

# La canapa una pianta molto discussa



**Mariolina De Angelis\***



In questo momento di crisi sanitaria l'opinione pubblica ha ancora di più familiarizzato con il mondo scientifico. I cittadini hanno compreso l'importanza del rigore della scienza e soprattutto le varie figure professionali si sono avvicinate a tematiche e problematiche che per diversi anni erano state accantonate o addirittura considerate desuete. L'apertura verso l'innovazione ci ha riportati all'approfondimento di argomenti che spaziano dalla medicina alla sociologia, dalla psicologia alla chimica farmaceutica. Un agente patogeno con cui eravamo abituati a misu-

rarci e' mutato e ha determinato una crisi sanitaria. La parola chiave e' l'innovazione e mi riferisco alla capacità di riconsiderare, rivisitare molecole già esistenti o principi attivi in una nuova veste che ci consenta di dare una visione epidemiologica in questa emergenza dovuta al covid-19. In questo scenario, complesso e unico, è determinante non perdere di vista alcune sostanze, anche di origine vegetale, che hanno segnato la storia della medicina e che oggi rappresentano un valido e insostituibile elemento nella cura di alcune patologie. Mi riferisco alla canapa e ai benefici terapeutici che essa ha. La canapa, aldilà delle controversie circa il suo utilizzo come stupefacente, resta un valido ausilio in alcune patologie di origine neurologica. Mi riferi-

sco soprattutto al trattamento della sclerosi multipla e di alcune forme di epilessia. Fu il professor Lester Grinspoon, psichiatra, a studiare a fondo i 400 principi attivi contenuti nella canapa. Nello studio di metanalisi che risale all'anno 2000 il professore ha concluso che la canapa è molto efficace nel dolore neuropatico e nel dolore spastico, pertanto utilizzato nei sintomi di questa di queste patologie soprattutto perché migliora la spasticità, i sintomi della vescica e la qualità del sonno. Quando poi nel 2007 è stato stabilito che la canapa non ha nessuna interferenza con i farmaci chemioterapici essa ha visto il suo l'utilizzo anche nei pazienti oncologici. Gli studi hanno condotto ad una importante scoperta, quella di un effetto caratteristico che

ha la canapa, detto effetto entourage. Cio' vuol dire cooperazione, ossia ogni cannabino presente nella canapa, cioè ogni componente del infiorescenza, potenzia la propria cascata farmacocinetica in presenza di altri componenti. Tutto risulta in pratica più della somma delle sue parti. Molte sono state le aziende farmaceutiche che hanno tentato di isolare una molecola dalle infiorescenze per ottenere i risultati della pianta in toto. Ma ciò non è stato possibile ed oggi la canapa e' entrata con cautela nell'uso terapeutico. Le sue applicazioni sono sia relative alle sintomatologie neurologiche ma anche in cure dermatologiche di alcune dermatiti. Le formulazioni utilizzate sono tisane, spray e olio. Nonostante la valenza pregiudiziale dei medici e de-

gli scienziati, cosa che deriva soprattutto da discordanze politiche e interessi, la canapa rimane un'erba importantissima proprio per la sua peculiarità. Sono tanti i Paesi, come per esempio Israele, ove la canapa è molto utilizzata e trova applicazione in medicina. Basti pensare al fatto che la cannabis veniva già utilizzata in rituali tribali solo 2700 anni fa, poco distante da Tel Aviv nel deserto del Negev. Oggi è in commercio e per quelle poche persone che la utilizzano sicuramente rappresenta una pietra miliare per curare alcune patologie come la sindrome di Dravet e alcune forme di epilessia. Mentre gli altri producono la canapa e la usano a scopo terapeutico, noi stiamo a guardare e la importiamo.

\*Farmacista



► **SOCIETÀ'** *Dallo stop agli screening della prevenzione al disagio di chi soffre di altre patologie*

# Non dimentichiamo gli "altri" pazienti

Gianpaolo Palumbo\*



“Pronto Soccorso allo stremo”. “Ospedali pieni”. “Ricoveri fermi”. “Liste di attesa annullate”. Sono

questi i titoli che la pandemia di coronavirus ci costringe a leggere sui giornali di tutto il mondo ed in particolare su quelli del nostro paese. Siamo oramai al blocco delle attività ordinarie. Non c'è più spazio per la “cura”. Solo e sempre “Covid-19”: la malattia che ha fatto convertire interi ospedali.

Il personale specialistico e super specialistico allevato fin dall'università ed allenato nelle corsie ospedaliere a seguire patologie sempre più complesse che cosa dovrebbero fare oggi? La oncologia, la cardiologia, la traumatologia, la nefrologia ed altre branche assicurano l'emergenza, ma la riconversione dei posti letto dedicati fa in modo che l'ammalato “covid” abbia priorità di ricovero. Questo accade anche perché mancano attività di supporto sul territorio, quali possono essere le strutture intermedie e gli ambulatori delle Asl. Per l'attività domiciliare dei medici di famiglia ci sono problemi anche di reperimento di adeguati dispositivi di protezione individuale in numero sufficiente.

Da quando la trasmissione del coronavirus è passata dalle RSA, dagli ospedali e dai luoghi di lavoro per penetrare nelle case dove vivono anziani fragili, è aumentato il numero dei contagi ed il conseguente affanno degli ospedali. Non sono sole le strutture della Campania a soffrire della mancata programmazione che viene da lontano, ma soprattutto abbiamo trascorso spensieratamente “un'estate al mare” (Giuni Russo), pensando che tutto fosse finito. Si era falsamente orientati per un pericolo scampato, quando poi esisteva la possibilità di interrompere le catene di contagio seguendo i traccianti dei soggetti positivi/asintomatici e controllando i loro conviventi.

