

Salute & Benessere



L'arte può stregarci: la sindrome di Stendhal

Mariolina De Angelis*



La sindrome di Stendhal è un disturbo psicosomatico transitorio che si manifesta con una sensazione di malessere diffuso quando ci si trova dinanzi ad un'opera d'arte o architettonica di rara bellezza. E' detta anche sindrome di Firenze. Fu proprio li

che accadde a me. All'epoca una diciottenne spensierata e felice che al cospetto del David di Michelangelo, della perfezione di tratti anatomici, della postura e delle mani che sembravano volessero accarezzarmi, capii cosa fosse l'amore. Una luce pulita che da quel marmo faceva trasparire questo sentimento pulito unico e insostituibile. Avvertii i sintomi classici: estasi e una paralisi contemplativa coinvolgente tanto da farmi ri-

manere esterrefatta. Ancora oggi è una statua che riesce a trasmettermi tranquillità, che placa ogni mia tristezza e soprattutto mi dà la forza ad andare avanti. No, ciò non perché io ami il bello come tale ma perché io amo il vero.

Il David di Michelangelo di vero ha tutto, e pensate che sto parlando di una statua di marmo. Trasferire questi sentimenti in una persona sarebbe veramente l'ideale di uomo che ogni donna vor-

rebbe trovare. Esso racchiude in sé tutto l'amore dell'artista.

Tutti possiamo essere colpiti da questa sindrome, esperti o amatori. Non è una patologia è una sindrome. Il distacco dal mondo esterno sicuramente crea delle strane sensazioni. Sensazioni che si uniscono alle emozioni e creano questo disagio complesso e nel contempo piacevole. Anche Freud si è interessato all'interpretazione delle opere d'arte da lui definite

“il tramite tra il conflitto e la depressione artistica”. Il neurobiologo Zeki sostiene che ognuno di noi ha un cervello artistico capace di elaborare le immagini e, a cospetto delle opere d'arte, le fa proprie attraverso la vista.

Successivamente queste immagini vengono rielaborate attraverso i neuroni a specchio creando nell'osservatore uno stato d'animo che può scatenare la sindrome di Stendhal.

*Farmacista

**► TERAPIE NATURALI.** *Svolge un'azione epatoprotettrice e depurativa*

I benefici del cardo mariano

La pianta è molto utilizzata in campo erboristico come anti allergico

Giovanna Barzaghi*



Il suo nome proviene da una curiosa storia sulla Natività. Si narra infatti che la Vergine Maria in viaggio verso l'Egitto

si fermò ad allattare Gesù sotto un boschetto di cardi. Una goccia cadde e bagnò una foglia, da qui le sue caratteristiche venature bianche e il suo nome "Cardo di Maria" o mariano. Questa leggenda potrebbe essere stata all'origine della sua tradizionale indicazione galattogena. Un'altra leggenda vuole che, proprio grazie al cardo, ci sia concesso di sapere se la persona a cui teniamo prova vero amore per noi: si raccoglie un cardo mariano fiorito, e alla vigilia della Festa di San Giovanni, dopo averlo bruciato, lo si mette in un bicchiere di acqua. Se durante la notte il cardo riacquista colore, allora siamo amati. Ancor più antica invece, la leggenda che vuole il cardo nato come espressione di dolore della terra per la morte di Dafne, caro a Pan e a Diana. Le spine rappresentano il dolore, le gocce sono le lacrime che la terra stessa versò alla morte del pastore. Il medico greco Dioscoride (I secolo d. C.) raccomandava le foglie di cardo mariano per i morsi di serpente e il naturalista romano Plinio il Vecchio, nello stesso periodo, suggeriva invece il succo della pianta, mescolato con miele, per "eliminare gli eccessi di bile". L'erborista e mistica tedesca Hildegarda di Bingen indicava gli usi del cardo mariano in caso di dolore "al cuore o in altro punto o nelle membra". Il frutto costituisce una prelibata leccornia per gli uccellini, in modo particolare per i cardellini, che sembra debbano il loro nome proprio al cardo. Dal termine "cardo" deriva anche il verbo "cardare": i lanaioli dell'antica Roma si erano accorti che gli spinosi capolini erano adattissimi per pettinare la lana e, per questo motivo, in estate mandavano gli schiavi a raccogliere questa pianta in campagna. Le leggende su cardo mariano sono davvero tante. Avvicinandoci al Natale, sappiamo già cosa ci aspetterà sulle nostre tavole. Il carico calorico può creare mol-



