

Superati i 75 anni siamo da buttar via?

“Ho dovuto acquistare un computer nuovo, perché il vecchio, solido e poco costoso PC manifestava pericolosi cedimenti funzionali che si sono riversati persino sulla mia salute. Partendo da questo banale fatto racconterò la mia storia e quella di un mio paziente”

Ferdinando Schiavo - *Neurologo, Udine*

Non amo esporre i risvolti privati, in particolare della mia salute, ci mancherebbe, ma quello che mi è accaduto in febbraio è successo online, seppure nella ristretta cerchia di una classe di maturi allievi OSS appena conosciuti, e del personale della scuola dove insegno (neuro)geriatria.

Il mio computer ha cominciato più volte a spegnersi con un sibilo da estremo saluto, ribellandosi al carico delle diapositive. In quasi due ore di lezione ha cessato di vivere, condannandomi a telefonate trafelate alla scuola e alla faticosa ripresa delle procedure per ripartire. Io ero molto teso.

Al penultimo spegnimento ho cominciato a vedere degli zig zag di luce sul mio campo visivo destro di ambedue gli occhi. Ci siamo, mi son detto, erano anni che non mi venivano le aure visive, la mia corteccia occipitale sinistra stava soffrendo schizzando linee luminose contorte dal lato opposto. È complicato spiegare la complessa anatomia funzionale che dai due occhi, attraverso i nervi ottici, si intreccia in modo apparentemente strampalato: metà fibre di ogni nervo ottico va a destra e l'altra metà a sinistra incrociandosi nel chiasma per arrivare infine là dietro nel cervello dove lo stimolo viene tradotto in immagini. Più semplice definire quella sofferenza occipitale come ischemica. Ischemica, ischemia, parole che incutono terrore. Ma vi aggiungo subito (e mi auguro di non aver sbagliato diagnosi...) l'aggettivo “benigna”, eliminando così la suspense che

si potrebbe creare continuando a raccontare il resto della storia.

Ho resistito, riprendendo malgrado l'abbaglio di luce occupasse stabilmente lo spazio alla mia destra, ma quando sono arrivato giusto alla diapositiva con la panoramica dei nervi cranici apprestandomi a commentarla, mi sono mancate le parole: i nomi e i compiti dei nervi, ma anche i verbi, gli aggettivi, le preposizioni, l'armonia della costruzione della frase e persino la sua musicalità (prosodia). Con un po' di fatica e di angoscia e storpiando qualche termine sono riuscito a far comprendere agli allievi che dovevo sospendere la lezione, mancavano per fortuna solo dieci minuti alla fine. Devono averlo capito anche loro e certamente si sono preoccupati in quanto poco prima avevo accennato all'importanza dei trascurati attacchi ischemici transitori cerebrali (AIT-TIA): “Fugace e non doloroso, a differenza dell'angina pectoris e dell'infarto del miocardio, resta spesso banalizzato, malgrado sia il miglior segno premonitore di un infarto cerebrale”. Ho chiuso il computer.

► I giorni seguenti

Ero solo a casa, sudato freddo, allarmato. In questo stato mi ha trovato poco dopo la mia compagna. Ho tentato di tranquillizzarla: “Sono un neurologo no? Ne ho viste di tutti i colori di afasie. Ora mi metto a respirare bene.” “No, andiamo in PS!” “A fare cosa?”. Cominciavo a parlare meglio, dopo venti minuti ero tornato in stato di apparente normalità. A quel punto è cominciato

un po' di sopportabile mal di testa.

L'immenso studio Framingham, il grande CM Fisher, e poi RS Kunkel e altri ancora: mi venivano in mente mentre sul divano, ad occhi chiusi, ero occupato a respirare con ricercata lentezza e una certa consistenza. Devo recuperare gli articoli e mostrarglieli, mi dicevo. Una delle regole di un attacco di emicrania con aura o di qualcosa di più serio però esige di star tranquilli, di non compiere sforzi. Allora me li sono ripassati mentalmente quegli scritti, li ricordavo bene: trattano il tema delle aure emicraniche tardive di gente che, come me, da giovane non aveva mai avuto tali fenomeni, aure spesso prive del secondo tempo, la cefalea intensa e contornata da vomito, insofferenza per suoni, odori, luce, sforzi fisici, tipica dell'emicrania senza aura, quella più comune. Aure tardive prive di conseguenze serie, insomma.

Il mondo dei mal di testa mi affascinava quando ero un neurologo “normale” ospedaliero, cioè prima di diventare neurologo di strada dei vecchi e di vedere in ambulatorio quasi esclusivamente casi molto ingarbugliati di anziani con problemi di “mente e movimento” per i quali la mia curiosità intima e preliminare è rimasta sempre la stessa: la persona malmessa che sto valutando è così per evoluzione “normale” della sua patologia o perché qualche farmaco o un'altra malattia o condizione non svelata o apprezzata a dovere sta cambiando le carte in tavola? Mi ero occupato anche dell'Amnesia Globale Transitoria (AGT), un allarme

ischemico, benigno anche questo, con qualche collegamento con l'emigrania. È un avvenimento certamente allarmante e dev'essere terribile per un familiare sentirsi ripetere le stesse domande da parte di un genitore in preda all'attacco, inquieto, smarrito pure lui: "Ma chi ha messo quei gerani qui?". "Mamma, sei stata tu una settimana fa, all'arrivo del freddo!". "Ah sì". "Ma chi ha messo quei gerani qui?".

