

MOND medico

DOMENICA 30 GIUGNO 2013

IL PUNTO

TEMPO DI CRISI ETICA E SANITÀ

ANGELO TORRISI

Ticket sui farmaci e sulle prestazioni specialistiche, difficoltà nel trovare un posto letto, lunghe liste d'attesa per accertamenti clinici e di laboratorio. Sono le principali criticità causate dai continui tagli alla sanità. Silenziosamente ma inesorabilmente, infatti, la crisi economica, determina disagi e seri rischi non solo per il malato ma anche per il medico che spesso è tenuto a coniugare le cure giuste con i limiti imposti dai provvedimenti governativi. E' a questo punto che s'innescia il problema della responsabilità del medico. Fa osservare il prof. Domenico Grimaldi, catanese, vice presidente dell'Ordine dei medici nonché direttore nazionale della scuola di formazione della Metis Fimmg: «ad avallare il principio dell'appropriatezza delle cure a ogni costo la Cassazione che a proposito di linee guida, dice chiaro e tondo come i trattamenti curativi non devono essere ispirati a logiche di economia di gestione e in contrasto con le reali esigenze del malato. Il medico, nella sua qualità di professionista, ha pertanto il diritto e il dovere di disattendere - nei casi estremi - eventuali indicazioni stringenti se ritiene che possa risolversi in pregiudizio per il malato».

«Resta purtroppo inteso che il medico deve centrare l'obiettivo fondamentale dell'appropriatezza nell'uso delle risorse disponibili, in quanto al paziente va assicurata la migliore cura e con il minore costo per il sistema. Per centrare il difficile obiettivo è indispensabile la condivisione di tutti gli attori del servizio sanitario, compreso il malato. Un altro principio da ricordare è che nessuno può permettersi, in maniera semplicistica, di pensare che ogni malato sia portatore indifferente di malattia, non esistendo i modelli standard universali da trattare tutti allo stesso modo, mentre emerge sempre più forte l'esigenza di adattare a ogni malato la cura personale dovuta nella pratica quotidiana. Ogni uomo sofferente è un caso a sé, per cui ogni medico deve riavvicinare i modelli teorici studiati a quelli di tutti i giorni, dato che ci occupiamo di persone malate e non di malattie». «D'altra parte - spiega ancora Grimaldi - i medici non sono utilizzatori passivi di competenze e di linee guida elaborate da altri in sedi diverse da quelle di ogni giorno, per cui le esperienze, le conoscenze di ciascuno devono essere la bussola di orientamento delle nostre scelte di cura. Un piano concordato di cure va oltre ogni maldestro tentativo di giungere, attraverso scorciatoie, al risparmio, addebitando responsabilità e costi a chi non controlla tutte le variabili in campo e quindi non è oggettivamente in grado di ridurre quei costi derivati, in gran parte, da altri centri di spesa.

Pertanto ricerchiamo tutti il miglior rapporto fra costi e benefici, non prendiamo strade veloci che possano penalizzare la gente, miglioriamo la allocazione delle risorse non solo nella spesa farmaceutica, ma in tutte le spese - a volte tanto eccessive quanto inutili - valorizzando l'essere professionisti, anche quando si tratta di non assecondare scelte di politica sanitaria veramente indecenti o non eticamente accettabili.



IN VISTA



TRATTAMENTI LASER PER
LA CORREZIONE DEI DIFETTI VISIVI



CENTRO PER LA CHIRURGIA REFRATTIVA

- topografia
- tomografia
- abberometria
- mappa pachimetrica
- oct
- pupillometria

TECNOLOGIA
LASER ECCIMERI



I marchi sono dei
legittimi proprietari

Via Gramsci, 38 Gravina di Catania Tel. 095 7441553 - Fax 095 7441237 info@invistasrl.it www.invistasrl.it



[ESTATE]

Ecco le 10 regole salva vita quando il sole picchia duro

Focus su neonati, malati cronici, anziani e donne in gravidanza

ENZA GARIPOLI

Il caldo è decisamente arrivato e il ministero della Salute ribadisce la necessità di osservare le raccomandazioni e i consigli diffusi nei giorni scorsi attraverso il sito web e, in particolare, di prestare particolare attenzione a: anziani soli, malati cronici, neonati e bambini molto piccoli, donne in gravidanza e senza fissa dimora.

Di seguito 10 semplici regole, che servono a limitare l'esposizione alle alte temperature; facilitare il raffreddamento del corpo; evitare il rischio di disidratazione e proteggere la salute delle persone più fragili.

USCIRE DI CASA NELLE ORE MENO CALDE. Evitare di uscire all'aria aperta nelle ore più calde, cioè dalle 11 alle 18. Se si deve uscire è importante proteggere il capo con un cappello di colore chiaro e gli occhi con occhiali da sole; inoltre è opportuno proteggere le parti del corpo esposte al sole con creme solari ad alto fattore protettivo.

INDOSSARE UN ABBIGLIAMENTO ADEGUATO E LEGGERO. In casa e all'aperto, è opportuno indossare abiti leggeri, non aderenti, preferibilmente di fibre naturali per assorbire meglio il sudore e permettere la traspirazione della cute.

RINFRESCARE L'AMBIENTE. Utilizzare schermature, tapparelle e persiane chiuse, alle finestre esposte al sole. Chiudere le finestre durante il giorno e aprirle durante le ore più fresche della giornata (la sera e la notte), per consentire il ricambio dell'aria interna con aria esterna più fresca.

RIDURRE LA TEMPERATURA CORPOREA. Fare bagni e docce con acqua tiepida

o bagnarsi viso e braccia con acqua fresca; può essere utile anche porre un panno bagnato sulla nuca.

RIDURRE IL LIVELLO DI ATTIVITÀ FISICA. Nelle ore più calde della giornata evitare di praticare all'aperto attività fisica intensa o lavori pesanti.

BERE CON REGOLARITÀ ED ALIMENTARSI IN MANIERA CORRETTA. Quando fa molto caldo si perdono liquidi e sali minerali con la sudorazione intensa, per questo motivo occorre bere almeno 2 litri di acqua al giorno. Gli anziani ed i bambini sono particolarmente a rischio di disidratazione. Evitare di bere alcolici e limitare l'assunzione di bevande gassate o troppo fredde. Mangiare preferibilmente cibi leggeri e con alto contenuto di acqua, come ad esempio l'insalata e la frutta.

CONSERVARE CORRETTAMENTE I FARMACI. Leggere attentamente le modalità di conservazione riportate sulle confezioni dei farmaci e conservare tutti i farmaci nella loro confezione, lontano da fonti di calore e da irradiazione solare diretta.

