

Salute & Benessere

Coenzima Q10 un vero elisir di giovaninezza

Mariolina De Angelis*



Il coenzima Q10 è una molecola del gruppo degli Ubichinomi implicati nel trasporto degli elettroni nei mitocondri e nella fosforelazione ossidativa cellulare. Negli ultimi anni diversi studi hanno esaminato come un'integrazione orale con il Q10 possa apportare be-

nefici significativi a diverse patologie degenerative. Mi riferisco sia a quelle cardiovascolari quali lo scompenso cardiaco congestizio, che al diabete ed altre patologie sia renali che epatiche. L'azione di questo coenzima, infatti, si esplica soprattutto promuovendo la longevità dell'individuo. Gli studi hanno infatti dimostrato che una carenza di questo prodotto di certo provocherà una maggiore incidenza di malattia e di ospedalizzazione. Lo

studio invece ha dimostrato che la supplementazione del prodotto è vantaggiosa non solo per obiettivi secondari ma anche su eventi cardiovascolari maggiori. I pazienti trattati sono stati circa 500 e in tutti è stata rilevata la riduzione di eventi nefasti. Il dosaggio utilizzato è stato quello di 100 mg 3 volte al giorno. E' stata prediletta la forma ridotta del coenzima, ossia l'ubichinolo più assorbibile a livello tissutale e quindi più attiva farmaco-

logicamente. Un altro aspetto da non sottovalutare è l'azione del farmaco nei pazienti diabetici. Infatti è stato osservato nei pazienti trattati una riduzione dei picchi diabetici così come minori sono state le crisi ipoglicemiche. In particolare va sottolineato che l'ubichinone è un marker valido sullo stress ossidativo. Altro da menzionare è che nella malattia renale ed epatica la supplementazione del coenzima Q10 riduce marcatori quali creatini-

na e transaminasi. E' chiaro quindi che alla base c'è un denominatore comune che si evidenzia nella capacità del coenzima di agire sullo stress ossidativo con conseguente riduzione del processo dell'infiammazione causa prima dell'insorgenza delle patologie. Quindi l'azione pronta ed antiossidante del coenzima Q10 conferisce la sua capacità di mantenerci forti e giovani e preserva i danni tissutali.

* **Farmacista**

**► AMBIENTE E MEDICINA.** Nei 31000 pazienti studiati, residenti nell'area di Pittsburgh, rischio più elevato

Ictus cerebrale e inquinamento ambientale

Le polveri sottili sembrano favorire i problemi cardiovascolari

Fiore Candelfino*



La fibrillazione atriale, della quale abbiamo più volte parlato in queste pagine, è una temibile aritmia perché complicata sovente da un evento, l'ictus cerebrale, spesso in forma grave ed invalidante, tale da peggiorare in maniera severa la qualità della vita del paziente e i costi sociali conseguenti.

I fattori di rischio per fibrillazione atriale sono noti. L'età su tutti, è uno di questi, in quanto con l'invecchiamento il rischio di questa aritmia aumenta, circa il 20% degli ultra ottantenni ne sono, infatti, affetti. Una minoranza, si dirà. In effetti è probabilmente vero, ma il numero è quello misurato dai ricoveri ospedalieri e dai contatti medici (quanti fibrillanti non si accorgono della propria aritmia?) ed è verosimilmente sottostimato. Ma contro l'età, possiamo fare poco (almeno per adesso...). Altri fattori di rischio possono essere meglio controllati: obesità, ipertensione, sono comuni e spesso non adeguatamente trattati (l'obesità in particolare, nelle nostre zone, viene ancora considerata poco o nulla).

Un recente lavoro scientifico, pubblicato su JAMA di questo mese, mette in correlazione l'inquinamento ambientale da particelle PM 2,5 e inferiori con l'ictus cerebrale in pazienti con fibrillazione atriale, arrivando alla conclusione che, nella loro coorte di oltre 31000 pazienti studiati, residenti nell'area di Pittsburgh (Pennsylvania - USA), una delle 10 città americane a maggior inquinamento, la vita nelle aree a maggior inquinamento da questo particolare comportava un significativo aumento del rischio di ictus cerebrale. Naturalmente lo studio ha tenuto conto di una serie di valori "confondenti", che avrebbero potuto spiegare in modo alternativo la prevalenza di ictus. Nonostante questa correzione, l'inquinamento ha confermato il suo ruolo di fattore di rischio.

Questo dato non è nuovo. Molti altri studi in precedenza hanno evidenziato che il particolato, specialmente quello costitutivo dalle polveri più sottili, è un grave fattore di rischio cardiovascolare e in generale per la salute (pensiamo per esempio a asma e bronchite che sono patologie in aumento).

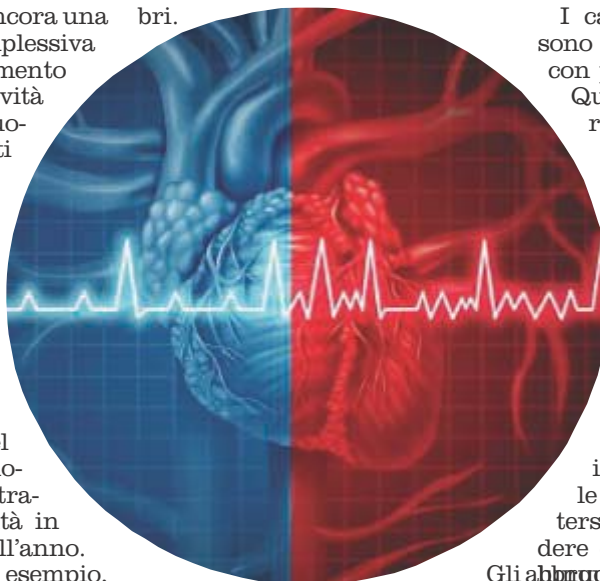
Nonostante ciò, le città sono sempre più inquinate e anche l'area di Avellino dimostra sforamenti dei limiti di legge per

molti giorni all'anno: non si riesce ancora ad ottenere un miglioramento significativo.

Le amministrazioni comunali sono riuscite a fare poco. Nel passato le targhe alterne hanno ottenuto modesti miglioramenti: manca purtroppo ancora una visione organica, complessiva del fenomeno inquinamento che, collegato alle attività antropiche, cioè all'uomo in quanto tale, molti giudicano inevitabile. La visione complessiva invece permetterebbe di agire su più fronti: è molto probabile che siamo di fronte ad un fenomeno multidimensionale, nel quale le attività umane si sommano alla geomorfologia del territorio, alle condizioni meteo, alla concentrazione di alcune attività in determinati periodi dell'anno.

