottanoico (PFOA) e l'acido perfluorottansolfonico (PFOS) (Fig. 1).

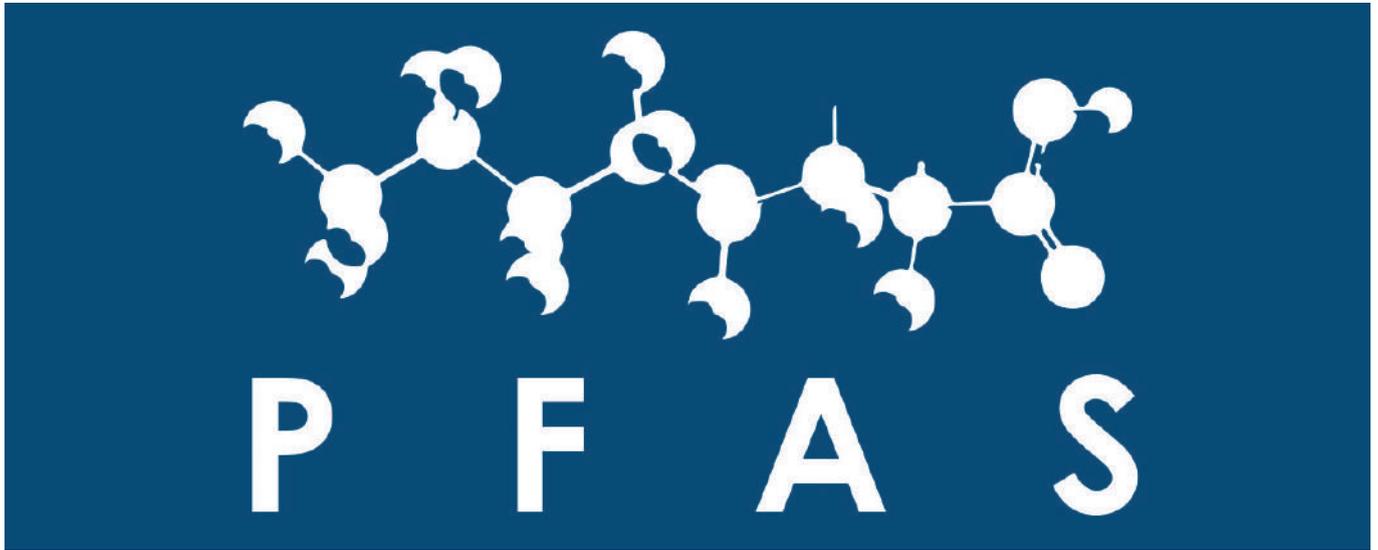
Queste sono le molecole più utilizzate nei differenti comparti industriali, sintetizzate dall'uomo e non presenti naturalmente nell'ambiente, stabili e contenenti lunghe catene di carbonio. La presenza di numerosi legami carbonio-fluoro conferisce loro apprezzabili caratteristiche fisico-chimiche, quali la oleo-idrorepellenza, la stabilità termica e la tensioattività, che le rendono utili in un ampio campo di applicazioni industriali (aeronautica, elettronica, produzione di biocidi e di prodotti fitosanitari) e in prodotti di largo consumo (abbigliamento, materiali a contatto con gli alimenti, schiume antincendio) (Tab.1).

Rilasciati in ambiente durante la produzione, l'uso e lo smaltimento dei prodotti che li contengono, PFOA e PFOS

Opera di Luigi Spurio



“ Monitorare la presenza di sostanze dannose nei contenitori per alimenti ”



biota) e si possono trovare anche in aree remote poiché possono essere trasportati a lunghe distanze via acqua e aria. E' trasferito al feto attraverso la placenta e il bambino vi è esposto con l'assunzione di latte materno(3).

RISCHI PER LA SALUTE

Le proprietà tossicologiche degli PFAS non sono del tutto note. In particolare approfondimenti sono tuttora in corso per valutare la loro capacità di determinare effetti cancerogeni, mutageni o teratogeni nell'uomo. Per EPA, Environmental Protection Agency, studi epidemiologici sull'uomo hanno riscontrato un'associazione tra esposizione a PFOA e ipercolesterolemia, aumento degli enzimi epatici, diminuzione della risposta ai vaccini, alterazioni tiroidee, ipertensione in gravidanza e preeclampsia, cancro (testicolo e rene). Mentre PFOS sarebbe responsabile di ipercolesterolemia e di generici effetti avversi sulla riproduzione e lo sviluppo negli esseri umani (4).

Per l'Agenzia Europea per la Sicurezza Alimentare (EFSA), a seguito dell'attività scientifica svolta da uno specifico gruppo di lavoro (CONTAM), si considerano accertate alcune evidenze epidemiologiche circa l'insorgenza di possibili effetti sulla salute umana a seguito di assunzione di PFAS con la dieta (5).

Per tale gruppo di lavoro **l'analisi degli studi epidemiologici consente di ammettere che:**

PFOS determina ipercolesterolemia, una riduzione del peso alla nascita e una ridotta risposta anticorpale ai vaccini, specialmente in età infantile;

PFOA, oltre all'aumento dei valori di colesterolo e alla riduzione del peso alla nascita, determina un aumento di alanina aminotransferasi (ALT).

EFSA afferma inoltre che **gli studi epidemiologici dimostrano una insufficiente correlazione causale per la cancerogenicità negli umani** determinata dall'esposizione a PFOS e PFOA, mentre sono apprezzabili alcune evidenze negli animali (tumore del fegato nei roditori e adenoma delle cellule di Leydig nel testicolo del ratto). Lo stesso Ministero della Salute nel 2016 aveva concluso che non era possibile concludere in modo definitivo circa l'esposizione a PFOA e PFOS e il cancro nell'uomo (6).

In Italia, concentrazioni particolarmente elevate sono state rilevate nel sangue della popolazione di alcuni comuni del vicentino. Già nel 2007 uno studio pubblicato sulla rivista *Analytical and Bioanalytical Chemistry* aveva rilevato la massiccia presenza di PFAS nel nord Italia. Nel 2013, il CNR aveva individuato un'area compresa tra Padova, Vicenza e Verona, con elevate concentrazioni di questi acidi.

Per arginare il problema, il 3 ottobre 2017 la giunta regionale del Veneto ha imposto limiti più restrittivi circa la presenza di sostanze perfluoroalchiliche nell'acqua potabile.

“ Concentrazioni elevate nei comuni del vicentino ”

Tab. 1: PFAS e loro utilizzo

Aviazione, settore aerospaziale e difesa	Componenti meccanici (semiconduttori, cablaggi, tubi, tubazioni, guarnizioni, cavi). Additivi nei fluidi idraulici
Automotive	Migliorano i sistemi di erogazione del carburante
Biocidi	Principi attivi: regolatori di crescita delle piante ed erbicidi, insetticida.
Cavi e cablaggi	Grazie alle loro proprietà dielettriche, bassa infiammabilità e altre proprietà meccaniche, sono utilizzati per la costruzione di cavi e fili utilizzati negli impianti di comunicazione (isolanti per l'elettronica ad alta frequenza), cavi a bassa frequenza, reti informatiche, automotive (resistenza al calore, olio motore, fluido della trasmissione e liquido dei freni), applicazioni aerospaziali.
Prodotti da costruzione	Materiale di rivestimento, resistente agli incendi e agli agenti atmosferici (tessuti di vetro, piastrelle, lastre di pietra, cemento o metalli). Additivi miscelati nelle pitture.
Elettronica	Nei circuiti stampati. In altoparlanti e trasduttori, al fine di fornire un segnale elettrico in risposta a segnali meccanici o termici, o l'inverso.
Energia	Sono applicati per coprire collettori solari, al fine di migliorare la loro resistenza agli agenti atmosferici.
Prodotti antincendio	In schiume antincendio ed equipaggiamenti antincendio.
Prodotti ad uso domestico	Per conferire proprietà antiaderenti alle pentole. Alcuni PFAS sono utilizzati come emulsionanti, tensioattivi o agenti umettanti in detersivi, lucidanti per pavimenti e vernici al lattice. Alcuni sono aggiunti in prodotti aftermarket (come spray idrorepellenti per abbigliamento e calzature) applicati per trattare tessuti, rivestimenti, tappeti e pelle, al fine di conferire resistenza all'acqua, all'olio, al suolo e alle macchie.
Articoli medicali	Il carattere inerte e non adesivo dei fluoropolimeri li rende materiali adatti per impianti/protesi mediche e altre applicazioni. Teli e camici chirurgici in tessuto non-tessuto sono trattati al fine di renderli impermeabili e resistenti alle macchie.
Placcatura di metalli	
Petrolio e produzione mineraria	Sono stati utilizzati per aumentare l'efficienza di estrazione di petrolio e gas, rame e oro.
Carte e imballaggi	Il trattamento superficiale conferisce proprietà oleorepellenti e idrorepellenti a prodotti come carta, cartone e pasta di carta, compresi quelli che sono a diretto contatto con gli alimenti.
Semiconduttori	Tessuti, pelle, tappeti, abbigliamento e tappezzeria: tessuti altamente porosi (ad es. Gore-Tex). Questi tipi di tessuti sono ampiamente utilizzati in abbigliamento da esterno e accessori da campeggio, grazie alla loro elevata permeabilità al vapore acqueo e alla loro idrorepellenza. Sono usati per trattare le superfici di materiali specifici (come tessuti, tappeti, cuoio, ecc.), al fine di conferire resistenza all'acqua, all'olio e alle macchie.

QUALE PREVENZIONE?

La prevenzione primaria impone di sostituire ciò che è pericoloso con ciò che non lo è. Sono in atto studi per individuare molecole sostitutive alle sostanze perfluoroalchiliche (PFAS). Le ricerche puntano al raggiungimento di un equilibrio che contemperi proprietà ecotossicologiche/ambientali meno pericolose e proprietà tecnologiche adeguate per le applicazioni industriali richieste, con la consapevolezza di dover evitare la diffusione di prodotti sì alternativi, ma non per questo meno sicuri in quanto meno conosciuti. Alcune alternative, una ventina di molecole, risultano già individuate.

Inoltre sia per PFOS che per PFOA, nel 2018 sono stati stabiliti da EFSA nuovi valori della TWI (tolerable weekly intake), la assunzione tollerabile settimanale, assorbibile con gli alimenti senza conseguenze per la salute umana. Sono valori notevolmente inferiori rispetto a quelli identificati nella precedente valutazione risalente a circa dieci anni addietro: 81 volte in meno per il PFOS e ben 1750 volte per il PFOA. Essi si basano soprattutto su nuovi studi epidemiologici, non disponibili nel 2008, i quali evidenziano effetti sanitari correlati all'assunzione cronica di questi due PFAS (7).

Altra linea di intervento è quella relativa al controllo delle acque destinate all'alimentazione umana e a tutto il comparto agrozootecnico. In tale ambito è evidente come vi siano delle criticità legate alla impossibilità di effettuare adeguati controlli dei valori di PFAS sugli approvvigionamenti idrici non collegati alla rete degli acquedotti, come nel caso dei pozzi privati, in particolare di quelli non censiti e quindi, in quanto non noti, di fatto "inesistenti".

BIBLIOGRAFIA

1. *Member state committee support document for identification of pentadecafluorooctanoic acid (PFOA) as a substance of very high concern because of its CMR and PBT properties.* ECHA. Adopted on 14 June 2013.
2. *Committee for risk assessment (RAC). Opinion on an Annex XV dossier proposing restrictions on Perfluorooctanoic acid (PFOA), its salts and PFOA-related substances.* ECHA. Adopted 8 September 2015.
3. *Studio finalizzato all'individuazione di potenziali sostituti delle sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) a catena lunga di minore impatto ambientale e sanitario.* E. Benfenati, E. Carnesecchi, C. Leone, E. Bertuzzi, A. Lombardo, A.

Roncaglioni. Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri- IRCCS Laboratorio di Chimica e Tossicologia dell'Ambiente. 2018.

4. *Perfluorooctane Sulfonate (PFOS) and Perfluorooctanoic Acid (PFOA).* Technical Fact Sheet EPA – United States Environmental Protection Agency - Novembre 2017.
5. *Risk to human health related to the presence of perfluorooctane sulfonic acid and perfluorooctanoic acid in food.* EFSA CONTAM Panel on Contaminants in the Food Chain. EFSA Journal. 2018.
6. *Le sostanze perfluoroalchiliche: PFOS e PFOA.* Ministero della salute. 2016.
7. *Contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche in Veneto. Valutazione dell'esposizione alimentare e caratterizzazione del rischio.* Relazione finale. Istituto Superiore di Sanità. 2018.

Opera di Luigi Spagno





Tecnomed
centro medico biologico

Direttore Sanitario Prof. Lamberto Coppola
Specialista in Andrologia, Perfezionato in Sessuologia Clinica,
Specialista in Ginecologia ed Ostetricia

ricerca, tecnologia, professionalità, esperienza



al servizio della coppia e dei professionisti della medicina della riproduzione

LA MISSIONE TECNOMED

La diagnosi e la cura delle patologie riproduttive trovano il loro razionale nella profonda conoscenza dei meccanismi fisiopatologici che sono alla base di tali disfunzioni, e soprattutto sulla comprensione delle intime alterazioni biologiche che rendono una coppia incapace alla procreazione. È su questo presupposto che il Centro TECNOMED, da sempre orientato all'eccellenza nel campo delle scienze della riproduzione umana, ha impostato la propria missione sanitaria al servizio della coppia. La tradizione familiare per quattro generazioni ha trasmesso passione e dedizione nella scienza medica; l'approfondimento della medicina a letto del malato e nei laboratori ha donato sicurezza, esperienza e professionalità; la sensibilità e la lungimiranza hanno permesso di applicare le nuove conquiste della ricerca scientifica. Tutto ciò rende TECNOMED un punto di riferimento nel campo della medicina e biologia della riproduzione umana.