Dobbiamo prendere “con filosofia” tutto ciò? D'altronde, quasi ogni cosa si può prendere con filosofia, perché la filosofia si occupa della vita, dell'agire delle



persone. E, quindi, anche questa volta si deve richiamare la filosofia per sottolineare che la mancata riflessione introspettiva ha portato tutti ad essere più superficiali, meno pazienti e meno scrupolosi.

A tal proposito Galileo Galilei intorno al 1600 affermava che “Non si può insegnare niente ad un uomo: si può solo aiutarlo a trovare la risposta dentro se stesso”. A ben vedere l'insegnamento del padre della scienza moderna sembra più che mai at-

tuale. A distanza di tempo egli aveva colto l'atteggiamento prevalente di molti uomini ai tempi del coronavirus i quali, nonostante le tante raccomandazioni e i numerosi messaggi, arrivati anche con estrema cortesia da parte di chi ha vissuto in prima linea il pericolo della pandemia, hanno scelto di agire in preda ad un egoismo esasperato. Non sono stati capaci di guardarsi dentro e di scoprirsi “persona”; individui umani, oggetto di considerazione, soggetti di amore e do-

tati di coscienza civile.

Abbiamo detto della sofferenza strutturale del nostro sistema che viene da lontano e che si associa al numero chiuso per accedere alle facoltà di medicina, alle specializzazioni per le malattie più diffuse, alla riduzione dei posti letto e per finire alla chiusura degli ospedali. Tutto fatto sull'onda del risparmio, dei famigerati “piani di rientro”. Un'escalation che avrà portato ad una riduzione di spesa ma ad un aumento della difficoltà dei pazienti a curarsi.

Oggi che la pandemia ci ha messi letteralmente in ginocchio pensiamo anche agli altri... malati. Tutti i nefropatici, i cardiopatici, i dismetabolici, oltre alle donne con problemi ginecologici, sono messi un pochino in disparte. La prevenzione, di cui si andava fieri, non è in atto con i suoi fondamentali screening. Non bisognava aspettare l'oggi per assumere a qualunque titolo medici, infermieri, operatori sanitari.

Tra poco inizierà la stagione fredda con le malattie respiratorie e cardiologiche in aumento ed anche con il problema legato

all'influenza stagionale che, in genere, colpisce in Italia fino ad un massimo di dieci milioni di persone. In questa occasione dovrebbe essere meno esteso dato il grande numero di vaccinazioni effettuate per paura del coronavirus, per il distanziamento e per l'uso delle mascherine. Di contro però basterà una febbri-cola, una tosse lieve o un po' di raffreddore per correre al pronto soccorso con la paura di aver contratto il virus a forma di corona. A tal proposito è stata pubblicata il mese scorso una recente ricerca scientifica americana che ha dimostrato come ridurre la paura o, meglio, la risposta alla paura. Tutto ciò perché negli Stati Uniti la paura per la pandemia con il numero impressionante dei contagi ha diffuso a dismisura l'ansia e la depressione. I ricercatori sono partiti dal fatto che l'utilizzo ripetuto di un oggetto tenuto annulla la paura e che questo tipo di soluzione non può essere adottato con una malattia, per giunta, così letale. Allora sono riusciti a valutare geneticamente le cellule coinvolte nel processo di risposta del cervello alle minacce. Questi neuroni sono stati “purificati” ed in questo modo diminuiscono le risposte alla paura. Quindi da tale ricerca si potrà, se i successivi passaggi sull'uomo saranno altrettanto positivi, si potrà mitigare o annullare l'ansia e la depressione per qualsiasi motivo “prodotte”.

Ritornando al brutale momento storico possiamo affermare che stiamo viaggiando ad un ritmo di contagi che potrebbe richiedere a breve un nuovo lockdown. Pensiamo al comportamento di una piccola fetta di popolazione che non ha rispettato se stessa, i propri familiari, i propri amici e gli altri mettendo a rischio tutti. L'unica strada al momento, visto che non esiste il farmaco adatto né il vaccino pronto, per abbassare le curve dei contagi servirà ancora usare la mascherina, il distanziamento e non essere negazionisti perché il virus colpisce tutti.

“Le convinzioni profonde sono nemiche più pericolose della verità che non le menzogne”, sosteneva Nietzsche. Ed è proprio così, le convinzioni profonde, cementate nel proprio io e non illuminate da un sano razionalismo diffusi. La verità, invisita a tanti, continua a cozzare con gli interessi di tanti, costringe a mettersi in discussione, procura ansie. Quali le conseguenze di tutto questo? Si sceglie di unirsi al “gregge delle pecore” che si affida a bugie rassicuranti e consolatorie per vivere una falsa tranquillità e mantenere lo status quo originario. Ma “prima o dopo la verità viene sempre a galla” e, come diceva Seneca: “talvolta anche il vivere è un atto di coraggio”.