SORVEGLIARE E PRENDERSI CURA DELLE PERSONE PIÙ FRAGILI. Nei periodi prolungati di caldo intenso, prestare attenzione a familiari o vicini di casa molto anziani, specialmente se vivono da soli e, ove possibile, aiutarli a svolgere alcune piccole faccende, come fare la spesa, ritirare i farmaci in farmacia, ecc.. Segnalare ai servizi socio-sanitari eventuali situazioni che necessitano di un intervento, come persone che vivono in situazioni di grave indigenza o di pericolo per la salute (come le persone che vivono per strada).

ADOTTARE ALCUNE PRECAUZIONI SE SI ESCE IN MACCHINA. Quando si deve

entrare in un'auto parcheggiata al sole, prima di sedersi in vettura è meglio aprire i finestrini e gli sportelli del mezzo e quindi cominciare il viaggio con i finestrini aperti oppure accendere il climatizzatore. Importante è l'attenzione da riservare ai passeggeri più piccoli: i bambini dovranno essere collocati sugli appositi seggiolini accertandosi prima che non siano surriscaldati.

Quando si deve lasciare l'auto in sosta, fare massima attenzione a non lasciare nell'abitacolo persone o animali. Un'attenzione ancora più grande va riservata ai bambini: infatti, per essi è alto il rischio di morte a causa di colpo di calore o ipertermia. Riguardo a questa eventualità, bisogna considerare che anche nei giorni meno caldi come, ad esempio in quelli in cui la temperatura non oltrepassa i 22 gradi centigradi, l'interno dell'abitacolo di una vettura esposta al sole può surriscaldarsi ed arrivare anche ad oltrepassare i 40 gradi.

ATTENZIONE AGLI ANZIANI. Quando arriva il gran caldo, le persone anziane, con patologie croniche (cardiovascolari, respiratorie, neurologiche, diabete ecc.) e le persone che assumono farmaci devono osservare alcune precauzioni particolari: consultare il medico per un eventuale aggiustamento della terapia e della frequenza dei controlli clinici e di laboratorio (ad esempio per i diabetici è consigliabile aumentare la frequenza dei controlli glicemici), segnalare al medico qualsiasi malessere, anche lieve che si manifesta durante la terapia farmacologica; non sospendere mai di propria iniziativa la terapia in corso.

I GASTROENTEROLOGI

In forma senza cedere alla tentazione delle diete last minute

Scegliere cibi nutrienti ma leggeri, fare più sport, aumentare le dosi di acqua e ridurre per contro quelle di alcol e caffè. Riacquistare una silhouette da esibire durante le vacanze si può anche senza cedere alla tentazione di pericolose diete "last minute".

Parola dell'Aigo, l'Associazione italiana gastroenterologi ed endoscopisti ospedaliari, che mette in guardia contro le principali insidie di stagione. Come regimi ipocalorici drastici o comunque sbilanciati, ma anche, all'opposto, gli eccessi alimentari. E ancora grande caldo, rischio disidratazione, sedentarietà. L'Aigo ha quindi stilato un decalogo per insegnare come prendersi cura dell'apparato digerente durante il periodo estivo. Ecco i consigli degli specialisti:

DIETE. Evitare diete dimagranti drastiche, sfuggire il mito collettivo della prova-costume. Un po' di caccia può essere pure gradevole. L'alimentazione deve comunque essere bilanciata: ogni pasto deve contenere carboidrati, proteine, fibre e vitamine e pochi grassi, soprattutto quelli saturi;

ACQUA. Aumentare l'assunzione di acqua: costituisce la scelta migliore per placare la sete ed è un elemento chiave per mantenere il corpo in buona salute. Con alti livelli di umidità, il sudore non evapora rapidamente: questo impedisce al corpo di rilasciare calore in modo efficiente e quindi è necessario bere. Bere anche quando non si avverte la sete.

GRASSI. Consumare pasti leggeri, nutrienti e non grassi; il grasso ha un effetto termico, cioè a dire porta il corpo a produrre calore.

È importante tenere presente che si può cucinare e condire cibi gustosi anche con soltanto uno o due cucchiaini di olio di oliva a pasto.

BEVANDE. Evitare la caffeina e le bevande gassate ovvero ad alto contenuto di zucchero. Queste bevande, infatti, contengono conservanti, coloranti e zuccheri;

ALCOL. Limitare il consumo di alcolici: anche chi è in buona salute deve consumare al massimo uno o due bicchieri di vino al giorno. Superalcolici? Meglio di no.

FRUTTA. Aumentare l'assunzione di frutta fresca sotto forma di insalate, di frullati e di centrifugati freschi, preferibilmente senza zucchero.

Anche la frutta secca a guscio è salutare, ma non eccedere: 3 noci o 4 mandorle al giorno sono più che sufficienti.

DOLCI. Evitare gli alimenti zuccherati, preferire gli zuccheri naturali disponibili dalla frutta e dalla verdura. Chi ha problemi di sovrappeso o fegato grasso non dovrebbe tuttavia eccedere i 400 grammi di frutta fresca (o 700 g di anguria) al giorno.

SALE. Evitare l'assunzione di cibi molto salati: l'uso del sale va minimizzato. E questo è comunque un consiglio valido tutto l'anno. Allo stesso modo, è meglio evitare il consumo di cibi fritti;

IGIENE. Fare massima attenzione alle norme di igiene nella manipolazione e preparazione dei cibi: in estate infatti aumenta il rischio di infezioni alimentari;

SPORT. Fare attività fisica regolare (almeno 3-5 volte alla settimana) di intensità moderata (camminata veloce, bicicletta, nuoto) per almeno 30-60 minuti.



I DANNI DEL CLIMATIZZATORE

Aria condizionata no a getti ghiacciati. Rischio legionella con i filtri sporchi

Un motivo in più per recarsi in ufficio felici: l'aria condizionata. Ma attenzione: con i getti troppo «ghiacciati» e i filtri d'aria non accuratamente puliti, possono manifestarsi problemi di salute legati alla climatizzazione, che può essere nociva non solo se viene impostata a temperatura troppo basse. Il problema può risiedere anche nei filtri sporchi, ricettacolo «di batteri, in particolare quello della legionella, ma anche di miceti e parassiti», dice

In quell'occasione, 221 persone contrassero una particolare forma di polmonite precedentemente non conosciuta, e di queste 34 morirono. La fonte di contaminazione batterica fu identificata nel sistema dell'aria condizionata dell'albergo e il batterio responsabile fu denominato Legionella pneumophila.

Per quanto riguarda la manutenzione ordinaria «è importante che sia programmata basandosi sulle caratteristiche tecniche dell'impianto e che verifichi la corretta funzionalità di tutte le differenti parti del sistema di condizionamento. Pertanto, la periodicità dei controlli dipende essenzialmente dall'azione di manutenzione che deve essere effettuata.