RICERCA

TECNOMED impegna molte delle sue risorse in progetti di ricerca scientifica, collaborando attivamente con le Facoltà di Scienze Biologiche dell'Università del Salento e dell'Università di Siena. A livello internazionale coopera con l'"Andrology Laboratory and Reproductive Tissue Bank" della Cleveland Clinic, in Ohio (USA).

RICONOSCIMENTI

Il centro TECNOMED è stato riconosciuto dalla Società Italiana di Andrologia (SIA), che ne ha valutato i livelli organizzativi e la qualità assistenziale, come "struttura di II° livello per la diagnosi e terapia dell'infertilità maschile e delle malattie sessualmente trasmesse" (Cert. N. 001/2008/QRS-AN2B).

IL SERVICE DI LABORATORIO

Gli elevati standard raggiunti hanno permesso a TECNOMED di organizzare un service di laboratorio specificatamente dedicato alla biologia della riproduzione umana. Il continuo aggiornamento scientifico e culturale in questo settore consente di offrire un'ampia gamma di esami diagnostici di routine e l'esecuzione della maggior parte delle analisi specialistiche emergenti. Il Laboratorio TECNOMED è in grado di trasmettere il proprio *know how* su tutto il territorio nazionale, fornendo assistenza tecnica, logistica e formativa a singoli specialisti, strutture sanitarie, laboratori d'analisi e centri di procreazione medicalmente assistita. Il servizio è organizzato in modo da ottimizzare tutte le fasi del processo di preparazione e lavorazione del campione biologico, con un controllo costante da parte di operatori specificatamente dedicati a tale servizio.

Ricorrere al SERVICE TECNOMED significa affidare ad un laboratorio di biologia riproduttiva di comprovata e certificata esperienza l'esecuzione di esami innovativi nell'ambito patologia riproduttiva di coppia.

ORGANIZZAZIONE DEL SERVICE

- Assistenza da parte di personale qualificato.
- Formazione per l'allestimento dei campioni.
- Fornitura del materiale ed organizzazione logistica per la spedizione dei campioni biologici.
- Invio dei referti on-line

TECNOMED

*...da quattro
generazioni
per la vita*

73048 - NARDO* (Lecce)
via XX Settembre 14/16/18 (p.zza Osanna)
tel. 0833-567547
fax 0833-567931
tecnomed@centrotecnomed.it

www.medicinadicoppia.it

00171 - ROMA - Casa di Cura FABIA MATER
via Olevano Romano 25 (Prenestina - Villa Gordiani)
tel. 329-0362183
fax 06-215925120
copis@centrotecnomed.it



UNIVERSITÀ DEL SALENTO
Sede riconosciuta per gli stage
Prot. N. CLSB70/2003



Società Italiana di Andrologia
Cert. N. 001/2008/QRS-AN2B



MARIANNA MAGLIO

*Medico Palliativista. Responsabile Hospice Casa Di Betania
Ospedale Cardinale G. Panico di Tricase*

Pianificazione condivisa di trattamento differenze e il punto di vista cattolico

MEDICI E PAZIENTI IMPREPARATI DAVANTI ALLA NUOVA NORMATIVA

La “pianificazione condivisa delle cure” è un istituto che non è stato oggetto di studi particolarmente approfonditi nel nostro Paese prima dell’entrata in vigore della predetta legge n. 219 del 2017 e che quindi ha colto impreparati sia medici che pazienti, potenziali utilizzatori di queste disposizioni normative in materia condivisa delle cure. In via preliminare è fondamentale chiarire che la “Pianificazione condivisa delle cure” è istituto diverso dalle “Disposizioni anticipate di trattamento” (DAT) contemplate dalla legge n. 219, nell’articolo 4, altresì dirimente pur di fare chiarezza sarà, seppur solo con un accenno, esporre qui di seguito i diversi articoli e relativi numeri di commi che esprimono la “Norma in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento” (Legge 217/2019).

Articolo 1 (11 Commi)
Consenso Informato

Articolo 2 (3 Commi)
*Terapia del dolore , divieto di ostinazione irragionevole
nelle cure e dignità nella fase finale della vita*

Articolo 4 (8 Commi)
Disposizioni Anticipate di Trattamento

Articolo 5 (5 Commi)

PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE

Articoli 6,7,8

*Norma transitoria; clausola di invarianza finanziaria;
relazione alle camere.*

L’articolo 5 della Legge 219 reca una disciplina organica della pianificazione condivisa delle cure, affermando esplicitamente ciò che era intuibile nel codice di deontologia medica, in particolare esprimono come le cure “vincolino” il medico e l’equipe sanitaria qualora il paziente perda la capacità di operare scelte consapevoli in merito alla propria salute . A tal proposito è necessario puntualizzare quel che enuncia specificatamente.

Articolo 5

Pianificazione Anticipata delle Cure

1. Nella relazione tra paziente e medico di cui all’articolo 1, comma 2, rispetto all’evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l’equipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter

“ Non si vuole procurarte la morte, si accetta di non poterla impedire ”

esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.

2. Il paziente e, con il suo consenso, i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di sua fiducia sono adeguatamente informati, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, in particolare sul possibile evolversi della patologia in atto, su quanto il paziente può realisticamente attendersi in termini di qualità della vita, sulle possibilità cliniche di intervenire e sulle cure palliative.

3. Il paziente esprime il proprio consenso rispetto a quanto proposto dal medico ai sensi del comma 2 e i propri intendimenti per il futuro, compresa l'eventuale indicazione di un fiduciario.

4. Il consenso del paziente e l'eventuale indicazione di un fiduciario, di cui al comma 3, sono espressi in forma scritta ovvero, nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, attraverso video-registrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare, e sono inseriti nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. La pianificazione delle cure può essere aggiornata al progressivo evolversi della malattia, su richiesta del paziente o su suggerimento del medico.

5. Per quanto riguarda gli aspetti non espressamente disciplinati dal presente articolo si applicano le disposizioni dell'articolo 4.

È tuttavia ancora necessario riflettere sulle differenze logiche, di “contesto” e puntualizzare come siano due istituti diversi – DAT e Pianificazione Condivisa delle Cure – pur essendo entrambe veicolo del principio di “Autodeterminazione” in materia di trattamenti sanitari. Le DAT (art.4) “Documento con il quale una persona, dotata di piena capacità, esprime la sua volontà circa i trattamenti ai quali desidererebbe essere sottoposto nel caso in cui, nel decorso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o dissenso informato “ si riferiscono al trattamento come espressione unilaterale della “persona” a prescindere da qualsivoglia relazione di cura con il medico , la Pianificazione condivisa delle cure (art.5) come già evidenziato nelle rubriche degli articoli riguardano un processo che nasce e si sviluppa nella relazione tra “medico e paziente”.

La Pianificazione condivisa delle cure è espressione della relazione di cura, perciò è espressione da un lato delle aspirazioni di cura della persona, dall'altro dalla responsabilità del medico, chiamato ad impegnarsi per rendere concreto il diritto del paziente ad essere reso consapevole e ad esprimere i propri desideri anche attraverso la realizzazione di questa possibilità della propria autodeterminazione. Tutta la legge n. 219 si sviluppa intorno alla “cura”, come valore preminente della prestazione professionale, punto di riferimento



nelle scelte della persona e cardine della relazione fra medico e paziente.

La legge n. 219 individua nell'ascolto e nella presa in carico del paziente il cardine del concetto di "cura" da parte del medico, garantendo tutte le attività idonee (farmacologiche, chirurgiche, strumentali) per dare una risposta concreta ed adeguata, sulla base del ruolo professionale, delle evidenze scientifiche e delle competenze relazionali. La pianificazione condivisa delle cure pur non contemplata come obbligatoria nella legge n. 219, va attivamente ricercata nel rispetto della "voluntas aegroti suprema lex", ricordando sempre che la volontà deve essere espressa da un paziente reso consapevole dal medico. Ciascuno dei due protagonisti partecipa alla relazione esprimendo le proprie prerogative: il medico di carattere tecnico-informatico, il paziente di carattere decisionale. Il paziente può decidere di accogliere le proposte terapeutiche, del tutto, solo in parte o addirittura può respingerle. In sintesi: la volontà del paziente può discostarsi dalla proposta del medico, tutto ciò è comunque pianificazione condivisa delle cure.

Non significa inoltre che il medico condivida la volontà del paziente. Il medico offre al paziente la propria competenza tecnico-scientifica assicurandosi che sia stata ben compresa: poi deve accettare la scelta del paziente. La pianificazione condivisa delle cure è un consenso ad un progetto globale, composto da una serie di attività interconnesse, a ciascuna delle quali il paziente sceglie se aderire o meno.

Di conseguenza se la relazione rispetta i corretti presupposti, l'autonomia delle competenze mediche e l'autonomia decisionale del paziente si concretizza sempre la pianificazione condivisa delle cure.

Facciamo un passo indietro.

Nel codice di deontologia medica, redatto nel 2014 (art.26 comma 2) e tuttora vigente, è stata introdotta la "pianificazione anticipata delle cure". Il codice dunque tratta della pianificazione delle cure, qualificandola come "anticipata" e proponendola come realizzabile per pazienti con "malattia progressiva". Nel codice non è descritto il contenuto della pianificazione anticipata delle cure né è contemplato che deve essere concordato con il paziente e rispettato dal medico in caso di sopravvenuta incapacità del paziente ad esprimere la propria volontà. Ma non è tuttavia accettabile che il codice di deontologia medica, sostenitore dell'autodeterminazione del paziente, preve-

da una pianificazione delle cure non approvata dal paziente e non vincolante persistentemente il medico.

Altresì si evince che "il medico... nella cartella clinica...registra il decorso clinico assistenziale del suo contestuale manifestarsi o nell'eventuale pianificazione anticipata delle cure nel caso di paziente con malattia progressiva, garantendo la tracciabilità della sua redazione". Di conseguenza la pianificazione anticipata delle cure scritta in cartella dal medico è "espressione della volontà libera e consapevole del paziente circa la gestione dei provvedimenti sanitari, globalmente connessi alla malattia di cui è affetto e alla sua prevedibile evoluzione, di cui è stato reso edotto". Pertanto si ritiene in realtà che nella pianificazione anticipata delle cure, secondo la concezione del codice di deontologia medica, ci sia un vincolo per il medico, che deve in caso di sopravvenuta incapacità del paziente, rispettare la volontà del suddetto espressa quando consapevole.

Le indicazioni del codice di deontologia medica anche se estremamente sintetiche hanno promosso l'istituto della pianificazione delle cure, stimolandone il dibattito e la riflessione.

La genesi storica prevede l'evoluzione dottrinale della riflessione sul "principio di autonomia" in campo sanitario, declinato secondo un individualismo più o meno radicale, con una assolutezza della libertà personale, svincolata da qualsiasi limite che ne ostacoli l'esercizio.

Nel messaggio del Santo Padre Francesco ai partecipanti del meeting regionale europeo della "World Medical Association" sulle questioni del fine vita si introduce la discussione ricordando il memorabile discorso di Papa XII, rivolto sessanta anni fa ad anestesisti e rianimatori. Papa Pio XII affermò che non c'è obbligo di impiegare sempre tutti i mezzi terapeutici potenzialmente disponibili e che in casi ben determinati è lecito astenersene (cfr Acta Apostolicae Sedis XLIX -1957).

È dunque moralmente lecito rinunciare all'applicazione di mezzi terapeutici, o di sospenderli, quando il loro impiego non corrisponde a quel criterio etico ed umanistico che verrà in seguito definito come "proporzionalità delle cure" (cfr Congregazione per la Dottrina della Fede, dichiarazione sull'Eutanasia, 5 Maggio 1980, IV: Acta Apostolicae Sedis LXXII).

L'aspetto peculiare di questo criterio prende in considerazione di giungere ad una decisione che si qualifica come rinuncia all'"accanimento terapeutico". Si assume

responsabilmente il limite della condizione umana mortale, nel momento in cui prende atto di non poterlo più contrastare. “Non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire “come specifica il Catechismo della Chiesa Cattolica (n. 2278).

Questa differenza di prospettive restituisce umanità all’accompagnamento del morire, senza aprire giustificazioni alla soppressione del vivere, considerato sempre illecito.

È vero anche che quando entriamo nella concretezza del dramma e della pratica clinica, i fattori in gioco sono spesso difficili da valutare. Per stabilire se un intervento medico clinicamente appropriato sia proporzionato non basta applicare in modo meccanico una regola generale.

Occorre un attento discernimento, che consideri l’oggetto morale, le circostanze e le intenzioni dei soggetti coinvolti. La dimensione personale e relazionale della vita – e del morire stesso, che è pur sempre un momento estremo del vivere – deve avere, nella cura dell’accompagnamento del malato, uno spazio adeguato alla dignità umana.

