





Salute & Benessere

BLACK NOVEMBER
 Per tutto il mese di Novembre
 Fino al **-25%** su montature
 da vista e occhiali da sole selezionati

Montella
 Via Verteglia, 58 P - Tel. 0827-69128 - Seguici su    VisionOttica  Iannaccone

*Regolamento all'interno del centro ottico.



Cosmetici come leggere l'etichetta

Mariolina De Angelis*



Sono tanti i cosmetici che ognuno di noi utilizza quotidianamente dai detergenti, dentifrici shampoo, crema e trucco, profumo, deodorante eccetera. Nell'ultimo decennio si è reso necessario regolamentare la scadenza di questi prodotti. Si legge molto circa l'argomento ma tanta è ancora la disinformazione. Con il regolamento della Co-

munità Europea del 2009 tutto è più chiaro e definito. Il cosmetico, infatti, attraverso la sua etichetta risulta munito di una vera e propria carta d'identità che fornisce al prodotto una garanzia di qualità e tracciabilità. L'etichetta ha caratteri chiari e visibili, contiene il nome di fantasia del prodotto e la PaO che altro non è che la data minima di durata del cosmetico dopo l'apertura, data fino alla quale il cosmetico continuerà a svolgere la sua funzione. Questa data è obbligatoria per i prodotti che hanno durata di 30 mesi, può essere

invece omessa per quelli che hanno una durata superiore. La PaO è espressa in modo chiaro nell'ordine: giorno, mese e anno ed è seguita dal simbolo di una clessidra. È opportuno comunque "vigilare" il cosmetico, controllarne la consistenza, il colore e l'odore, soprattutto quando ci si avvicina alla data di scadenza.

È determinante anche rispettare le norme di buona conservazione tenendo i prodotti lontano da fonti di calore che potrebbero alterare le caratteristiche e le funzioni del prodotto stesso. Sull'etichetta poi c'è il

numero di lotto, una sigla che identifica un preciso Batch di produzione che consentirà la tracciabilità della filiera del prodotto. Qualora questo dovesse creare dei problemi alla salute sarebbe quindi molto semplice individuare tutte le confezioni e ritirarle dal commercio. Sull'etichetta è anche riportata la funzione del cosmetico, l'uso dello stesso e gli ingredienti la cui nomenclatura è internazionale, quindi valida per tutta la comunità europea.

Di certo ci saremmo imbattuti in diciture partico-

lari, tipo: uso esterno, detergente, concentrazioni contenenti cloruro, ma tutto deve essere chiaro e comprensibile all'utilizzatore. Concludo riportando un altro aspetto importante per la comunità europea e cioè che i cosmetici non possono più essere testati sugli animali. Ciò che appare determinante dopo tutte queste informazioni, è che i consumatori devono prendere sempre visione dell'etichetta e, in caso di disorientamento, chiedere spiegazioni e aiuto ad un esperto del settore come il farmacista.

*Farmacista

**SANITA'.** Appare sempre di più un fattore di rischio maggiore

Obesità e Covid: lo shock fatale tra due pandemie



Attilio Spidalieri*



Un nuovo coronavirus, la SARS-Cov-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) ha causato una pandemia della malattia da coronavirus 2019 (COVID-19 per Coronavirus Disease 2019).

Essa ha comportato un numero notevole di ospedalizzazioni, notoriamente nelle unità di terapia intensiva (USI) per una sindrome di insufficienza respiratoria acuta, con conseguenti numerosi decessi. Oltre l'età avanzata, l'obesità appare sempre di più essere un fattore di rischio maggiore di grave evoluzione. Questa osservazione è molto importante dato che la nostra società dei consumi deve far fronte, già da molti anni, ad una prevalenza in costante aumento di persone in sovrappeso, o con obesità più o meno severa. Così la pandemia COVID-19 si scontra con la pandemia dell'obesità, per sfociare in una vera tempesta sanitaria. Questo pericoloso legame tra obesità e COVID-19 è stato oggetto di una presa di posizione ufficiale dell'European Association for the Study of Obesity (EASO).

La società attuale è confrontata a due pandemie, obesità e COVID-19. La pandemia dell'obesità è conosciuta già da molti anni, legata in buona parte agli eccessi alimentari ed alla sedentarietà. Essa rappresenta un vero problema di salute pubblica per l'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), e impatta in modo fondamentale il sistema sanitario, considerate le numerose comorbidità direttamente o indirettamente legate all'eccesso della massa grassa. La pandemia da COVID-19 è emersa all'inizio di quest'anno. L'OMS ha riconosciuto in modo ufficiale questa pandemia l'11 marzo 2020. In data 25 maggio 2020 questa pandemia ha colpito più di 5,4 milioni di persone nel mondo, provocando più di 345.000 decessi. Il tasso di letalità in Europa era stimato allo 0,9%. Le misure di confinamento e distanziamento hanno solo per un breve periodo in parte rallentato il processo di espansione dell'epidemia che attualmente ha ripreso il suo corso con rinnovata e aumentata velocità.

Dati epidemiologici. I dati disponibili nella letteratura riguardano soprattutto i pazienti con sindrome di insufficienza respiratoria acuta (SDRA), necessitanti di ricovero in terapia intensiva per beneficiare di un'assistenza respiratoria. Tutti gli studi si accordano nel dichiarare che l'obesità rappresenta un fattore di rischio di vedere la COVID-19 evolvere verso una forma più severa, con eventuale necessità di ricorrere ad un'assistenza meccanica ventilatoria.

Dati cinesi. L'obesità come fattore di rischio non era stata in modo particolare messa in evidenza nelle prime pubblicazioni cinesi. Bisogna però considerare che il tipo morfologico degli asiatici è differente, ed espone meno ad un eccesso ponderale massivo. Ne consegue che le soglie dell'indice di massa corporea (BMI) per queste popolazioni sono differenti da quelle utilizzate per gli occidentali, il tutto per distinguere il peso normale, il sovrappeso, e l'obesità. Ciononostante, in una pubblicazione riguardante le caratteristiche di 383 pazienti ammessi per COVID-19 all'ospedale di Shenzhen, il 32% era in sovrappeso (BMI tra 24 e 27,9 kg/m²),

e il 10,7% era in stato di obesità (BMI > 30 kg/m²). Il rischio di sviluppare una polmonite severa era aumentato dell'83% nei pazienti in sovrappeso e moltiplicato per 2,42 nei pazienti obesi, in paragone ai pazienti di peso normale. L'aumentato rischio legato al sovraccarico ponderale era più marcato negli uomini rispetto alle donne. Altre pubblicazioni recenti che vengono dalla Cina confermano ugualmente l'impatto negativo del sovraccarico ponderale e dell'obesità nella prognosi dei pazienti affetti da COVID-19. Ogni aumento di un punto del BMI era associato ad un aumento del rischio del 12%.

Dati americani. In un grande studio realizzato nella regione di New York riguardante 5.700 pazienti ospedalizzati (non necessariamente in terapia intensiva) per COVID-19, il 41,7% aveva un BMI > 30 kg/m², e il

19% un BMI > 35 kg/m². La proporzione dei pazienti obesi tra i malati ricoverati in terapia intensiva è elevata, con un rischio significativamente alto di necessità di assistenza respiratoria, come lo hanno dimostrato due altri studi

ugualmente realizzati nella regione di New York. In un primo studio, il 21% dei pazienti in terapia intensiva per COVID-19 aveva un BMI tra 30 e 34 kg/m², e il 16% un BMI > 35 kg/m². In questo lavoro, se si considerano le persone di meno di 60 anni, il rischio di essere ricoverati in terapia intensiva, con o senza ventilazione assistita, era moltiplicato per 1,8 per un BMI tra 30 e 34 kg/m², e per 3,6 per un BMI > 35 kg/m², il tutto in rapporto alle persone con un BMI < 30 kg/m². In un altro grande studio l'obesità in generale, e quella di grado 3 (BMI > 40 kg/m²) in particolare, aumentava il rischio di ospedalizzazione nel quadro di una COVID-19, rispettivamente, di 2,7 e 6,7 volte. Tra le persone ricoverate nei reparti di terapia intensiva, delle quali una maggioranza (68,5%) aveva necessitato di una ventilazione assistita, il 33% dei pazienti aveva un BMI tra 30 e 40 kg/m², e il 7,3% un BMI > 40 kg/m². Il rischio di presentare uno stato critico era moltiplicato per 1,38 nei pazienti con un BMI tra 30 e 40 kg/m², e per 1,73 per coloro con BMI > 40 kg/m², il tutto in paragone con i soggetti con BMI < 30 kg/m².