Ad esempio i filtri devono essere sostituiti o puliti ogni 3 mesi e la pulizia e la disinfezione delle sedi in cui sono alloggiati i filtri deve essere effettuata ogni 6 mesi, mentre per quanto riguarda lo stadio di deumidificazione e di umidificazione le vaschette di accumulo devono essere svuotate ed eventualmente disinfettate ogni 3 mesi».

Per evitare o ridurre al minimo i rischi per la salute correlati a un utilizzo scorretto degli impianti di condizionamento «basta seguire alcune semplici regole. Innanzitutto - dice Lavicoli - quella di evitare di posizionarsi direttamente sotto il flusso d'aria del condizionatore. Pertanto sarebbe opportuna l'installazione di apparecchi di condizionamento a soffitto che garantiscono una distribuzione più uniforme dell'aria, mentre per i condizionatori a parete già installati, se lo spazio lo consente, sarebbe opportuno evitare un'esposizione diretta. Inoltre, è utile fare attenzione alla posizione dei condizionatori rispetto agli arredi (armadi, archivi) per evitare riflessi dannosi e la rimozione di sporcizia dai punti, quali le parti alte dei mobili, dove solitamente la pulizia viene fatta più di rado.



FILTRI SPORCHI? RISCHIO LEGIONELLA

Ivo Lavicoli, tossicologo dell'Istituto di medicina del lavoro dell'università Cattolica di Roma.

«La possibile diffusione, negli ambienti di vita e di lavoro, di microrganismi da parte degli impianti di condizionamento - spiega l'esperto - è correlata principalmente a una non corretta manutenzione ordinaria e straordinaria degli impianti stessi. Infatti, le particolari condizioni microclimatiche presenti all'interno degli impianti di condizionamento favoriscono la proliferazione dei microrganismi e la loro conseguente immissione negli ambienti. Il caso storicamente più conosciuto di epidemia dovuto alla diffusione di microrganismi da parte degli impianti di condizionamento è quello avvenuto nel 1976 tra i partecipanti al raduno della Legione Americana al Bellevue Stratford Hotel di Philadelphia.

SOLO UNA MINORANZA PREFERISCE AVERE LA PELLE COLOR LATTE

La tintarella piace a 4 italiani su 10 sono soprattutto giovani e donne e uno su cinque è "sole-dipendente"

La tintarella è l'obiettivo di ben 4 italiani su 10, che con l'arrivo del caldo amano esporsi al sole, per far assumere il colore ambrato o color caffè alla propria pelle. Tra i patiti dell'abbronzatura si registra una prevalenza di donne, che si stima raggiungano la ragguardevole incidenza del 53%; ancor meglio si attestano i più giovani, tra i 18 e 24 anni, dei quali circa il 66% dedicano le loro giornate all'abbronzatura.

Questo è quanto afferma la Coldiretti, sulla base di un'indagine da cui emerge che c'è solo una minoranza del 10% che preferisce la «tintarella di luna», con la «pelle color latte», ma c'è anche una porzione di «addicted», nella proporzione di 1 su 5, che prevede di stendersi sotto i raggi solari anche per 5 o più ore al giorno. Se il consiglio è di

esporre gradualmente al sole e di evitare le ore in cui il sole «batte» più forte, soprattutto in caso di carnagione chiara, l'alimentazione mirata - sottolinea la Coldiretti - aiuta a «catturare» i raggi del sole ma è anche in grado di difendere l'organismo dalle elevate temperature.

La dieta adeguata per ottenere un'abbronzatura sana e naturale si fonda - precisa la Coldiretti - sul consumo di cibi ricchi in vitamina A che favorisce la produzione nell'epidermide del pigmento melanina, per donare il

classico colore scuro alla pelle. Sul podio del «cibo che abbronzano», secondo la speciale classifica stilata dalla Coldiretti salgono carote, radicchi e albicocche. Ma sono d'aiuto anche insalate, cicoria, lattughe, meloni, peperoni, pomodori, fragole e ciliegie.

liege, che presentano comunque contenuti elevati di vitamina A o caroteni.

Insomma l'alimentazione non può proprio essere trascurata. Ed è così che in alcune spiagge è addirittura arrivato il personal trainer, con il compito di affiancare il turista per aiutarlo a mantenersi in forma attraverso una corretta alimentazione utile a difendersi dal caldo e garantirsi una tintarella naturale.

Con il caldo, infatti, è importante consumare frutta e verdura fresca, che sono fonte di vitamine, sali minerali e liquidi, preziosi per mantenere l'organismo in efficienza e per combattere i radicali liberi prodotti come conseguenza dell'esposizione solare. Antiossidanti «naturali» sono, infatti, le vitamine A, C ed E che sono contenute in abbondanza in

frutta e verdura fresca. Questi vegetali sono dunque alimenti che soddisfano molteplici esigenze del corpo: nutrono, dissetano, reintegrano i sali minerali persi con il sudore, riforniscono di vitamine, mantengono in efficienza l'apparato intestinale con il loro apporto di fibre e si oppongono all'azione dei radicali liberi - prodotti nell'organismo come conseguenza dell'esposizione al sole - nel modo più naturale ed appetitoso possibile.

EN. GA.

E. N.

R. R.

[ESTATE]



Cure anticancro e la pelle va ko I mezzi di difesa

Non esporsi al sole nelle ore più calde del giorno Usare alti fattori di protezione, occhiali e cappelli

LUCY GULLOTTA

Evitare le ore più calde, usare solari ad alta protezione e soprattutto evitare di esporre la parte di cute sottoposta a radioterapia per almeno un anno dal trattamento. Questi sono solo alcuni consigli per tutti quei pazienti che dopo essere passati per una malattia che sconvolge il metabolismo e l'equilibrio ormonale, come il tumore, decidono di esporsi ai raggi solari.

«Il sole fa bene all'umore - confermano gli esperti - ma la pelle va assolutamente protetta. E allora ecco approntato dagli specialisti del settore un decalogo semplice da seguire, che aiuta queste persone particolarmente sensibili, a proteggersi dagli effetti non sempre benefici del sole.

La prima raccomandazione - che in fondo vale anche per tutti coloro i quali sono amanti della «tintarella» in generale - è quella di esporsi sempre con moderazione e di fare attenzione agli orari e cioè: prima delle 11 e dopo le 16, quando le radiazioni sono meno nocive.

E' consigliabile, inoltre, usare solari ad alta protezione associati a indumenti appropriati; conviene scegliere prodotti fotoprotettivi senza parabeni, conservanti e nichel free con alto fattore di protezione; al mare e in



SÌ ALLA TINTARELLA, MA CON MODERAZIONE

montagna indossare comunque un cappello a falda larga, occhiali da sole e t-shirt.