La persona malata riveste un ruolo principale. Lo dice chiaramente il catechismo della Chiesa Cattolica “Le decisioni devono essere prese dal paziente, se ne ha la competenza e la capacità”.

È soprattutto Lui che ha titolo, sempre in dialogo con i medici, di valutare i trattamenti che gli vengono proposti e giudicare sulla loro effettiva proporzionalità nella situazione concreta, rendendo doveroso rinunciare quando questa proporzionalità fosse riconosciuta come mancante.

Nella nostra attività medica è una valutazione non facile dal momento in cui la relazione terapeutica si fa sempre più frammentata e l’atto medico ha molteplici mediazioni, richieste dal contesto tecnologico e organizzativo. Come chiaramente appare nella pagina evangelica del Samaritano (cfr Luca 10,25-37) il comandamento supremo della prossimità responsabile è in evidenza nella complessa incidenza di fattori della pratica clinica e nella cultura della medicina in generale.

L’imperativo categorico è di non abbandonare mai il malato. Esiste un’angoscia di una condizione clinica che

ci porta alla soglia del limite umano e le scelte difficili che occorre assumere ci tentano a sottrarci dalla relazione. Dovremmo riconoscere il limite che tutti ci rende comuni e quindi solidali. Dobbiamo sempre prenderci cura: senza abbreviare noi stessi la vita e senza accanirci inutilmente contro la morte. In questo dogma si muove la medicina palliativa che anche culturalmente si impegna a combattere tutto ciò che rende il morire sofferto, il dolore e la solitudine.

Una società democratica affronta pacatamente ed in modo serio e riflessivo la ricerca delle soluzioni anche normative il più possibile condivise, tenendo conto delle diversità delle visioni e delle convinzioni etiche, delle appartenenze religiose, in un clima di reciproco ascolto e accoglienza. Lo Stato d’altronde deve tutelare i diritti di

tutti i soggetti coinvolti in un clima di uguaglianza, per cui a ciascuno è riconosciuto il diritto come essere umano che vive insieme agli altri nella società.

Il messaggio di Papa Francesco pone particolare

attenzione sui valori essenziali alla convivenza, se si viene meno a tali valori, ne decade la possibilità di intendersi sul riconoscimento dell’altro come presupposto di ogni dialogo e della stessa vita ad esso associata, per il bene comune nelle situazioni concrete.

In un contesto umano e sociale il diritto alla vita si sta scontrando con al libertà di fare quello che si vuole della propria vita, dove i confini tra i diritti fondamentali e una volontà solo umana, anche condizionata da una condizione clinica irreversibile, sono spesso confini molto labili e personalizzati, c’è bisogno di una guida e di chiarezza per garantire il rispetto della vita come dono da difendere, valorizzare e curare fino all’ultimo istante secondo i tempi del nascere e del morire. La vita è relazione con un bisogno di comunione e di condivisione e la fragilità di essa traccia il percorso di Noi tutti, come ci ricorda la Bibbia “La vita è preziosa ma contenuta in fragili vasi di argilla (2 Cor 4,7 ss). La fragilità deve essere vista come un occasione di Bene, per umanizzare le relazioni perché siano famigliari, per allontanarci da uno stile individualistico e personalizzato che rischia di dimenticare i diritti della persona e scoprire il rapporto valido tra vita e libertà e tra libertà e vita.

“ L’imperativo categorico è di non abbandonare mai il malato ”



GIUSEPPE NOIA*
PATRIZIA PAPACCI**

*Responsabile Hospice Perinatale
Centro Cure Palliative Prenatali S. Madre Teresa di Calcutta -
Fondazione Policlinico Gemelli-Roma

**Ricercatore Universitario UOC Neonatologia - Medico Neonatologo
Hospice Perinatale Centro Cure Palliative Prenatali S. Madre Teresa di
Calcutta - Fondazione Policlinico Gemelli - Roma

L'Hospice perinatale e le cure palliative neonatali del Policlinico Gemelli

ESPERIENZE CLINICHE DI SERVIZIO SOCIALE ALLE FAMIGLIE

Nella Repubblica Italiana il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore è sancito dalla **Legge 38 del 15 Marzo 2010** tale legge include anche l'età pediatrica e neonatale. Le cure palliative neonatali includono le cure palliative perinatali **Hospice Perinatale** e le **cure palliative neonatali** che riguardano neonati con anomalie congenite complesse o multiple con peso ed età gestazionale di nascita molto bassi, che non rispondono all'intervento di terapia intensiva, che presentano esiti irreversibili di patologia neonatale ovvero la grave disabilità. Presso la Fondazione Policlinico «A. Gemelli» di Roma è attivo da anni l'*Hospice Perinatale Santa Madre Teresa di Calcutta*, che accoglie famiglie con patologie fetali e offre un percorso di cura palliativa fetale e neonatale.

L'ecografia permette, oggi, di identificare anomalie congenite strutturali del feto, e ciò è sicuramente un dato positivo; tuttavia il criterio che la accompagna deve contestualizzare modalità comunicative che rispettino non solo la storia naturale di ogni malformazione, ma soprattutto il concetto che se la scienza vede una condizione di malformazione, la famiglia vede il proprio figlio. La comunicazione di una diagnosi prenatale è un momento di estrema delicatezza ed il modo con cui viene presentata la diagnosi durante la consulenza è fonamen-

“ La scienza vede una condizione di malformazione, la famiglia vede il proprio figlio ”

tale per il destino futuro di quel bambino in utero e per l'esperienza genitoriale della coppia. Il counselling, infatti dovrebbe essere inteso non solo come consulenza medica ma, soprattutto in questi casi,

come relazione empatica con la donna e la famiglia, con l'intento di informare, ma anche dare un sostegno umano percepibile, creare dei punti di riferimento in una situazione che, spesso, fa venir meno ogni certezza, e che pone le famiglie in una condizione di estrema debolezza di fronte a scelte che segneranno per sempre la loro vita. L'approccio utilizzato dal medico in questa fase risulterà determinante per il percorso che la famiglia dovrà intraprendere.

Nella quasi totalità dei casi di diagnosi prenatale patologica la proposta medica è l'aborto eugenetico, tuttavia a differenza, degli aborti dovuti a cause psicosociali, gli aborti per malformazione in gravidanza mettono termine a gravidanze che sono desiderate. In questi casi la decisione di un aborto volontario distrugge completamente la progettualità genitoriale della coppia, oltre che la vita del figlio. Non bisogna infatti dimenticare che, qualunque sia la condizione malformativa, il "figlio" rimane tale e questa condizione non può essere né cambiata, né cancellata: "non si elimina la sofferenza eliminando il sofferente". È, dunque, in questo secondo

“ Non si elimina la sofferenza eliminando il sofferente ”

aspetto del counselling, focalizzato interamente sulla relazione medico-paziente e sulle capacità comunicative e relazionali del medico, che si realizza il passaggio dalla diagnosi come “sentenza”, alla diagnosi come “speranza”. C'è una metodologia nel comunicare la diagnosi prenatale infausta che permetta di cambiare una “sentenza” in una “speranza”? L'esperienza dell'Hospice perinatale e le esperienze raccolte dalla **Fondazione il Cuore in una Goccia ONLUS che supporta l'Hospice** con l'accompagnamento di quasi 1000 famiglie, permette di affermare che questo è possibile. Le famiglie che afferiscono all'Hospice perinatale Santa Madre Teresa di Calcutta incontrano un team multispecialistico costituito da ginecologi, neonatologi, ostetriche, infermieri, specialisti cardiologi, neurochirurghi, chirurghi, nefrologi, neurologi, genetisti, gastroenterologi, dismorfologi, psicologi, assistenti sociali, fisioterapisti, bioeticisti, assistenti spirituali, associazioni famiglie e genitori che accompagnano il feto/neonato e la famiglia con un approccio diagnostico-clinico e terapeutico transdisciplinare e multidisciplinare, la

relazione equipe-famiglia è continua. L'informazione fondata sull'**evidenza scientifica**, ovvero l'informazione sulla patologia e sulle possibilità di cura, sia prima, sia dopo la nascita, derivante da studi rigorosi di letteratura internazionale, rappresenta la base su cui costruire un percorso di accoglienza del neonato. Il dato di evidenza scientifica elimina dall'informazione fornita quelle influenze culturali pseudo-scientifiche e le amplificazioni psico-sociali che spesso ingigantiscono l'evento patologico, creando ansie e paure ingiustificate, ridando alla

10 GRAVI PATOLOGIE E RISULTATI A LUNGO FOLLOW UP	
PATOLOGIE DESCRITTE	EVOLUZIONE
CUORE SINISTRO IPOPLASICO (VALVULOPLASTICA PRENATALE)	73% Successo tecnico (interventi prenatali e postnatali) 84% Sopravvivenza
IDROCEFALIA	Su 334 pazienti con interventi postnatali: 90,7% Buona evoluzione nelle forme lievi 65,9% Buona evoluzione nelle forme gravi 43,8% Risoluzione spontanea prenatale
SPINA BIFIDA	Su 220 pazienti con interventi postnatali: 81% Sopravvivenza 77,7% Normale abilità intellettuale 61,7% Normalità alla deambulazione 71,3% Diminuzione della compromissione sfinterica
ROSOLIA IN GRAVIDANZA	Su 284 (100%) pazienti: 209 (73.5%) Assenza di rischio 75 (26.5%) Rischio teorico di cui: 12 (16%) Reale trasmissione materno-fetale
IGROMA CISTICO	Su 310 pazienti: 72% Buona evoluzione a 25 anni di follow up
GRAVE ISOIMMUNIZZAZIONE RH	90% Sopravvivenza con trasfusioni intrauterine intravascolari
CCAM MALFORMAZIONE ADENOMATOIDE CISTICA CONGENITA	64,3% Risoluzione prenatale della riduzione del volume 42,9% Risoluzione Postnatale 28,6% Chirurgia Postnatale
ERNIA DIAFRAMMATICA	44,6% Sopravvivenza (interventi postnatali)
TERATOMA SACRO-COCCIGEO	71% Sopravvivenza (interventi prenatali e postnatali)
MEGAVESCICA	82,3% Sopravvivenza (interventi prenatali e postnatali)

coppia la lucidità necessaria per valutare con oggettività la situazione in una dimensione di speranza.

Da un punto di vista psicologico, dinanzi ad una malformazione fetale, i genitori cercano di individuarne le origini e le cause, pensano alle difficoltà connesse con imperfezioni fisiche e mentali del loro bambino, e sperimentano confusione e inquietudine, come pure sensi di colpa e di vergogna, persino reazioni di ripugnanza e rifiuto; quasi sempre queste coppie si troveranno di fronte alla scelta tra l'interruzione della gravi-



danza o la sua continuazione, peraltro in momento di grande vulnerabilità. Ecco, allora, che, alla consulenza di carattere medico-scientifico, occorre affiancare un **approccio fondato sull'accoglienza**, sull'empatia, sull'ascolto, sul dialogo verbale e non, finalizzato a tranquillizzare la coppia, affinché, tutte le scelte connesse alla condizione del bambino possano essere ponderate adeguatamente. Tale approccio risulta tanto più forte quanto più si associa alla proposta di scenari alternativi all'aborto ovvero l'accompagnamento che trova sempre più supporto nella letteratura scientifica relativa agli esiti delle scelte effettuate in gravidanza difficili.

Cope nel 2015, ha pubblicato uno studio su 158 donne e 109 mariti che hanno perso un figlio con anencefalia. Utilizzando scale di valutazione di impatto psicologico (Perinatal Grief Scale, Impact Event Scale, Revised Beck Depression Inventory – II) lo studio ha dimostrato che nella popolazione che interrompeva volontariamente la gravidanza, vi erano differenze statisticamente significative in termini di maggiore disperazione ($p=0,02$) evitamento ($p=0,008$) e depressione ($p=0,04$) rispetto a chi continuava la gravidanza con feto anencefalo. La conclusione degli autori era che la continuazione della gravidanza diminuiva la sofferenza psicologica della perdita del feto incompatibile con la vita

“ Occorre un processo di informazione che spinga verso un cambiamento culturale ”

extrauterina (Prenatal Diagnosis 2015,35,761-768).

Il percorso che parte dall'Hospice perinatale è un piano di cura palliativa assolutamente individualizzato, condiviso in modo multidisciplinare e modificabile nel tempo. Non è possibile un a priori terapeutico perché in alcuni casi potrebbe configurarsi come desistenza terapeutica in altri come accanimento terapeutico. Il confronto multispecialistico porta alla elaborazione da parte dei bioeticisti di un documento condiviso di etica clinica che riassume il percorso assistenziale da proporre e condividere con i genitori. Alla famiglia viene proposto il corso di preparazione al parto, il supporto psicologico e per i non residenti anche l'alloggio in struttura offerta dalle associazioni genitori. La diagnosi prenatale può indicare una end life condition del neonato allora il documento condiviso orienterà per una assistenza conservativa alla nascita e per la “*Comfort Care*” basata sull'analgesia, sulla prevenzione del discomfort e sull'attenzione al benessere sensoriale. Se la diagnosi prenatale non è certa per una end life condition, il documento condiviso indicherà di mettere in atto, alla nascita, l'intervento attivo di rianimazione e l'assistenza intensiva nel reparto di Terapia Intensiva Neonatale dove si procederà ad effettuare accertamenti con il fine di precisare la diagnosi e le possibilità di intervento e verranno messe in atto le cure palliative neonatali.