In questa stagione per esempio, si procede alla raccolta delle nocciole. Essa avviene con mezzi a motore (sprovvisti di qualunque filtro a standard Euro), i cui aspiratori del terreno rilasciano nuvole molto consistenti di pol-

vere. Queste sono fatte probabilmente di un mix di particelle di differenti dimensioni, non necessariamente uguali o inferiori a 2,5 nm, ma qualunque esse siano, certamente non sono salubri.



potature): molti contadini proseguono con questa abitudine, sottovalutandone gli effetti per carenze culturali, nonostante sia diffusa la tecnologia che con-

sente di polverizzare questi residui per trasformarli in concime. Questi residui inoltre portano con se le tracce dei trattamenti fatti in precedenza con i pesticidi e ciò raddoppia l'effetto inquinante.

I caminetti: quante persone sono dotate di riscaldamento con pellet, sansa, nocciolino? Con quanti hanno la canna fumaria con filtri adeguati: penso nessuno.

E delle caldaie a metano vogliamo parlare?

Il recente periodo di lock down ha dimostrato che la riduzione dell'impatto ambientale avviene riducendo le attività umane. Purtroppo questo periodo ha avuto anche un costo economico significativo, per molti inaccettabile, che non tutte le società possono permettersi. Immaginare di pretendere da una popolazione (quando le condizioni di base della vita non sono garantite è un esercizio illusorio e anche ingenuo).

Tuttavia il lavoro di JAMA che ho citato ci richiama a conside-

rare che, se non dal punto di vista meramente economico, l'inquinamento fa pagare in termini di salute a tutti, senza distinzione, un costo elevato: conviene quindi investire nella riduzione dell'impatto ambientale da subito, fosse solo per ridurre le conseguenze sulla salute anche di chi non ne è direttamente responsabile. Il lavoro citato riguarda una piccola nicchia di pazienti, ma da medico ben conosco gli effetti sulla salute più generale (tumori ad esempio) dell'inquinamento. Allora, quale mondo vogliamo lasciare ai nostri figli? Una domanda che il decisore politico dovrebbe sempre rivolgere a se stesso, tralasciando per un momento il suo orizzonte temporale tutto finalizzato alla rielezione.

Quando leggerete queste righe, il nuovo Consiglio Regionale della Campania sarà stato rieletto. Su di loro, i consiglieri regionali, che sono i primi responsabili delle decisioni da prendere in materia (i fiumi irpini attendono ancora una iniziativa in merito) ricade la responsabilità della salute di tutti noi.

*CARDIOLOGO

► RADIOLOGIA. Necessari esami con un intervallo inferiore a due anni

Prevenzione, lo screening senologico nelle donne ad alto rischio

Graziella Di Grezia*



La prevenzione senologica occupa ad oggi uno spazio significativo nel panorama della prevenzione e della salute della donna anche grazie alla sensibilità di organi amministrativi e delle associazioni che favoriscono la divulgazione dei programmi di screening e la crescente consapevolezza della donna.

Tuttavia i programmi di prevenzione, ad oggi, sono standardizzati e distinti esclusivamente per fascia d'età, nonostante i numerosi tentativi di personalizzazione dell'esame in relazione al profilo di rischio individuale.

E' stato pubblicato in questo mese (settembre 2020) sulla maggiore rivista di diagnostica per immagini, "Radiology", uno studio per lo sviluppo di un modello di rischio basato su mammografie negative che identifichi donne maggiormente a rischio di

sviluppare un tumore della mammella.

Nello studio "KARMA", condotto dal 2011 al 2017 sono state prese in considerazione caratteristiche mammografiche quali densità, masse e microcalcificazioni ed età; il modello è stato esteso allo stile di vita e include lo stato menopausale, storia familiare di tumore alla mammella, BMI (body mass index), terapia ormonale sostitutiva, abitudine al fumo o utilizzo di alcolici; è stata infine valutata la presenza di eventuali mutazioni genetiche.

Le donne considerate ad altro rischio hanno maggiore probabilità di avere una diagnosi di tumore di dimensioni superiori a 20 mm o comunque hanno minore probabilità di avere tumori ormono-sensibili e in questo caso lo screening mammografico biennale non consente di fare diagnosi precoce.

Si pone per questo la necessità, nelle fasce di donne a rischio, di prevedere l'esecuzione di esami dedicati completi (quali mammografia, ecografia, risonanza ma-



gnetica) e di farlo in un intervallo di tempo inferiore a due anni (intervalli semestrali o annuali). È il proprio radiologo senologo a poter identificare la tipologia di

esami e l'intervallo corretto tra gli esami per poter ottimizzare la prevenzione e giovare di una reale diagnosi precoce.