E ancora. La cute che ha subito la radioterapia è molto più sensibile, in questo caso evitare di esporre la parte di pelle che è stata irradiata per almeno un anno dal trattamento; scegliere detergenti con formulazioni di

tipo olio in acqua, che agiscono delicatamente per affinità e detergersi subito dopo il bagno in mare, in piscina o alle terme; l'idratazione della pelle nel periodo estivo è ancora più importante nel paziente oncologico, preferire idratanti a base di olio di germe di grano, vitamina E e con aloe, urea e allantoina in formulazio-

ni che vengono facilmente assorbite dalla cute.

Anche i capelli vanno curati e protetti utilizzando preferibilmente lozioni tricosstimolanti, balsami e shampoo specifici.

E per la cura delle unghie, applicare lacche protettive e rinforzanti. Anche l'alimentazione è fondamentale, in modo da potere agire anche dall'interno dell'organismo per riuscire a salvaguardare meglio la pelle: e così via libera al consumo di frutta e verdura, bere tanta acqua, te verde e spremute.

La patologia tumorale è sempre più cronica e la qualità di vita del paziente oncologico è sempre più centrale nell'approccio terapeutico: da qui è partito il Board Scientifico de «Il Corpo Ritrovato», che da tre anni è impegnato nella definizione di protocolli dermocosmetologici per la gestione degli eventi cutanei, e del conseguente disagio per la persona colpita, causati dalle cure oncologiche. «La terapia oncologica passa dalla pelle e per la pelle favorendo e inducendo una serie di alterazioni dal punto di vista funzionale, organico, estetico - spiega Pucci Romano, docente dell'università Tor Vergata di Roma. - Spesso questo tipo di problematiche, se non vengono risolte, obbligano il paziente a interrompere la terapia. Gestire gli eventi avversi permette di proseguire la terapia oncologica e contribuire al recupero totale della persona».

«Nei nostri ambulatori non osserviamo solo alopecia - aggiunge Gabriella Fabbrocini, docente presso la Sezione di dermatologia all'università di Napoli - ma numerose altre manifestazioni come il rash follicolare, presente in ben più dell'87% dei pazienti in chemioterapia. Le unghie sono poi molto colpite dai farmaci antitumorali, in circa il 25% dei casi, mentre il 15% dei pazienti sottoposti a radioterapia va incontro a radiodermatiti. E ancora si osservano altre complicazioni quali xerosi, secchezza cutanea, spaccchi ragadiformi che inibiscono anche le normali attività quotidiane».

IL MEDICO DEI CICLISTI

GUARDASCIONE: «OCCHIO AI COLPI DI CALORE IN BICICLETTA»

Berretto sotto il casco, occhiali da sole, una bottiglietta di acqua e crema solare. Questa «armatura» corretta per una buona pedalata sotto al sole per evitare il rischio di un'insolazione. A suggerire agli amanti della bici i comportamenti da tenere durante l'estate è Carlo Guardascione, responsabile sanitario del team ciclistico Lampre-Merida. «Per andare in bici con queste temperature elevate - spiega Guardascione - è necessario soprattutto idratarsi molto bene con acqua che contenga soluzioni saline da bere ogni 10-15 minuti». Non solo. L'esperto raccomanda di «utilizzare magliette che si possono aprire fino all'ombelico per far respirare la pelle, e di indossare sotto il casco tessuti traspiranti». E ancora: «applicare creme solari con elevato fattore di protezione e indossare occhiali da sole per evitare congiuntivi». Raccomandazioni valide, soprattutto per i piccoli ciclisti: «A differenza degli adulti - spiega Guardascione - i bimbi in bici devono applicare una protezione solare più alta e indossare sempre gli occhiali da sole».

LA CONVENTION-EVENTO IDEATA DA FEDERFARMA CATANIA. OSPITE D'ONORE UNA NAZIONE DEL MEDITERRANEO

LUCY GULLOTTA

Oltre un migliaio di presenze qualificate, una cinquantina tra i più autorevoli sponsor dell'Health Care, del Beauty Care, dei servizi e delle professioni legati al mondo della farmacia, nove corsi Ecm, una trentina di relatori di rilievo nazionale e internazionale: sono i numeri delle prime due edizioni di Pharmevolution, la convention-evento della farmaceutica ideata da Federfarma Catania e organizzata dalla società di servizi Farmamentis. Un appuntamento che si rinnova per il terzo anno consecutivo con una formula ancora più ricca di eventi e partnership. E da quest'edizione con una novità assoluta: la presenza di una Nazione del bacino del Mediterraneo in qualità di ospite d'onore della convention e protagonista di un confronto-dibattito sull'evoluzione della farmacia. Un modo per guardare oltre l'orizzonte nazionale e aprirsi a nuove sfide, anche grazie all'esperienza di altri Paesi. Ma le novità di questa terza edizione, che si terrà il 26 e 27 ottobre al centro fieristico «Etnafiere» di Belpasso, non finiscono qui. Pharmevolution, infatti, torna a casa, alle pendici del vulcano dichiarato dall'Unesco Patrimonio dell'Umanità, dove è nata l'idea di mettere in rete, attraverso un evento di caratura nazionale, tutti gli attori della filiera del farmaco. E quest'anno, grazie alla partnership con il «Consorzio professionisti del sorriso», Pharmevolution apre anche a odontoiatri, odontotecnici, a tutti i professionisti e le aziende che operano nel settore dentale. Sarà un incontro tra due mondi - quello della farmaceutica e della salute orale - entrambi uniti dal comune denominatore del benessere tout court del cittadino-utente-paziente e dalla necessità di ridisegnare la sanità del futuro. Ma non è tutto. La convention, infatti, sarà anche l'occasione per illustrare i risultati dello studio realizzato da «Pharmaceutical Care Network Europe» sull'assistenza fornita dalle far-