Le cure palliative neonatali presentano delle peculiarità perché l'evoluzione scientifica e tecnologica continua può modificare prognosi, la palliazione può riattivare risorse in neonati che esageratamente esposti ad assistenza intensiva vadano incontro ad esaurimento, in condizioni “limite” per la sopravvivenza la cura basata sui bisogni primari è sostegno e risorsa vitale, in condizioni di prognosi “*quoad vitam*” incerta, in attesa di definizione diagnostica, non costituiscono abbandono terapeutico e si modulano in relazione alle peculiarità biologiche,

evolutive, cliniche, psico-relazionali, sociali, etiche e spirituali del neonato e della sua famiglia. Il team dell'Hospice-cure palliative neonatali accompagna la famiglia nei diversi steps di approfondimento diagnostico e di intervento. Se la patologia risulta incompatibile con la vita, un ulteriore documento condiviso tra il team ed i genitori indicherà la sospensione dell'assistenza intensiva e la cura terminale per evitare l'accanimento terapeutico. In tutte le situazioni in cui si verifica il decesso del neonato prosegue il supporto psicologico ai genitori e la relazione continua nel tempo con il team e nella condivisione con le famiglie delle associazioni genitori.

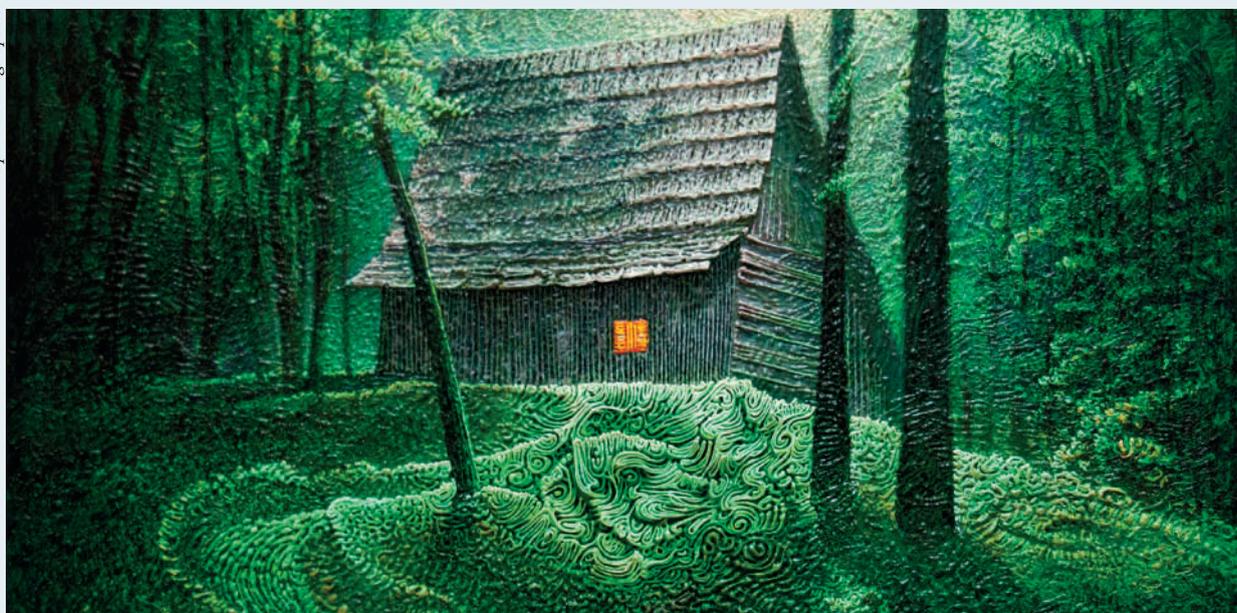
Attualmente straordinarie possibilità sono offerte dalla scienza nel campo degli **interventi pre e post-natali**, e ciò richiede un cambiamento nell'approccio alla diagnosi prenatale patologica. Il progresso scientifico consente di intervenire su patologie e condizioni sulle quali, fino a pochi decenni fa, era impensabile un qualsiasi atto medico. Ecco, dunque, che l'evoluzione della medicina necessita di un cambiamento della concezione della patologia prenatale, non più come sentenza assoluta di morte (reale o indotta) ma, come sfida medica e umana, come percorso, a volte tortuoso, da compiere, guidato dalla speranza e sostenuto da una grande fiducia

in una scienza medica umanizzata e rispettosa della vita. In tal senso è l'esperienza dell'Hospice perinatale nella casistica riportata nella tabella.

È necessario e doveroso per coerenza medica, scientifica ed umana un processo di informazione perché si arrivi a quel cambiamento culturale che permetterà, un giorno, alle famiglie, di poter scegliere in tutta serenità di accogliere, curare e amare il proprio figlio, anche se malato, di essere assistite lungo questo percorso e al nascituro di vedere riconosciuta la propria dignità di essere umano e di figlio fin dal momento del concepimento.

L'amore di alcuni genitori verso i propri figli, anche se non ancora nati, non vede le malformazioni, non vede la malattia e nemmeno la prospettiva della morte subito dopo la nascita, ma guarda alla piccola creatura, semplicemente come al proprio bambino. A queste famiglie non può essere indicata come unica strada percorribile l'aborto eugenetico, perché, nel loro sentire equivarrebbe ad eliminare il figlio in quanto malato e di fronte alla domanda: *"uccidereste il vostro bambino se si ammalasse dopo la nascita?"* nessun genitore, potrebbe rispondere di sì, ed ecco che l'Hospice perinatale e le cure palliative neonatali diventano la risposta medico-scientifica ed umana al diritto di cura della persona.

Opera di Luigi Spanò





VINCENZO CAPORESE

Medico Palliativista. Responsabile Hospice San Cesario (Le)

Pianificazione condivisa delle cure in Hospice: il punto di vista «laico»

UN PERCORSO FINALIZZATO ALLA PIENA CONSAPEVOLEZZA
DELLA PERSONA MALATA

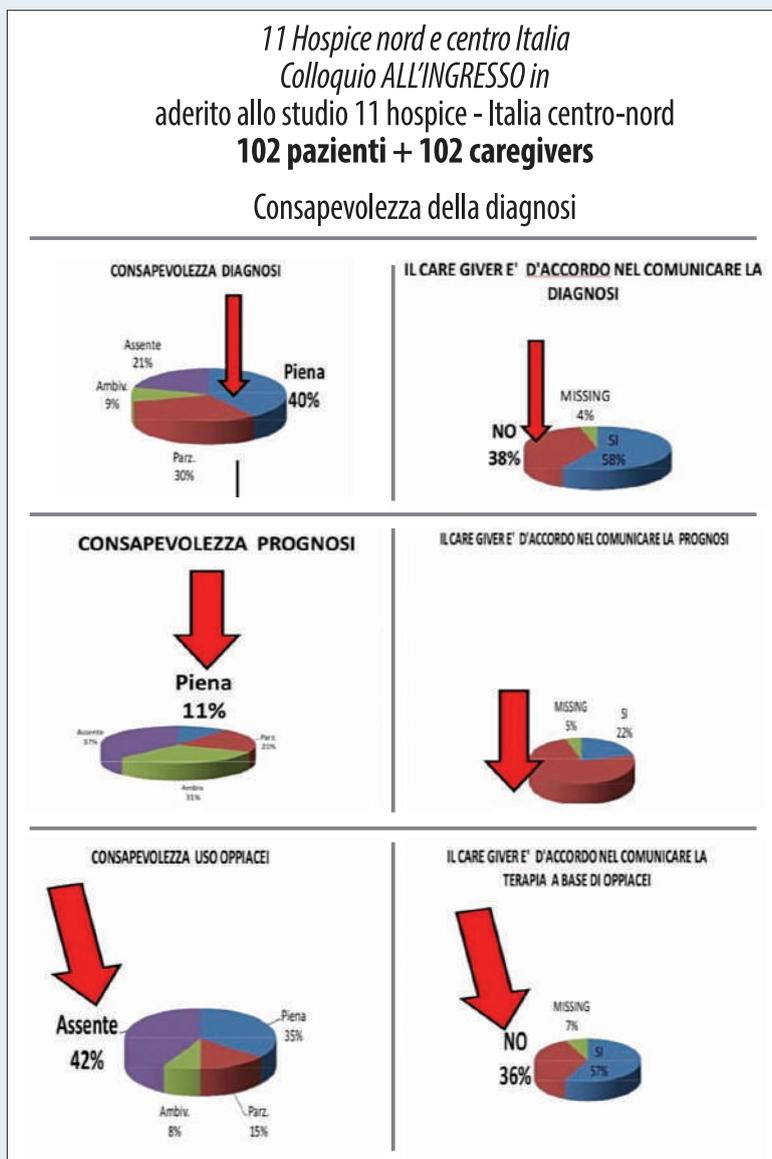
“La comunicazione connessa
al fine vita non è agevole”

La PCC (art 5, leg 219 del 22-12-017) è l'espressione di un percorso di dialogo, informazione, condivisione tra medici, familiari e persone malate, in un contesto di reciproco rispetto e fiduciosa relazione di cura, finalizzato al raggiungimento di una piena consapevolezza della persona ammalata nelle scelte terapeutiche che è chiamata ad affrontare; secondo quelli che sono i Suoi diritti morali e legali. La definizione di tali scelte non può quindi essere limitata alla mera sottoscrizione di moduli, bensì deve essere l'esito di un processo di condivisione che consenta alla persona malata di disporre di tutti gli elementi - clinici, affettivi e legali - per poter fare la scelta più appropriata ed adeguata alla condizione nella quale si trova, e che non si conclude con la definizione di tale scelta ma deve essere continuamente sostenuta, accompagnata ed eventualmente rivista, nella consapevolezza che la malattia, come tutta la vita, è in continua evoluzione.

Questa la premessa di Massimo Mauro Presidente della AISLA, nel commento alla legge 219; da sola potrebbe costituire un buon punto di partenza per mettere in evidenza le criticità con la realtà palliativa. Ma



“ L’opportunità di condividere una pianificazione delle cure dovrebbe essere offerta a tutti i malati cronici ”



vediamo cosa scriveva l’inserto Sanità del Sole 24h del 10 maggio 018. La PCC può avere effetti benefici sia per il Pz sia per i suoi Familiari: per la persona malata, perché le permette, in un contesto relazionale di fiducia, di riflettere sulle proprie priorità e di poter esprimere le proprie preferenze su tempi, luoghi e modalità di cura e

di trattamento; per i Familiari, perché li rende partecipi dei vissuti e dei desideri della persona cara e li prepara a ricoprire, se necessario il ruolo di fiduciari.

Per questo, l’opportunità di condividere una pianificazione delle cure dovrebbe essere offerta a tutte le persone che hanno una malattia cronica della quale è possibile prevedere la evoluzione, sempre però adattando i tempi e modi della comunicazione alle peculiarità ed ai bisogni del Pz e dei suoi cari. Inoltre, nel contesto internazionale si sta facendo strada l’idea che l’advance care planning non sia solo utile in caso di futura incapacità, ma sia piuttosto un processo che può aiutare le persone ed i loro cari, ad affrontare meglio, con più consapevolezza e secondo i propri valori, il tempo della vita (che può durare mesi od anni) segnato dalla malattia. In tale ottica, la PCC rappresenta un prezioso spazio di dialogo, confronto e riflessione condivisa, libero dalla pressione di dover prendere decisioni sulla scorta di un momento difficile ed al tempo stesso svincolato dalla idea che il confronto su queste tematiche sia finalizzato esclusivamente alla pianificazione del fine vita.

Dalla lettura di queste note si comprende immediatamente il valore innovativo di questa disposizione di legge non solamente nel rapporto medico-Pz, ma anche e, secondo me principalmente, nell’intimo di ciascuno degli attori, incluso i Familiari. Più difficile è verificare l’impatto che questa innovazione ha determinato nell’ambito delle cure rivolte alle persone che versano in condizioni di malattia molto avanzate, dove la realtà clinica e prognostica è di sovente già alterata dal concomitante intrecciarsi di forti emozioni, sentimenti diversi, paure incontrollate, speranze vane. E dove i dialoghi sono stentati, i discorsi tronchi, gli sguardi sfuggenti, i silenzi paurosi. Come si può vedere da questi grafici, la situazione della comunicazione

IL PAZIENTE VORREBBE SAPERE DI PIÙ' RISPETTO ALLA TERAPIA ANALGESICA?



“ Spesso prevale il senso di protezione da parte dei familiari ”

strettamente connessa con il fine vita, non risulta agevole neanche negli Hospice del centro nord.