to lavoro e mettere il nostro metabolismo sotto stress, in questo caso il cardo mariano (Silybum marianum(L...)) risulta essere il miglior amico del fegato e non solo. I frutti, chiamati impropriamente semi, contengono vari principi attivi, tra cui la silibina e la silimarina, tannini, amido, mucilagini, lipidi ad alta concentrazione di acidi grassi insaturi: acido linoleico, oleico, palmitico. Tocoferolo, steroli ed olio essenziale. Ancora flavonoidi: apigenina, Quercetolo, tannini catechici, Sitosterolo, acido fumarico, triterpene acetato, poliacetileni ed è molto utilizzato in campo erboristico come anti allergico, tonico e diuretico, ma soprattutto come anticongestionante del



fegato, tanto che in passato veniva utilizzato anche per gli avvelenamenti da funghi. La silimarina presente nel cardo mariano possiede un'azione antiossidante ed epatoprotettrice, (accelera il processo di rigenerazione del fegato aumentando l'attività metabolica delle cellule epatiche; stimola la sintesi proteica; esplica una funzione di difesa contro parecchie sostanze epatotossiche, incluso l'alcol). La silimarina, inoltre, aumenta i livelli epatici di glutatone (un importante agente antiossidante endogeno) utile ai processi di detossificazione del fegato. Al-

cuni studi hanno dimostrato che il cardo mariano agisce sui livelli di colesterolo nel sangue, aumentando l'HDL e diminuendo il colesterolo VLDL, LDL e i trigliceridi. Le principali proprietà terapeutiche del Cardo mariano sono: Epatoprotettrice, Depurativa, Disintossicante, Antiossidante, Digestiva, Ipertensiva (alza la pressione sanguigna), Leggermente spasmolitica ed Antiemorragica. Le radici hanno proprietà febbrifughe, utilizzate da sempre nella medicina popolare. Inoltre le sue proprietà terapeutiche possono essere sfruttate per la cura della pelle, soprattutto nel tratta-

mento di acne (in uno studio su 14 persone, una combinazione di silimarina (210 mg/die), N-acetilcisteina e selenio, assunta per bocca, ha ridotto l'acne del 53% dopo 8 settimane), dermatiti e ferite cutanee. In uno studio clinico in doppio cieco controllato con placebo, la silimarina topica ha mostrato di produrre un notevole miglioramento del melasma in modo dose-dipendente; inoltre, è risultata efficace nella prevenzione dei danni alla pelle causati dalla luce solare UV 11. I meccanismi di fotoprotezione cutanea innescati dalla silimarina e dalla silibina sono numerosi e dimostrano principalmente la loro capacità di ridurre e sop-



primere gli effetti dannosi delle radiazioni UV solari, come lo stress ossidativo, l'infiammazione, le risposte immunitarie e i danni al DNA 12. In uno studio clinico in doppio cieco controllato con placebo, la silimarina assunta oralmente insieme alla fototerapia UVB ha mostrato di produrre un notevole miglioramento nei pazienti con vitiligine, risultando più efficace del trattamento fototerapico da solo.

Modalità d'uso: tisana, estratto secco, tintura madre.

La tisana di cardo mariano si prepara con i frutti essiccati e tritati, lasciati in acqua bollente per un quarto d'ora. Si utilizza circa un cucchiaino di droga per ogni tazza di acqua e se ne possono bere fino a quattro tazze al giorno, prima dei pasti principali. La tintura madre di cardo mariano si assume invece diluendone 30-40 gocce in poca acqua, da una a tre volte al giorno sempre prima dei pasti. Estratto secco, titolato in silimarina minimo all'1%. Se ne assumono 600-1200 mg al giorno suddivisi in due somministrazioni lontane dai pasti, magari al mattino presto o prima di andare a letto.

In fine, dieta sbilanciata, stress e sedentarietà ci predispongono a una molteplice gamma di sintomatologie gastro-intestinali che si ripercuotano sul super lavoro che deve fare il nostro fegato. In questi casi il Cardo Mariano può venire in vostro aiuto. Proteggono il fegato dagli insulti degli eccessi della tavola. Provalo prima e dopo le Feste, il tuo corpo ringrazierà!

*Naturopata



FARMACIA IMPERIO



Prenotazioni C.U.P, Autoanalisi sangue, Check up pelle e capelli, Foratura lobi, Misurazione della pressione, Integratori Dermocosmesi, Omeopatia, Dietetica, Veterinaria, Fitoterapia, Prodotti per l'infanzia, Prodotti per celiaci, Prodotti per i nefropatici.