Terza edizione di Pharmevolution tutte le novità della farmaceutica



Nelle foto: a sinistra, in piedi il presidente Federfarma Catania e vicepresidente Federfarma nazionale Gioacchino Nicolosi, durante un intervento a Pharmevolution 2012. Sotto, l'arrivo dei partecipanti e la registrazione a Pharmevolution 2012



macie ai pazienti cronici. «Analizziamo il presente per andare incontro al futuro - ha sintetizzato Gioacchino Nicolosi, presidente di Federfarma Catania e vice presidente nazionale, nonché ideatore di Pharmevolution - Pharmevolution 2013 si presenta ancora più ricca di contenuti. Anzitutto torniamo a casa, dopo la tappa dello scorso anno a Palermo, e dopo aver capitalizzato gli ottimi risultati delle prime due edizioni, che hanno registrato la partecipazione di centinaia

di colleghi, autorità ed esperti del settore, da tutta la Sicilia e da fuori regione. La convention-evento sta diventando sempre più un punto di riferimento per gli operatori del mondo della farmacia, e non solo, che sono chiamati a confrontarsi con una realtà in rapida evoluzione, e spesso a intercettare e soddisfare quelle istanze a cui la sanità territoriale, alle prese con una impietosa spending review, non è più in grado di fornire adeguate risposte. Come Federfarma - ha aggiunto Nicolosi -, ab-

biamo voluto estendere all'Italia il programma di ricerca internazionale sul «Pharmaceutical care», per capire, attraverso un questionario rivolto ai colleghi, quale sia l'attività di supporto, consulenza e monitoraggio svolta dalle farmacie nei confronti dei pazienti che richiedono trattamenti farmacologici prolungati e verificare quali ulteriori passi possano essere compiuti per favorire il coinvolgimento delle farmacie nel processo di rafforzamento delle cure primarie, con un occhio attento a

quanto sta avvenendo in Europa. Gli esiti di questa ricerca saranno oggetto di un'approfondita analisi nell'ambito di Pharmevolution. Si tratta di un lavoro propedeutico alla conoscenza dei servizi maggiormente richiesti e dei relativi ambiti territoriali, che consentirà di quantificare anche i costi per la farmacia». Secondo una formula ormai collaudata, Pharmevolution 2013 proporrà anche corsi Ecm, di cui due saranno dedicati ai professionisti del sorriso, dibat-

titi e convegni con relatori ed esperti di livello nazionale e internazionale sui problemi attuali e sulle prospettive della farmacia. Più grande l'area riservata quest'anno alle aziende: oltre tremila metri quadrati di spazio espositivo ospiteranno gli stand delle maggiori case farmaceutiche e le più autorevoli ditte specializzate nella produzione e distribuzione di beni e servizi legati al mondo della salute, del sorriso, del benessere e della cosmesi. Sarà un'occasione unica per conoscere in anteprima le ultime novità del settore. Mentre resta top secret, per il momento, la Nazione che quest'anno sarà ospite d'onore della convention.

«Sempre nell'ottica di fornire ai farmacisti nuove chiavi di lettura di una realtà in costante evoluzione - ha anticipato il presidente di Federfarma Catania e vice presidente nazionale - abbiamo deciso di ospitare a Pharmevolution una Nazione del Mediterraneo con cui misurarci in un confronto-dibattito sul ruolo del farmacista e sulle prospettive di cambiamento della professione in ambito europeo. Non possiamo più limitarci a guardare in casa nostra ma dobbiamo fare tesoro delle esperienze dei colleghi stranieri. Se i nostri padri fondatori mettevano cuore e testa in farmacia, per stare dietro il banco con straordinaria umanità e professionalità, oggi - ha concluso Nicolosi - il perdurare della crisi e i continui tagli alla spesa farmaceutica ci impongono di mettere una «marcia in più» nella nostra attività, ci obbligano ad avere anche una «visione di prospettiva» nell'interpretare il cambiamento e trasformarlo da fonte di pericolo e potenziale minaccia per il tradizionale mondo della farmacia in opportunità di rilancio per una professione che ha attraversato secoli di storia mantenendo un primato: un altissimo livello di fiducia da parte dei cittadini». Insomma, la scommessa Pharmevolution inizia a entrare nel vivo e, anche quest'anno, tutto lascia prevedere che confermerà numeri da grande evento.



[ESTATE]

Colpi di calore, anziani più a rischio

Con l'arrivo dell'afa, Comuni e Aziende sanitarie locali potenziano le azioni per tutelare le fasce «over 65»

DAMIANO SCALA

Se pensate che le temperature miti di questo mese di giugno stiano dando una tregua, non fatevi prendere dall'entusiasmo. Già dal mese di luglio le condizioni termiche ritorneranno bollenti. L'estate siciliana è partita a singhiozzo ma la colonna di mercurio è destinata a salire. Con il caldo, quindi, arrivano puntuali dagli esperti le consuete «istruzioni per l'uso» di questo periodo. Insolazioni, colpi di calore e problemi respiratori sono sempre in agguato soprattutto per gli anziani. Per questo i medici invitano a non uscire nelle ore più calde e comunque di portare sempre con sé una bottiglia d'acqua in borsa. Si tratta solo della prima, basilare raccomandazione che viene rivolta a tutti gli «anta». E la fa Salvatore Mangiameli, ex presidente regionale dei cardiologi ospedalieri e primario cardiologo emerito dell'ospedale «Garibaldi» di Catania, che sottolinea l'importanza di restare a casa durante le ore più calde della giornata. «Con la vita media che si allunga bisogna fare i conti con le patologie cardiologiche e respiratorie. In Sicilia, durante i mesi di luglio e agosto, si raggiungono temperature altissime con l'eccessiva afa che mette in pericolo la salute di migliaia di anziani. La cosa più importante da fare è sempre quella di non esporsi al sole durante l'arco di tempo che va dalle 11 alle 17 e idratarsi in continuazione» sottolinea il dott. Mangiameli. Con la riduzione delle persone in età attiva, e la concomitante crescita degli «over 65», i comuni e le aziende sanitarie locali, in questo periodo, potenziano le azioni volte a tutelare le fasce più fragili della popolazione. Iniziative informative mirate e opere di monitoraggio per prevenire le emergenze vere e proprie ed evitare eventuali situazioni di esposizio-

ne a rischi da calore. Piani di interventi disposti del ministero della Salute e dagli assessorati regionali, di concerto con il dipartimento nazionale di Protezione Civile, vengono messi in cantiere a sostegno della popolazione. «La prevenzione deve partire da noi stessi - prosegue Mangiameli - in particolare, per le persone più avanti con l'età, è preferibile andare a mare solo nella prima mattinata». A proposito dell'uso dell'aria condizionata, Mangiameli, non ha dubbi: «Assolutamente no, soprattutto per le persone che hanno problemi respiratori - afferma con decisione - e mai tenerla per ore a temperature particolarmente basse. Per quanto riguarda l'alimentazione è fondamentale assumere cibi leggeri, ricchi di vitamine e sali minerali, e bisogna cercare di combattere la tendenza, che in alcuni anziani si presenta, di mangiare troppo poco quando arriva il caldo. Con la sudorazione

Si allunga la vita media e bisogna fare i conti con le patologie cardiologiche e respiratorie. In Sicilia, durante i mesi di luglio e agosto, si raggiungono temperature molto elevate e l'eccessiva calura mette in pericolo la salute di migliaia di vecchietti che devono combattere la tendenza all'astenia dovuta al picco di calore