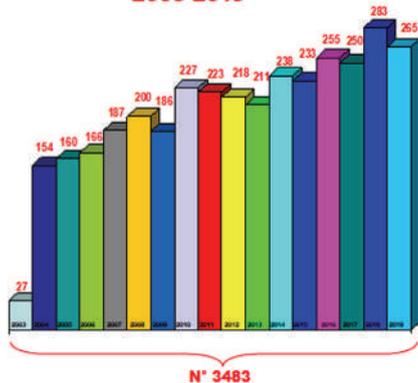
Le motivazioni di queste resistenze sono diverse e molteplici, certamente prevale il senso di protezione da parte dei familiari o di persone care nei confronti del malato in fase avanzata. Questo, in tutta evidenza impedisce ogni processo di consapevolezza e di condivisione. Certamente è la consapevolezza della prognosi a rappresentare il passaggio più ostico e doloroso. Lo è per tutti, e per ciascuno di coloro che la vita ha chiamato a raccolta con ruoli, modi, aspettative ed obblighi diversi, intorno ad un epilogo doloroso. Non sarei onesto se non ricordassi lo sgomento ed il senso di impotenza che mi prese quando il collega ematologo che seguiva mio Padre mi disse, con voce ferma, che tutti i tentativi, tutte le terapie, tutti i percorsi erano stati messi in pratica, ma senza risultato. Mi sembrava assurdo che dovessimo arrenderci, che da qualche parte la medicina non riservasse un'altra possibilità, che tra le migliaia e migliaia di pagine che rappresentano il sapere medico, non ci fosse una postilla adatta non a salvare mio Padre, ma almeno a ritardarne la fine. Non c'era e non ci fu! Mio Padre viveva in una regione del centro Italia; quando, pochi giorni prima di morire mi chiamò per salutarmi, io non fui capace di dirgli niente di quello che avrei dovuto, neanche un grazie! riuscii solamente ad esternare le solite, inutili, stupide e banali rassicurazioni. Mio Padre era consapevole del suo stato, ma noi familiari continuavamo a stringerlo e costringerlo in una realtà ovattata. Ed è esattamente quello che verifico quotidianamente in Hospice, familiari che cercano di interpersi tra la persona ammalata e la realtà clinica, tra la persona malata ed il medico, tra la persona malata e il tempo dell'attesa. Tutti fingono di stare vivendo un'altra storia, una storia che aprirà diverse prospettive, una storia tutta da vivere, una storia che non può esistere.

Questa quotidianità si estrinseca nei modi più diver-

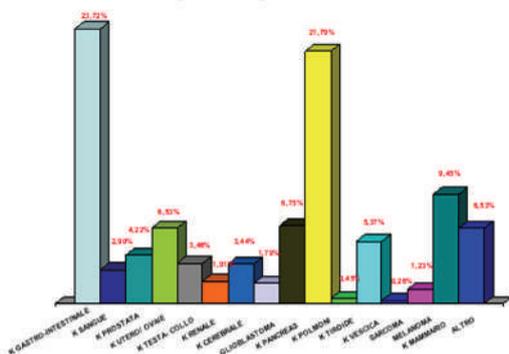
POSTILETTO

2003	-	4
2004	-	8
2005	-	8
2006	-	12
2007	-	12
2008	-	12
2009	-	12
2010	-	12
2011	-	12
2012	-	12
2013	-	12
2014	-	12
2015	-	12
2016	-	12
2017	-	12
2018	-	12
2019	-	12

Pazienti Hospice San Cesario di Lecce 2003-2019



**Hospice San Cesario di Lecce
Diagnosi di ingresso 2003-2019**





si. Nel non dire alla persona malata che si sta ricoverando in Hospice; nel chiedere ossessivamente la presenza della sacca di NpT, anche quando oramai è evidente che non potrà essere metabolizzata; e, naturalmente, di non dire al proprio Caro che la malattia è irrimediabilmente in fase avanzata. Potrei continuare, ma credo non siano necessari altri esempi. Questa la realtà quotidiana delle Cure Palliative dove, nella maggioranza dei casi, diventa difficile pensare di condividere le cure con la persona malata, e dove non si è mai posto l'obiettivo di predisporre un fine vita. L'Hospice della nostra AUSL è stato il primo della Puglia, e questo ci ha costretto per anni a combattere contro i mulini a vento; in 16 anni abbiamo trattato poco meno di 3500 ammalati affetti da terminalità diverse, ma finora solamente 4 di questi Pz hanno compreso con chiarezza e lucidamente la loro condizio-

ne, chiedendoci di conoscere l'iter terapeutico previsto, ed il tempo a Loro rimasto. Uno di questi, mio amico, mi chiese un appuntamento, si sedette, dal polso dx sporgeva appena la medicazione di un Picc, iniziò a parlarmi di un "Pz speciale"; era lui!

La condivisione delle cure nel fine vita è un processo lento, difficile, penoso e delicato. Deve iniziare ben prima del ricovero della persona ammalata nel Centro di cure palliative. L'ammalato oramai fuori terapia ed i propri familiari devono ricevere le principali informazioni che lo specifico caso consente, e devono essere guidati nel fare le scelte più giuste ed opportune. Ho imparato che non è facile, e certamente non lo è per nessuno; ma, almeno, non dobbiamo sottrarci al dovere civile e morale di fornire risposte opportune a chi formula domande chiare.



di CRISTIAN NEGRO

*Odontoiatra - Libero Professionista in Lecce -
Consulente di Chirurgia Orale e Implantologia.*

Quando i mezzi guidano la tecnica

REPORT DI UN CASO CLINICO COMPLESSO IN CHIRURGIA IMPLANTARE

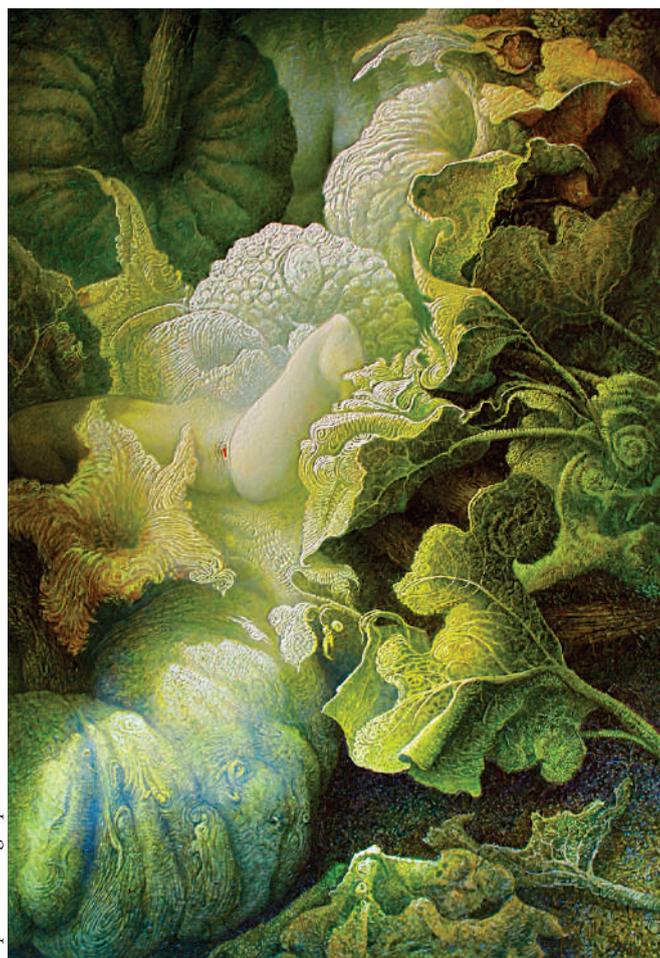
INTRODUZIONE

La rigenerazione ossea guidata (GBR) è diventata in odontoiatria, nel corso degli ultimi anni, una procedura terapeutica essenziale nel trattamento dei difetti ossei a scopo implantare. La GBR permette la formazione di nuovo tessuto osseo in sedi in cui sono presenti difetti verticali (deficit di altezza) e/o difetti orizzontali (deficit di spessore) della cresta ossea residua che renderebbero impossibile l'inserimento di impianti dentali. Quindi, in presenza di una cresta ossea sottile e/o bassa, la GBR ci permette di ricostruire il tessuto osseo mancante prima del posizionamento implantare, o contestualmente allo stesso, e quindi di poter riabilitare il cavo orale dei nostri pazienti con protesi fisse supportate da impianti dentali.

CASO CLINICO

Il caso clinico descritto in questo articolo intende sottolineare come, in alcuni casi assolutamente selezionati, si possa effettuare una chirurgia mini invasiva, sfruttando al meglio i mezzi che l'attuale conoscenza e tecnologia mettono a disposizione del professionista. Fermo restando che, alla base di questo diverso approccio, ci sia sempre una chiara conoscenza di quelle che sono le tecniche più predicibili dettate dalla letteratura e dagli studi clinici in anni di lavoro.

Il caso clinico che esaminiamo riguarda una giovane paziente di anni 40.



Opera di Luigi Spanò

La paziente gode di buona salute e l'anamnesi è negativa per patologie pregresse o in atto sia a livello generale che a livello orale.

In prima visita viene effettuato un attento esame del cavo orale oltre ad una panoramica delle arcate dentarie per valutare radiograficamente lo stato di salute orale dei denti residui e dei tessuti duri (Figura I).

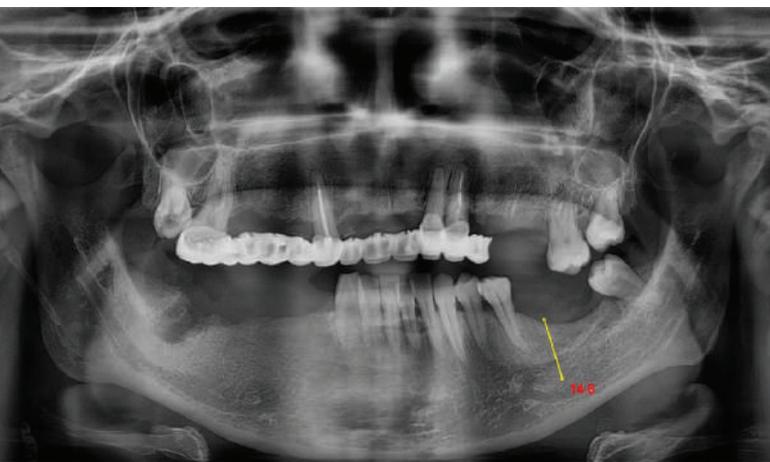


Fig. I. Panoramica delle arcate dentarie pre-trattamento.

La paziente presenta, a livello mascellare, un vecchio circolare superiore in metallo ceramica ancorato su monconi naturali. A livello mandibolare, si evidenziano diverse mancanze dentali soprattutto in sede inferiore destra.

La paziente esprime la sua volontà di voler riabilitare solo la parte inferiore, segnalando la difficoltà nella masticazione a causa della mancanza di più elementi dentali a livello mandibolare.

Dalla panoramica si nota, nelle sedi edentule inferiori, la presenza di una buona altezza della cresta ossea mentre l'esame clinico evidenzia, di contro, uno spessore particolarmente sottile della stessa.

In virtù di queste considerazioni, è stato richiesto un esame tridimensionale (CBCT o più comunemente Cone Beam) mandibolare, per valutare lo spessore osseo e, sulla base di ciò, improntare poi il successivo piano di trattamento.

La cone beam della paziente ha evidenziato un gravissimo deficit orizzontale a livello della sella mandibolare di destra,

con una cresta ossea estremamente sottile che presenta uno spessore ≤ 2 mm per tutta la sua lunghezza mesio-distale, in zona 44, 45 e 46, con una compagine ossea trabecolare ≤ 1 mm (Figura II – III – IV).

POSSIBILITÀ TERAPEUTICHE - Vantaggi e svantaggi

In generale, le opzioni di trattamento per i difetti orizzontali della cresta ossea prevedono gli innesti ossei con diversi tipi di biomateriali (innesti a blocco autologhi, innesti omologhi, innesti eterologhi e sostituti ossei), la rigenerazione ossea guidata (GBR) da sola o in combinazione con procedure di innesto, l'espansione della cresta ossea o split crest e la distrazione osteogenetica.

Rapportando le varie tecniche di rigenerazione orizzontale della cresta ossea sopra descritte a questo particolare caso clinico, le due più predicibili risultano essere l'innesto autologo a blocco e la GBR con Mesh in titanio e/o membrane, con l'ausilio di biomateriali da riempimento.

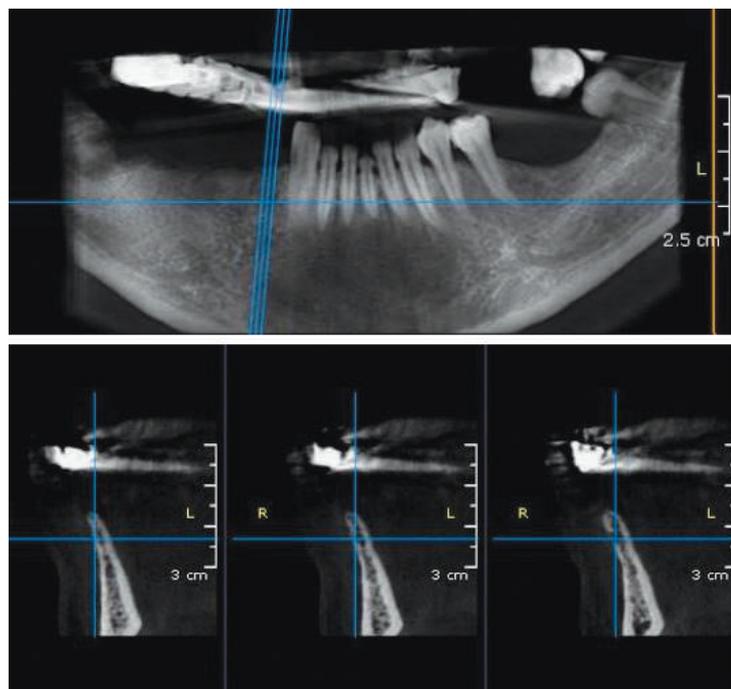


Fig. II. Cone Beam mandibolare in sede 44. Si noti lo spessore estremamente sottile della cresta ossea per tutta la sua altezza da crestale a basale.