Se i dati epidemiologici disponibili vengono confermati, l'infezione corona-virus sarebbe una situazione particolare che rimetterebbe in questione il concetto dell'"obesity paradox". Quest'ultimo, ben conosciuto dai medici delle terapie intensive, fa eco al fatto che i pazienti molto obesi avrebbero, paradossalmente, una prognosi più favorevole dei pazienti meno obesi o di peso normale, nelle situazioni critiche di insufficienza respiratoria che si incontrano nelle terapie intensive. Questo non è il caso della COVID-19, senza dubbio dato che si tratta di un'insufficienza respiratoria acuta tutta particolare, complicata da una micro-angiopatia, e da micro-trombosi disseminate. Se l'età è generalmente considerata come il fattore di rischio più importante per quel che concerne la mortalità, la presenza di un'obesità potrebbe modulare questa relazione. Secondo alcune osservazioni italiane, confrontate a dei dati internazionali, la relazione tra obesità e

COVID-19 severa è particolarmente netta nelle persone più giovani, mentre, in assenza di obesità, soprattutto i pazienti molto anziani sono più a rischio di un'evoluzione sfavorevole. Questa constatazione mette ancora più in evidenza il ruolo deleterio dell'obesità nel quadro della pandemia in questione.

L'obesità rappresenta un accumulo di fattori di rischio. Il rischio aumentato dei pazienti obesi di evolvere verso una maggiore severità della COVID-19 può risultare dall'implicazione di molti meccanismi. Si tratta di disturbi della meccanica ventilatoria, della frequenza di comorbidità associate all'obesità e che sono conosciute per il loro ruolo deleterio, delle reazioni immunologiche e infiammatorie eccessive, ancora esacerbate dai depositi ectopici di grasso, compresi quelli intratoracici.

Problemi respiratori specifici. Si sa che l'obesità, quando è severa, altera le capacità ventilatorie. I pazienti obesi hanno generalmente una riduzione della forza dei muscoli respiratori, una riduzione dei volumi polmonari efficaci, un aumento delle resistenze delle vie aeree, e infine scambi gassosi meno buoni. Nelle circostanze di una COVID-19 con complicazione polmonare severa suscettibile di determinare ipossia, sembra logico considerare che tutte queste anomalie preesistenti legate all'obesità possano contribuire a deteriorare la situazione clinica, con evoluzione più rapida verso la necessità di una ventilazione meccanica. Inoltre quando questa deve essere realizzata, la mobilitazione di una persona obesa è più difficile, in particolare se la ventilazione va fatta con il paziente in posizione ventrale, come raccomandato nelle situazioni di ipossia più severe. Una complicazione classica dell'obesità è la sindrome delle apnee-ipopnee ostruttive del sonno (SAHOS). I pazienti obesi con SAHOS sono più a rischio in caso di COVID-19. Nello studio "Coronado" la SAHOS era associata ad un decorso sfavorevole nella coorte di pazienti diabetici studiati. Delle raccomandazioni sono state proposte a livello europeo



per farsi carico nel miglior modo di questi pazienti durante questa nuova pandemia.

Diabete del tipo 2. Esiste una forte correlazione tra l'obesità, in particolare quella con distribuzione addominale, e il diabete del tipo 2. I primi studi cinesi avevano già rapportato che la presenza di un diabete era un fattore di rischio importante di un'evoluzione severa della COVID-19. Una meta-analisi ha dimostrato un rischio di evoluzione verso una malattia critica o mortale aumentato di 3 a 4 nei pazienti diabetici. Questi dati sono stati confermati in differenti studi realizzati in Europa e negli Stati Uniti.

Ipertensione arteriosa. L'obesità è frequentemente associata all'ipertensione arteriosa (HTA). L'HTA aumenta il rischio di presentare una COVID-19 severa. Il sistema renina-angiotensina è stato incriminato, sen-

za che la correlazione sia stata confermata scientificamente. Nella meta-analisi cinese, un rischio di evoluzione verso una malattia critica o mortale era più che raddoppiato nei pazienti ipertesi. Un'altra meta-analisi ha rapportato un rischio di mortalità più che triplicato nei pazienti ipertesi rispetto ai normotesi.

Malattie cardiovascolari. L'obesità favorisce l'insorgere di malattie cardiovascolari ateromatose e favorisce anche l'insufficienza cardiaca. I decessi osservati nei pazienti con COVID-19 ospedalizzati si spiegano con l'ipossia legata alla polmonite e al collasso multiorgano, ma anche con le complicazioni cardiovascolari. I pazienti con patologie cardiovascolari pregresse presentano un rischio maggiore di evolvere verso uno stato critico o fatale.

Insufficienza renale. L'obesità rappresenta ugualmente un rischio aumentato di insufficienza renale. La SARS-Cov-2 è suscettibile di alterare la funzione renale, con, talvolta, un'evoluzione verso l'insufficienza renale acuta necessitante del ricorso alla dialisi.

Trombosi. Si sa che l'obesità può favorire le trombosi venose e aumentare il rischio di embolia polmonare, complicazioni frequentemente incontrate nei pazienti con COVID-19, evenienze suscettibili di incrementare la mortalità. Oltre le embolie polmonari classiche, la COVID-19 è caratterizzata per le micro-trombosi disseminate nei campi polmonari, associate a una micro-angiopatia. Queste lesioni vascolari multiple, riscontrate molto più frequentemente nell'infezione da corona-virus che in altre infezioni con insufficienza respiratoria acuta, contribuiscono certamente all'esito fatale.

Risposta immunitaria e reazione infiammatoria. L'obesità è caratterizzata da un aumento della massa grassa. I soggetti più a rischio sul piano metabolico presentano un'adiposità addominale, con un accumulo di grasso peri-viscerale, le cui caratteristiche pro-infiammatorie sono conosciute. Esistono interazioni complesse tra il tessuto adiposo e il sistema immunitario, così come tra le alterazioni metaboliche e l'infiammazione. Il contributo dell'infiammazione è maggiorato se l'obesità si complica con un diabete. Si ipotizza che il tessuto adiposo dei pazienti obesi possa rappresentare un serbatoio per la disseminazione del coronavirus, un'attivazione immunitaria ed un'amplificazione della reazione legata alle citochine. L'obesità è caratterizzata da depositi ectopici di grasso, non solo in peri-viscerale a livello addominale, ma anche negli stessi organi, come ad esempio il fegato (non-alcoholic fatty liver disease NAFLD). Esistono ugualmente depositi di grasso intra-toracici, nel mediastino,

dei quali il più studiato è il tessuto grasso epicardico. Questi depositi ectopici potrebbero contribuire ad una liberazione locale di citochine infiammatorie, come ad esempio l'interleuchina-6 (IL-6). Si ipotizzano anche micro-depositi lipidici nei polmoni, a livello degli spazi alveolari interstiziali. Questa infiltrazione aggraverebbe quella infiammatoria legata all'infezione virale, il che potrebbe favorire un edema massivo, con insufficienza respiratoria acuta necessitante di assistenza ventilatoria. I pazienti obesi ospedalizzati per una COVID-19 severa potrebbero essere candidati a beneficiare di medicinali specifici che hanno come bersaglio le azioni delle citochine, in particolare dell'IL-6. Alcuni dati preliminari favorevoli sono stati rapportati con il tocilizumab, anticorpo monoclonale anti-recettore dell'IL-6.

*Specialista in Endocrinologia e Diabetologia

► PANDEMIA ANCORA SENZA CURE. Antivirali, cloroquina, azitromicina: alla fine servirà il vaccino

Coronavirus ed eparina: terapia salvavita?

Fiore Candelmo*



Una pandemia senza cure certe è quanto di peggio ci si possa augurare. L'umanità sta conoscendo lo scenario inedito di una malattia ad elevata trasmissibilità, causata da un virus sostanzialmente sconosciuto nei suoi dettagli, per la quale la cura è di fatto scarsa o inesistente.

L'ultima vera pandemia fu la "Spagnola", anche essa determinata da un virus. In quel caso l'infezione si estinse probabilmente perché l'umanità riuscì a produrre, spontaneamente, una robusta immunità (di gregge). Ma anche in quel caso (soprattutto per l'arretratezza medica del tempo) le cure scarseggiavano.

Nel mondo scientifico, in questi mesi, si è fatto a gara a tirare fuori farmaci utili a fronteggiare il coronavirus, cogliendo un'occasione per pubblicare sulle riviste scientifiche qualsiasi dato, il più delle volte di dubbia utilità.

Cosa possiamo fare allora se un familiare si ammala di Covid (acronimo inglese di co-rona virus d-isease, malattia da coronavirus)? Probabilmente poco. Controllare accuratamente i sintomi, concordare con il medico di famiglia le prime cure, sintomatiche, e

allertare il 118 se questi sintomi diventano gravi, severi, in particolare se il respiro si fa difficile. Il che fortunatamente accade in una minoranza di casi.