- è sempre il cardiologo a parlare - il nostro organismo perde potassio e magnesio che danno quel senso di stanchezza e spossatezza. Non fare quindi sforzi eccessivi e proteggersi la testa dai colpi di sole indossando un berretto». Particolare attenzione bisogna fare quando si bevono bibite gassate o con caffeina. Ad aggravare il pericolo di malore negli anziani vi è il fatto che i sintomi non sono evidenti. La perdita della sete, la sonnolenza e l'aumento del battito cardiaco sono, infatti, disturbi tipici della terza età. Per questo il problema della scorretta idratazione o alimentazione può passare inosservato. Per limitare ulteriormente il disagio legato al calore bisogna indossare abiti leggeri, di colore chiaro, non aderenti, di cotone, lino o comunque fibre naturali. E poi consultare il proprio medico di famiglia, se si è affetti da diabete o ipertensione o da altre patologie che implicano l'assunzione continua di farmaci, per conoscere eventuali reazioni che possono essere provocate dal caldo. Non solo, restare il più possibile in compagnia di altre persone è indispensabile per avere un soccorso tempestivo in caso di svenimento. «Un anziano che avverte un mancamento dovuto all'eccessiva afa - conclude l'ex presidente regionale dei cardiologi ospedalieri - deve essere immediatamente disteso a terra. Successivamente bisogna alzare le gambe per migliorare la circolazione sanguigna. Controllare sempre che non

LA CURIOSITÀ

Svezia, spie negli ospizi per controllare la qualità dei servizi

Il grado di civiltà di un paese si misura tra l'altro da come sono trattati gli anziani e dal livello dei servizi che lo stato sociale può loro garantire; perchè allora non vigilare strettamente sulla qualità di ciò che si offre a coloro che sono diventati uno degli anelli deboli della società? Sembra proprio aver fatto questo ragionamento Magnus Isaksson, consigliere municipale del Partito moderato svedese di Kalmar. La proposta avanzata dal politico locale è di quelle che faranno discutere: infiltrare spie sotto copertura per controllare le case di riposo, assicurandosi che tutto lo staff faccia il proprio dovere. «Il fatto è che siamo di fronte a persone vulnerabili che non riescono fare sentire la loro voce - ha detto Isaksson al quotidiano locale Oestran - e spesso è difficile reperire le prove dei maltrattamenti che vengono denunciati». Secondo la proposta dell'esponente del partito di maggioranza in Svezia, gli infiltrati dovrebbero essere distribuiti nei vari settori delle case di riposo ed apparire come impiegati temporanei; da questa posizione potrebbero monitorare da vicino il modo di lavorare del personale a tempo indeterminato, senza destare sospetti.

Da esperto 007, Isaksson ha spiegato che basterebbero così due settimane per poter compilare un rapporto segreto e accurato, e ha paragonato il lavoro dei «clandestini degli ospizi» a quello delle «spie del commercio» già esistenti, che preparano rapporti segreti sul lavoro di venditori e negozianti. È probabile che l'idea sia balzata in testa al consigliere municipale dopo la denuncia di maltrattamenti in una casa di riposo della città baltica (la Smedangen), ma anche perché, se è vero che il livello di benessere della popolazione in questi ultimi anni è diminuito anche in Svezia, occorre far fruttare al meglio le diminuite risorse che lo stato sociale riserva ai pensionati.

MARIA NOVELLA TOPI



Il caldo condiziona la vita delle persone che trovano ristoro immergendo i piedi dentro le fontane

inghiotta la lingua e allontanare i curiosi per permettergli di respirare normalmente. Questi piccoli accorgimenti permettono al soggetto di riprendersi in pochi minuti».

SUL PORTALE DEL MINISTERO DEGLI ESTERI TUTTE LE INFORMAZIONI UTILI SU SICUREZZA E PROFILASSI

Viaggi sicuri, seguire le norme igieniche e partire informati sui luoghi da visitare

DAMIANO SCALA

Partenze ed arrivi per la gente che vuole andare in vacanza e che non desidera vivere solo ed esclusivamente momenti di completo relax. Così oltre al classico viaggio ai tropici (tra spiagge bianche, mare dai mille toni di blu e barriere coralline) c'è anche chi preferisce mete esotiche estreme. Zone del mondo quasi sconosciute e impervie ma che sanno affascinare i turisti di tutto il globo. Lo scopo è quello di stupire gli amici mostrando, al loro ritorno, «reportage» di video e racconti su nazioni lontane. La voglia di esplorare supera ogni tipo di barriera sempre alla ricerca di mille avventure.

Ci sono però delle fondamentali precauzioni da «mettere in valigia» per poi passare le vacanze senza avere problemi di salute. Sono numerose, infatti, le malattie a cui un soggetto può andare incontro durante un viaggio. Il rischio di insorgenza di un'infezione tende ad aumentare significativamente per chi si dirige dalla Sicilia verso paesi in via di sviluppo. Mete esotiche in cui, sia per le caratteristiche climatiche che per la persistenza di situazioni di carenze igienico-sanitarie, è maggiore il rischio di contrarre una malattia infettiva. «Le precauzioni sono poche ma di grande importanza per garantire un perfetto stato di salute della persona - afferma il medico-chirurgo gastroenterologo Marco Cianci o - è bene consumare solo cibi ben cotti ed alimenti confezionati, evitando verdure crude e frutta che non si possa sbucciare. Tutto

per scongiurare il pericolo di andare incontro ad una intossicazione. Inoltre è opportuno bere esclusivamente acqua e bevande in bottiglia, senza aggiunta di ghiaccio. Gli infusi vanno bene ma solo se preparati con acqua bollita a lungo. Non solo, nel periodo estivo vanno prese serie precauzioni per evitare i rischi di disidratazione soprattutto se si scelgono mete come i paesi arabi o africani». Altra tappa inevitabile per poter viaggiare in tutta sicurezza riguarda le vaccinazioni da effettuare prima di salire sull'aereo. In Italia sono obbligatorie quelle contro la difterite, il tetano, la poliomielite e l'epatite A e B. «È importante portarsi dietro una buona scorta di farmaci per essere pronti ad ogni evenienza - prosegue il dottor Cianci - disinfettanti intestinali ed antidiarroidici, per le emergenze e per specifiche patologie di