“ Quando è possibile ricorrere ad una chirurgia mininvasiva ”

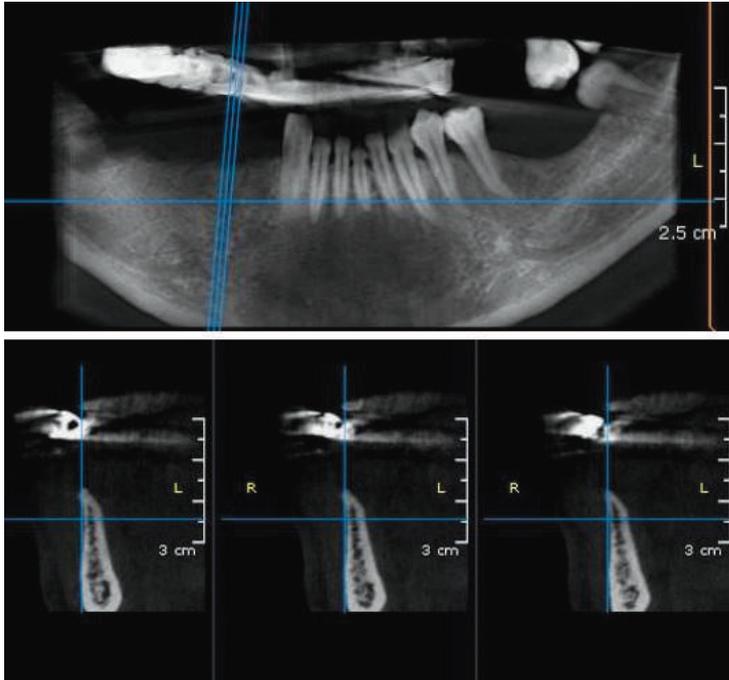


Fig. III. Cone Beam mandibolare in sede 45. Si noti, anche qui, lo spessore particolarmente ridotto della cresta ossea.

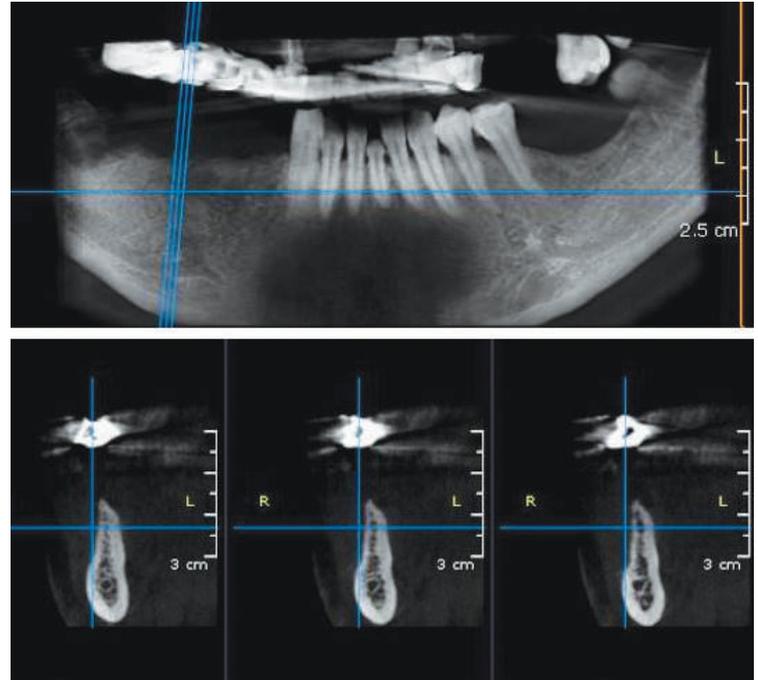


Fig. IV. Cone Beam mandibolare in sede 46. Lo spessore della cresta ossea, pur in sede posteriore, risulta essere molto sottile.

Entrambe le procedure chirurgiche di aumento orizzontale dell'osso presentano però degli svantaggi. Tra questi, è opportuno sottolineare come, in questo specifico caso in esame, entrambe le tecniche avrebbero previsto due interventi chirurgici differiti (uno per l'innesto a blocco o per la GBR e l'altro, il successivo, per l'inserimento degli impianti). L'innesto a blocco avrebbe implicato due sedi chirurgiche (la sede del prelievo dell'innesto e la sede da rigenerare ricevente l'innesto); entrambe avrebbero previsto lunghi tempi di attesa (6-8 mesi per la rigenerazione e altri 4-6 mesi per la successiva osteointegrazione degli impianti).

Per molti anni l'uso di innesti di osso autologo è stato considerato il "gold standard" per la rigenerazione ossea orizzontale, anche se negli ultimi anni l'uso di biomateriali di sostituzione ossea ha messo in discussione questa scelta o, meglio, ha spinto molti professionisti a valutare tecniche alternative meno invasive e con minor morbilità per il paziente.

Nella tecnica di innesto, un blocco di osso autologo viene

normalmente prelevato dalla regione retromolare o dalla sinfisi mandibolare (siti donatori) e fissato nella sede del tessuto osseo da rigenerare (sito ricevente), opportunamente preparato, con viti da osteosintesi. Tuttavia, la tecnica di innesto osseo, oltre a prevedere due siti chirurgici e quindi maggiore morbilità per il paziente, non è scevra da complicanze quali l'esposizione dell'innesto, l'infezione e i disturbi neurosensoriali transitori o permanenti, legati alla sede di prelievo e al rischio di ledere strutture nervose.

Considerando tutti questi aspetti, la scelta di tecniche chirurgiche alternative, che non prevedano l'uso di innesti ossei autologhi e che riducano al minimo le complicanze biologiche, potrebbe offrire un vantaggio clinico significativo.

Nella tecnica di GBR (Rigenerazione Ossea Guidata), biomateriali di diversa origine, soprattutto eterologhi, vengono posizionati nel sito osseo da rigenerare e "protetti" con mesh in titanio e/o membrane, fissate con viti o chiodini da osteosintesi.

Anche questa tecnica, seppur meno invasiva, presenta degli svantaggi. Le membrane riassorbibili, pur avendo il grande vantaggio di non dover rientrare chirurgicamente per rimuoverle essendo le stesse degradabili nel tempo, mostrano scarsa resistenza al collasso e quindi ridotta capacità di mantenere uno spazio o volume adeguato, indispensabile per la rigenerazione ossea. Le membrane non riassorbibili o le mesh in titanio sicuramente hanno il grande vantaggio di mantenere uno spazio adeguato per la rigenerazione dell'osso in un lungo arco di tempo (effetto barriera di lunga durata) ma, nonostante i buoni risultati clinici, si evidenziano frequenti complicanze quali l'esposizione della membrana o della mesh e l'infezione. Un altro limite clinico è la necessità di un secondo intervento chirurgico per la loro rimozione.

Infine, tra le possibilità terapeutiche, un cenno va fatto all'espansione ossea o split crest che, in questo specifico caso in esame, non trova indicazione perché, per poter effettuare un'espansione di cresta ossea predicibile, è necessario avere uno spessore della cresta ≥ 4 mm, con lo spessore dell'osso midollare pari a 2 mm e lo spessore dell'osso corticale pari ad almeno 1 mm su ciascun lato. Pertanto, nel caso clinico affrontato in questo studio, lo split crest avrebbe rappresentato un'alternativa poco predicibile e con un elevato rischio di frattura della compagine ossea, avendo la cresta ossea della paziente uno spessore di soli 2 mm e una compagine midollare ≤ 1 mm. Rischio reso ancora più elevato dal fatto che nel nostro caso si tratta di una cresta ossea sottile per quasi tutta la sua altezza, sia a livello crestale che a livello basale.

UN NUOVO APPROCCIO CHIRURGICO - I mezzi guidano la tecnica

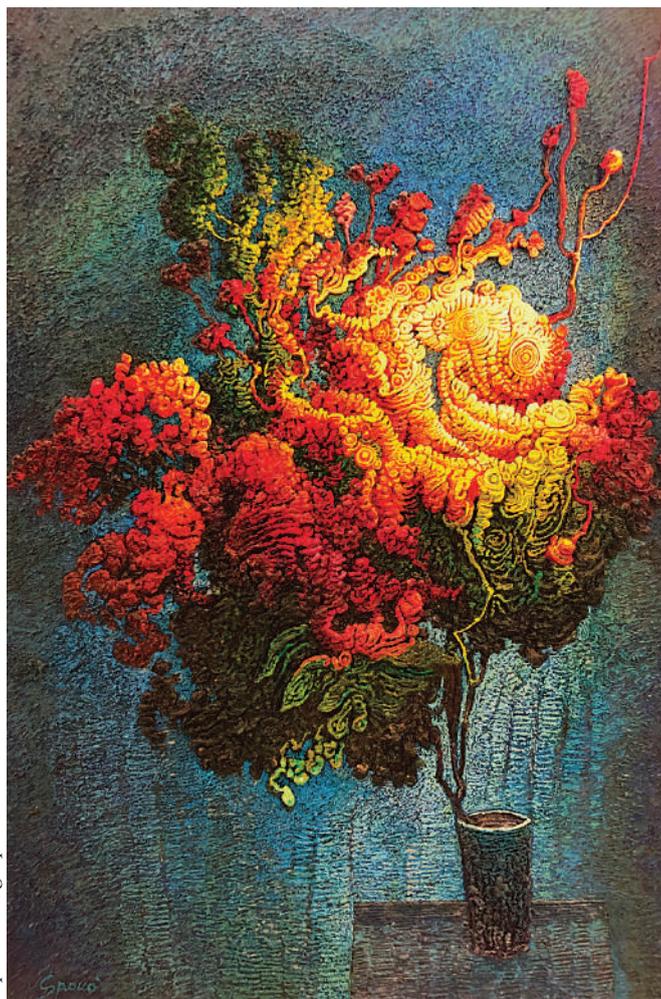
In virtù delle considerazioni fatte in merito a quale fosse la tecnica chirurgica più predicibile nell'affrontare il caso clinico in questione, con i suoi vantaggi e svantaggi, si è deciso, in accordo con la paziente, di valutare un diverso approccio terapeutico, che fosse meno invasivo e con minor tempi di attesa.

A questo punto, la mia attenzione si è spostata dalle tecniche ai mezzi. L'odontoiatria negli ultimi anni, meglio decenni, ha fatto passi da gigante con l'introduzione di nuove tecnologie e mezzi che semplificano il lavoro e ci permettono di affrontare casi complessi in minor tempo e con maggior "comfort" per il paziente.

La prima valutazione fatta per affrontare questo caso clinico è stata la scelta del diametro degli impianti da inserire.

Se avessi scelto di inserire impianti di diametro ≥ 3.5 mm, diametro auspicabile nella riabilitazione di un settore posteriore soggetto a grandi carichi masticatori, sicuramente avrei dovuto mettere in conto che, avendo una cresta ossea residua di 2 mm, sarebbe stato impossibile non ricorrere alle tecniche chirurgiche già menzionate.

Ho quindi deciso di prendere in considerazione degli impianti "narrow", cioè di diametro ≤ 3 mm, nello specifico di diametro 2.9, con una connessione impianto-moncone "cono-



Opera di Luigi Spanò

“ Novità tecnologiche in grado di superare tutti i problemi ”

metrica” (senza vite di serraggio) e quindi con un moncone pieno che, a mio giudizio, avrebbe assicurato una buona resistenza meccanica e una ottima stabilità.

Pur avendo scelto un impianto di piccolo diametro, la compagine ossea in cui inserire questi impianti è pari a circa 2 mm, per cui ho dovuto prendere in considerazione una tecnica di preparazione del sito implantare che mi permettesse di non perdere osso.

Anche in questo caso, la mia attenzione si è spostata sui mezzi attualmente a nostra disposizione. Infatti, la seconda valutazione fatta per affrontare la preparazione del sito implantare senza consumare osso è stata la scelta di utilizzare delle frese di preparazione del sito implantare che anziché tagliare l'osso, lo compattassero. Nello specifico, ho utilizzato delle frese osteocondensatrici le quali, utilizzate in modalità di osteocondensificazione, preparano il sito implantare preservando e compattando l'osso già presente. Queste frese risultano particolarmente utili in tutte quelle condizioni cliniche in cui abbiamo a disposizione poco volume osseo soprattutto in spessore, come nel nostro caso clinico. Ciò mi ha permesso di inserire, in una cresta ossea di 2 mm, degli impianti di diametro 2.9 senza esporre gli impianti, rimasti completamente sommersi nella compagine ossea, e senza dover ricorrere a tecniche di rigenerazione ossea maggiormente invasive per il paziente.

Scelti i mezzi, è stato programmato l'intervento previa esecuzione di una dima chirurgica che mi permettesse di sapere in che punto preciso inserire gli impianti, guidato da quella che sarebbe poi stata la loro finalizzazione protesica.