*Radiologo PhD

► **LA DIAGNOSI.** I sintomi più comuni sono dolore al polso, gonfiore e lividi

Le fratture dello scafoide carpale

Mario e Alessadro Ciarimboli*

Lo scafoide è un osso della mano che fa parte di una delle due fila di ossa del carpo, una più vicina al braccio con quattro ossa (scafoide, appunto, semilunare, piramidale e pisiforme), l'altra più vicina al metacarpo e alle dita (trapezio, trapezoide, capitato, uncinato). Lo scafoide quindi appartiene alla parte della mano confinante con le ossa dell'avambraccio (radio e ulna) ed è il primo della fila dalla parte del pollice. Insieme al semilunare si articola con il radio. È una delle ossa carpali più grande, ha conformazione irregolare ed è ripiegato a mo' di una S. Somiglia ad una barca (dal greco skaphos, appunto barca). Lo scafoide può facilmente fratturarsi per una caduta a terra con la mano aperta e tesa con il polso piegato sul dorso. È questo l'atteggiamento di difesa che istintivamente usiamo per proteggerci in occasione di una caduta. Ciò rende ragione della frequenza di questa frattura che è la più frequente tra le fratture del carpo. Può anche verificarsi una frattura da "stress" cioè conseguenza di continui microtraumi sull'osso stesso, come avviene in alcune attività sportive (nei ginnasti e negli scalatori). Come tutte le fratture la lesione dello scafoide può essere composta (senza spostamento dei frammenti) o scomposta (con spostamento dei frammenti). I sintomi della frattura sono dati dal dolore al polso e talora gonfiore e lividi al polso, nella zona vicina al pollice. In alcuni i sintomi sono molto sfumati sicché il problema viene inizialmente trascurato dal paziente stesso ed etichettato come una semplice "slogatura" del polso. In questi casi ci si rivolge al medico in cospicuo ritardo per l'incremento ed il perdurare del dolore e per le difficoltà ad utilizzare la mano. La diagnosi viene fatta dal Medico, dopo il racconto da parte del Paziente di un trauma. Il medico individua un punto specifico in cui la pressione causa forte dolore se vi è la frattura dello scafoide. Questa area è la cosiddetta "tabacchiera anatomica", cioè quella porzione incavata (posta tra due tendini) tra metacarpo e radio, dove un tempo i tabagisti sistemavano il tabacco da annusare. La diagnosi non è facile ma tuttavia è importante riconoscere e trattare una frattura dello scafoide quanto prima possibile per evitare le frequenti complicazioni come la pseudoartrosi (frattura non saldata e insaldabile). Anche la radiografia può essere fallace giacché nella lastra standard del polso lo scafoide può essere nascosto dalle altre ossa del carpo. In caso di sospetto di frattura dello scafoide occorre fare una Rx su mano e polso in una posizione che può aiutare a mostrare la frattura dello scafoide. Questa posizione è di "stress" ulnare cioè con il pollice nella posizione dell'autostoppista. Tuttavia, anche in questo caso, non sempre la frattura è diagnostica prima di due settimane dal trauma. Se la frattura dello scafoide, sospettata ma non confermata, in passato veniva avviato il trattamento di immobilizzazione, e si ripeteva la lastra dopo 10-14 giorni. Oggi il dubbio iniziale può essere sciolto con TAC o RMN o scintigrafia ossea. In tempi di risparmio di spesa sanitaria si è portati purtroppo a ridurre il numero di queste indagini ma noi riteniamo sempre consigliabili esami approfonditi in quanto fratture misconosciute e non trattate causano dolori persistenti e cronici che difficilmente possono essere curati. A diagnosi certa può scegliersi tra terapia conservativa (gesso da polso a gomito per 30 giorni circa) e intervento chirurgico di stabilizzazione dell'osso particolarmente (come da linee guida) in caso di frattura scomposta. La chirurgia naturalmente può essere un'opzione anche se non vi è scomposizione della frattura considerando che la chirurgia accelera notevolmente il recupero, che con il gesso può essere molto lungo (anche 3 mesi). Se la diagnosi e il trattamento avvengono in tempi rapidi, la frattura dello scafoide guarisce bene. Di tanto in tanto, possono tuttavia verificarsi delle complicanze:



a) Ritardo di consolidazione: non guarisce completamente dopo quattro mesi di trattamento conservativo (gesso o tutore). In questo caso si hanno risultati sorprendenti con sedute di ONDE d'URTO come confortato da numerosi reports internazionali

b) Necrosi vascolare dello scafoide: nella parte più stretta dello scafoide o cintura dove passa l'unica arteria che nutre l'osso può verificarsi per la frattura una lesione dell'arteria stessa. L'osso non irrorato dal sangue non si salda, e a distanza di mesi va in necrosi cioè muore e si sfalda. Tale evenienza si può diagnosticare solo dopo alcuni mesi, e non puoi essere vista in fase acuta. La terapia, non semplice, è chirurgica

c) Malconsolidamento: riguarda fratture scomposte non trattate chirurgicamente. La conseguenza è il dolore e la limitazione del movimento del polso e della mano, Anche in



questo caso terapia chirurgica con nuova scomposizione e riposizionamento dell'osso. Il malconsolidamento non trattato porta generalmente in tempi brevi ad artrosi.

Quale è il ruolo della fisioterapia in caso di frattura dello scafoide?

In fase acuta può aiutare la consolidazione la Magnetoterapia, Subito dopo la rimozione di gesso o tutore va fatta una cauta chinesiterapia (attiva assistita)

per il recupero del movimento del polso. Se è presente flogosi o gonfiore del polso possono associarsi alla chinesiterapia la Tecarterapia, il laser, e l'ipertermia. Nei ritardi di consolidazione si sollecita l'osso al consolidamento con le onde d'urto e gli ultrasuoni. Regrediti edema e dolore può incrementarsi la chinesiterapia con mobilizzazione passiva ed attiva (classico è l'uso della pallina da golf). In definitiva la chinesiterapia e la terapia fisica di accompagnamento vanno attuati precocemente, immediatamente dopo la rimozione dei mezzi di immobilizzazione. Non vi sono particolari effetti spiacevoli dovuti alla terapia se non un fastidioso ma lieve e sopportabile dolore nel momento in cui si procede all'ampliamento del range motorio del polso per favorire il pieno recupero dei movimenti perduti.

*Fisiatri

UN VADEMECUM PER CURARLA A TAVOLA

Rischio ipertensione anche in età pediatrica

Francesca Finelli*



La prevenzione delle malattie cardiovascolari (CV) rappresenta un'urgenza per i Paesi industrializzati sia per la loro diffusione in continua crescita che per la mortalità ad esse associata. Secondo gli ultimi dati disponibili, in Italia l'ipertensione arteriosa colpisce in media il 33% degli uomini e il 31% delle donne e di questi rispettivamente il 19% e il 14% sarebbe ad alto rischio per lo sviluppo di patologie cardiovascolari o renali. Anche l'incidenza dell'ipertensione arteriosa in età pediatrica è in continuo aumento sia per la maggior attenzione posta dai medici, soprattutto in relazione al concomitante aumento dell'obesità sia per il miglioramento delle metodiche di misurazione e per la disponibilità di valori di riferimento. Si stima che il 4% dei bambini e degli adolescenti italiani tra i 4 e i 18 anni ha la pressione alta e quattro bambini su cento sono ipertesi già alle elementari.

Al mantenimento della pressione arteriosa nei limiti della norma contribuisce in maniera importante un corretto stile alimentare, tanto che nelle forme più lievi o più responsive può rappresentare addirittura la sola terapia. Mentre in caso di trattamento farmacologico, la dieta aiuta a potenziare l'efficacia dei farmaci antipertensivi, permettendo laddove possibile di ridurre la posologia e/o il numero dei farmaci assunti. Alla base delle principali malattie cardiovascolari troviamo l'aterosclerosi, una malattia poli-distrettuale che può colpire ogni distretto dell'organismo da quello cardiaco, a quello cerebrale, renale o degli arti inferiori. L'aterosclerosi è una malattia delle arterie caratterizzata dalla formazione di placche sulla superficie interna della parete arteriosa. Queste placche sono capaci di modificare profondamente i vasi portando inizialmente ad una maggiore rigidità. Troppo spesso infatti, si incorre nell'errore di identificare il trattamento terapeutico nella sola terapia farmacologica, senza porre la giusta attenzione in quello che è il punto fondamentale per una vita sana e di buona salute, ovvero

un corretto stile di vita.