Tra i pochi studi di una certa serietà, l'Italia si è distinta, nei mesi scorsi, per la raccolta di dati provenienti da autopsie di pazienti deceduti per il covid. Premettiamo che gestire un ammalato infetto è pericoloso, tanto facile è la contaminazione del personale sanitario (e sappiamo bene quanti sono stati coinvolti e sono anche deceduti). Eseguire una autopsia è ancora più pericoloso: i cadaveri sono un concentrato di virus, da trattare con attrezzature speciali. Si sa bene che, per arginare le infezioni, quando manca tutto, si usa il fuoco, bruciando ogni cosa sia venuta in contatto con il deceduto (e pure il suo cadavere).

Quindi massima stima per questi ricercatori.

In questa ricerca, sono state trovate numerose trombosi dei vasi polmonari, ma anche di reni, fegato e cuore, che potrebbero spiegare la gravità della insufficiente ossigenazione dei tessuti da parte di un polmone non più funzionante, nonostante l'intubazione. Da

qui l'idea di usare l'eparina, anticoagulante storico (la sua scoperta ha da poco compiuto i 100 anni) utilizzato in molteplici situazioni dove è necessario controllare e ridurre la capacità del sangue di coagularsi spontaneamente.

"Ciò non deve stupire", dice Valerio De Stefano, Professore Ordinario di Ematologia all'Università Cattolica di Roma: "L'infiammazio-



ne in generale, le infezioni dell'albero respiratorio, l'ospedalizzazione e il ricovero in terapia intensiva sono tutti fattori di rischio per trombosi. Anche i pazienti colpiti 10 anni fa da polmonite da influenza aviaria H1N1 mostravano un elevato tasso di incidenza di trombosi e anche allora si discuteva se fosse appropriato impiegare in prevenzione dosi di eparina più elevate di



quelle abituali. Il rischio di trombosi nei pazienti con COVID-19 è particolarmente elevato in quelli ricoverati in terapia intensiva: si va dal 25% delle casistiche cinesi (spesso senza profilassi eparinica), al 31% di un recente studio olandese (Klok, Thrombosis Research), in pazienti già in profilassi eparinica". (www.policlinicogemelli.it)

Immaginare, tuttavia, di somministrare indiscriminatamente a tutti i pazienti, anche a casa, l'eparina, è errato. Il farmaco, tanto utile nelle fasi importanti della malattia, non è privo di effetti collaterali e, probabilmente, è pure inutile nelle fasi iniziali o quando i sintomi sono assenti o lievi, quindi nei pazienti non ospedalizzati.

Si sta discutendo molto in queste settimane sul dosaggio dell'eparina, qualcuno ne suggerisce dosi più elevate del solito per combattere più efficacemente questa tendenza alla trombosi. La prudenza è necessaria sempre, anche e soprattutto in questi casi: spesso questi pazienti hanno anche una carenza di piastrine (consumate nella coagulazione disseminata negli organi) e potrebbero essere a maggior rischio di emorragie, potenzialmente fatali.

Lodevolmente l'AIFA, l'Agen-

zia italiana per il Farmaco, ha pubblicato sul suo sito, del quale riporto l'indirizzo (<https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmaci-utilizzabili-per-il-trattamento-della-malattia-covid19>), una serie di interessantissime schede per guidare la terapia con i farmaci attualmente disponibili. E' una delle poche fonti certe che la classe medica ha a sua disposizione in queste ore. L'Agenzia ha pubblicato i dati disponibili e gli indirizzi terapeutici su azitromicina (un antibiotico che avrebbe anche un parziale effetto antivirale: l'uso al momento è sconsigliato), cloroquina e idrossicloroquina (utilizzata per la malaria: l'uso attualmente per il Covid è considerato "off label" cioè non consentito), cortisone (da utilizzarsi unicamente nei pazienti ospedalizzati), antivirali (darunavir: uso vietato - lopinavir: : uso vietato - remdesivir: uso solo nei pazienti ospedalizzati e con necessità di ossigenazione permanente).

Un quadro sconsolante quindi. Non ci resta che sperare nel vaccino, probabilmente disponibile per il prossimo anno, e soprattutto, nella sua capacità di immunizzare la popolazione a lungo. Se ciò non si verificherà (ci sono diverse altre vaccinazioni che non danno immunità permanente) saremo costretti a ripetere periodicamente la sua somministrazione.

*Cardiologo

Risulta decisivo l'esame radiografico del torace

Diagnosi e imaging del Covid

Graziella Di Grezia*



L'imaging del Covid-19, nonostante le manifestazioni multiorgano della malattia, è prevalentemente legato al TORACE, essendosi rivelata una patologia a prevalente impegno del parenchima polmonare.

Analizziamo di seguito le principali metodiche a disposizione e le indicazioni al corretto utilizzo:

-L'esame radiografico standard del torace (RX torace) ha una bassa sensibilità nell'identificare le alterazioni polmonari più precoci della COVID-19, caratterizzate da opacità a "vetro smerigliato", pertanto non è l'esame radiologico indicato nelle fasi iniziali della malattia, potendo risultare completamente negativo [Cardiothoracic Imaging 2020]. Soltanto nelle fasi più avanzate dell'infezione l'esame RX del torace mostra opacità alveolari multifocali bilaterali, che tendono alla confluenza sino all'opacimento completo del polmone, con possibile piccola falda di versamento pleurico associato. Il suo valore è limitato ai pazienti ricoverati in degenza e in terapia intensiva e può rappresentare un vali-



do strumento per il monitoraggio evolutivo della polmonite (ACR, 2020), anche grazie alla possibilità della strumentazione portatile.

-L'indagine diagnostica principale è rappresentata dalla TC del torace; è una indagine altamente sensibile, in grado di rilevare le alterazioni riferibili a polmonite interstiziale ma le caratteristiche dell'imaging TC hanno una scarsa specificità per

la diagnosi di COVID-19. Nella fase iniziale della malattia, la TC mostra tipicamente opacizzazioni bilaterali a vetro smerigliato, con una prevalente distribuzione periferica simmetrica, in sede sub-pleurica; possono essere focali e avere forma rotondeggiante; a questo quadro possono sovrapporsi alterazioni ad aspetto reticolare intra-lobulare, tipiche di una malattia più avanzata. Nei giorni successivi si possono

riscontrare aree di consolidazione periferica, che indicano una organizzazione della polmonite. Secondo Wang et al [2020], si possono definire tre fasi della polmonite:

- 1 - 7 giorni dopo l'insorgenza dei sintomi: fase iniziale, che può progredire rapidamente;
- 8-14 giorni: fase avanzata con l'estensione delle alterazioni che si mantengono ad un livello stabile;
- dopo 14 giorni: segni di riparazione del tessuto polmonare fino alla completa risoluzione

-L'ecografia polmonare è una indagine diagnostica destinata a pazienti ricoverati in terapia intensiva; può rappresentare un primo approccio al paziente per la diagnosi, ma non rappresenta una tecnica di valutazione della progressione della malattia o per il follow-up. E' una indagine di utilizzo clinico [Poggiali et al., 2020] di supporto al processo decisionale terapeutico. Viene eseguita generalmente dai medici della terapia intensiva direttamente al letto del paziente soprattutto nelle manovre di pronosupinazione.

Può avere un valore aggiunto nell'integrazione con esame doppler di arti superiori e inferiori per predire fenomeni tromboembolici, in caso di rischio di coagulopatia da Covid-19.

Ognuna di queste indagini va eseguita secondo indicazione clinica e nel pieno rispetto delle norme di sanificazione delle sale e della strumentazione in aree dedicate e non, così come degli operatori e dei pazienti che devono indossare i DPI adeguati.

* Radiologo PhD

► **SOCIETÀ'.** *Manca il rispetto dell'altro, così diventa difficile frenare la pandemia*

Così abbiamo smarrito la strada

Gianpaolo Palumbo*



Doveva avere i caratteri dell'influenza, forse solo poco superiore per aggressività; ma nulla più. La malattia in questione, denominata "Covid-19", doveva essere sola una variante delle patologie infettive legate ai vari agenti virali denominati coronavirus. In particolare, per legarlo alle recenti pandemie di eguale origine, è stato battezzato dagli scienziati: "Sars-CoV-2". Eravamo certi di poter fare una passeggiata per annientare il virus a forma di corona, grazie alle risorse scientifiche ed ai supporti medico/terapeutici. Oggi, invece, non possiamo fare neppure una passeggiata perché abbiamo smarrito la strada. Abbiamo smarrito la nostra strada, non quella di casa, ma quella che ci guida, che guida gli uomini nelle loro scelte, nel loro... cammino di vita.

Il padre della nostra lingua Dante Alighieri diceva che la "diritta via era smarrita" nel primo verso del primo canto dell'Inferno (primo libro del poema più famoso del mondo), parlando della "selva selvaggia" che era "aspra e forte", con riferimento all'umanità dell'epoca. Oggi viviamo lo stesso in una selva in cui non ci si rispetta, non c'è la considerazione per l'altro. L'epidemia si sviluppa perché non abbiamo la considerazione né l'intelligenza per comprendere che volere il proprio bene è volere prima di tutto bene agli altri.