Mi sono consolato riflettendo sull'enigma dell'AGT, di quanto l'ho studiata, del suo essere, appunto, un'ischemia benigna (non rappresentare un fattore di rischio di imminenti ictus cerebrali o di demenza) anche se di durata nettamente superiore a quella dell'aura emicranica. Mi sono ripassato le varie misteriose teorie, quando inizialmente era di moda lo spasmo arterioso che non permetteva al sangue di nutrire in maniera adeguata quel pezzo di cervello. Ne sono subentrate altre, come "l'ipercapnia da iperventilazione" o quelle che hanno a che fare con lo "scarico venoso" o con fenomeni elettrici complicati, una "onda anomala di depolarizzazione" che Leao, aveva studiato nel 1943 e che aveva chiamato *spreading depression*, teoria che sembra da anni accreditata come intimo meccanismo di questo scombussolamento della memoria. Ho ripensato alla mia tesi di specializzazione basata sull'esperienza dei primi 24 casi che avevo seguito di persona, alle cause predisponenti (carattere ansioso, iperattivo, storia pregressa di emicrania) e a quelle scatenanti (bagno caldo, bagno freddo, posizioni anomale del corpo che impediscono un normale scarico venoso, canto energico, orgasmo, gastroscopie, coronarografie, ecc.).

Insomma, ero lì che ripercorrevi un bel po' di queste storie che avevo vissuto e seguito per anni passati quasi sempre in prima linea. Mi ricordavo volti ed espressioni di alcuni familiari che avevo consolato affermando perentoriamente che sarebbe andata a finire bene, col solo dispiacere, superabile, di ritrovarsi

con un buco di memoria relativo allo svolgimento dell'episodio e basta. Nel contempo, mi ripetevi che quanto mi era da poco accaduto rientrava in questa benignità di evoluzione, è riapparsa la mia compagna ad invitarmi ad andare dalla collega neurologa che avrebbe voluto vedermi e sottopormi a vari esami. "No, ho già fatto RM al cervello, l'E-CO-Doppler dei TSA, l'ecografia e altro a livello cardiaco. Non faccio nulla! In ospedale non ci metto piede, Covid o meno! A proposito: potrebbe essere anche un effetto del richiamo del vaccino per il Covid di una settimana fa". Mi sono rimesso in sesto con qualche giorno di riposo, poi ho ricominciato scuola badando ad imparare a respirare, son tornato a vedere con calma pazienti, ovviamente complessi!

► L'ospedale fa male alla salute?

Sono andato a casa sua a visitarlo, era appena uscito dalla RSA dell'ospedale dopo essere stato accolto d'urgenza per una "banale" sincope, uno svenimento avvenuto appena M si era alzato dal letto nella notte per andare a far pipì. Ricordavo vagamente di averlo visitato, scorrendo le carte ho visto che era accaduto 5 anni prima. Avevo fatto diagnosi di iniziale malattia di Parkinson riscontrando gli anche una ipotensione ortostatica (da cui la necessità di misurare la pressione arteriosa - PA - da supini e poi in piedi, negli anziani e non solo, magari solo una volta nella vita!) e consigliandogli accertamenti e le prime terapie farmacologiche. M. aveva proseguito le cure con i colleghi dell'ospedale, i quali ogni volta si premuravano di raccomandare di non sollevarsi velocemente da letto o poltrona e di controllare la PA anche in piedi... ma nelle carte non c'era traccia di numeri. Dopo avere chiesto a moglie e sorella, ho scoperto che ero stato l'unico in tutti quegli anni che gli aveva misurato la PA da supino e poi in ortostatismo, confermando un sostanziale, duraturo e dannoso calo pressorio in piedi! Poi mai

più nessuno, compresi, appunto, gli specialisti neurologi che gli raccomandavano di stare attento. Ed anche il medico curante. La medicina della fretta! Eccoli, lo trovate sintetizzato nei danni evitabilissimi riportati in tabella affinché non si ripeta l'errore di "allettare", immobilizzare a letto, una persona che fino a poco prima camminava in casa e in città con una discreta indipendenza. Due mesi è durata la degenza "immobilizzata" e immotivata tra ospedale ed RSA in quanto è risultato successivamente positivo al coronavirus, benché asintomatico.

Danni evitabili

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------|
| • Anchilosi | • Perdita di funzione |
| • Sarcopenia | • Piaghe da decubito |
| • Catetere vescicale a permanenza | |

Si chiama in vari modi, tra cui sindrome da immobilizzazione, una malattia aggiunta al bagaglio di fragilità che possiamo concorrere a creare dal nulla o quasi anche noi professionisti della salute. Una condizione che fa perdere muscoli (sarcopenia), rattrappisce le articolazioni (anche per sempre), ulcera in profondità la pelle, fa persino dimenticare le funzioni basilari del cammino, intorpidisce quelle mentali e deprime l'umore della vittima e di chi gli vuole bene. In questo caso con l'aggravante dell'aggiunta del catetere vescicale a permanenza (perché? Per comodità degli operatori?), che limita forse per sempre la funzionalità e tonicità della vescica rattrappita fornendo, in omaggio, una comoda via di ingresso a germi. Infine, probabilmente due mesi senza un archetto in fondo al letto, una soluzione a buon mercato col compito di proteggere le articolazioni dei piedi e i tendini di Achille dalle deformazioni causate dal semplice peso delle coperte. M. ha la mia stessa età!

Articolo integrale disponibile in www.perlungavita.it