Una sana alimentazione, un regolare esercizio fisico e norme comportamentali corrette, oltre a poter rappresentare un'alternativa terapeutica ottimale, sono di fondamentale importanza per la buona riuscita di qualsiasi tipo di terapia. L'ipertensione è parte di una malattia ma può rappresentare essa stessa una malattia nel momento in cui viene trascurata e sottovalutata. Le complicanze dell'ipertensione arteriosa possono, infatti, manifestarsi in diverse aree dell'organismo: a livello cerebrovascolare (at-



ische-mico transitorio [TIA], ictus cerebrale), cardiaco (angina pectoris, infarto del miocardio, scompenso cardiaco), vascolare periferico (arteriopatia oclusiva, aneurisma), renale ecc. Seguire una alimentazione sana, bilanciata, varia, con un ridotto apporto di sale e di alimenti ricchi di sodio è un passo importante. Si è visto che il consumo eccessivo di sale può contribuire allo sviluppo di ipertensione resistente. Il normale introito di sale è tra i 9 e i 12 g/die in molti paesi del mondo. È stato dimostrato che una riduzione di circa 5 g/die ha un modesto (1-2 mmHg) effetto nel ridurre la PAS nei soggetti normotesi mentre risulta più pronunciato (4-5 mmHg) nei soggetti ipertesi. Un'assunzione giornaliera di 5-6 g di sale è quindi raccomandata nella popolazione generale. Inoltre è raccomandato ai pazienti ipertesi di sesso maschile di ridurre l'assunzione di alcool a non più di 20-30 g. Nel caso delle donne ipertese non più di 10-20 g di alcool/die. Il consumo di alcool non dovrebbe eccedere di 140g alla settimana per gli uomini e 80 g per le donne. E'

consigliato inoltre di ridurre l'apporto di grassi, soprattutto quelli di origine animale, aumentando quello di vegetali, come frutta e verdura, cereali ricchi in fibre ecc. Controllare il peso è fondamentale. Nei soggetti normotesi l'aumento del peso è associato ad un aumento della pressione arteriosa, mentre nei soggetti obesi ipertesi la perdita di peso porta ad una riduzione della pressione stessa o, nel caso siano sottoposti a trattamento, rende possibile la riduzione o l'abolizione di quest'ultimo. Inoltre un consiglio fondamentale è quello di praticare un esercizio fisico regolare. Studi epidemiologici suggeriscono che l'esercizio fisico regolare di tipo aerobico possa essere benefico sia per la prevenzione che per il trattamento dell'ipertensione, per ridurre il rischio cardiovascolare e per diminuire la mortalità. Da studi approfonditi condotti su centinaia di volontari è emerso che il programma alimentare "Dash" contribuisce a ridurre la pressione arteriosa sistolica di circa 6 mmHg e quella diastolica di circa 3 mmHg, dopo appena 2 settimane dall'inizio del nuovo regime dietetico.

La parola DASH è l'acronimo di Dietary Approaches to Stop Hypertension ossia di approcci dietetici per fermare l'ipertensione. Essa, in realtà, è molto simile alla dieta mediterranea e si basa su un elevato apporto di cereali integrali, pesce, frutta e verdura. La riduzione del NaCl (sale da cucina) a 2,3 g al giorno, va di pari passo all'aumento del consumo di frutta, verdure e cereali che favoriscono l'ingresso nel nostro corpo di Potassio e di fibre, utili per l'abbassamento della pressione. Per molti anni alimentazione e ipertensione arteriosa sono state tenute in relazione soltanto dalla famosa dieta iposodica; una dieta che, oltre ad essere ipocalorica, era caratterizzata da alimenti con basso contenuto di sodio. Il contributo innovativo dato da questo studio, consiste nell'avvicinare alla dieta iposodica una precisa variabilità e scelta degli alimenti per il loro contenuto in antiossidanti. Ad esempio: Vitamina C, Vitamina E, Selenio, da studi sperimentali, sono risultati capaci di migliorare l'efficacia dell'Ossido Nitrico; un gas prodotto dall'endotelio, cioè da quello strato di cellule che rivestono la superficie interna di ogni vaso sanguigno. Alla luce di quanto emerge quindi, la sana alimentazione e lo stretto binomio tra "alimentazione e buona salute" rimane lo strumento vincente. L'alimentazione è uno dei fattori che maggiormente incidono sullo sviluppo, sul rendimento e sulla produttività delle persone, sulla qualità della vita e sulle condizioni psico-fisiche con cui si affronta l'invecchiamento.

Biologa Nutrizionista

**► SCUOLA.** *Necessario favorire gruppi di discussione e sportelli psicologici per non lasciare soli gli insegnanti*

Offrire un sostegno ai docenti

Il ritorno in cattedra, dopo mesi di didattica a distanza, può essere causa di forte stress

Alfonso Leo*



Stamattina, ero in auto, andando verso l'ospedale e una trasmissione satirica alla radio, parlava della condizione degli insegnanti ai tempi del COVID 19. Concludeva dicendo: "Professò ritornate". Era il richiamo di una studentessa ai suoi professori all'apertura della scuola.

C'è indubbiamente voglia di nuovo della scuola in presenza, dopo tanti mesi di didattica a distanza.

Finalmente situazioni nuove, nuove sfide ma anche tanto stress per i docenti. Di stress, o meglio di Burnout degli insegnanti si è sempre parlato, ma di certo non si è mai parlato dello stress legato al lavoro in tempo di pandemia. Lo svolgimento della professione di docente è stato profondamente sconvolto dal coronavirus, la didattica a distanza ha sottoposto ad un notevole superlavoro il corpo insegnante, in media abbastanza "anziano" e, in linea di massima, poco incline alle nuove tecnologie. Dopo le prime, inevitabili resistenze e difficoltà, la didattica a distanza ha preso il volo, al fine di massimizzare la sicurezza degli studenti e degli insegnanti e garantire la continuità del rapporto tra docenti e discenti. Da diversi decenni si parla di burnout degli insegnanti e si è visto che possono verificarsi sintomi negativi, come tensioni sconforto e sentimenti negativi quali tensioni, sconforto, che producono loro volta condizioni di salute scadenti, attriti tra i colleghi e, soprattutto, scarsi risultati degli studenti. Avere scarsi risultati da parte degli studenti conduce ad ulteriore sconforto nell'insegnante, innescando un pericoloso circolo vizioso. L'UNESCO nelle sue raccomandazioni per la ri-

apertura delle scuole afferma che bisogna: "Implementare metodi innovativi di supporto agli insegnanti". Anche se la professione di docente causa stress di per sé, ma se si riesce ad elaborare lo stress si possono avere professori "resilienti" che sviluppano capacità di adattamento anche in condizioni eccezionali, quali il COVID 19. Contribuisce al Burnout lo squilibrio tra quello che il lavoro chiede per il suo svolgimento e le risorse disponibili. L'inizio della scuola, quest'anno, è caratterizzato proprio dalla differenza tra le risorse disponibili e le necessità. Ritornando alla trasmissione di cui si parlava all'inizio la studentessa si chiedeva proprio quando sarebbe tornato in cattedra il professore precario, anche quest'anno si parla di notevoli ritardi nelle nomine, da cui il "Professò ritornate".