Fare del bene, in questo caso, significa volersi bene. Ma significa anche guardare avanti con un po' di saggezza, soprattutto apprezzando la bellezza delle cose semplici che la vita ci offre, recuperando il loro grande valore, da sempre offuscato da interessi più importanti.

Ad oggettivare tale pensiero ci aiuta la citazione di Schopenhauer, filosofo del dolore per eccellenza, secondo la quale "noi ci rendiamo conto direttamente dei beni più grandi della vita, salute, giovinezza e libertà, solo quando le abbiamo perdute: perché anch'esse sono negazioni. Dei giorni felici della nostra vita ci accorgiamo solo quando hanno ormai lasciato il posto a giorni infelici".

Viviamo dentro un labirinto e non c'è filo di Arianna che riesca a farcene uscire, un labirinto che, come scrive Eugenio Scalfari, è rappresentato dal "groviglio di contraddizioni che vivono dentro di noi, alimentano la nostra vita, la rendono felice e infelice, danno a ciascuno di noi un destino che non sta scritto da nessuna parte ma che si forma giorno per giorno emergendo dal contrasto interiore e dal come, giorno per giorno, si risolve misurandosi con il se stesso e con quello degli altri".

Un labirinto di problematiche di medicina, di ricerca scientifica, di sperimentazione vaccinale, di messa a punto di un farmaco che

agisca in maniera diretta ed unica sul virus. Tutto questo poteva servire a battere in tempo la diffusione ed invece il "Sars-Cov-2" ci ha beffati battendoci sul tempo e mettendo anche in ginocchio interi continenti, oltre all'economia di tutto il mondo.

Abbiamo parlato di un labirinto fatto di seri problemi, pieno di strade che si incrociano e non si ha la possibilità, una volta entrati di venirne fuori. Abbiamo anche citato il labirinto vero, quello che fu fatto costruire migliaia di anni fa da Minosse, re di Creta. L'opera fu compiuta dall'architetto Dedalo e, nella quale, Teseo, che per professione faceva il re di Atene, riuscì ad avere ragione del Minotauro. Quest'ultimo era un uomo con la testa di toro e che la mitologia voleva mangiatore di uomini. Fu facile per lui avere ragione dell'"animalesco" avversario grazie - come abbiamo già riportato - ad Arianna, figlia del re dell'isola. Quest'ultima gli fornì una spada avvelenata ed una matassa di filo che, srotolata, lo aiutò a camminare a ritroso per uscire dal labirinto dopo aver ucciso il mostro.

Quello che abbiamo raccontato è vero che è mitologia pura ed è vero che la fantasia la fa da padrona,

ma il labirinto esisteva come esiste oggi il labirinto dei nostri guai legati alla pandemia. Non abbiamo la matassa di filo per percorrere in sicurezza le strade che ci portano alla risoluzione del problema. Le strade da intraprendere sono tutte problematiche dove il caos ed il disorientamento regnano sovrani.

Più volte siamo tornati sull'argomento degli "altri" "ammalati" perché non si muore di solo covid ed anche perché la paura e l'allarme creato dalla sua diffusione planetaria ha dimezzato gli screening soprattutto in campo oncologico (meno 54,9%). La mortalità per la sola neoplasia del colon retto è aumentata dal maggio scorso del 12%. Gli esami non eseguiti per la diagnosi di questa patologia sono stati 560mila. Queste situazioni si sommano alle altre in un ingigantirsi di problemi drammatici che sembrano senza soluzioni.

A proposito di fatti tragici, che hanno richiesto accomodamento, elaborazione, forza d'animo e sforzi psichici, pensavamo fino ad oggi alla tragedia del terremoto dell'Irpinia. Numericamente era la più importante strage dalla nascita della Repubblica Italiana con i suoi tremila morti, i trentamila feriti ed i trecentomila senza tetto.



Questo primato ha retto quarant'anni ed è oggi di gran lunga superato dagli..."esiti" dell'invasione della "Covid-19".

In una dimensione esistenziale colma di punti interrogativi, al centro della quale domina una sola certezza, la necessità di isolarsi per non soccombere al "nemico", Blaise Pascal (il filosofo francese a cui sempre ricorriamo quando parliamo di esistere dell'uomo), avrebbe, giustamente osservato che "Tutta l'infelicità degli uomini deriva da un'unica cosa: dal non saper restarsene tranquilli, da soli, nella propria stanza". Ma noi

preferiamo porci agli antipodi di Pascal, che ambiva a starsene solo in casa, e senza mai smettere di sperare e di interrogarci, senza mai perdere quella sana vena di curiosità che apre al mondo. Vorremmo seguire nostalgicamente l'invito di Michel de Montaigne: "Io andrei da un capo all'altro del mondo per avere un anno intero di tranquillità piacevole e gaia: il mio principale obiettivo è vivere e stare allegro. Ne ho abbastanza di una tranquillità cupa e appannata che finisce per assopirmi e stordirmi".

*Medico Federazione medici sportivi italiani

Burioni: «Asintomatico non vuol dire non essere malato»

"In questi giorni si legge ogni sorta di corbelleria sul fatto che le persone infettate da Sars-CoV-2 e asintomatiche sarebbero sane, e non malate". È l'incipit di un articolo firmato e pubblicato da **Roberto Burioni** sul sito *Medical Facts*.

Il virologo scrive: "Asintomatico significa senza sintomi, il che in numerose condizioni cliniche non significa per niente non essere malati. I tumori - anche i più mortali - nelle fasi iniziali non danno sintomi, lo stesso vale per l'Aids per molti anni. Queste persone, pur essendo asintomatiche, se si sottopongono a esami clinici possono scoprire di essere gravemente malate, cosa importante da sapere perché se non si cureranno andranno incontro a una morte certa (o quasi), e il fatto di non avere sintomi è parte del problema". Poi Burioni si sofferma sul Covid.

"Molte persone infettate dal coronavirus non hanno effettivamente sintomi, ma questo non vuole dire che siano sane... Una porzione molto grande di persone, sebbene colpite da un'infezione silente e senza sintomi, internamente stanno subendo colpi all'interno del loro corpo di cui neanche sono a conoscenza".

"Qualcuno - prosegue - penserà che sia terrorismo, ma le cose stanno esattamente così e chi vi racconta qualcosa di diverso non vi dice la

Un altro tema assai discusso nei meandri



del web è la contagiosità degli asintomatici. «Chi è asintomatico, vogliate chiamarlo malato o no, può essere indubbiamente in grado di contagiare gli altri - sottolinea Burioni - Su questo non solo non c'è più alcun dubbio, ma è certo che una percentuale altissima di infezioni è provocata da persone asintomatiche. A questo punto, se questi asintomatici siano sani o meno diventa una discussione secondaria: questi asintomatici possono essere contagiosi e questo è il vero problema, visto il ruolo che possono avere nella diffusione della malattia, che non merita di essere commentata tanto è evidente».

Negli ospedali la situazione in Italia sta peggiorando con alcune strutture che si avvicinano al collasso, sulla scia di quanto avvenuto a marzo e aprile. Su questo Burioni ha voluto evidenziare i rischi "secondari" del Covid, non solo su chi viene contagiato. «Ora qualcuno potrebbe giustamente chiedere: ma su 1.000 infettati, quanti sono quelli che vanno incontro a conseguenze gravi, ovvero si ammalano sul serio e finiscono in ospedale? Permettetemi di rispondere che questo dato è ininfluente - dice il virologo - Nel momento in cui i reparti ospedalieri e le terapie infettive stanno riempiendosi a ritmo vertiginoso di malati la percentuale di quanti finiscono in ospedale o in terapia intensiva è irrilevante. I numeri assoluti generati dalla grande contagiosità di questo virus sono in grado di mettere in crisi gravissima il nostro sistema sanitario, pregiudicando non solo la possibilità di offrire cure adeguate a tutti gli ammalati di COVID-19, ma anche la possibilità di curare molte altre malattie». «Per questo è meglio smetterla di giocare con le parole - conclude Burioni su *Medical Facts* - diffondendo pericolose bugie che portano i cittadini a comportamenti scriteriati pericolosi per loro stessi e per la salute di tutta la comunità. Sta circolando un virus molto pericoloso, dobbiamo fare di tutto per diminuirne la trasmissione. Punto e basta».