\*Medico Federazione medici sportivi italiani



► **LA DIAGNOSI.** *E' indispensabile innanzitutto eseguire una TAC polmonare ad alta risoluzione*

# Sclerodermia e polmoni

*Una complicanza frequente nei pazienti affetti dalle forme più severe della malattia*

**Biagio Campana**



La sclerodermia o sclerosi sistemica è una malattia sistemica cronica a patogenesi autoimmune. Colpisce soprattutto il sesso femminile nella fascia di età compresa tra i 45 e 60 anni. L'incidenza è stimata tra uno e venti casi per milione di abitanti all'anno, mentre la prevalenza, in Europa, è compresa tra 8 e 20 casi per milione di soggetti adulti. Si caratterizza per ispessimento della cute e degli organi interni associata ad anomalie dei piccoli vasi. Il coinvolgimento polmonare rappresenta un aspetto cruciale nella gestione e nella prognosi del paziente affetto dalla malattia. Prendendo in considerazione le manifestazioni più frequenti ricordiamo come la fibrosi polmonare possa presentarsi talvolta come prima manifestazione di malattia e precedere anche di anni le manifestazioni sistemiche. Altra complicanza molto importante è l'ipertensione polmonare. Meno frequentemente si osservano altre patologie quali polmoniti ab ingestis (direttamente correlate alla patologia esofagea che è frequente in questi pazienti), pleuriti e, molto più raramente, emorragie polmonari. La fibrosi polmonare è una complicanza frequente nei pazienti affetti da sclerodermia e nelle forme più severe rappresenta, ad oggi, una delle principali cause di mortalità e di morbidità della malattia. A seguito della sostituzione del normale tessuto polmonare con tessuto cicatriziale, che avviene come conseguenza di diversi meccanismi patologici interconnessi fra di loro (alterazioni infiammatorie e attivazione delle cellule del sistema immunitario accompagnate da anomalie della coagulazione e dei meccanismi di segnale cellulare che regolano la proliferazione delle cellule profibrotiche) si ha perdita della capacità del polmone di espandersi correttamente per perdita di elasticità ed ad una ridotta capacità negli scambi gassosi. La sintomatologia clinica legata alla fibrosi polmonare non è specifica e si caratterizza principalmente per la presenza di mancanza di fiato (dispnea) nell'effettuare non solo gli sforzi fisici ma spesso nell'espletare le comuni attività di vita quotidiana accompagnata da tosse secca e stizzosa poco rispondente ai comuni farmaci anti tussigeni. Fortunatamente non tutti i pazienti

sclerodermici sono a rischio di sviluppare una fibrosi polmonare nel corso della propria malattia. Tale complicanza è osservabile a seconda del pattern anticorpale che presenta un singolo paziente. La forma diffusa di malattia o la rapida progressione fibrotica della cute, sono altri due elementi associati allo sviluppo di fibrosi polmonare, specie nei primi anni di malattia. Dal



punto di vista diagnostico è indispensabile innanzitutto eseguire una TAC polmonare ad alta risoluzione (HRCT) che ci permette di quantificare e localizzare perfettamente le aree fibrotiche permettendo così una valutazione morfologica dei polmoni del paziente. Le prove di funzionalità respiratoria invece ci danno un quadro funzionale completando l'iter diagnostico. Comprendono la spirometria e l'emogasanalisi; la

saturimetria periferica è poco attendibile per le alterazioni cutanee dei pazienti. La spirometria deve essere globale con valutazione anche della diffusione alveolo-capillare del monossido di carbonio (DLCO), talora integrate dall'esecuzione di broncoscopia con analisi del liquido di lavaggio broncoalveolare o altre indagini più complesse (ad es PET o biopsia polmonare). La spirometria consente una valutazione precisa delle conseguenze funzionali della fibrosi polmonare, quali la perdita di capacità di diffondere i gas e/o la riduzione di "elasticità" e di volume polmonare. La riduzione nel tempo dei valori spirometrici è la conseguenza più temuta della fibrosi polmonare a cui segue inevitabilmente la comparsa delle manifestazioni cliniche. La spirometria completa deve essere effettuata periodicamente in tutti i malati sclerodermici, anche in coloro con le fasi più precoci di malattia, al fine di individuare precocemente alterazioni polmonari ed instaurare un adeguato programma terapeutico. L'altro esame che completa la valutazione del paziente è rappresentato dall'emogasanalisi vale a dire il prelievo di sangue



arterioso che permette di definire i livelli di Ossigeno e Anidride Carbonica nel sangue, data la non perfetta attendibilità della misurazione con saturimetria. La terapia La terapia consiste nell'uso di cortisone a dosaggio medio-basso associato a farmaci immunosoppressori; la terapia con ciclofosfamide ha dimostrato di essere efficace durante la somministrazione del farmaco nel migliorare le prove di funzionalità respiratoria e la dispnea avvertita dal paziente mentre l'effetto, dopo la sospensione, tende ad esaurirsi col passare del tempo. Allo studio l'utilizzo di altri farmaci anti fibrotici già utilizzati per la fibrosi polmonare idiopatica. L'ipertensione polmonare è presente in circa la metà dei pazienti affetti da sclerodermia sia in presenza di malattia fibrotica sia in forma isolata. Viene definita come valori di pressione media in arteria polmonare maggiori di 25 mm Hg. Non è difficile da diagnosti-

care sia clinicamente che a livello strumentale. Gli esami che permettono una diagnosi sono rappresentati dall'ecocardiogramma (che permette una stima indiretta della pressione in arteria polmonare e determina un grado di probabilità della presenza o meno della suddetta complicanza) e dal cateterismo delle camere riservato a casi selezionati, permette una stima precisa dei valori di pressione e rappresenta uno strumento imprescindibile o quasi per l'impostazione ed il corretto follow up dei pazienti, compresi quelli avviati alla terapia. È bene sottolineare che a differenza di altre patologie immunitarie come l'artrite reumatoide o il lupus eritematoso sistemico, l'ipertensione polmonare in corso di Sclerodermia presenta indicazione all'utilizzo di farmaci target per i quali è stata dimostrata efficacia nel trattamento di questa complicanza.

**Specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio**

## Le mascherine possono aggravare la dermatite atopica

Rossore della pelle, prurito intenso e persistente, escoriazioni, desquamazione, lesioni cutanee a volte accompagnate da essudazione superficiale e infezioni, difficoltà relazionali. E' questa la vita di chi è costretto a fare i conti ogni giorno con la dermatite atopica, malattia che in Italia colpisce più di 35mila adulti seguiti - secondo un'indagine sui centri specialistici del nostro Paese (dermatologici, allergologici) - di cui circa 8mila affetti dalla forma grave della malattia. Su questi pazienti, che hanno una cute molto sensibile e secca con chiazze rosse e vescicole, l'uso prolungato della mascherina comporta non poche conseguenze poiché spesso realizzata con materiale sintetico e, quindi, fonte di prurito. A lanciare l'allarme è Antonio Costanzo, responsabile dell'Unità operativa di Dermatologia all'Humanitas di Milano.

"Le mascherine, necessarie per prevenire il Covid-19 - ammette - sono senz'altro un elemento che può aggravare la dermatite atopica del viso per due motivi. Innanzitutto perché sono occludenti e quindi alterano il microambiente cutaneo favorendo

l'infiammazione sovrainfezione batterica, e in secondo luogo perché alcuni tessuti utilizzati per le mascherine possono contenere allergeni e quindi stimolare la comparsa di lesioni atopiche anche sul viso. I bambini non sono risparmiati dalla malattia, anzi sono colpiti sin dalla prima infanzia con frequenza molto superiore a quella degli adulti, anche se in circa l'80% dei casi questa malattia si risolve spontaneamente".

Tra i fattori che possono influenzare in modo negativo l'evoluzione della dermatite atopica, al primo posto ci sono proprio gli allergeni.

"Naturalmente evitare gli antigeni, o meglio gli allergeni verso cui si è più reattivi, è un modo di influire positivamente sulla malattia.

E' opportuno anche idratare bene la pelle, perché la barriera cutanea nella dermatite atopica non è brava a tenere lontano gli allergeni".

A causa del prurito e delle lesioni, spesso localizzate in zone sensibili e visibili (viso e corpo di neonati, bambini e adulti, pieghe

di braccia e gambe e dorso delle mani), la dermatite atopica compromette significativamente la qualità di vita dei pazienti, con disturbi del sonno e un aumento di sintomi di ansia e depressione. Inoltre "può associarsi a rinite - ricorda Costanzo - asma, allergie alimentari che a volte possono precedere la comparsa di lesioni cutanee".

"La dermatite atopica varia nella localizzazione, e anche nella gravità - prosegue lo specialista - a seconda dell'età e naturalmente anche dal tipo di lavoro che si svolge, poiché è causata da un'interazione anomala tra il patrimonio genetico ed elementi ambientali (allergeni), sostanze che possono stimolare il sistema immunitario e in particolare le cellule chiamate linfociti TH2. La dermatite atopica può iniziare a qualunque età anche il giorno dopo della nascita. I sintomi principali sono: infiammazione cutanea e prurito che possono essere localizzate in diversi distretti cutanei.

Durante la crescita, nell'80% dei bambini la malattia scompare, salvo poi potersi ripresentare in età adulta.

**BENESSERE.** Più del 30% dei casi di tumore si potrebbe abbattere con sani riti quotidiani

# Stili di vita, la sfida della prevenzione

La sola dieta non è sufficiente se non la si associa ad abitudini "virtuose"

Laura Melzini\*



È ormai noto e oggetto di studio da diversi anni che una corretta prevenzione di diverse patologie è strettamente correlata

all'attività fisica svolta in maniera costante e continuativa e all'importanza di alimentarsi in maniera sana e corretta.

Evidenze cliniche ed epidemiologiche, sempre più significative, indicano come la sola dieta però possa non essere sufficiente se non la si associa all'acquisizione di abitudini di vita "virtuose", come quelle che riguardano l'attività fisica.

Tra le patologie correlabili all'acquisizione di abitudini sane ci sono le malattie oncologiche, tra le principali cause di morte al mondo. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità più del 30% dei casi di tumore si potrebbe abbattere con una corretta e consapevole prevenzione, modificando alcuni stili di vita.

Nell'ultima giornata di Fondazione AIOM (Associazione Italiana di oncologia medica) 2020, dedicata proprio ad attività fisica e tumore, gli esperti hanno sottolineato che bastano 30 minuti al giorno di moto per 5 volte a settimana, anche casalingo, per far sì che la probabilità di ammalarsi si riduca del 7%, mentre per alcuni tumori si può arrivare anche al 20%.

Inoltre, ogni anno sarebbero evitabili mille decessi e sarebbe possibile ridurre anche il rischio di recidive del 30%.

Purtroppo gli italiani sono un popolo di pigri, e lo erano anche prima del COVID-19: secondo recenti ricerche il 34% non svolge attività fisica. La relazione tra moto e riduzione del tumore è strettamente correlata agli effetti biologici che determinano l'attività fisica:

• miglioramento del sistema digestivo e aumento della velocità del transito gastrointestinale

• diminuzione del grasso corporeo

• potenziamento del sistema immunitario

• miglioramento della sensibilità all'insulina

Un altro fattore di rischio modificabile, oltre al fumo, è la perdita di peso, nel caso in cui si fosse in sovrappeso o obesi. L'eccesso di grasso corporeo altera il nostro metabolismo e alcuni ormoni, inducendo uno stato di infiammazione cronica. Un recente studio ha inoltre dimostrato



come l'obesità infantile sia un problema sanitario sul quale agire in fretta: essere obesi da piccoli vuol dire avere un rischio maggiore di ammalarsi di cancro al di sotto dei 40 anni.