Via Roma, 55-83020 Forino (AV)
Tel/Fax 0825761688
imperiofarmacia1@gmail.com

► **SOCIETÀ'.** Ogni regione se avrà avuto una mobilità attiva riceverà fondi supplementari

Benvenuti al Nord I Migranti della Sanità



FONTE elaborazione su base Rapporto AGENAS

Carlo Ranaudo*



Non viaggiano né su barconi né con le navi delle O.G.M. Non sono vittime degli scafisti. Sono invisibili perché non salgono mai agli onori della cronaca

e spesso sono anche in discrete condizioni economiche. Non cercano asilo ma soprattutto, e questa è la cosa che li distingue in maniera strutturale rispetto al popolo dei migranti diseredati, sono accolti a braccia aperte dai paesi o meglio dire, dalle regioni in cui approdano.

Dunque una strana categoria di migranti ma che ha in comune con i migranti del mare la prospettiva di andar in un posto migliore, dove poter usufruire di un trattamento migliore rispetto ai paesi o forse, meglio dire, dalle regioni da cui partono. In sintesi poter essere curati meglio.

Dietro il fenomeno della mobilità sanitaria c'è tutto un sistema in cui il confine tra l'economico e il sociale è a volte molto labile.

Per comprenderne la portata è utile chiarire alcuni aspetti che a volte sfuggono o non si conoscono.

Tutto parte dal Sistema Sanitario Italiano che è, e rimane, uno dei migliori al mondo tant'è che permette

al cittadino paziente di scegliere il posto in cui andarsi a curare in regime di assistenza diretta o convenzionata. Questo è il principio normativo che regola la libertà di cura a mezzo dell'Art 32 della Costituzione che in pratica sancisce "La libertà di scelta del Soggetto che Eroga Prestazioni Sanitarie in tutto il territorio nazionale a prescindere dalla Regione di Residenza"

Ma se il paziente di Napoli va a curarsi a Milano chi paga la prestazione? A seguito della riforma costituzionale del 2001 con la regionalizzazione della Sanità, il percorso economico potrebbe essere sintetizzato in questo modo. Lo Stato Centrale indica nella legge di bilancio, le risorse che vengono destinate alla sanità, il cosiddetto Fondo Sanitario Nazionale (FSN) e poi queste vengono ripartite tra le regioni in base ad un criterio essenzialmente ma non esclusivamente demografico. La regione con più abitanti riceve più soldi come è naturale che sia. Ad esempio se nel Lazio e in Campania vivono in ognuna il 10% della popolazione nazionale, verrà attribuita ad

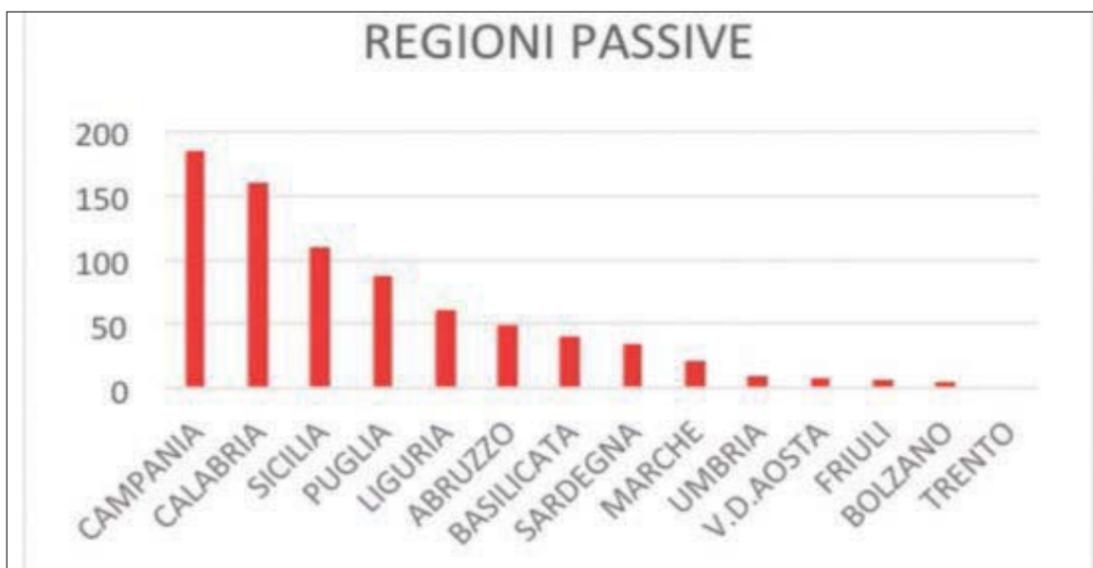
ognuna di questa regione il 10% delle risorse del Fondo Sanitario. In realtà il calcolo tiene conto anche dell'incidenza di anziani in ogni regione pertanto nella fattispecie alla Campania che, per inciso, è la regione più giovane d'Italia, vengono attribuite meno risorse del Lazio. Con i fondi a disposizione ogni regione paga tutte le spese necessarie per la gestione della Sanità dei cittadini che risiedono nella regione stessa. È utile sapere che ad ogni prestazione erogata corrisponde un costo indicato con l'acronimo DRG (Diagnosis Related Group).