Tutto ciò è una causa di stress non solo per gli insegnanti ma anche per gli studenti, avere un corpo docente variabile non è assolutamente utile alla didattica.

Le scuole ripartono con nuove norme, ma con problemi antichi, la mancanza di aule, aggravata dalla pandemia, il distanziamento sociale, i percorsi di accesso, le normative anti-COVID, l'uso delle mascherine fino al problema dei compiti in classe, ecc. ecc. Tutto questo si inserisce in un tessuto sociale già problematico. Un recente studio canadese, sul Burnout dei professori in tempo di COVID, afferma che "le caratteristiche della situazione lavorativa, così come le caratteristiche individuali possono contrastare alcuni elementi di stress". Uno di questi è rappresentato dal corretto rapporto col dirigente

scolastico, ma anche con i colleghi. La mancata possibilità di evoluzione professionale, sia riguardo ai metodi di insegnamento che all'uso delle nuove tecnologie, costituisce un altro motivo di disagio. Azioni positive, invece, sono la possibilità di seguire corsi di formazione ma anche attività dirette al corpo insegnante, intesa anche proprio come corpo. I ricercatori affermano che attività fisiche e sportive organizzate e favorite dalla scuola sono fondamentali, ma, per l'Italia, siamo veramente nel libro dei sogni. Si dirà che molto dipende anche dalle scelte individuali ma la pandemia ha comportato ulteriori problemi. La difficile gestione del tempo è uno di questi. Durante il lockdown il tempo era dilatato, lo smart work ha allungato i tempi e reso possibile occupare spazi della



giornata in altri tempi improponibili, riunioni per via telematica in orari improbabili "tanto sei a casa". Si comprende, allora, come è facile raggiungere i tre stadi del Burnout cioè esaurimento emotivo, cinismo e ridotta volontà di svolgere le proprie mansioni di insegnamento. Alcuni ricercatori hanno evidenziato che per la popolazione scolastica la mancanza di risorse è strettamente correlata, in maniera negativa, alla qualità dell'insegnamento. Quanto maggiore è la percezione di un deficit di risorse da parte degli insegnanti, tanto più bassa saranno le performance didattiche degli studenti. Il cinismo dimostrato nella professione di insegnante è strettamente correlato al mancato supporto amministrativo. Normative tardive, contraddittorie, non chiare portano ad un disinteresse da parte dei docenti nei confronti del proprio lavoro. Esistono, invece, strette correlazioni tra resilienza dei docenti e il supporto da parte dei genitori. Avere dei genitori collaborativi conduce ad insegnanti più motivati.

Purtroppo, invece, spesso accade che i genitori preferiscano demandare alla scuola buona parte dell'educazione dei propri figli, creandosi aspettative impossibili



da raggiungere senza la faticosa collaborazione delle famiglie. Importante è una formazione puntuale, continua dei docenti calibrata sulle specifiche richieste dal basso e non calata dall'alto da parte di persone che non vivono il quotidiano della scuola. Va tenuta in conto sia la salute fisica degli insegnanti, come detto in precedenza, ma anche quella mentale favorendo sia gruppi di discussione e sportelli di supporto psicologico non solo per gli studenti, ma, soprattutto, per gli insegnanti. Una cattiva cultura ritiene che rivolgersi allo psicologo/psicoterapeuta sia indice di debolezza o peggio ancora di disturbo mentale, non si comprende, invece, che un aiuto in merito può servire a svolgere il proprio lavoro in maniera migliore.

Freud diceva che esistono tre professioni impossibili, o per meglio dire psicotiche.

Governare: solo un folle può pensare di avere la capacità di fare il bene di tutto il popolo! O no?

Curare: solo un folle può pensare di sapere come risolvere i problemi di tutti!

Educare: solo un folle può pensare di essere in grado di trasferire la propria scienza nel vaso vuoto dello studente. Ma uno studente non è un vaso vuoto da riempire con tante nozioni, ma una persona che va aiutata nella crescita per fornire strumenti, per permettergli di essere in grado di fare le proprie scelte di vita. Per fare questo bisogna scendere dalla cattedra, in senso solo metaforico, purtroppo, in tempo di pandemia mettersi insieme agli studenti, nella ricerca delle risorse per crescere anche in questi tempi difficili. Sta ai docenti accettare di essere, a loro volta, discenti, non solo nei vari corsi a cui vorranno partecipare, ma anche nei confronti dei propri studenti, che tanto hanno da insegnare, a chi li sa ascoltare. La pandemia ha condotto ad un aumento delle richieste nei confronti dei docenti con conseguente aumento del livello

di Burnout.

In tempi difficili come quelli che stiamo vivendo, in cui lo stress è aumentato, l'ideale sarebbe diminuire la domanda, e fornire maggiori risorse. Il problema è che sta accadendo proprio il contrario. Molte cattedre non sono state ancora assegnate e non sono state ancora trovate tutte le risorse necessarie (aule, banchi, ecc.). Ancora non si sa quanto della didattica si svolgerà in presenza e quanta a distanza. Va tenuta inoltre presente l'importanza nel rapporto con la dirigenza che deve essere aperta al dialogo e alla collaborazione, così come risulta fondamentale il rapporto con i colleghi e con le famiglie. Docenti in Burnout sono meno efficaci come insegnanti, hanno rapporti peggiori con gli studenti e, a loro volta, gli studenti hanno peggiori risultati sia accademici che sociali. Alcuni professori, durante il lockdown, hanno preso l'iniziativa di contattare direttamente gli studenti che non rispondevano alla didattica a distanza, ad altri studenti dalle scuole sono stati forniti i supporti informatici necessari. Traspare da questi comportamenti la volontà della scuola di non abdicare alla propria funzione educativa anche in corso di pandemia.

D'altra parte, ascoltando la voce degli insegnanti, si comprende che less is more, come dicono gli inglesi. In italiano dire che meno è più non rende. Una delle richieste è di avere meno impegni burocratici, minori variabili, ad esempio le diverse piattaforme per la didattica a distanza. Le innovazioni vanno introdotte gradualmente.