Tra i tumori più sensibili al sovrappeso c'è quello della mammella, dell'ovaio, dell'endometrio, dell'esofago, del colon e della prostata.

Un'alimentazione varia ed equilibrata è fondamentale per determinare il nostro stato di salute e riduce anche il rischio di ammalarsi di cancro.

La maggior parte dei benefici sono legati al consumo di alimenti di origine vegetale (frutta, verdura, cereali integrali, legumi e tuberi), ricchi in fibre, che oltre ad aumentare il senso

di sazietà, riducono la risposta glicemica e migliorano la sensibilità all'insulina.

Recenti studi confermano, infatti, che il consumo quotidiano di alimenti ricchi in fibre protegge anche da fattori di rischio come ipertensione, sovrappeso, obesità e sindrome metabolica. Importante seguire la stagionalità delle verdure in quanto frut-

ta e verdure coltivate in serra sono ricche in fitofarmaci e poveri di antiossidanti. I meccanismi biologici con cui gli alimenti favoriscono la trasformazione tumorale delle cellule sono complessi e numerosi, quindi un'alimentazione preventiva significa condurre una dieta equilibrata per tanti anni. Per questa ragione è necessario che le abitudini alimentari sane inizino sin da bambini.

Da diversi studi è emerso che un ruolo protettivo lo svolgono anche alcuni ortaggi ricchi di antiossidanti e vitamina C, come peperoni, melanzane, zucchine, fagiolini, carciofi e pomodori crudi ricchi di licopene. Cavolfiori e broccoli, invece, sono ricchi di sostanze benefiche come gli indoli (varietà di fitoestrogeni) che agiscono sul metabolismo degli estrogeni. I cavoli, la verza, i broccoli, le albicocche, i semi di lino sono ricchi di lignami e, legandosi ai recettori degli estrogeni, impediscono la proliferazione delle cellule. I cavoli e affini, inoltre, grazie ai loro composti solforati, sono sostanze detossificanti che favoriscono l'eliminazione delle sostanze tossiche. La frutta secca oltre ad avere un ottimo potere anticolesterolo grazie ai loro contenuti in fitosteroli, flavonoidi, vitamina E e omega 3 riducono l'ossidazione cellulare. L'olio d'oliva ha un ruolo protettivo perché ricco di acidi grassi monoinsaturi oltre che in componenti antiossidanti come i polifenoli.

\*Specialista in scienza dell'alimentazione

## Così medicina e radiologia si adeguano al Covid

Graziella Di Grezia\*



L'incremento del numero di casi da infezione da Sars-cov-2 ha reso necessario, dopo circa un anno di studio, la standardizzazione della semeiotica radiologica al fine di poter identificare la classe di rischio del paziente ed effettuare un follow-up nel tempo.

È per questo che la Società Radiologica Danese ha stilato il Co-RADS, ossia il COVID-19 Reporting and Data System per limitare le differenze di refertazione degli esami TC del torace senza contrasto ese-

guiti sia nella diagnosi che nella valutazione post-terapeutica dei pazienti Covid.

Sei le categorie CO-RADS:

-0: esame incompleto o di qualità insufficiente per la diagnosi, ad esempio per artefatti da movimento dovuti al respiro o alla tosse.

-1: basso sospetto di impegno polmonare da Covid19 (assenza di noduli, noduli benigni o patologie quali enfisema, noduli periscissurali, tumori polmonari o fibrosi) ossia categoria "negativa per polmonite"

-2: presenza di segni radiologici di polmonite lobare, ascesso polmonare, broncopolmonite, bronchiolite in assenza di segni tipici dell'infezione da Covid 19.

-3: segni radiologici dubbi che entrano in diagnosi differenziale tra polmonite virale o cause non infettive.

-4: segni ad elevato sospetto per infezione da Covid-19 basato su segni radiologici tipici che possono però sovrapporsi a segni da altri tipi di infezioni virali

-5: elevato sospetto per infezione da Covid-19 in relazione ad un quadro TC tipico: presenza di opacità a vetro smerigliato a sede subpleurica e scissurale con distribuzione bilaterale.

È necessario che si presentino dei pattern di conferma nei controlli successivi.

-6: infezione già accertata da Covid-19. Una refertazione standardizzata nel mondo radiologico mira a rendere le diagnosi sempre più accurate e soprattutto ad esprimere un giudizio univoco che faciliti la raccolta di dati a scopo di ricerca e limiti il più possibile ambiguità diagnostiche.

È un mondo che si adegua agli eventi e trae occasione di crescita in un momento storico che lascerà una traccia umana, sociale e medica unica nel suo genere.

\*Radiologist PhD

► **DSDSDSDA.** "Mai avrei pensato di essere considerato a livello sociale, come una sorta di bestia rara da proteggere"

# Se gli anziani non sono di moda

La soluzione che propongono i ricercatori dell'ISPI è semplice: l'isolamento degli over 60.....

Alfonso Leo\*



**T**ra qualche giorno sarà il mio 65° compleanno, in piena pandemia da SARS COV 2.

In altri tempi avrei pensato ad organizzare una festa per parenti ed amici. Dopotutto, compiere 65 anni ha un valore simbolico e certo porta con sé dei vantaggi: la riduzione del prezzo del biglietto sui mezzi di trasporto, quello che mio figlio tempo addietro definì lo sconto Matusalemme, o l'ingresso gratuito in alcuni musei. Mai avrei pensato di non poterlo festeggiare, a causa delle note restrizioni da pandemia, mai avrei pensato di essere considerato a livello sociale, per l'età raggiunta, come una sorta di bestia rara da proteggere, ad essere buoni. Che i vecchi non fossero di moda è, ormai, un dato acquisito: una volta la vecchiaia dava prestigio, autorità nelle società tradizionaliste (spesso anche a prescindere dai meriti effettivi del singolo, che diventava meritevole di rispetto per ragioni esclusivamente anagrafiche). Ora i valori dominanti sono ben altri: la bellezza, la gioventù, la performance. La vecchiaia fa paura, anche perché, come dice Martin Jarige sulla rivista Mental, "il «vecchio» richiama la vittoria futura della morte sulla vita" e di questi tempi non è proprio l'ideale.