Ora se un cittadino Campano va a curarsi in Lombardia in regime di convenzione, la prestazione sanitaria che riceverà nella regione Lombardia verrà valorizzata secondo il criterio del DRG, e sarà poi richiesto il rimborso alla regione Campania. Ovviamente cosa analoga si verifica se in Campania si curano pazienti provenienti da altre regioni. Ed infatti nel cosiddetto tavolo di compensazione le regioni presentano i conti di entrata

e uscita. Mobilità attiva è quella che porta le risorse nella regione di arrivo dei pazienti, la Mobilità passiva è quella che pagano le regioni i cui cittadini vanno a curarsi altrove.

Ogni regione se avrà avuto una mobilità attiva riceverà

fondi supplementari rispetto a quelli assegnati, se avrà mobilità passiva vedrà depauperato il proprio fondo in relazione al debito maturato. A questo punto viene fuori un quadro economico e sociale su cui si dovrebbe riflettere. I migranti della sanità partono quasi tutti dal Sud e vanno verso il Nord. L'Agenas, l'agenzia Nazionale Sanità, ha pubblicato un'analisi chiara sul fenomeno, analizzandone l'entità economica e gli indicatori ad esso connessi. Nel 2020 la migrazione sanitaria si è ridotta sensibilmente come era logico comprendere, causa pandemia e i blocchi fisici ma anche mentali ai trasferimenti. Nel 2021 con un clima solo leggermente migliore è ripresa la crescita in maniera netta. Questo a livello macro. Nel dettaglio si vede che i pazienti partono soprattutto da Campania, Calabria, Puglia e Sicilia e vanno a farsi curare in Lombardia, Emilia Romagna e Veneto. Vanno a curare patologie serie in centri a volte più attrezzati, a farsi operare in Ospedali o Centri di Diagnosi e Cura percepiti come migliori. Tutto ciò ha un costo sia in termini economici che sociali



La Campania nel 2021 ha speso 185 milioni di euro per mobilità passiva (saldo tra entrate... poche e uscite... tante) Ancor peggio la Calabria considerando che ha una popolazione molto più ridotta ma che si depauperava di 160 milioni di euro per pagare il conto della propria migrazione sanitaria. Poi Sicilia e Puglia. In pratica tutto il sud con la sola eccezione del piccolo Molise che grazie ad insediamenti nel suo territorio di centri ad alta specializzazione riesce ad avere un bilancio attivo.



Tutte queste risorse pagate dal sud finiscono essenzialmente in tre Regioni. La prima è l'Emilia Romagna che nel 2021 ha scalzato la Lombardia (293 milioni di euro Emilia e 274 mil di euro Lombardia) cui segue il Veneto con un attivo di oltre 100 milioni di euro. Non è difficile prevedere che nel 2022, con una situazione generale di graduale ritorno ad una normalità sanitaria i numeri possano raddoppiare e tornare ai pre pandemici. Raddoppiare nelle uscite e nelle entrate

Ora diventa probabilmente più semplice comprendere come la mobilità passiva sottragga risorse preziose alle regioni e corre il rischio di far aumentare ulteriormente il divario. Infatti se Emilia e Lombardia ricevono un cospicuo extra finanziamento dalle altre regioni è molto verosimile che in quelle regioni si possano assumere più medici, più infermieri si possano acquistare apparecchiature più di avanguardia, sfruttare con risorse aggiuntive i finanziamenti digitali nel PNRR. Il Sud finanzia il Nord. **BENVENUTI AL NORD**

Eppure il paziente di Napoli o di Palermo o di Reggio Calabria andrà a Milano, Bologna o Verona per essere operato da medici Calabresi Siciliani, Campani. Al Sud non mancano assolutamente le professionalità. Manca la cultura dell'accoglienza, manca l'organiz-

zazione dei servizi, che impedisce la percezione o la convinzione che ci si possa curare bene anche al Sud. La continua gestione dell'emergenza è la madre di tanti problemi.