Tornare alla didattica in presenza è fondamentale, il corpo è importante nella relazione didattica non tralasciando le precauzioni per la prevenzione dell'infezione da coronavirus. Fare gruppo, comunità nella scuola è fondamentale per superare questi momenti difficili.

Per assicurare ai nostri giovani la migliore educazione sia durante la didattica a distanza che quella in presenza è fondamentale il supporto ai docenti e l'ascolto delle loro voci è importante per avere un team educativo resiliente.

*Psicoinformista



► **LES.** I quadri clinici più frequenti sono la Pleurite e la Polmonite Lupica

Biagio Campana*



Il lupus eritematoso sistemico, conosciuto anche con l'acronimo LES, è una patologia autoimmune che vede un'attivazione incontrollata del sistema immunitario, con conseguente infiammazione cronica che può interessare qualsiasi organo o apparato. Sono più di 60mila in Italia le persone colpite da lupus eritematoso sistemico. La malattia è più frequente nelle donne in età fertile (15-45 anni) e, in tale particolare gruppo d'età, il rapporto tra femmine e maschi colpiti è di 9 a 1. Prima della pubertà, la proporzione di maschi colpiti è maggiore e circa 1 su 5 bambini con LES è di sesso maschile. La malattia è di difficile diagnosi soprattutto per le molte manifestazioni possibili e perché molti dei sintomi che lo caratterizzano sono comuni anche in molte altre patologie. Il LES può iniziare lentamente con nuovi sintomi che compaiono nel corso di un periodo di diverse settimane, mesi o perfino anni. I sintomi iniziali più comuni del LES sono stanchezza e malessere non specifici. Frequentemente è presente febbre intermittente o duratura, perdita di peso e dell'appetito. Con il tempo, si manifestano sintomi specifici causati dall'interessamento di uno o diversi organi del corpo. L'interessamento delle mucose e della pelle è molto comune e può comprendere diversi sfoghi cutanei, fotosensibilità (quando l'esposizione alla luce del sole scatena gli sfoghi) o ulcere nel naso o nella bocca. Il tipico sfogo a "far-

Il caso lupus e le infiammazioni pleuropolmonari



falla" tra naso e guance si presenta in un terzo-metà degli affetti. A volte si può avere una maggiore perdita di capelli (alopecia). Le mani diventano rosse, bianche e blu quando esposte al freddo (fenomeno di Raynaud). I sintomi possono anche includere gonfiore e rigidità alle articolazioni, dolore muscolare,

anemia, veloce formazione di lividi, mal di testa, attacchi epilettici e dolore al torace. L'interessamento dei reni è presente in una certa misura nella maggior parte dei bambini con LES ed è un fattore determinante degli esiti a lungo termine di questa malattia. L'interessamento pleuropolmonare è sicuramente un evento frequente, segnalato in diversi lavori fino al 50% dei casi, percentuale paragonabile al coinvolgimento renale e più frequente di quello del Sistema Nervoso Centrale. I quadri clinici più caratteristici che interessano primariamente il polmone sono la Pleurite e la Polmonite Lupica. La pleurite si as-

sociamente a segni di malattia in fase attiva ed è sintomatico; il paziente avverte dolore toracico, cui si associa spesso dispnea (che dipende prevalentemente dall'entità del versamento) e da tosse non produttiva. La Pleurite Lupica non risponde alla terapia antibiotica, mentre il trattamento cortisonico riduce rapidamente sintomi e segni del versamento pleurico; la cronicizzazione è rara, più frequente è la recidiva di pleurite nelle fasi di attività della malattia. La Polmonite Lupica può essere acuta e associata a rialzo termico e tosse, più raramente sono presenti emoftoe e dispnea; l'infiammazione non risponde a terapia antibiotica e la cronicizzazione

rende necessario associare agli steroidi un immunosoppressore (spesso l'Azatioprina) per evitare l'evoluzione fibrotica, evento comunque abbastanza raro (incidenza in letteratura 0-9%).

Forme più rare di interessamento polmonare nel LES sono l'emorragia alveolare diffusa, la malattia tromboembolica e quadri di ipertensione polmonare. L'emorragia alveolare può essere l'evento iniziale del LES nel 10-20% dei pazienti con emoftoe come sintomo d'esordio. La sindrome tromboembolica è caratterizzata, invece, da aborti ripetuti, trombosi arteriose o venose ricorrenti e presenza di anticorpi nel siero anti-cardiolipina con necessità di utilizzare in questi casi una terapia antiaggregante (eparina e anticoagulanti orali). Infine l'ipertensione polmonare è un evento comune alle malattie autoimmuni sistemiche, ma poco frequente nel LES.

*Specialista dell'Apparato Respiratorio

► **LA PATOLOGIA.** Un'alterazione psicofisica che determina cambiamenti dell'umore

Il malessere del cambio di stagione: il disturbo affettivo stagionale

Olga D'Arienzo



Cos'è il disturbo affettivo stagionale?

Il Disturbo Affettivo Stagionale (Seasonal Affective Disorder - SAD) o Disordine Affettivo Stagionale è un'alterazione psicofisica che porta a vari cambiamenti dell'umore i quali, colpendo soprattutto ad ogni inizio autunno - in percentuale minore all'inizio della primavera - paiono seguire un andamento ciclico e sistematico. Venne formalmente nominato e descritto per la prima volta nel 1984 da Norman E. Rosenthal e co. del "National Institute of Mental Health".

Insomnia, inappetenza o al contrario di troppa fame, risveglio difficile al mattino, senso di stanchezza, difficoltà di concentrazione e brusca riduzione del desiderio sessuale.

Sono sintomi tipici che molte persone sperimentano in questo periodo dell'anno, quando, dopo l'equinozio del 21 settembre, è cominciato ufficialmente l'autun-

no.

Questa condizione ha un nome preciso nell'ambito della psicologia: sindrome da depressione autunnale (SAD).

Quali sono le cause riconosciute per la comparsa di questa sindrome?

È generata da più fattori. Sicuramente il cambio di stagione incide e non poco, dal momento che crea uno squilibrio a livello percettivo e sensoriale (il clima più freddo, l'imbrunire repentino, l'aumento delle piogge).

Ma agiscono anche altre cause, come l'inizio dell'attività lavorativa a pieno regime dopo le vacanze estive, il doversi ritagliare un maggiore spazio intimo tra le mura domestiche rispetto all'elevato grado di libertà sperimentato in estate. In concomitanza con l'abbassarsi della temperatura si riduce anche, in moto transitorio, l'attività del sistema immunitario, che concorre ad abbassare l'umore in modo lieve-moderato.