Il 30 ottobre 2020 è stato pubblicato uno studio dell'ISPI (Istituto per gli studi di Politica Internazionale) in cui si propone che al lockdown sia soggetta solo una porzione della cittadinanza, solo le fasce di età più a rischio. Le cifre esposte sono drammatiche. Esiste una notevole differenza tra l'assenza di intervento, con la speranza che si raggiunga la mitica "immunità di gregge" che prevedrebbe 42 milioni di contagiati e almeno 430.000/700.000 morti (circa l'1% della popolazione), ed un lockdown totale quale quello di marzo con conseguente enorme danno economico per gli anni a venire.

La soluzione proposta del lockdown per fasce d'età prevede una percentuale di decessi "solo" dello 0,7% (43.000 persone), un numero comunque 10 volte inferiore rispetto a quello dei decessi che cagionerebbe l'assenza d'intervento. Lo studio prosegue dicendo che questo ridurrebbe anche il numero di persone ricoverate in terapia intensiva. Visto che 3



persone su 4 tra quelle ricoverate per COVID in rianimazione hanno più di 56 anni, il lockdown per fasce d'età ridurrebbe di molto la pressione sulle strutture del S.S.N. Si potrebbero aumentare le ammissioni in rianimazione per gli interventi chirurgici più complessi, che invece devono essere rimandati perché i posti letto di terapia intensiva sono occupati dai pazienti COVID. Resta vero che gli ospedali garantiscono in ogni caso le urgenze e i trattamenti per le patologie oncologiche che rappresentano, in genere, la gran parte delle ammissioni in

carico sugli ospedali. Sono sicuro che qualcuno obietterà che la soluzione potrebbe invece essere proprio quella: stiparli/ci in case di riposo, così da togliere almeno il fastidio e risolvere anche il problema della spesa pensionistica.

Insomma, mettere gli anziani con gli anziani non è la soluzione, metterli con i giovani non se ne parla proprio, e allora?

Sarebbe preferibile quello che l'ISPI definisce "isolamento diffuso" sul territorio (ciascuno nella propria abitazione). E se l'anziano trasgredisce ed esce? Come dicono gli studiosi dell'ISPI, fatti suoi!



terapia intensiva. Si pone, comunque, un problema di carattere quasi etico o morale per l'individuo agé al tempo del Covid. Ci si rende conto che, oltre alla sensazione di essere una sorta di panda (specie protetta), aumenta anche il senso di colpa. Il "Vecchio" per voler "vivere" sottrae vita agli altri!

La soluzione che propongono i ricercatori dell'ISPI è semplice: l'isolamento degli anziani. Di certo non isolandoli tutti assieme in degli "hotel per anziani", sorta di campi di reclusione, visto quello che è successo nelle R.S.A. (Residenze Sanitarie Assistenziali), spesso diventate focolai di infezione con conseguente aumento del

Si esporrebbe al rischio di contagio causando un danno a se stesso, "frutto di un calcolo personale"; ma vivendo isolato non metterebbe a rischio l'intera comunità. Soluzione trovata?

Il 30 ottobre, in contemporanea con la pubblicazione dello studio dell'ISPI, si è fatto appello agli anestesisti in pensione a ritornare in servizio per dare una mano. Non mi pare che le leggi attuali permettano di andare in pensione prima dei 60 anni, quindi è logico supporre che si appresterebbe al servizio, e al rischio di contagio, un battaglione di "reduci", che vale a dire "vecchi". Io, del resto, sono ancora in servizio, per scelta, in ospedale, anche se non in un re-

parto COVID.

È facile comprendere che mettere in isolamento gli over 60, o anche gli over 50 come proponeva lo studio, creerebbe una enorme carenza di medici e infermieri nel S.S.N. E gli over-60 che lavorano in sanità non sono naturalmente resistenti al COVID, come mostra il prezzo alto pagato in vite umane.

A parte coloro che lavorano in sanità, la cui assenza costituirebbe un'emorragia profonda nell'organico del S.S.N. e renderebbe quanto mai palese l'opinabile gestione delle strategie d'impiego in questo settore, gli altri "vecchi" possono essere chiusi in casa, senza vedere altre persone, se non a proprio rischio e pericolo. Ma i vecchi continuano a desiderare, continuano ad essere vitali, fino alla fine della loro vita. Altri studi hanno mostrato che gli anziani hanno una resilienza maggiore allo stress da pandemia da COVID 19, rispetto ad altre fasce di popolazione.

Una ricerca della Società Americana di Gerontologia ha evidenziato che la maggioranza degli anziani si è tenuta lontana dai luoghi pubblici, ha cancellato le visite mediche non urgenti, ha passato meno tempo con gli amici e parenti, cancellando le gite fuori porta (si tratta di una ricerca condotta in primavera ed estate), evitando la partecipazione a feste o cerimonie familiari.