Non c'è personale e allora la soluzione diventa quella di chiudere un reparto, un pronto soccorso, un servizio, a volte un ospedale per farne funzionare un altro. Quella chiusura non sarà a costo zero. Aumenterà il disagio dei pazienti, dei familiari ma anche dei medici che in quegli ospedali sono costretti a lavorare. E allora chi può, decide di diventare un migrante. Un migrante che in questo viaggio della speranza o della cura sanitaria sarà accompagnato da altri migranti, familiari o caregivers che andranno a sistemarsi in alberghi e strutture ricettive ormai perfettamente organizzate nelle pratiche

di accoglienza. Il fenomeno sanitario diventa fenomeno economico. C'è ormai una economia che gira intorno alla migrazione sanitaria. Questa volta una economia lecita, che non fa notizia ma che produce effetti dirompenti. Un esempio: Le città del sud sono endemicamente agli ultimi posti nelle classifiche della qualità della vita. L'ultimo report del Sole 24 h vede la Bari prima città del mezzogiorno al 65 posto. Le città Campane tutte oltre l'80° posizione, le Calabresi tutte oltre il 90 posto. E tra i parametri considerati c'è anche la salute. "Conseguenza drammatica è la fotografia del Rapporto Istat "Misure del Benessere equo e sostenibile dei territori": il Sud ha circa 1,7 anni di speranza di vita in meno rispetto al Nord.

*Docente Dipartimento di Farmacia Università degli Studi di Salerno

**SOCIETÀ'** *Necessario dotarsi di mezzi di prevenzione e indirizzo diagnostico*

Iniziamo a gestire la pandemia sul territorio

Gianpaolo Palumbo*



“I problemi non finiscono mai, ma neanche le soluzioni” soleva dire il grande scrittore brasiliano Paulo Coelho, unitamente al suo famoso incitamento rivolto ad ogni abitante della terra: “Non arrenderti mai”. Queste due celebri frasi sono di nuovo utilizzate e molto diffuse nella letteratura giornalistica oggi contro la patologia da coronavirus. Infatti la pandemia sembra essere sempre presente nel mondo, nonostante le tante soluzioni mediche che sono proposte dagli scienziati.

Siamo probabilmente alle soglie di una nuova ondata di malattia Covid-19, ma finalmente siamo più attrezzati, o, ancora meglio, già vaccinati. In Italia le regioni, anche se in maniera diversa hanno opposto resistenza alla diffusione del virus, attestandosi sempre su posizioni di vigilante attesa.

Un dato strano riguarda i nuovi casi che nella settimana di dicembre fino al giorno 15; infatti se ne sono registrati solo 174.652 positivi (-21% rispetto alla settimana precedente), in terapia intensiva sono diminuiti al 4,2%, ma sono aumentati del 2,4% i ricoveri con sintomi ed il numero dei decessi è salito del 4,8% (719 casi, equivalenti ad un balzo in avanti del 17,9%).

Il primo pensiero corre all'italica capacità di arrangiarsi seguendo la strada delle analisi fai da te. I risultati non denunciati dei tamponi “casalinghi”, detti anche “fai da te” conducono il tasso di positività a scendere del 20,5%. Sembrerebbe che tutto vada per il meglio, ma in realtà non è così perché il numero dei positivi con problematiche varie aumentano e vanno ricoverati e molti giungono a morte.

Al di là anche della “sottaciuta” positività, oramai la buona pratica medica ha due aspetti fondamentali: la oramai avviata integrazione ospedale/territorio e l'utilizzo di terapie per evitare l'ospedalizzazione grazie ad una diagnosi precoce della malattia. Integrazione che risulta fondamentale alla luce di quanto riportato in un articolo del The Conversation, scritto dall'immunologa dell'Università di Boston, Hayley Muendlein, in cui si legge che spesso la causa dei decessi dei contagiati da un virus non è il virus stesso, ma una concomitante infezione batterica.

Come accaduto con l'influenza spagnola, con le pandemie di H2N2 del 1957 e di H1N1 del 2009, anche per la Covid l'analisi dei campioni di tessuto polmonare dei defunti ha evidenziato che quasi un quinto dei pazienti contagiati era affetto anche da infezioni batteriche che ne hanno aumentato il rischio di morte.

Secondo quanto rilevato da una revisione sistematica realizzata nel 2021, tra il 16% e il 28% degli adulti ricoverati in terapia intensiva a causa della Covid presentava anche un'infezione batterica. «Rispetto a chi era solo contagiato dal coronavirus, questi pazienti rimanevano in ospedale il doppio, erano quattro volte più a rischio di aver bisogno di ventilazione



meccanica e tre volte più a rischio di morire», spiega la stessa Muendlein. Dunque, la maggior parte dei decessi causati dalla Covid sono frutto di un'infezione batterica, e non solo virale.