cui si sia affetti, possono garantire una vacanza sicura. In ogni caso bisogna sempre essere attenti a ciò che si beve o mangia». Se si ha in programma di andare in posti dell'estremo oriente, soprattutto nei paesi dove la situazione sanitaria è da considerarsi ad alto rischio, è opportuno adottare le dovute precauzioni per evitare i rischi di puntura degli insetti: zanzariere alle finestre, creme e apparecchiature elettriche anti-zanzare. Per scongiurare il rischio di contrarre l'influenza suina, gli esperti raccomandano di coprire con un fazzoletto naso e bocca in caso di starnuti o tosse. E poi lavarsi le mani frequentemente evitando contatti ravvicinati con persone che potrebbero essere infette. Nelle zone dell'Africa del sud-est e nei paesi maghrebini invece è alto il rischio di gastroenteriti (amebiasi,

salmonellosi) e la possibilità di focolai di tifo e meningite. Nei paesi che ospitano le grandi foreste amazzoniche, gli esperti sottolineano che le strutture sanitarie pubbliche sono generalmente carenti. Qui sono presenti malattie endemiche come la malaria e la dengue (febbre, pesantezza, dolore di testa, dolori ossei e nausea). Altissime sono le possibilità di contrarre la febbre gialla soprattutto in zone come Acre, Amapá, Amazonas, ovest del Maranhão, nord del Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e ovest del Tocantins. I medici pertanto consigliano un'adeguata profilassi anti-malarica e di ricorrere ad alcune precauzioni basilari come: alloggiare in luoghi dotati di zanzariere intorno ai letti e alle finestre, utilizzare prodotti repellenti e indossare indumenti che coprono braccia e gambe.



LAMPEDUSA

La zanzara «Aedes aegypti», portatrice dei virus, prolifera negli specchi d'acqua. Diversa la situazione dall'altra parte dell'America Latina. Qui i pericoli maggiori sono legati alle escursioni sulle Ande. Gite sul Lago Titicaca (4.000 m), Cuzco (3.200 m), Machu-Picchu (2.800 m) e Huaraz (3.200 m), potrebbero comportare nausea, affaticamento, mancanza di fiato: disturbi dovuti all'al-

titudine e che richiedono la somministrazione di ossigeno. Meno problematiche, invece, le condizioni per tutti coloro che decidono di viaggiare all'interno del continente europeo. Qui non sono necessarie nessun tipo di vaccinazioni particolari. L'unica precauzione riguarda l'immunizzazione contro l'encefalite da zecche per chi vuole visitare le aree boschive dell'Europa centrale e le zone più isolate dei paesi balcanici. Su internet sono decine i siti che danno consigli utili per garantire un viaggio all'insegna della sicurezza. Sul portale del Ministero degli Esteri è possibile trovare tutti i centri di vaccinazione in Italia e notizie utili sul luogo che si sta per visitare. La conoscenza dei pericoli, che si possono nascondere dietro ad un luogo esotico, non preclude comunque la certezza di trascorrere un'esperienza unica nel suo genere. La cosa fondamentale è partire sempre informati e seguire sempre le norme igieniche universali: non mangiare cibi crudi, anche negli alberghi e nei ristoranti; bere solo bibite in bottiglia o acqua filtrata, senza aggiungere ghiaccio; evitare di acquistare cibi da bancarelle per strada.



Nelle foto alcuni luoghi turistici. Ci sono delle fondamentali precauzioni da «mettere in valigia» per poi passare le vacanze senza avere problemi di salute. Sono numerose, infatti, le malattie a cui un soggetto può andare incontro durante un viaggio in Paesi esotici, tropicali e africani



[PEDIATRIA]

MONDO
medico

Arriva uno scudo contro il batterio killer

L'Agenzia italiana del farmaco approva il vaccino contro il meningococco b messo a punto nei laboratori Novartis

ANGELO TORRISI

Dopo il via libera da parte della Commissione Europea lo scorso gennaio, è arrivata anche l'autorizzazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) all'immissione in commercio di Bexsero, il nuovo vaccino multicomponente Novartis contro il meningococco di sierogruppo B [rDNA, componente, adsorbito]. Il provvedimento riveste una importanza notevole sotto il profilo medico e sociale: le meningiti meningococciche, infatti, è un'infezione batterica e la principale causa di meningite in Europa, soprattutto tra i neonati, la fascia d'età più esposta al meningococco B (MenB) 4.

Indicato per l'immunizzazione a partire dai due mesi di età, il vaccino Novartis contro il MenB, è il risultato di oltre venti anni di ricerca d'avanguardia nello sviluppo dei vaccini. «Esistono vaccini in grado di proteggere contro i ceppi A, C, Y e W della meningite meningococcica, ma finora non era disponibile un vaccino contro il meningococco B» dichiara Rino Rappuoli, responsabile globale della Ricerca, Novartis Vaccines and Diagnostics. «Ecco perché è molto importante che sia arrivato il via libera anche dell'Aifa. Questo nuovo vaccino permetterà non solo di salvare molte vite umane, ma anche di cambiare le prospettive della lotta contro la meningite nel mondo. Adesso il nostro ruolo passa in secondo piano e il compito più importante lo avranno i governi e le istituzioni che hanno l'obiettivo di tutelare la salute pubblica con efficaci programmi di immunizzazione».

Il vaccino contro il MenB è prodotto presso lo stabilimento di Rosia (in provincia di Siena) e viene distribuito nei diversi mercati. Questo rafforza ulteriormente il ruolo centrale dell'insediamento toscano di Novartis nella lotta contro la malattia, grazie anche al consistente programma di aggiornamento tecnologico che ha comportato importanti investimenti sia in immobilizzazioni sia in attività di ricerca e sviluppo, oltre ad una forte crescita del numero dei collaboratori.

Nel mondo, ogni anno, sono complessivamente mezzo milione i casi di meningite meningococcica. L'epidemiologia dei diversi sierogruppi di meningococco varia considerevolmente a seconda dell'area geografica.

In Italia, la causa principale è rappresentata dal sierogruppo B, che nel 2011 è stato responsabile del 64 per cento dei casi totali tipizzati. Ha rappresentato inoltre la causa principale di meningite meningococcica nei bambini sotto l'anno di età, causando il 77 per cento dei casi totali.

«Il meningococco B colpisce soprattutto i bambini sotto i 12 mesi e è pericolosissimo - spiega Milena Carmela Lo Giudice, pediatra di famiglia e responsabile regionale del Centro Studi e Ricerche Fimp - per questo abbiamo l'obbligo di fare tutto il possibile perché la vaccinazione venga offerta in modo attivo e somministrata proprio nei primi mesi di vita. Il secondo gruppo di popolazione che può beneficiare della profilassi antimeningococco B è

E' indicato per proteggere fin dal secondo mese di vita e rappresenta il mezzo più efficace per prevenire l'infezione batterica principale causa di meningite in Europa, malattia particolarmente temuta da genitori e pediatri in quanto si manifesta all'improvviso, evolve con rapidità e può uccidere nell'arco di 24 ore

quello degli adolescenti e dei giovani adulti, in cui la grande promiscuità e la variabilità immunologica sono i fattori di maggior rischio per il contagio».