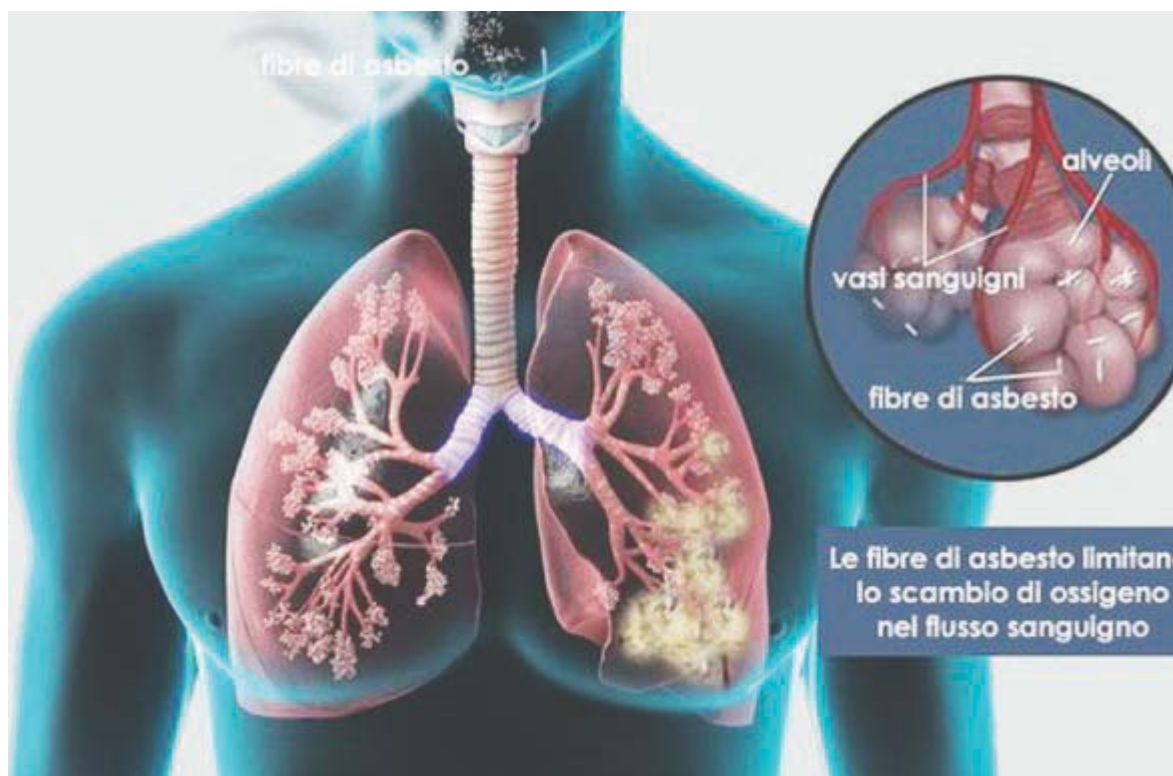
► **LA PATOLOGIA.** Una malattia professionale causata dall'inalazione di fibre d'amianto

Biagio Campana*



L'asbestosi è una malattia polmonare cronica provocata dall'inalazione di fibre d'amianto (asbesto) che finiscono col depositarsi nel polmone. È una malattia professionale, in quanto comunque è necessaria una esposizione significativa che solo nei luoghi di lavoro particolarmente inquinati si raggiunge. Sono però segnalati casi particolari di esposizione ambientale e casi di familiari di soggetti che avevano subito una esposizione massiva a polveri di amianto, probabilmente a causa della cura degli abiti da lavoro impregnati di polveri. Anche l'esposizione continuata in luoghi dove era presente amianto, ad esempio in campi di gioco, ha creato un significativo numero di casi di sviluppo di asbestosi. I principali settori lavorativi in cui per anni i lavoratori sono stati esposti al contatto con la fibra grezza o lavorata sono rappresentati dall'edilizia (eternit), dal settore tessile, dall'industria chimica, cantieristica, navale, impianti elettrici, termici etc. I casi di asbestosi che vediamo oggi sono comunque secondari ad esposizioni professionali del passato, in quanto ormai la sua estrazione e la sua lavorazione a scopo di isolante soprattutto termico, che aveva avuto un uso massivo a partire dagli anni 30 del secolo scorso, è stata in tutto il mondo abbandonata o fortemente ridotta dopo il 1975 per i rischi che lo stesso uso ne comporta. Appare chiaro che al momento, se escludiamo lavorazioni illegali o in paesi a basso sviluppo, rappresenta una problematica relativa solamente alla fascia di popolazione più anziana, magari già affetta da altre patologie croniche. Il potere patogeno è da riferire alla capacità delle sottilissime fibre di asbesto di penetrare in profondità nell'apparato respiratorio, ed in particolare

L'Asbestosi polmonare



le fibre con diametro inferiore a 0,5 μm. Giunte fino nei bronchioli respiratori e negli alveoli polmonari, le fibre attivano una cascata infiammatoria con interessamento di tantissimi mediatori che porta alla stimolazione della proliferazione e dell'attivazione dei fibroblasti dell'interstizio. e, in sintesi, alla fibrosi interstiziale diffusa. L'esordio clinico della malattia è piuttosto insidioso e, generalmente avviene dopo almeno 20 anni dall'esposizione. I sintomi sono quelli comuni a tutte le pa-

atologie croniche respiratorie come la tosse e la dispnea inizialmente limitata a sforzi di una certa entità come il salire le scale con dei pesi e successivamente presente anche a riposo. L'evoluzione, generalmente lenta, è verso una insufficienza respiratoria ingravescente; la gravità dell'insufficienza respiratoria per lo più è correlata alla durata dell'esposizione e alla sua intensità e può giungere ad uno stadio di compromissione respiratoria funzionale talmente importante da rendere

assai difficoltosa e talora impossibile la capacità respiratoria fino ai quadri di insufficienza respiratoria con necessità di ossigeno terapia a dosaggi sempre più elevati e soprattutto per un tot di ore che aumenta progressivamente nel tempo senza contare che nei casi più impegnativi si possa dover ricorrere all'uso della ventilazione meccanica. Pur raramente, può comparire il fenomeno delle dita a "bacchetta di tamburo" (apice delle dita delle mani rigonfio) e, negli stati molto

avanzati, cianosi ossia colorazione bluastra della cute e delle mucose visibili. Oltre a ciò, la cronica esposizione all'inalazione di fibre d'amianto comportano per il paziente un aumentato rischio di sviluppare, anche a distanza di molti anni dall'avvenuto contatto con l'asbesto sia una pleurite cronica ma soprattutto una patologia neoplastica caratterizzata da adenocarcinoma polmonare o più raramente bronchiale o nella peggior delle ipotesi da un tumore maligno della pleura (mesotelioma maligno della pleura) e del peritoneo (la membrana che avvolge i visceri addominali). Parliamo di patologie neoplastiche gravate purtroppo da un'elevatissima mortalità che possono presentarsi anche in assenza di asbestosi polmonare conclamata e che per tanto rendono la diagnosi tardiva e più complessa. La diagnosi è sicuramente anamnestica (anamnesi lavorativa della persona) e clinico-radiologica (TC del Torace) alla quale bisogna aggiungere l'identificazione, a livello microscopico, dei corpuscoli dell'asbesto presenti nell'espettorato e le prove di funzionalità respiratoria in accordo con quadro di prevalente alterazione ventilatoria restrittiva polmonare. La terapia dell'asbestosi è a tutt'oggi una realtà poco concreta, essendo gli unici presidi di una qualche efficacia riposti nell'immediata sospensione dell'abitudine tabagica (fumo di

sigaretta) che potrebbe costituire un rischio aggiuntivo per l'insorgenza di tumori. È sempre consigliabile la profilassi stagionale con vaccinazione anti-influenzale per limitare i danni conseguenti alla sovrapposizione dell'infezione da virus influenzali e la vaccinazione anti-pneumococcica. L'uso di farmaci inalatori non è raccomandato a meno che non ci sia overlap con patologie ostruttive. Da valutare caso per caso la necessità di ossigeno terapia.

*Specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio

Neurofibromatosi, quelle macchie caffèlatte

Maria Assunta Baldassarre*



Sulla nostra pelle, oltre ai nevi, possono essere presenti delle macchie di color camoscio o marrone chiaro che molti definiscono "voglie". In realtà si tratta di macchie caffèlatte che, quando superano il numero di sei, sono espressione di una malattia genetica, la Neurofibromatosi di tipo uno o malattia di Recklinghausen. È una patologia che si trasmette con carattere autosomico dominante. Ogni genitore che ha un figlio con macchie caffèlatte deve essere informato che, qualora il loro numero superi il sei, è opportuno far ricorso ad una consulenza genetica. Oltre alle macchie caffèlatte, sulla cute ed in particolare a livello dei cavi ascellari e delle ginocchia, si possono osservare lentiggini di piccole dimensioni mentre sul tronco sono presenti da pochi e numerosi neurofibromi. Si tratta di tumori molli che appaiono come papule o noduli del colore della pelle o brunastre che assomigliano a fibromi penduli. In



alcuni casi i neurofibromi si possono sviluppare più in profondità nel tessuto sottocutaneo ed assumere grandi dimensioni. La pelle dei pazienti con malattia di Recklinghausen appare di colore verde oliva o giallastro. Un sintomo caratteristico è il prurito. Nell'occhio, a livello dell'iride, ci sono i cosiddetti noduli di Lisch, degli amartomi che non si evidenziano facilmente ad occhio nudo, ma con una visita oculistica. Esistono anche dei neurofibromi che si sviluppano a livello dei tronchi nervosi e che sono responsabili di parestesie. I pazienti con neurofibromatosi di tipo uno possono sviluppare neurinomi acustici, cioè tumori dell'orecchio, leucemie mieloidi croniche e tumori del sistema nervoso centrale come meningiomi, astrocitomi o gliomi del nervo ottico. Questi ultimi possono portare a cecità. L'ipertensione arteriosa è un'altra espressione della neurofibromatosi come anche la scoliosi e le alterazioni a carico delle ossa lunghe quali la tibia con pseudoartrosi e curvature patologiche. Alcuni pazienti possono manifestare difficoltà di apprendimento. Essendo una patologia genetica non esiste una cura. I neurofibromi cutanei possono essere rimossi chirurgicamente mentre le manifestazioni a carico del sistema nervoso centrale possono essere evidenziate con la risonanza magnetica. Il monitoraggio clinico di questi pazienti è l'unica arma a disposizione per fronteggiare eventuali manifestazioni sistemiche.

*Dermatologa

**▶ ALIMENTAZIONE.** *E' importante tenere sotto controllo l'assunzione quotidiana di fibre*

Combattere la stitichezza con la dieta

Laura Melzini*



Il termine stipsi indica la difficoltà nell'espletamento della funzione intestinale che può condizionare anche in modo molto serio il benessere e la qualità della vita. In Italia si stima che almeno il 15% della popolazione soffra di questo disturbo, con un'incidenza maggiore tra le donne e tra gli anziani. Si parla di stipsi quando la frequenza dell'evacuazione è inferiore a tre volte a settimana, inoltre possono essere correlati altri sintomi come dolori addominali, meteorismo, gonfiore oppure senso di mancato svuotamento intestinale. A volte sono presenti fattori non modificabili che predispongono alla stipsi, ma per la maggior parte delle persone esistono strategie che permettono di

regolarizzare la funzionalità intestinale, come una corretta alimentazione, uno stile di vita attivo e l'adozione di misure per il controllo dello stress. Qualunque sia la causa della stipsi, la prevenzione e l'alimentazione sono tra i trattamenti iniziali.

La stitichezza può essere transitoria o acuta, se il disturbo è passeggero e legato a cause contingenti: è frequente, per esempio, nelle donne in gravidanza, durante cambiamenti di luogo o di abitudini alimentari, nelle persone sedentarie, in quelle che non si idratano a sufficienza.

Invece la stitichezza è cronica se dura per più di 6 mesi e può essere causata da disfunzioni motorie intestinali o anorettali oppure da patologie come la diverticolosi, le malattie infiammatorie croniche intestinali, il tumore del colon-retto. La stitichezza può essere anche un sintomo della sindrome dell'intestino irritabile, in cui

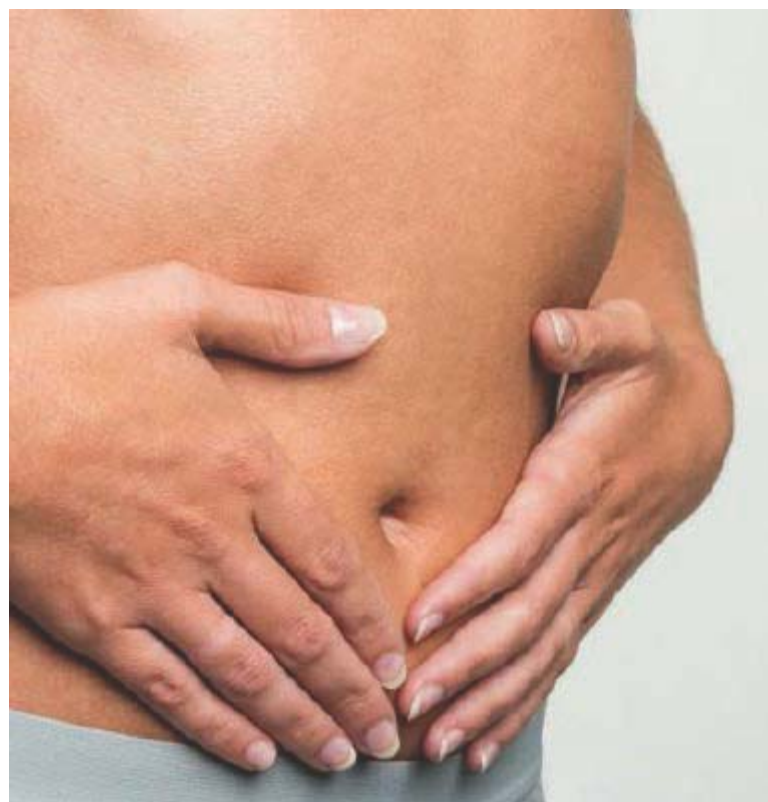
si alternano stipsi e scariche diarroiche.

Per combattere la stipsi, innanzitutto è importante tenere sotto controllo l'assunzione quotidiana di fibre: bisogna assumerne almeno 25 grammi al giorno. Ce ne sono di due tipi:

le fibre solubili aiutano a ridurre il colesterolo e la glicemia, rallentando l'assorbimento dei carboidrati, e favoriscono il senso di sazietà. Si trovano nella frutta e nella sua buccia, nei legumi, nelle patate, nell'avena;

le fibre insolubili riducono il tempo di transito intestinale delle feci che, assorbendo acqua dall'intestino, diventano più morbide e voluminose, quindi più facili da espellere. Sono presenti in abbondanza nei cereali integrali, nei cavoli, nelle noci. Solo nel caso in cui si soffre di colon irritabile, meglio limitarne il consumo.

Quindi risulta fondamentale mangiare una porzione di verdu-



ra ad ogni pasto, cotta o cruda, privilegiando spinaci, zucchine, broccoli e cavolfiore; consumare 2-3 frutti al giorno, preferibilmente un kiwi al mattino a digiuno; consumare i legumi due volte a settimana;

aumentare l'apporto di acqua a 2 litri al giorno, bevendo acqua oligominerale naturale, per mantenere l'idratazione ottimale.

Altre modifiche nello stile di vita riguardano l'attività fisica che facilita il transito intestinale, migliorandone la peristalsi: se il colon è pigro i residui alimentari ristagnano, l'acqua viene riassorbita più del dovuto e le feci si induriscono, diventando più difficili

da espellere; il consumare i pasti ad orari regolari; limitare il consumo di lassativi, usati a lungo termine potrebbero danneggiare l'intestino e peggiorare la stitichezza.

Quindi una dieta ispirata ai principi della dieta mediterranea, ricca di frutta, verdure e cereali e povera di grassi e zucchero, un'adeguata idratazione, un'attività fisica regolare e l'abitudine di dedicare il giusto tempo alle necessità del proprio intestino sono i 4 principi base che dovremmo seguire ogni giorno per tenere il più possibile lontana la stipsi.

***Specialista in scienza dell'alimentazione**

IN ABBINATA OBBLIGATORIA CON L'ALTRA VOCE DELL'ITALIA



DAL 5 NOVEMBRE
L'EDICOLA PRIMO LUOGO DI SALUTE
PER MENTE E CORPO

TUTTI I GIORNI
3 MASCHERINE
100%
MADE IN ITALY

TUTTI I GIORNI 3 MASCHERINE OMAGGIO AI NOSTRI LETTORI

MASCHERINA CHIRURGICA TIPO II MONOUSO PER USO MEDICALE - DISPOSITIVO MEDICO DI CLASSE 1

www.quotidianodelsud.it



► **LE TERAPIE.** *Dai farmaci antiinfiammatori all'alternanza di movimento e riposo*

La gestione clinica dell'ernia del disco

Mario ed Alessandro Ciarimboli*

In medicina, per ernia si intende la fuoriuscita della parte di un organo dai propri limiti cioè il passaggio al di fuori del proprio contenitore. Nel caso dell'ernia del disco ci si riferisce ad una struttura anatomica compresa tra due vertebre rispetto alle quali ha la funzione di "ammortizzatore". Questo disco si interpone tra un corpo vertebrale e l'altro.