Si può parlare di una “tempesta perfetta”, di una collaborazione mortale in cui virus e batteri interagendo tra di loro e lavorando in team sul corpo già debilitato dell'ospite ne hanno provocato la morte. Posto che gli antivirali non funzionano contro i batteri e che gli antibiotici non funzionano contro i virus, cosa si può fare per combattere entrambi i patogeni?

Uno studio recente del giugno 2022, cui ha partecipato la ricercatrice Muendlein, descritto nell'articolo “ZBP1 promotes inflammatory responses downstream of TLR3/TLR4 via timely delivery of RIPK1 to TRIF”, presenta una possibile soluzione: la molecola ZBP1, che gioca un ruolo fondamentale nella risposta immunitaria data dall'organismo all'influenza, sembra essere in grado di individuare i virus influenzali nei polmoni e obbliga le cellule immunitarie e epiteliali infette a suicidarsi. In questo modo, le cellule contagiate vengono eliminate, e nuove cellule immunitarie sane vengono reclutate per combattere l'infezione. «È possibile che i trattamenti che aumentano la ZBP1 in alcuni tipi di cellule possano servire a gestire meglio le

Al di là anche della “sottaciuta” positività, oramai la buona pratica medica ha due aspetti fondamentali: la oramai avviata integrazione ospedale/territorio e l'utilizzo di terapie per evitare l'ospedalizzazione grazie ad una diagnosi precoce della malattia. Allora l'esperienza ci insegna il ri-

corso alle terapie sia per la prevenzione che per il trattamento e nel nostro territorio sia all'Ospedale Moscati che all'ASL si sono sfruttati la positiva potenzialità degli anticorpi monoclonali, i quali se somministrati nei primi giorni dell'infezione, evitano il ricovero, alla stregua dei farmaci antivirali che prevengono la malattia grave. Quindi i tamponi vanno fatti in un numero sempre maggiore perché la diagnosi precoce è fondamentale grazie alle armi terapeutiche che abbiamo detto.

Prevenzione però significa l'utilizzo della mascherina nei luoghi chiusi o, comunque, affollati; e la vaccinazione sempre più diffusa, anche perché l'ultimo “doppio booster” in attuale utilizzo è costruito in laboratorio contro l'Omicron B4 e B5, che stanno sulla “scena” attuale con propri “figli” e “nipoti” sempre agguerriti.

Per aver ragione del virus bisogna accerchiarlo, non dargli tregua, anche perché la sua cattiveria nasce dal fatto che sa agire e fare male senza neppure farsene accorgere.

Per accerchiarlo bisogna che il territorio sia dotato di mezzi di prevenzione e di indirizzo diagnostico piccoli ma utilissimi. In alcune regioni si utilizzano le ecografie “veloci” toraciche l'emogasanalisi per il riscontro di problematiche dei gas disciolti nel sangue arterioso.

Lavorando in tal senso ci si reca molto di meno al Pronto Soccorso che in ogni angolo d'Italia è ridotto ad un accampamento. Sarebbe positivo e quanto mai utile gestire la pandemia quanto più possibile sul territorio.

*Medico Federazione medici sportivi italiani

© RIPRODUZIONE RISERVATA

A Pechino il 40% degli abitanti è contagiato

Pechino, capitale della Cina con 3 milioni di abitanti, ha strade e marciapiedi vuoti, locali commerciali e scuole chiuse. Il 40% dei suoi abitanti è stato contagiato da OMICRON, la notissima ed ultima variante del coronavirus.

L'esplosione dei contagi ha causato la chiusura delle scuole anche a Shanghai e le fabbriche proseguono la loro attività a singhiozzo. Tanto riescono a produrre un minimo grazie ai positivi asintomatici che possono andare al lavoro.

Le autorità sanitarie tranquillizzano la popolazione sulla pericolosità di Omicron e sul fatto che il tutto dovrebbe risolversi entro il prossimo marzo. I dati ufficiali sono molto blandi, ma dagli ospedali e dai crematori le notizie non sono assolutamente confortanti.

Lo sciroppo che fa male ai bambini

Da ottobre scorso in alcune parti del mondo (menomale in poche) è in atto una vera e propria strage di bambini. Non ci sono molte notizie a riguardo ma una cosa è certa: in Indonesia e nel Gambia sono morti cento bambini nella prima nazione e circa settanta nella seconda, in seguito ad una particolare insufficienza renale.