Di certo gli anziani soffrono per l'isolamento e la solitudine. La Zoom family può funzionare per un tempo limitato, ma non si può vivere in un universo virtuale all'infinito. In un articolo pubblicato su Medscape la dottoressa Preeti Malani dell'Università del Michigan afferma: "tante famiglie responsabili sono lontane dai propri genitori perché non vogliono esporli a rischi, ma, ormai, siamo a un punto in cui i rischi

Si finirebbe per determinare una carenza di medici



possono essere mitigati con una attenta prevenzione. Le mascherine aiutano tanto. La distanza sociale è essenziale. Fare i test è utile".

La soluzione, allora, non è la segregazione degli anziani ma, come ribadito, l'uso di adeguate precauzioni di distanziamento "individuale" più che latamente "sociale". Ancora la dottoressa Malani, a proposito dei suoi comportamenti: "lo faccio anche io con la mia famiglia quando vado a trovare i miei suoceri. All'aperto, fisicamente distanti, niente abbracci, ma io ne faccio un punto fondamentale, visitarli è fondamentale, il pericolo dell'isolamento è troppo alto".

Ma poi a che età si è vecchi? Quando si prendono le distanze dalla costante ricerca del nuovo e ci si riappropria di antichi piaceri? Questo articolo lo sto scrivendo con penna e carta e sto ritrovando il piacere della scrittura a mano, anche perché diversi studi di neuropsicologia dimostrano che scrivere a mano migliora le performances del cervello, mentre l'uso dei devices elettronici potrebbe essere controproducente.

Essere vecchi dipende dalla concezione che si ha di se stessi. Fin quando c'è desiderio, un progetto, un sogno, allora sicuramente c'è vita. Essere vecchi non è una malattia. Il vecchio, come tipo sociale, non esiste! Esistono gli anziani uno per uno, ognuno con le sue domande e le sue soluzioni. Esistono persone più o meno anziane. Esiste un reale a livello del corpo, il corpo di un anziano non è quello di un giovane, ma lasciare spazio alla sua parola può essere un arricchimento per tutti.

Ridurre il vecchio ad una sorta di bambino fragile significa negare il carico di esperienza che ha e che potrebbe essere utile ai più giovani.

Quando tutto questo sarà finito, uno dei miei desideri/sogni è quello di creare punti di aggregazione tra vecchi e giovani, per una trasmissione di conoscenze ma soprattutto di pratiche di esperienza. Vi è bisogno di una nuova cultura in merito. Vedremo... Nonostante i 65 anni...

\*Psicoanalista



► **TERAPIE.** L'uso di farmaci come gli antipiretici è fondamentale

# La febbre nei bambini

Alcuni piccoli pazienti possono andare incontro a "convulsioni", vere e proprie contrazioni muscolari

Antonio Limongelli\*



La febbre costituisce da sempre un problema per i genitori ed una causa di ansia notevole specie per le giovani coppie che hanno poca esperienza in merito.

Occorre però considerare la febbre non come una malattia ma un sintomo di una patologia (anche se in alcuni casi può essere una reazione a fattori ambientali ad esempio come nel "colpo di calore" per esposizione al sole ed ambiente caldo).

La febbre è definita come un incremento della temperatura corporea centrale al di sopra dei limiti di

normalità (secondo l'OMS la temperatura centrale normale: è compresa fra 36,5° e 37,5°C)

Si parla di febricola o temperatura subfebrile quella compresa tra 37,5° e 38°C.

Febbre quando supera i 38°C

Ma perché si sviluppa la febbre se un virus o un batterio infetta l'organismo?

Cerchiamo di spiegarlo:

L'elevazione centrale della temperatura corporea si verifica in seguito alla stimolazione di specifiche aree cerebrali deputate al controllo della termoregolazione e la maggior parte dei microorganismi producono delle sostanze dette "pirogeni esogeni" che direttamente o indirettamente stimolano tali aree. Il modo indiretto è quello di fare aumentare i cosiddetti "pirogeni endogeni" sostanze interne dell'organismo (prostaglandine, interleuchine o citochine) queste stimolano a loro volta le parti del cervello a "produrre temperatura alta". Tutte queste sostanze sono anche implicate nelle modificazioni metaboliche che si verificano in corso di febbre (la vasodilatazione, l'incremento del glucosio nel sangue dai depositi epatici e muscolari, l'aumento del consumo basale di ossigeno) ma anche nell'attivazione dei fenomeni di difesa dell'organismo (la proliferazione di fibroblasti, l'attivazione dei linfociti T e dei linfociti B importanti per l'immunità dell'organismo poiché producono anticorpi).

Quali conseguenze causa l'aumento della temperatura nel bambino?

A carico del cuore si ha tachicardia (circa 8-10 pulsazioni per ogni grado oltre i 37°C); A carico dei polmoni si ha polipnea ossia aumento degli atti del respiro; A carico dell'apparato digerente si ha un interessamento della mucosa e del fegato (con inappetenza, nausea e



vomito);

A carico del sistema nervoso centrale si può avere una sofferenza diffusa con cefalea e tendenza alla sonnolenza ma in alcuni bambini predisposti possono presentarsi anche convulsioni.

Un episodio febbrile è normalmente caratterizzato da 3 fasi distinte:

## FASE DI ASCESA o PRODROMICA

caratterizzata dalla sensazione soggettiva di freddo, dalla eventuale

comparsa di brivido e del pallore cutaneo, che consegue alla produzione di calore e vasocostrizione dei vasi sanguigni. La temperatura aumenta progressivamente e talvolta con rapidità. Il bambino

non va coperto altrimenti si ostacola la dispersione. Io faccio sempre l'esempio di un motore di auto che si surriscalda: se si vuole abbassare la temperatura si apre il cofano, si cerca di arieggiare il tutto ma non si mette una coperta sul motore altrimenti si fonde il tutto!