Esso è costituito da una parte interna, soffice e gelatinosa (nucleo), che ha la funzione di ammortizzare i carichi che gravano sulla colonna vertebrale, e da una parte esterna che circonda il nucleo e lo contiene (anello fibroso o anulus). In caso di rottura dell'anulus il nucleo fuoriesce e diventa

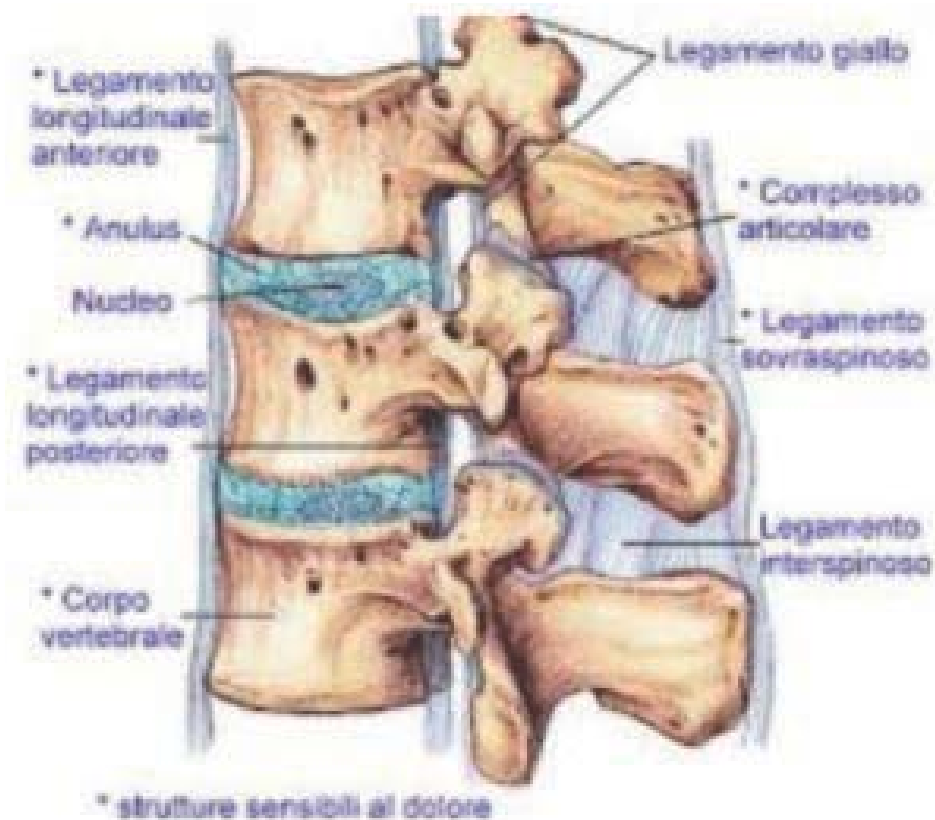
"ernia del disco". Quali sono le cause della rottura dell'anulus? Possono essere molteplici e generalmente di origine meccanica come piccoli traumi ripetuti e ricorrenti (ad esempio da lavoro usurante) o posture costantemente scorrette o un trauma unico, importante (ad esempio un incidente stradale come un tamponamento). In questa lesione dell'anulus si infila il nucleo, generalmente, almeno per il rachide lombare, dopo un brusco movimento di flessione estensione della colonna (movimento che si effettua quando si solleva un oggetto come il classico vaso da fiori).

Le ernie clinicamente più significative si verificano a livello lombare (lombalgia) e a livello cervicale (cervicalgia). Se l'ernia va a comprimere una radice nervosa provoca una sintomatologia decisamente più complessa. In questi casi parliamo di cervicobrachialgia (ernia cervicale con interessamento delle radici nervose del braccio), lombosciatalgia (con coinvolgimento delle radici del nervo sciatico) o lombocuralgia (con coinvolgimento delle radici del nervo femorale o crurale). Descritta così, l'ernia sembra un mero fenomeno meccanico che, nei casi più gravi, determina compressione delle radici nervose e come tale può essere risolta solo chirurgicamente. In realtà non è proprio così, infatti alla lesione compressiva (meccanica e quindi chirurgica) si associa la fuoriuscita dal disco erniato di sostanze chimiche che sono lesive per il nervo. Sono sostanze che innescano fenomeni infiammatori che danneggiano la radice nervosa provocando i classici sintomi della "sciatica" (dolore della parte posteriore di gamba e coscia), della "cruralgia" (dolore nella parte anteriore della coscia) e della "brachialgia" (dolore del braccio). Questa tipologia di dolore si abbina spesso a turbe del movimento come la difficoltà a sollevarsi sulla punta del piede o a flettere dorsalmente (piegare in su) la punta del piede o ad effettuare movimenti di prensione con la mano. La spiegazione del dolore come effetto di un fenomeno chimico non è per nulla secondaria giacché, se la lesione fosse solo di origine compressiva unica

soluzione sarebbe chirurgica. Ma se la lesione è di origine chimica è evidente che un trattamento non chirurgico ma farmacologico o meccanico non cruento può fornire eccellenti prospettive di cura.

La diagnosi di ernia del disco è soprattutto clinica. Infatti, gli esami strumentali (TAC, RMN) non danno garanzia di corretta valutazione. È vero che si identificano con certezza l'ernia ma è pur vero che il 30% delle persone ha un'ernia del disco senza mai aver avuto la benché minima sintomatologia. Ne consegue che va fatta diagnosi di ernia del disco "significativa" soltanto se clinicamente si evidenziano deficit funzionali (dolore e difficoltà al movimento) e sofferenza neurologica periferica. TAC e RMN possono solo confermare quello che il buon Medico identifica con una attenta visita. Prima di prescrivere esami il Medico deve identificare e quantificare i segni clinici:

- Alterazioni della sensibilità
- Perdita di riflessi
- Perdita di forza muscolare



Per far questo si utilizzano test clinici (manovre di Wassermann, di Lasegue, valutazione dei riflessi profondi, valutazione della sensibilità epicritica e protopatica ecc.). Se queste valutazioni non risultano alterate non si può affermare in maniera certa ed assoluta che l'ernia è significativa.

Quanto sopra detto è naturalmente importantissimo per la impostazione di un programma terapeutico. Quando si manifesta una sintomatologia da ernia del disco "significativa" occorre agire nella maniera seguente:

- Somministrazione di farmaci antiinfiammatori (Cortisone o FANS)
- Evitare il completo riposo a letto, pur evitando sforzi e posizioni che provocano dolore
- Uso di tecniche di terapia manuale con mobilizzazione della colonna vertebrale che favoriscono la riduzione della compressione della radice nervosa e allo stesso tempo favoriscono un miglior posizionamento del disco riducendo la fuoriuscita di fattori chimici flogogeni. Naturalmente la mobilizzazione deve essere ben regolata seguendo l'andamento del dolore ed evitando movimenti che lo determinano. In queste tecniche include-

mo tutte le manualità che determinano "allungamento" delle catene cinetiche muscolari che servono la colonna vertebrale.

L'effetto del trattamento va valutato nell'arco di un mese. Se il dolore e la sintomatologia neurologica eventualmente associata non passa, la risoluzione (a diagnosi certa, cioè confermata con RMN o TAC) è chirurgica e, quindi, il Paziente va affidato allo specialista neurochirurgo.

Un corretto programma di terapia (medica e fisica) generalmente risolve il problema nell'arco di quattro - sei settimane. Per persistenza di gravi sintomi (dolore intenso e deficit neurologico accertato) si opta per il trattamento chirurgico. In conclusione, il comportamento corretto nei confronti di una sintomatologia da ernia del disco è il seguente:

- Visita medica attenta e scrupolosa con Diagnosi di ernia del disco significativa
- Evitare il riposo assoluto con alternanza di movimenti (non stressanti e faticosi) e riposo
- Cura con farmaci antiinfiammatori e terapie di mobilizzazione del rachide

* Fisiatri

Cnr, una speranza per la cura della paraplegia da lesione midollare

Le lesioni traumatiche complete e incomplete del midollo spinale rappresentano una vera e propria sfida della medicina poiché, nonostante gli enormi progressi della scienza, a oggi non esiste una cura in grado di ripristinare le abilità motorie perse.

Tali lesioni provocano perdita permanente, totale o parziale, della trasmissione di impulsi nervosi sensoriali e motori nell'area sottostante la lesione, provocando paraplegia o tetraplegia. Si è calcolata un'incidenza globale di 10,5 casi per 100.000 persone, ovvero 768.473 nuovi casi all'anno nel mondo, dovuti principalmente a incidenti stradali, cadute accidentali, sport, armi ed incidenti sul lavoro. Solamente in Italia, nei cosiddetti incidenti del sabato sera, il 20% degli infortunati subisce lesioni spinali con invalidità permanente e l'80% degli interessati ha un'età tra i 29 e i 42 anni. Sebbene la qualità di vita di questi pazienti sia notevolmente migliorata, la patologia comporta numerose e



gravi comorbidità come il dolore neuropatico ed è associata a ingenti costi per il Servizio sanitario nazionale. I risultati di una ricerca dell'Istituto di biochimica e biologia cellulare del Consiglio nazionale delle ricerche (Cnr-Ibc) pubblicati sulla rivista specializzata Toxins e oggetto di un brevetto, presentato dall'11 al 13 novembre all'evento digitale Tech Share Day, mostrano come la somministrazione spinale della neurotossina botulinica di tipo A durante la fase acuta successiva al trauma

eviti l'evoluzione del danno, limitando la morte cellulare, inibendo il rilascio di glutammato e riducendo la cicatrice gliale, così favorendo il ripristino delle connessioni muscolo-cervello. Inoltre, è stata dimostrata la sua efficacia nel contrastare anche l'insorgenza del dolore neuropatico. Lo studio è condotto in collaborazione con Irccs Fondazione S. Lucia, Sapienza Università di Roma e Sanford Burnham Prebys Medical Discovery Institute di La Jolla (Usa).