Come si manifesta?

Sostanzialmente con un atteggiamento di introversione e chiusura in sé stessi, ricerca di momenti in cui appartarsi e restare in silenzio, diminuzione del desi-



derio di lasciarsi andare ad esperienze di piacere, di convivialità, di svago e tendenza invece a ritirarsi nella propria intimità. si presenta con sonnolenza eccessiva, spossatezza e bisogno di cibo (soprattutto carboidrati) più elevato del normale. In molti lamentano confusione, ansia e deficit di attenzione, difficoltà di concentrazione, difficoltà a prendere decisioni, diminuzione dell'alibido, agitazione ecc.

Cosa fare per stare meglio?

Se l'episodio si verifica durante all'arrivo della stagione invernale, può essere utile esporsi alla luce del sole. Lunghe camminate all'aria aperta, anche se fa freddo, stare seduti su una panchina a prendere il sole, anche se è nuvoloso. Tenere le tapparelle sempre aperte, in modo da far entrare la luce del sole e illuminare l'ambiente.

Nel caso in cui, invece, i sintomi compaiano in estate, evitare di andare in giro nel bel mezzo di

una giornata calda e assolata, fare una doccia fredda e accendere l'aria condizionata può aiutare a trovare sollievo.

È importante, inoltre, curare l'alimentazione, assumendo cibi ricchi di grassi Omega-3, frutta e verdura e limitando i cibi ricchi di grassi saturi.

Praticare un'attività fisica moderata e inserire nella quotidianità momenti che inducano uno stato di benessere, come la lettura di un libro, la coltivazione di un interesse o di un hobby, può essere d'aiuto. Ad esempio, una giornata dedicata alla cura del nostro corpo, come un massaggio o una seduta alla spa, una manicure o una giornata di shopping per le donne o tutto ciò che è fonte di benessere può dare una mano a superare i sintomi del SAD.

Cura: gestione del disturbo del SAD

Quando i sintomi sono particolarmente severi o senti di "non farcela", chiedi aiuto ad uno specialista. Un percorso psicoterapeutico (psicoterapia cognitivo comportamentale) può rappresentare un valido aiuto per affrontare e superare questo momento. La psicoterapia ti aiuterà ad identificare la causa dei pensieri negativi, offrendoti strumenti per affrontarli e trasformarli in stimoli positivi e ad apprendere delle modalità salutari per gestire i sintomi ed evitare l'isolamento sociale.

*Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale

**L'ALLARME.** La preoccupazione principale è legata all'influenza stagionale

Il coronavirus e l'autunno: cosa succederà?

Gianpaolo Palumbo*



“Mutatis mutandis, la situazione è la stessa?”; in autunno cosa ci troveremo ad affrontare? Sarà possibile attribuire una prospettiva futura di senso al divenire imminente, tutto proteso alla lotta contro il Covid 19? I latini quando dicevano che: “cambiate (mutatis) le cose che sono da cambiare (mutandis), intendevano dire che si poteva procedere senza errori perché erano state fatte le dovute correzioni. Al punto in cui siamo, sentire ancora qualcosa di certo sulla pandemia appare un'illusione! Ovviamente, analizzando nella sua concretezza l'intreccio delle vicende umane legate alle dinamiche e alle motivazioni culturali, sociali ed economiche, senza fare alcun ricorso ad orizzonti trascendenti, si potrebbe ricavare una prospettiva completa e integrale del futuro che ci attende. Questo implica, però, che ogni possibile declinazione deve portare con sé autoriflessione e responsabilità, in misura ancor più rilevante, trattandosi di una situazione in cui sono in gioco le nostre vite.

A proposito di vita, già nel XIX secolo, Nietzsche aveva ammonito che “la vita non è un argomento; fra le condizioni della vita potrebbe esserci l'errore”; la scivolosità della nozione di vita proposta dal teorico del concetto di “nichilismo”, dimostra che il motore della nostra esistenza è l'errore. La scienza lo chiama mutazione: “fenomeno spontaneo, casuale, che produce la variabilità delle forme di vita, la cosiddetta biodiversità”. In tempi di pandemia, essendo probabilistico lo scenario in cui viviamo, siamo circondati di errori e senza poter comprendere cause certe, possiamo solo guardare gli effetti: sono qui davanti a noi che “presentificano” la morte.

Per questo ognuno di noi esige la verità sul coronavirus, non si accontenta di congetture statistiche, ha bisogno di certezze su cui costruire il proprio futuro prossimo, ha bisogno di credere che tutto possa ritornare come prima. Dunque, in autunno andrà tutto come prima, anzi meglio di prima? Purtroppo negli ultimi giorni, siamo ripiombati senza colpo ferire nel nostro sonno e quasi senza accorgercene siamo incappati in una facile illusione, e cioè che la forza responsabile di tutti avrebbe sconfitto il Covid 19.

In questo momento illudersi è stata la cosa più certa e più confortevole, perché abbiamo tutti un forte bisogno di normalità! Gli esseri umani hanno anche bisogno di una predizione degli eventi che accadranno, che si rivelano, purtroppo, spesso lontani dalla logica ma sotto braccio con l'astutezza dell'immaginazione.

Con il coronavirus non ci sono modelli matematici che studiano l'andamento dei fenomeni (i famosi processi casuali o probabilistici

detti stocastici). Esiste solo una serie di probabilità che possano accadere, lontani dalla fantascienza e vicini ad una seria e provata scientificità.

Il problema che l'umanità si era già trovata di fronte a varie emergenze sanitarie, comprese le pandemie “cugine” di altri coronavirus, come quelle della SARS e della MARS che però, trasmettendosi solo dagli animali agli uomini, non portarono a morte un milione di persone e non distrussero le economie. Il Covid-19 aveva esordito con la trasmissione dai pipistrelli ed ha avuto la cattiveria di “spostarsi” a quella da uomo ad uomo, che ha rappresentato un vero e proprio colpo fatale.

Altra nostra preoccupazione riguarda l'arrivo dell'influenza cosiddetta stagionale. Fino allo scorso autunno sono bastati dieci milioni di dosi di vaccino per tener testa ai problemi respiratori del periodo freddo dell'anno. Quest'anno si hanno bisogno di almeno 25 milioni di dosi perché bisogna coprire quanto più possibile il mondo degli anziani e dei soggetti fragili, senza dimenticare di aumentare l'arruolamento dei bambini, che nel nostro paese è già abbastanza congruo.