Tutti questi piccoli sono stati colpiti da una problematica acuta legata all'utilizzo di farmaci che contenevano sostanze contaminanti in misura molto maggiore di quello consentito.

La casa produttrice di questi farmaci è la Maiden di Hariana in India che, secondo il comunicato dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha messo in commercio farmaci che contenevano glicole etilenico e glicole dietilileno. Dopo l'allarme dell'OMS sono stati sequestrati cinquantamila flaconi solo sul territorio del Gambia.

L'Organizzazione Centrale Indiana del Farmaco aveva tranquillizzato tutti con il ritiro dal commercio di cinquantamila flaconi spedito solo in Gambia.

Successivamente si è visto che anche in Indonesia esisteva questa problematica, ed allora le fabbriche sono state chiuse per eliminare le sostanze tossiche contaminanti.

Differenza tra tasso di mortalità e di letalità

Anche se la diffusione del coronavirus ha rallentato la sua velocissima corsa, in alcune zone del mondo esiste il problema del numero dei contagiati e dei decessi che è utile per valutare l'andamento della pandemia.

Da tempo oramai i tamponi vengono fatti solo a chi presenta sintomi e di un certo livello di gravità. Per molti individui la malattia è asintomatica e non si sono sottoposti al test, per cui nel nostro paese i positivi sono più numerosi di quello che ci dicono i dati ufficiali. Anche il numero dei decessi potrebbe essere fuorviante ed è necessario conoscere il tasso di letalità e di mortalità.

Il primo si ottiene dividendo il numero dei decessi per covid-19 con il totale dei malati. Nel nostro paese questo tasso è più alto perché si calcolano anche i decessi avvenuti per eventuali concause.

Il tasso di mortalità in una nazione, oppure in una regione, si ottiene dividendo il numero delle persone decedute a causa della malattia da coronavirus per il totale della popolazione interessata.

► **PREVENZIONE.** *L'ecografia può dimostrare la presenza di un versamento articolare*

L'artrite settica nei bambini

La diagnosi precoce è fondamentale per evitare il cosiddetto 'infarto dell'osso', la necrosi ossea

Luigi Monaco*



L'artrite settica è un'infezione batterica articolare che nell'80% dei casi si manifesta per diffusione ematogena di batteri a partenza da altre sedi, a volte anche silente. Nella maggior parte dei casi interessa l'anca ed il ginocchio ed il batterio più frequentemente responsabile è lo *Staphylococcus aureus*.

L'artrite settica interessa nel 50% dei casi neonati e bambini nella prima infanzia con una prevalenza nel sesso maschile di 2 a 1, probabilmente anche per il fatto che tra gli elementi predisponenti alla malattia ci sono la prematurità, il basso peso alla nascita ed i traumi.

DIAGNOSI

La diagnosi precoce è fondamentale in quanto se non viene curata per tempo può portare al cosiddetto 'infarto dell'osso' cioè alla necrosi ossea articolare in conseguenza al danno locale della cartilagine articolare ma anche ad alterazioni irreversibili o parzialmente reversibili della cartilagine di accrescimento. La valutazione clinica si basa sulle caratteristiche tipiche della febbre (superiore a 38,5 gradi) e del dolore associato ad impotenza funzionale (incapacità di carico con conseguente zoppia). Queste caratteristiche, però, in età neonatale possono anche essere pressoché assenti. In un neonato, anche solo semplicemente irritabile e inappetente, va posta attenzione ad un arto inferiore innaturalmente immobile, la cosiddetta 'pseudo paralisi neonatale' dell'arto, che è il principale segno clinico di sospetto per l'artrite settica.

In generale per diagnosticare l'artrite settica in particolare dell'anca ci si basa sui quattro criteri di Kocher:

- febbre superiore a 38,5 gradi;
- incapacità di carico;
- VES superiore a 40;
- leucocitosi superiore a 14.000 cellule per metro cubo.

Successivamente va fatta un'ecografia mirata capace di fornire un ottimo ausilio diagnostico nello studio di questa patologia.

Lo studio ecografico permette di valutare la capsula articolare e, strettamente adesa a questa, la membrana sinoviale e lo spazio articolare che separa la capsula dal profilo delle strutture ossee sottostanti.

Nell'artrite settica l'ecografia dimostra con accuratezza la presenza di un versamento articolare e la convessità della capsula articolare secondaria alla compressione su di essa dello stesso; risulta fondamentale effettuare la valutazione quantitativa del versamento misurando la di-



stanza tra la capsula ed il profilo dell'osso. La società tedesca di Ultrasuoni (DE-GUM) ha standardizzato l'esame ecografico, in particolare dell'anca nel sospetto di malattie infiammatorie o traumatiche, consigliando la tecnica corretta all'esecuzione dell'esame per la corretta valutazione e misurazione del versamento articolare.