## FASE DI DEFERESCENZA

(decremento o sfebbramento): l'organismo è riuscito finalmente a disperdere il calore, non vi sono sintomi particolari, salvo un lieve senso di calore seguito da benessere dovuto alla ritrovata normalità (sudorazione calda). Se essa avviene però con una notevole vasodilatazione si accompagna ad una sudorazione profusa, che può rendere il paziente disidratato e spossato.

## COME SI MISURA LA FEBBRE

Per tutti i bambini, la misurazione a domicilio della febbre viene raccomandata con termometro elettronico in sede ascellare. La via di misurazione rettale della temperatura corporea non dovrebbe essere impiegata di routine nei bambini a causa della sua invasività e del disagio che comporta.

L'uso dei termometri a mercurio è sconsigliato nei bambini per il rischio di rottura e di

contatto col metallo che è tossico. La misurazione in altre sedi (auricolare, frontale, inguinale) non presenta la stessa

attendibilità. Altro metodo diffuso è il Termoscanner ad infrarossi comodo da usare.

## COME SI CURA LA FEBBRE

L'uso di farmaci come gli antipiretici è fondamentale: i principali sono il paracetamolo e l'ibuprofene. Entrambi i farmaci devono es-

sere usati correttamente poiché possono dare, se usati

in modo inappropriato, effetti tossici acuti da sovradosaggio. È sconsigliato l'uso alternato o combinato

dei due farmaci per un maggior rischio di effetti collaterali.

La via di somministrazione preferibile è quella orale; la somministrazione per via rettale, da preferirsi solo in caso di vomito o qualunque condizione che impedisca l'assunzione orale, comporta un assorbimento irregolare (espulsione supposta o presenza di feci in ampolla rettale). La dose da somministrare nel bambino è sempre dipendente dal peso corporeo: occorre contattare il pediatra per la somministrazione di una dose adeguata di antipiretico.

Gli antipiretici in genere si usano se la temperatura corporea supera i 38°C ma possono essere anche somministrati se il bambino, anche con una febbre non alta, manifesta stato di malessere. L'assunzione degli antipiretici non modifica il normale decorso della malattia sottostante ma controlla solo la temperatura corporea.

L'attenzione del genitore deve essere rivolta a ridurre lo stato di malessere del bambino e a ridurre le complicanze della febbre ecco perché si possono seguire i seguenti consigli:

- Garantire l'adeguato stato di idratazione facendolo bere a sufficienza;

- Vestire il bambino con abiti leggeri (in questo modo lo si aiuterà a disperdere il calore in eccesso e a diminuire il disagio), non coprirlo a dismisura.

- Non è consigliabile effettuare spugnature sul corpo con acqua ed alcool, per ridurre la temperatura, in quanto possono creare disagio e, talvolta, vasocostrizione e brivido. Tale metodo andrebbe lasciato ad un personale infermieristico addestrato.



- Utile l'uso della borsa di ghiaccio sulla testa per alleviare la sintomatologia-

- Non forzarlo a mangiare se non ne ha voglia, prediligere cibi semiliquidi a base di carboidrati complessi (pappine, biscottini, risoben cotto in brodo vegetale)

- Non costringerlo a letto se si sente in forze;

## BAMBINI CHE SOFFRONO DI CONVULSIONI FEBBRILI

Purtroppo ci sono bambini che, in corso di febbre, vanno incontro a "convulsioni febbrili" ossia contrazioni muscolari generalizzate del corpo che si accompagnano a perdita di conoscenza. In effetti, alcuni bambini predisposti vanno "in tilt" quando si supera una soglia grilletto di temperatura: ognuno ha una sua soglia, può essere dal passaggio da 38° a 38,5° come pure tra 39° a 39,5°, non la si può conoscere anticipatamente. Tale evento è drammatico per il genitore, però dobbiamo considerarlo come un self control del cervello del bambino predisposto: immaginate un impianto elettrico, se si supera un certo impegno di corrente (nel caso nostro di una temperatura) scatta l'interruttore che stacca il tutto! In questo caso il cervello mette "a riposo" il soggetto.

C'è predisposizione familiare in genere per le convulsioni febbrili.

Sfatiamo anche un mito diffuso: la febbre alta prolungata genera convulsioni febbrili. Ebbene ci sono bambini che tollerano tre gg di febbre sopra i 39° senza problemi altri vanno in convulsione appena superano i 38°: quindi la predisposizione la fa da padrone ed è soltanto prevedibile se uno dei genitori ha sofferto della stessa problematica. Le convulsioni febbrili colpiscono i bambini piccoli tra i 9 mesi ed i 4 anni di età, sono benigne e non lasciano reliquiati.

## QUANDO CONSULTARE IL PEDIATRA

Ci sono alcune condizioni che rendono indispensabile la consulenza pediatrica:

Età inferiore ai 12 mesi; Aspetto sofferente, sonnolenza, irritabilità, pianto flebile, disidratazione;

Nei bambini più grandicelli: cefalea intensa, rigidità nucale (impossibilità a piegare la testa o girarla

di lato), vomito continuo.

Temperatura oltre i 40°C;

Difficoltà respiratoria (con rientramenti intercostali quando il bimbo respira o torace a mantice per numero notevole degli atti del respiro); Convulsioni;

Bambino affetto da malattia cronica (cardiopatie, diabete, deficit immunitari, etc.); La prima importante valutazione però è quella del genitore che, conoscendo bene il proprio bambino, è in grado di riconoscere quando sta male per cui è necessario rivolgersi al pediatra.

\*Pediatra di Famiglia  
Segretario Provinciale  
della FIMP AV  
Federazione Italiana Medici Pediatri