L'intervento è stato eseguito in anestesia locale, come un comune intervento di implantologia. Eseguito il lembo mucoperiosteo a spessore totale, è stata utilizzata la dima chirurgica per creare nella cresta ossea, con una fresa lanceolata, un invito in corrispondenza della posizione esatta degli impianti. Rimossa la dima, la preparazione dei siti implantari è stata eseguita utilizzando le frese osteocondensatrici a piccoli incrementi fino a raggiungere la profondità desiderata, nel nostro caso 14 mm, che è la lunghezza degli impianti utilizzati. L'utilizzo progressivo di queste frese mi ha permesso di espandere gradualmente la compagine ossea, fino al raggiungimento del diametro finale pianificato di 3 mm. In questo caso, e comunque soprattutto in mandibola, ho preferito sovradimensionare leggermente l'osteotomia in modo che fosse di poco più larga del diametro finale dell'impianto, per evitare che le sue spire comprimessero eccessivamente le pareti ossee espanse, con il rischio di esposi-

zione delle stesse o di deiscenze e/o fenestrazione della corticale ossea.

Preparati i siti con le frese dedicate, sono stati inseriti 4 impianti di diametro 2.9 e lunghezza 14 mm secondo le modalità sopra descritte. Solo per ridurre al minimo il rischio di riassorbimento osseo, soprattutto in cresta, zona maggiormente stressata nelle fasi di osteocondensazione ed espansione, ho preferito proteggere il sito chirurgico attraverso un minimo riempimento con biomateriali eterologhi e una membrana riassorbibile fissata attraverso chiodini di osteosintesi (Figura V).

Il post-operatorio è stato accompagnato da leggero gonfiore e dolore solo nell'arco delle 48 ore successive all'intervento.

A distanza di 5 mesi dall'intervento è stata programmata la scopertura degli impianti (Figura VI).

La successiva finalizzazione protesica, che ha richiesto un tempo di attesa di circa un mese, ha previsto l'inserimento dei tappi di guarigione, l'impronta e le varie fasi protesiche, sino alla consegna nel cavo orale della paziente di 3 corone in metallo ceramica supportate dai 4 impianti inseriti precedentemente (Figura VII). Il tempo di attesa tra l'intervento e la fine del lavoro è stato di 6 mesi. Infine, è stata effettuata una panoramica delle arcate dentarie per valutare radiograficamente il lavoro fatto (Figura VIII).

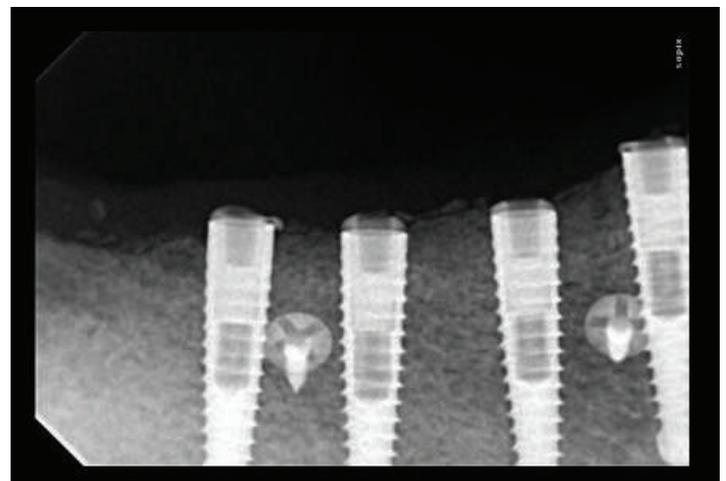


Fig. V. Radiografia endorale effettuata alla fine dell'intervento che evidenzia la posizione degli impianti e la presenza dei chiodini di stabilizzazione della membrana riassorbibile.

“ Particolare attenzione alla preparazione del sito dove posizionare gli impianti ”



Fig. VI. Fotografia endorale effettuata al momento della riapertura degli impianti, trascorsi 5 mesi dall'intervento, che evidenzia la completa osteointegrazione degli impianti senza alcuna esposizione.



Fig. VIII. Panoramica delle arcate dentarie post-trattamento.



Fig. VII. Fotografia endorale effettuata al momento della consegna delle corone in metallo ceramica sugli impianti.

CONCLUSIONI

La conoscenza di nuovi mezzi messi a disposizione dell'odontoiatria, di nuovi materiali e le nuove tecnologie a supporto della nostra professione ci permettono di effettuare anche interventi particolarmente complessi in modo mini invasivo, con minor morbilità per il paziente e riducendo

enormemente i tempi di attesa tra l'intervento chirurgico e la finalizzazione protesica. Chiaramente questo caso clinico andrà seguito e monitorato negli anni per capire la risposta degli impianti e dell'osso al carico masticatorio.

Certamente, ci da un nuovo punto di vista, un approccio diverso, rispetto alle tecniche tradizionali che sono e restano a tutt'oggi il "gold standard" nel caso di deficit orizzontale con cresta ossea di spessore ridotto.

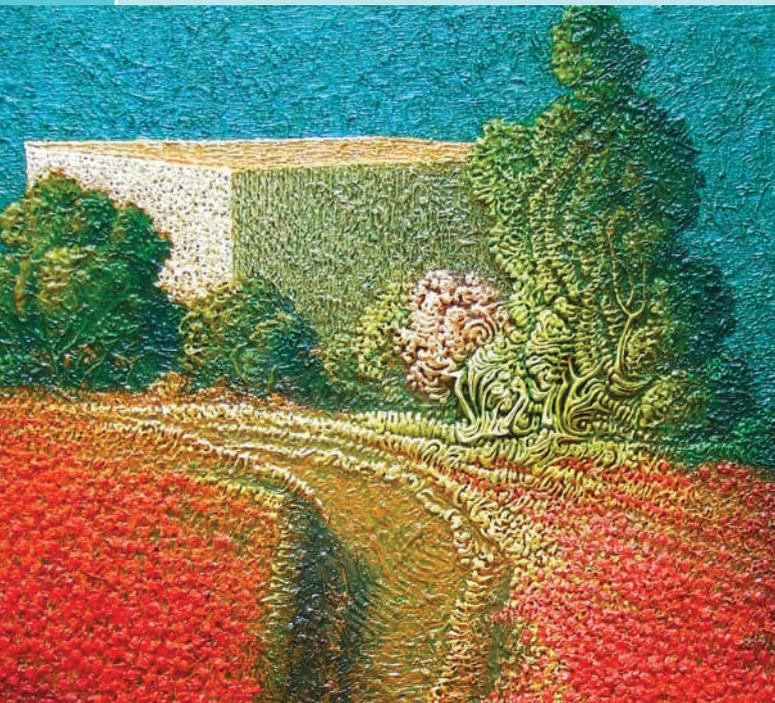
Come diceva Aristotele: "Per prima cosa cercate di rendere i vostri ideali ben definiti, chiari, pratici, trasformandoli in obiettivi. In secondo luogo verificate se avete tutti i mezzi necessari per perseguirli: capacità, soldi, materiali, metodologie. In ultimo fate in modo che tutti i vostri mezzi siano indirizzati al raggiungimento dell'obiettivo".



di PIERO CONTE

Il canto è libertà e condivisione

A COLLOQUIO CON IL COLLEGA PIERO CONTE, "BASSO LIRICO"



Opera di Luigi Spanò

Il «belcanto» indossa il camice e regala emozioni. Una esperienza inusuale ma affascinante che del collega Piero Conte il quale ci racconta questa passione per la lirica e come si concilia con la professione.

D) Caro Piero, a quando risale la tua passione per il canto lirico ?

R) Ho sempre avuto sin da ragazzo la passione per la

musica, infatti avevo un complesso e suonavo la batteria. E' solo nel 2007 che ho riscoperto la passione per "il belcanto" con l'ingresso nel coro dei cantori d' Ippocrate.

Sempre nel 2007 ho avuto l' occasione di conoscere una grande donna, il soprano Vanna Camassa, allieva del grande Tito Schipa, la quale mi ha dato la spinta e la consapevolezza d'intraprendere il percorso di cantante come "basso lirico", intravedendo in me delle qualità che non pensavo di avere.

Certamente non è stato semplice in quanto c'è voluto impegno e assiduo studio nonostante l'impegno lavorativo. La Maestra mi predisse che un giorno sarei stato molto apprezzato per la potenza e il particolare timbro della voce e mentre diceva questo mi puntava l'indice verso la gola dicendomi "la tua forza ce l'hai qui".

Così ho esordito il 30 settembre 2007 nella chiesa di Ruggiano di Salve insieme con altri cantali lirici professionisti. Da allora mi sono esibito in diversi concerti diretti dalla mia maestra e concerti con i Cantori d' Ippocrate allora diretti dal Maestro Nicola Germinario.

Purtroppo nel febbraio 2009 è venuta a mancare la mia cara Maestra ed è stato un periodo buio perchè avevo perduto la mia guida. Comunque dopo alcuni mesi ho trovato il coraggio dentro di me e ho ripreso gli studi con il baritono inglese Michael Aspinal, docente al San Carlo di Napoli e successivamente con il mezzosoprano Rosanna Mancarella con il grande supporto della pianista

SCIENZA & CULTURA

Marilena Begotti docente presso il Conservatorio di Lecce. Attualmente continuo a studiare e a cantare in concerti lirici di cui l'ultimo il 30 ottobre u.s. presso il Teatro del Convitto Palmieri di Lecce in occasione della celebrazione del decimo anno della scomparsa della Maestra Vanna Camassa.

D) Tu sei un "Basso". Che differenza c'è con le altre voci della lirica?

R) Il basso possiede le note più gravi, precisamente io sono un basso profondo riuscendo a raggiungere note sempre più gravi. Il tenore, invece, possiede un registro vocale più acuto. Il baritono ha un timbro grave ma intermedio tra il tenore ed il basso.

D) I tuoi modelli di riferimento?

R) Nello studio del canto lirico ho come modelli di riferimento principalmente Cesare Siepi e Carlo Colombara, entrambi bassi verdiani.

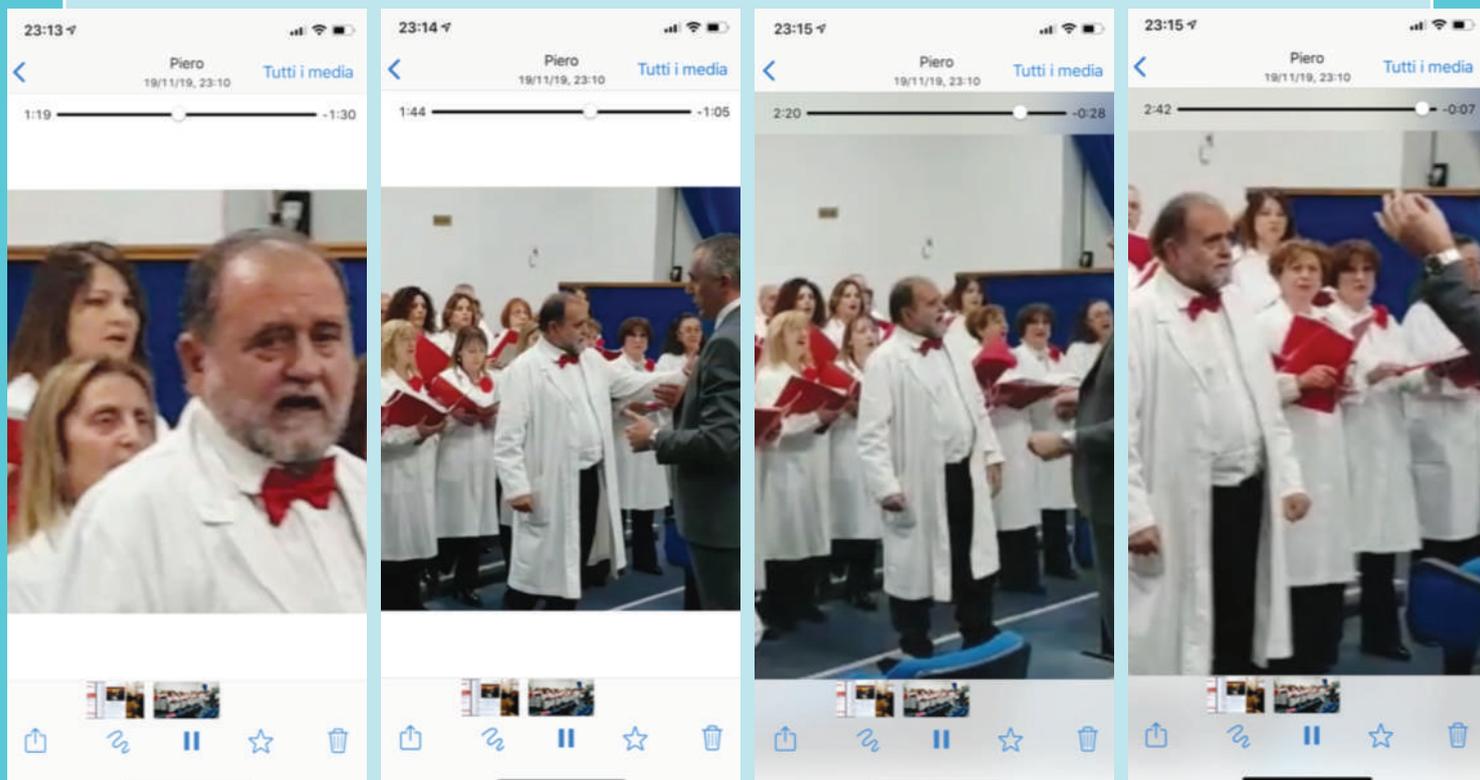
D) Hai avuto apprezzamenti da parte di musicisti professionisti?