Come precedentemente detto, lo studio ecografico permette solo un'informazione prevalentemente di tipo quantitativo (misurazione del versamento articolare), ma non qualitativo. Per questa ragione, in particolare se il versamento articolare appare

all'ecografia corpuscolato per echi e detriti nel contesto, si dovrà eseguire un'artrocentesi, cioè un prelievo con ago del liquido sinoviale sotto controllo ecografico che dovrà essere inviato in laboratorio per lo studio microbiologico. Di norma già all'esame ispettivo un liquido molto torbido orienta per l'artrite settica. In casi selezionati, quando si sospetti la coesistenza di una osteomielite, va considerata l'opportunità di eseguire una RMN dell'articolazione interessata.

Lo studio ecografico oltre alla presenza del versamento articolare permette di valutare l'au-

mento di spessore della capsula articolare, della membrana sinoviale e dei tessuti molli periaceticolari. La valutazione della vascolarizzazione (power Doppler) non sempre risulta affidabile in quanto solo in una modesta percentuale dei casi si apprezza un significativo incremento del flusso vascolare a livello della sinovia articolare.

TERAPIA

In presenza di artrite settica risulta fondamentale effettuare un'adeguata terapia antibiotica parenterale per via endovenosa che va di regola protratta per non meno di 3-4 settimane; se l'artrite settica interessa l'arti-

Pseudoparalisi dell'arte, principale segno clinico



TUMORI

Colangiocarcinoma, più fondi a test genomici

Grazie all'oncologia di precisione, si aprono nuove prospettive di cura per i pazienti colpiti da colangiocarcinoma, un tumore raro e aggressivo del fegato che presenta una prognosi infausta (la sopravvivenza globale a cinque anni è inferiore al 15-17%). Stefano Benigni, capogruppo di Forza Italia in Commissioni Affari Sociali, ha presentato un emendamento alla legge di bilancio, approvato alla Camera, che prevede lo stanziamento di 600 mila euro per il triennio 2023-2025 per garantire ai pazienti affetti da colangiocarcinoma l'accesso ai Next-Generation Sequencing test (NGS). Con questi test è possibile perfezionare la selezione dei trattamenti grazie alla valutazione simultanea delle diverse alterazioni molecolari coinvolte nello sviluppo della neoplasia. Un'ottima notizia e una grande opportunità per questi pazienti. È quanto so-



stengono i rappresentanti dei clinici, dei pazienti e delle autorità sanitarie nazionali riuniti oggi a Roma per una conferenza stampa alla Camera.

"Il colangiocarcinoma colpisce ogni anno oltre 5.400 uomini e donne in Italia - sostiene il prof. Carmine Pinto, Presidente della FICOG - Federation of Italian Cooperative Oncology Groups -. È una patolo-

gia neoplastica diagnosticata il più delle volte in una fase più non suscettibile di intervento chirurgico, e che può essere contrastata con maggiore successo grazie all'oncologia di precisione. Fino al 35% dei pazienti è portatore di particolari alterazioni genetiche sulle quali è possibile la personalizzazione delle cure. Oggi per il colangiocarcinoma abbiamo

già disponibili farmaci mirati su bersagli molecolari che hanno dimostrato di aumentare la sopravvivenza dei pazienti con malattia avanzata. L'analisi NGS deve essere condotta prima o durante il trattamento di prima linea al fine di poter decidere le soluzioni per la seconda o le successive linee. Quindi, garantire l'accesso ai test NGS per i pazienti con colangiocarcinoma può permettere l'accesso a farmaci di maggiore efficacia".

"I malati oncologici che ogni anno in Italia avrebbero bisogno del NGS sono più di 26 mila - sottolinea Giovanni Ravaio, Direttore di "Economia Sanitaria" -. Lo stanziamento di queste risorse è un primo ed importantissimo passo che va nella direzione di un potenziamento dell'oncologia di precisione. Resta ancora molta strada da percorrere per rendere usufruibili a tutti e sull'intero territorio nazionale esami sempre più importanti. In Italia manca ancora una governance per i test NGS con marcate disuguaglianze tra le diverse Regioni, che si traducono ovviamente in diseguità nell'accesso ai farmaci a bersaglio molecolare e, quindi, alle possibilità di cura per i pazienti".

*Medico specialista in Radiologia
Responsabile Unità operativa di
Ecografia Azienda Moscati

© RIPRODUZIONE RISERVATA