Abbiamo recentemente parlato e scritto di due farmaci che potrebbero e possono, in ordine di tempo,

precedere l'introduzione sulla scena mondiale dei vaccini. Il primo farmaco già in questo momento molto utilizzato per l'osteoporosi è in fase di test su volontari sani e che serve per combattere adeguatamente la guerra contro il covid-19. Altro rimedio farmaceutico riguarda la messa a punto degli anticorpi monoclonali specifici. Anche di questa ricerca si aspettano dati più ampi in senso numerico, oltre ai risultati positivi.

Pur essendo convinti che, senza gli opportuni comportamenti, finiremo con l'aspettare la manna dal cielo del vaccino, dobbiamo fare gli scongiuri che non si arrivi ad attuare un nuovo lock-down. Ed affinché quest'ultima possibilità non venga attuata la mascherina la deve fare da padrone, la distanza fisica va sempre mantenuta, le feste non vanno celebrate in luoghi piccoli e chiusi, le movide varie e gli assembramenti di ogni genere non possono ridiventare routine. Se si corre il rischio dell'eventualità di un lock-down bis si corre anche il rischio di mandare in tilt il sistema sanitario. Se il numero dei ricoveri dovesse essere importante nelle terapie intensive e sub-intensive allora ci si ritroverebbe punto e a capo, con le problematiche gravi presenti in Italia Settentrionale soprattutto.

In questa settimana dovrebbe es-



serci il rientro a scuola anche in Campania, ma il rientro cosa comporterà? La scuola non verrà rinnovata dal banco con le rotelle e dal tablet, ma dalla vita che alunni e docenti sapranno dargli, grazie alla costruzione di relazioni buone e a un lavoro ben fatto, nonostante le limitazioni che il distanziamento fisico impone. Il ritorno a scuola sarà il più importante segnale di ripresa, capace di dare al presente un senso che vada al di là della “prigionia della cronaca”; un orizzonte di senso che liberi dalla paura e dalla paralisi dell'azione, perché a mente spenta diventa difficile per tutti disegnare una nuova normalità.

Prima di concludere vorremmo ricordare che dopo che tutto il mondo ci ha copiato il ricorso al lock-down, che di fatto ha ridotto la strage di individui nel mondo intero, le autorità sanitarie europee hanno promosso l'Italia a pieni voti

per il contenimento della diffusione dei contagi. Infatti siamo arrivati a quota 32 contagi ogni centomila abitanti. E' un grande successo in confronto con la Spagna 263/100mila, la Francia 135/100mila, la Croazia 92/100mila e via di questo passo. Ha giocato a nostro favore il numero enorme di tamponi eseguiti quotidianamente, con l'imperativo categorico di aumentarne sempre di più, anzi triplicarne l'utilizzo.

Per rispondere all'interrogativo iniziale su che sapore avrà il prossimo autunno, ci piace prendere a prestito la famosa strofa della bellissima canzone di Lucio Battisti: “lo scopriremo solo vivendo!”, consapevoli che tutti i dubbi si risolvono nell'accettazione dell'impossibilità di conoscere il futuro se non vivendolo, cioè andando avanti nella vita!

*Medico Federazione medici sportivi italiani

Funghi e patologie cutanee, i dermatofiti

Maria Assunta Baldassarre*



Non di rado nell'attività ambulatoriale capita di osservare sulla pelle lesioni eczematose, intensamente pruriginose, che possono essere

la conseguenza di infezioni micotiche.

Tra i “cosiddetti funghi”, responsabili di patologie cutanee, ritroviamo i dermatofiti che vanno ad attaccare la cheratina della cute, dei peli e delle unghie.

Il contagio può avvenire attraverso gli animali quali cani, gatti, ecc., attraverso il terreno o per contatto interumano. La forma che si osserva di frequente è la tinea corporis, trasmessa dagli animali all'uomo. Le lesioni sono localizzate agli arti, al viso o in regione inguinale. Sono rappresentate da chiazze rossastre a margini netti, lievemente desquamanti con un bordino periferico costituito da piccole vescicole.

Sono intensamente pruriginose, tendono a regredire al centro e ad estendersi perifericamente. L'uso improprio di cortisonici può



mascherare la patologia in quanto le chiazze, con il trattamento, sembrano regredire mentre persiste un orletto periferico che ad un occhio esperto non può sfuggire. In quest'ultimo caso si parla di Tinea incognita, cioè nascosta da una terapia errata.

Ci sono persone che utilizzano per mesi creme a base di cortisone con la convinzione che la patologia stia regredendo e senza rendersi conto, invece, che le lesioni persistono pur non essendo pruriginose.

I funghi sono anche gli agenti eziologici della tigna del cuoio capelluto dei bambini. La mamma fa visitare il bambino dal medico per-

ché nota una chiazza priva di capelli, lievemente desquamante. In realtà i capelli ci sono, ma sono spezzati a due o tre millimetri dal punto di emergenza. Esistono due tipi di tigna del cuoio capelluto: quella microsporica in cui il pelo è circondato da ammassi di spore e quella tricofitica caratterizzata da spore all'interno dei peli. Non bisogna dimenticare, poi, la tigna favosa o tigna della miseria che si manifesta quando c'è una scarsa igiene o ci sono condizioni di promiscuità. A livello del cuoio capelluto è presente un ammasso di materiale di colore giallo, centrato da un da un pelo. Questa forma evolve in aree alopeciche che poi diven-

tano delle vere e proprie cicatrici. Esiste, ancora, una tigna suppurativa che interessa nel bambino il cuoio capelluto e nell'adulto la barba. E' caratterizzata da placche rossastre, lievemente desquamanti che si ricoprono di pustole. Da queste aree spesso fuoriesce pus. Le manifestazioni cutanee legate ad infezione da dermatofiti sono molteplici. Caratteristica è anche la tinea manum che si può presentare sia come forma classica con chiazze eritematose sia in forma atipica con una secchezza eccessiva che non regredisce. La caratteristica di questa patologia è la monolateralità, cioè interessa una sola mano a differenza della dermatite da contatto che di solito è bilaterale.

Quando un paziente presenta una manifestazione delle mani è opportuno guardare sempre anche i piedi perché, a volte, una tinea pedis può essere stata trasmessa anche alle mani. In ultimo ci sono le dermatofitosi ungueali che fanno apparire sull'unghia una macchia biancastra che tende ad espandersi fino a diventare policroma e l'unghia può essere friabile.

Conoscere queste patologie è importante, soprattutto per le forme che interessano i bambini, sia perché si tratta di malattie contagiose e sia perché le tigne del cuoio capelluto richiedono trattamenti sistemici anche prolungati. Una diagnosi corretta e precoce è il miglior approccio a questo tipo di infezioni.

*Dermatologa