► **PREPARAZIONE.** *Attenersi a un protocollo dettato dalla Farmacopea dell'UE e dal decreto ministeriale*

Ecco cosa sono i farmaci galenici

Medicinali preparati su richiesta da un farmacista autorizzato in un apposito laboratorio



Maridea*

I farmaci galenici sono medicinali preparati su richiesta da un farmacista autorizzato in un apposito laboratorio in farmacia.

Il nome dei farmaci galenici deriva da Galeno, noto medico e studioso vissuto nel II sec. d.C. che pare curò anche Marco Aurelio e fu uno dei più celebri medici dell'antichità lasciando un'importante eredità alla medicina moderna grazie ai suoi studi.

Fino agli anni '30 preparare medicinali era uno dei compiti principali del farmacista, oggi non è più così, ma ci sono ancora dei farmacisti che li preparano.

Nello specifico si dicono farmaci galenici i medicinali che contengono principi attivi farmaceutici, mentre le preparazioni galeniche che non contengono tali principi attivi sono classificati come integratori, ma sempre allestiti dal farmacista.

Entrambi rientrano, però, in quelli che vengono definiti "galenici da farmacia".

Nella preparazione dei farmaci galenici il farmacista deve attenersi a un protocollo ben preciso dettato dalle norme di buona preparazione della Farmacopea dell'UE e dal decreto ministeriale.

I farmaci galenici possono essere



realizzati in base alla specifica richiesta di un medico per un particolare paziente e dunque rappresentare un farmaco ad personam su misura, in questo caso si parla di "preparati (o formule) magistrali" secondo la prescrizione del magister (medico) appunto; oppure prodotti dal farmacista nel rispetto del regolamento della Farmaco-

pea dell'Unione Europea, senza una prescrizione medica, in questo caso si parla di "preparati (o formule) officinali".

Perché ricorrere ai farmaci galenici?

I motivi per cui è utile servirsi dei farmaci galenici sono diversi, innanzitutto sono perfetti se è necessario personalizzare il farmaco in

base alle esigenze del paziente, in quanto sono ideali per avere un dosaggio personalizzato - spesso non presente nei farmaci industriali dotati di dosaggi standard - e ottimi in quanto considerano la variazione di alcuni fattori come l'età o la tolleranza dei principi attivi. Inoltre, un farmaco può essere prodotto con eccipienti ai quali un

paziente può rivelarsi allergico, ecco perché lo stesso farmaco può essere preparato dal farmacista con una variazione di eccipienti a seconda dell'intolleranza.

È importante, ancora, ricordare che la preparazione di un farmaco galenico può permettere, ove sia prescritto ed in accordo con le normative vigenti, l'associazione di più principi attivi in un solo prodotto.

Si può inoltre scegliere la forma farmaceutica migliore a seconda del tipo di paziente, dalla capsula allo sciroppo, in modo da migliorare la compliance alla terapia.

Accade spesso che vi siano anche problemi di reperibilità di alcuni farmaci che, non essendo più prodotti, richiedono una preparazione galenica per cui realizzarli in farmacia è l'unico modo per ottenerli.

Alcuni principi attivi, per di più, sono efficaci se assunti in un determinato periodo di tempo, ecco perché avere un farmaco realizzato in modo specifico può essere molto d'aiuto.

Infine, i farmaci galenici possono essere allestiti sul momento per un consumo in tempi brevi, a tutto vantaggio della stabilità dei principi attivi che, infatti, in tempi lunghi vedono ridursi la loro efficacia.

*Farmacista

Ernie del disco in aumento, soluzione è laserterapia

Che si tratti di un leggero fastidio o di un dolore invalidante, il mal di schiena affligge il 90% della popolazione adulta dei paesi occidentali. È questo il dato diffuso dall'Istituto Superiore di Sanità, che annovera fra le cause principali di questo male un lavoro sedentario, una postura scorretta e la mancanza di attività fisica: eventualità ancora più diffuse in questo difficile periodo di pandemia. Vizi e cattive abitudini con cui in molti scelgono di convivere, ma che, a lungo andare, possono evolversi in una radicolopatia, ovvero una patologia provocata dalla compressione di una o più radici spinali. Una delle cause più frequenti di radicolopatia è l'ernia del disco, un'anomalia della colonna vertebrale di origine traumatica o degenerativa che si verifica nel momento in cui il disco intervertebrale si rompe, con conseguenti dolori e limitazioni funzionali. In particolare, le ernie discali lombari interessano circa il 5-10% della popolazione con un'età media di 40 anni, mentre le ernie discali cervicali colpiscono circa l'1% della popolazione con un'età media di 47 anni.

Inoltre, sempre stando ai dati dell'Istituto Superiore di Sanità, ogni anno in Italia circa 30mila pazienti vengono sottoposti ad intervento chirurgico per

ernia del disco. Fortunatamente, ci sono anche buone notizie: nei casi meno gravi, il ricorso all'intervento chirurgico non è necessario e l'ernia può essere trattata con cure conservative che possono farla regredire del tutto o in larga parte. Fra queste rientrano la fisioterapia, l'omeopatia e, specialmente negli ultimi anni, la laserterapia. Un esempio tutto Made in Italy in questo senso è Theal Therapy, l'innovativa laserterapia made in Italy di Mectronic.

"Personalmente, trovo che la rivoluzionaria tecnologia di terapia laser Theal Therapy si stia rivelando vincente nel trattare le ernie del disco in maniera rapida ed efficace, riducendo il dolore e accelerando i tempi di recupero - ha spiegato il Dott. Paolo Tenconi, medico, preparatore atletico professionista e allenatore Uefa B - Quest'innovativa metodica laser, infatti, possiede un protocollo terapeutico ad hoc per le radicolopatie e, grazie al controllo termico, riesce a garantire un effetto antalgico, antinfiammatorio, antiedemigeno, decontratturante e soprattutto fotobiostimolante. Inoltre, la sua estrema duttilità e facilità di utilizzo permet-

te di lavorare in fase dinamica, erogando l'energia fisica durante la richiesta di esercizi motori".

È proprio grazie alle cure conservative che nel 2018 Simona Halep è guarita da un'ernia lombare, una delle zone più a rischio per i tennisti. Al contrario, ad



altri sportivi e personaggi di spicco non è andata altrettanto bene e si sono dovuti sottoporre obbligatoriamente a interventi chirurgici. Milly Carlucci, per esempio, ha sofferto di dolori alla schiena per anni a causa del pattinaggio su ghiaccio. Non solo: dopo essere rimasta

incinta ha avuto ben tre ernie al disco, in quanto anche le gravidanze possono essere causa di radicolopatia.

Oppure Barbara D'Urso, che ha raccontato di aver passato otto mesi infernali fra antidolorifici e medicina omeopatica prima di scegliere di percorrere l'unica via possibile per lei, ovvero sottoporsi a un'operazione di rimozione chirurgica. Nel suo caso, la radicolopatia è stata provocata da un allenamento in palestra probabilmente troppo intenso. Infatti, sottoporsi abitualmente ed in maniera prolungata a sforzi fisici elevati può essere un altro fattore rilevante di rischio. Non stupisce quindi che anche molti atleti abbiano sofferto di questa patologia.

Soprattutto i calciatori, che, allenandosi all'aperto, spesso sono soggetti a freddo e umidità, fattori deleteri per le radicolopatie. Caso esemplare in questo senso è quello di Buffon, che ai Mondiali del 2010 è stato messo fuorigioco da un'ernia lombo-sacrale.

L'intervento di rimozione è stato relativamente rapido, ma i lunghi tempi riabilitativi, necessari ai fini di una corretta e completa ripresa, l'hanno tenuto a lungo lontano dal campo. Se poi ci spostiamo oltreoceano, il premio

Oscar Christian Bale ha sofferto di una doppia ernia del disco causata dall'eccessivo aumento di peso per il suo ruolo nel film American Hustle, mentre Dwayne Johnson, in arte The Rock, se ne è procurate tre in un incontro di wrestling.