R) Sono imbarazzato a rispondere a questa domanda

anche se sinceramente e umilmente devo ammettere che ho riscosso apprezzamenti ed encomi da parte di numerosi musicisti professionisti, tra questi ricordo il Maestro prof. Antonio Serrano, famoso pianista, anche da parte di musicisti orchestrali e dagli stessi direttori del coro dei Cantori d' Ippocrate compresi i miei maestri di canto. Inoltre ho ricevuto i complimenti da parte di Al Bano con il quale, il 10 luglio 2014, ho cantato su Rai 1 in occasione della trasmissione "l' estate in diretta".

D) Cosa rappresenta il canto per te?

R) Il canto per me rappresenta libertà dello spirito, libertà di esprimere le mie passioni, le mie emozioni i miei sentimenti al fine di trasmetterli e dividerli con il pubblico. In ultimo vorrei dire che devo molto ai Cantori d' Ippocrate, dove partecipo come corista e basso solista, in quanto sono stati il mio sostegno e mi hanno dato la visibilità esibendomi in diversi ed importanti palcoscenici trattando diversi temi della musica : lirica, classica, napoletana e popolare, attualmente diretti magistralmente dal Maestro Raffaele Lattante e con la direzione artistica del dott. Mino Metrangolo fondatore del Coro.



È scomparso il professore Luigi Stefanachi neuropsichiatra illustre, colto e galantuomo

IL RICORDO COMMOSSO DI UN ALLIEVO



Il giorno di Natale ha un alto valore simbolico per il Cristianesimo. Vi nacque, più di 2000 anni fa, in una grotta, a Betlemme il Bambinello. Ma - ahinoi! - in questo giorno anche si muore. Nel 1956 vi morì uno scrittore famoso, Robert Walzer, ricoverato in case di cura per malati di mente sin dal 1929. Scrittore che, ad un amico che lo accompagnava in una passeggiata, aveva detto: "Ma forse è sempre piena di luce la vita umana? Non acquista significato proprio dalle luci e dalle ombre?". È proprio così. Quanta saggezza in quelle parole di un folle! Per i familiari del prof. Luigi Stefanachi il giorno del Natale 2019 è stato e sarà un'ombra - per dirla con Walzer - nera e densissima nel ricordare la vita del loro amato, scomparso, anche lui come Walzer nel giorno di Natale.

Lo conobbi il 1° gennaio del lontano 1967, quando, ancora fresco di laurea, lavoravo da un mese, in qualità di Assistente, nell'Ospedale psichiatrico interprovinciale salentino di Lecce (Opis). Arrivò alla Direzione di detto Ospedale dopo aver diretto quello di Catanzaro in Girifalco. E, la sua, fu subito viva simpatia nei miei confronti. Mi scelse per andare a Milano per partecipare ad un corso di Psicofarmacologia presso il prestigioso Istituto "Mario Negri", diretto dal prof. Silvio Garattini. Dopo qualche mese mi inviò a Bari nella Clinica neurologica univer-

sitaria per espletare delle ricerche sulla metilazione della nicotinamide nei pazienti schizofrenici, i cui risultati furono pubblicati sulla Rivista "Folia Neuropsychiatrica", della quale lui era il Direttore responsabile.

Precedentemente il Professore, in virtù di ricerche svolte insieme con il prof. G. A. Buscaino, aveva vinto il prestigioso Premio nazionale "Ernesto Lugaro", bandito per il biennio 1955-56.

Nel reparto psichiatrico di Strudà, sede distaccata di quello di Lecce, dove svolgeva attività di Primario, aprì le porte ai malati di mente ivi ricoverati, permettendo così, a chi non presentava più segni di pericolosità sociale, di passeggiare da solo o insieme con i propri familiari. Realizzò, quindi, si può dire con un certo anticipo rispetto a Franco Basaglia, quello che avrebbe consentito la Legge n. 180 del 13 maggio 1978.

In questi ultimi anni, mi sono recato spesso in casa sua per fargli visita. Non usciva più a causa di un grave disturbo della vista ma conservava una lucidità e freschezza della mente davvero eccezionali. È inutile dire che la sua scomparsa mi ha profondamente amareggiato e commosso. L'avevo sentito per telefono qualche settimana fa e, salutandolo, gli avevo promesso che sarei andato a trovarlo in occasione delle imminenti feste natalizie. Non è stato possibile.

Mi tocca, ora, esprimere, con tanta amarezza e con gli occhi lucidi, le mie sentite condoglianze alla moglie, Signora Maria Felicita, e ai figli Giuseppe e Gianluca. Lo hanno perduto fisicamente ma, da credente, amo pensare che dall'Alto continuerà a guidarli, a proteggerli e ad amarli come sempre.

Il famoso giornalista Ernesto Rossi scrisse: "Le radici, spezzate a qualsiasi età, dolgono sempre". Ed io aggiungo: lasciando, oltre ad un immenso dolore nei familiari, un vuoto incolmabile nella casa.

Addio Professore, sempre grato per i consigli e le premure elargitimi e l'affetto sempre dimostratomi, il tuo affezionato allievo.

Salvatore Sisinni

Tra sogno e realtà l'inconfondibile stile del maestro Luigi Spanò



Luigi Spanò è nato a Santa Severina, in provincia di Crotona. A Lecce ha compiuto la sua formazione culturale e professionale frequentando l'Accademia di Belle Arti dove ha poi conseguito la titolarità della docenza della Cattedra di Pittura. A partire dal 1970, anno della sua prima personale tenutasi a Bari, ha partecipato a numerose mostre in Italia e all'estero.

Spanò - scrive di lui Claudio Spinati - «ha una specie di cura maniacale della materia pittorica. E' come una gemma preziosa, una sostanza raffinatissima da cui il maestro estrae una sorta di quint'essenza, delicatissima e intima.

Ma con questa materia sensibile elabora immagini di

una forza e di una energia veramente rare. Aggressivo, lo si direbbe alla prima, misto di ironia e di tragedia, non facilmente inquadrabile nel suo sentimento, se ilare o risentito. L'invito evidente che promana, in ogni caso, dai suoi quadri è a entrare in un tragitto e a percorrerlo integralmente per vedere dove arriva la fine e se c'è un vero finale per il suo innato senso del racconto.

Tutto farebbe pensare, infatti, che il maestro pensi la pittura come un racconto continuo che scorre nei misteri del bosco e dell'infanzia, si inoltra nei sentieri della fantasia e si arrampica su ostacoli iperbolici e imprevedibili. Sembra il fondo degli Elfi e degli Gnomi della favola, richiamati a popolare l'universo della pittura da un novello Tolkien rivisitato sulle suggestioni del fiabesco quotidiano, fa nutrito di nuove visioni rispetto a quel venerando e rispettabile universo di filologia immaginaria».

Grande estimatore del maestro era il professore Donato Valli il quale scriveva che «la pittura di Luigi Spanò si rinnova gradualmente attraverso cicli decennali, ognuno dei quali segna un tempo compatibile con una serie di sperimentazioni tecniche e formali che vengono recuperate in senso profondamente innovativo nel ciclo successivo. In tal modo l'arte di Spanò, pur conservando un suo interno valore specifico che la determina come dotata di forte personalità e di indiscutibile unicità, è messa continuamente in crisi nel suo percorso storico-biografico caratterizzandosi per l'alto tasso di irrequietezza sperimentale che determina l'energia evolutiva e l'inappagatazza formale dei risultati di volta in volta conseguiti. (...) I fattori emergenti di questo cogente travaglio artistico sono riconducibili a tre tassonomie canoniche dell'arte pittorica di ogni tempo: la materia, la luce, la tecnica, senza ordine di privilegio interno ma con una impellente urgenza di reciproca compenetrazione. La stessa tecnica non è tanto il mezzo attraverso il quale raggiungono compiutezza di espressione la materia e la luce intese come protagoniste del quadro, quanto attiva compartecipazione del fenomeno creativo e in un certo senso causa determinante della definizione dei contenuti».

Prima consulenza legale gratuita per gli iscritti all'OMCeO Lecce

In data 3/09/2018 l'OMCeO Lecce e il prof. Avv. Ernesto Sticchi Damiani hanno sottoscritto una convenzione a beneficio dei Medici e degli Odontoiatri iscritti all'albo dell'OMCeO Lecce.

Gli iscritti potranno richiedere una consulenza/parere legale al prof. Avv. Ernesto Sticchi Damiani riguardo a problematiche attinenti all'esercizio della Professione Medica o Odontoiatrica.

I costi della prima consulenza sono a carico solo dell'OMCeO Lecce; pertanto, la prima consulenza sarà gratuita per gli iscritti. Qualora, invece, gli iscritti richiedano attività professionali ulteriori e successive alla prima consulenza legale, gli onorari saranno a carico dei medici o odontoiatri ai quali il Prof. Avv. Sticchi Damiani si impegna a richiedere un compenso tra quelli minimi e medi previsti dal D.M. dell'8 marzo 2018, n. 37.

Le richieste di consulenza/parere devono essere trasmesse direttamente all'OMCeO Lecce e indirizzate alla c.a. del Presidente dott. Donato De Giorgi.

Ulteriori chiarimenti possono essere richiesti all'OMCeO Lecce (info@ordinemedicilecce.it)

AVVERTENZE PER GLI AUTORI

I lavori inviati a Salento Medico devono essere originali inediti.

Essi devono riportare :

- TITOLO del lavoro
- nome e cognome , qualifica e foto degli Autori
- indicazione dell' Unità Operativa di riferimento

Il testo deve contenere al massimo 12.000- 13.000 battute spazi inclusi, e deve essere compilato in Word.

Le referenze bibliografiche non devono essere superiori a 10.

Le tabelle, figure e foto non devono essere superiori al numero di 8 complessivamente, e devono contenere didascalie e numerazione progressiva con numeri romani.

Non è prevista la stampa di estratti dei lavori pubblicati .

Gli articoli devono essere inviati a bozzesalentomedico@ordinemedicilecce.it

L'invio degli articoli vale come tacita liberatoria per eventuali tagli nel testo e/o modifiche nella titolazione proposta qualora il comitato di redazione ed il direttore responsabile lo ritenessero necessario ai fini redazionali (Legge 47/48 sulla stampa).



MEDICINA in TV



La web tv dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Lecce

MEDICINA IN TV

L'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Lecce, al fine di migliorare la propria comunicazione, ha deciso di attivare una WEB-TV, denominata MEDICINA in TV.

È un nuovo modo di comunicare, perché la web-TV può essere vista e seguita su ogni supporto: Smart-phone, Smart-TV, Tablet, PC, e quindi in qualsiasi momento e in qualsiasi luogo, possiede il requisito dell'immediatezza e rappresenta attualmente, la modalità più utilizzata per accedere all'informazione.

La rete rappresenta la miniera da cui tutti attingono informazioni mediche, purtroppo però, molto spesso senza avere la possibilità di distinguere le pietre preziose da quelle false, con conseguenti rischi sulla salute individuale e collettiva.

Considerato che l'Ordine, rappresenta per i cittadini il riferimento principale da cui attingere informazioni in materia sanitaria, l'obiettivo principale di questa web-TV è di fornire indicazioni corrette, affidabili e veritiere, non condizionate da interessi di parte.

Naturalmente, anche altre motivazioni ci hanno spinti a intraprendere la strada della web-tv, ovvero, diffondere la conoscenza del funzionamento del nostro sistema sanitario, pubblico e privato, facendo sì, che se ne sfruttino le potenzialità in modo appropriato e con un'attenzione particolare

all'ambito territoriale della nostra provincia, perché far conoscere meglio quello che i nostri operatori e le strutture sanitarie locali fanno e come lo fanno, può contribuire ad un utilizzo più consapevole del sistema.

Far conoscere le eccellenze presenti sul nostro territorio, con la conseguente riduzione della migrazione sanitaria verso strutture del Nord, spesso non necessaria, può contribuire a far sì che ingenti risorse non migrino anch'esse verso Nord e restino a disposizione della nostra collettività.

Per accedere alla web-tv, l'indirizzo internet è: medicinain.tv, quando si aprirà la home page, in alto ci saranno dei pulsanti azzurri, cliccandoci sopra, si può scegliere se guardare la programmazione del palinsesto giornaliero (Diretta Live) oppure guardare la sezione Video On Demand, cliccando su ognuno dei pulsanti azzurri, si apriranno una serie di pagine contenenti i video con gli argomenti trattati, da qui si possono scegliere quelli di proprio interesse.

Buona visione con i programmi di Medicina in Tv.

Si può contattare Medicina in Tv inviando messaggi ed audio-messaggi su whatsapp al numero 370 3340691 (non è consentito telefonare)

Spazio ai desideri



**GIOIELLERIE
LAVINIA**

Miluna

NIMEI

GIORGIO VISCONTI

Salvini

LONGINES®

**CIELO
VENEZIA**


TROLLBEADS
THE ORIGINAL SINCE 1976

Calvin Klein

swatch 


PHILIP WATCH

EBERHARD & CO
Manufacture Suisse d'Horlogerie depuis 1887

DW
Daniel Wellington


TISSOT

*“. un punto di riferimento
per i tuoi acquisti importanti”*

*LECCE Via S. Trinchese, 28 - Tel. 0832.241049
SURBO-LE c/o CC Mongolfiera gall. IPERCOOP
www.gioiellerialavinia.com*