Questa malattia è particolarmente pericolosa in quanto attacca le persone sane senza alcun segnale di preavviso e può portare al decesso entro 24-48 ore. La meningite meningococcica ha una letalità tra il 9 e il 12 per cento, ma in assenza di un trattamento antibiotico adeguato può raggiungere il 50 per cento.

I segni e sintomi della malattia sono spesso simili a quelli influenzali, rendendo difficile la corretta diagnosi negli stadi iniziali dell'infezione e limitando la possibilità di evitare le conseguenze più gravi. Su dieci persone che contraggono la malattia, una è destinata a morire anche se viene sottoposta a cure adeguate e su cinque persone che sopravvivono, una rischia di restare vittima di devastanti disabilità permanenti, quali danni cerebrali, problemi di udito o amputazione di arti.

La prevenzione attraverso la vaccinazione rappresenta quindi l'unica difesa contro questa malattia così aggressiva. Tuttavia la sua incidenza in Italia risulta sotto stimata sia perché

il ridotto utilizzo di tecniche più idonee per la tipizzazione. Secondo i dati di sorveglianza nei bambini con meno di 1 anno l'incidenza è di circa 3/100 mila nuovi nati¹, e molti casi hanno un esito fatale ancora prima di poter fare la diagnosi. Soltanto 21 sono i casi totali di meningite rilevati nel 2012 in Sicilia, dei quali appena 3 di meningite meningococcica: indice di una forte sottostima dei casi nella regione.

A seguito della decisione dell'AIFA, le autorità competenti valuteranno l'inserimento del nuovo vaccino nei calendari vaccinali regionali e nell'ambito del prossimo piano vaccinale nazionale. Il profilo di tollerabilità e immunogenicità del nuovo vaccino Novartis sono stati stabiliti sulla base di un vasto programma clinico che ha coinvolto oltre 7.000 persone tra cui in Italia 11 istituti diversi e circa 1.500 tra neonati, bambini, adolescenti e adulti. A partire dai due mesi di età, il nuovo vaccino offre diverse opzioni che possono essere integrate negli interventi di vaccinazione di routine⁸.

«L'approvazione del nuovo vaccino contro la meningite B ha per me un significato molto profondo: nel 2009 non c'era ancora e ho perso mio figlio a causa di questa terribile infezione» dichiara Ivana Silvestro, palermitana, vicepresidente del Comitato Nazionale contro la Meningite. «Sapere che d'ora in poi tragedie come quella che ho vissuto io saranno finalmente evitabili mi aiuta a superare il dolore ancora vivo della perdita del mio piccolo Federico. Il vaccino è quindi, davvero, un'offerta di vita, che eviterà a molte famiglie di vivere esperienze drammatiche come la mia. Il cammino verso l'eradicazione della meningite è finalmente in discesa».

L'approvazione del nuovo vaccino contro la meningite B conferma l'esclusiva posizione di Novartis - e del suo polo toscano - nella lotta mondiale contro la terribile malattia meningococcica. A questo, infatti, si affianca il vaccino quadrivalente già disponibile per la profilassi dei sierogruppi A, C, W-135 e Y, per aiutare le persone a proteggersi da tutti e cinque i principali sierogruppi di batteri meningococci all'origine della maggioranza dei casi di malattia nel mondo.



L'Aifa ha autorizzato l'immissione in commercio del nuovo vaccino Novartis contro il meningococco b

di circa 3/100mila nuovi nati. Tuttavia, la sua incidenza in Italia risulta sottostimata sia perché i casi di malattia non vengono adeguatamente notificati, sia per



FONDAZIONE MEDITERRANEA CATANIA
G.B. Morgagni
PER LO SVILUPPO DELLE TECNOLOGIE IN MEDICINA E CHIRURGIA
Formazione Ricerca Prevenzione
SERGIO CASTORINA - Responsabile Scientifico

La Fondazione Mediterranea G.B. Morgagni per lo sviluppo delle tecnologie in Medicina e Chirurgia è una Istituzione Onlus iscritta dal 16 dicembre 2002 nel Registro delle Persone Giuridiche Private presso la Presidenza della Regione Siciliana.

Ha sede in Catania presso il Policlinico "Morgagni" Case di Cura. Persegue e promuove attività di formazione in ambito sanitario oltre che attività di Ricerca Scientifica e per Statuto stabilisce rapporti di partnership con Enti di Ricerca, Industrie, Istituzioni Scientifiche e Università (attualmente con Consiglio Nazionale delle Ricerche - Ateneo Catania - ST Microelectronics).

Il target attuale nel campo di ricerca è inquadrato nel progetto avviato col Distretto Biomedico della Regione per conseguire risultati su:

- 1) Individuazione di nuovi biomarcatori prognostici nell'area oncologica - Tumori solidi (colon, polmone).
- 2) Sicurezza e tollerabilità di principi medicamentosi estrattivi, in neoplasie prostatiche.
- 3) Sviluppo e ottimizzazione di dispositivi diagnostici integrati.

Il target attuale nel campo della prevenzione è indirizzato al tumore della mammella e alla valutazione del rischio clinico nelle malattie cardiovascolari e cerebrali.

Attività in tale settore sono state recentemente esplesate presso la popolazione residente nell'area dell'altopiano dei monti Erei: Catenanuova e Regalbuto. Nel programma a venire rientra Ramacca.

Attività resa possibile dall'entusiasmo degli Amministratori locali che sostengono il progetto a favore della loro popolazione.

A Catenanuova giugno 2012 Dott. Aldo Biondi Sindaco, Graziano Catania Assessore alla Solidarietà Sociale.

A Regalbuto giugno 2013 Francesco Bivona Sindaco, Teresa Perra Assessore alla Salute, Vito Maita Presidente del Consiglio Comunale.



La Fondazione è intitolata a Giambattista Morgagni, anatomico e medico, 1682-1771, propugnò il metodo dell'osservazione anatomica nel tempo in cui dominavano in medicina concetti più filosofici e metafisici che anatomo-patologici. Insegnò a Padova.

Aiuta la ricerca
Dedica il tuo 5 per mille alla
Fondazione Mediterranea
G.B. Morgagni Onlus che investe
nella ricerca sul
cervello del colore verde
095 4720820

Entrambi gli eventi sono stati realizzati previa una selezione della popolazione sulla guida delle norme internazionali che esprimono il peso del rischio connesso con alcuni fattori esogeni ed endogeni che favoriscono l'insorgenza della malattia.

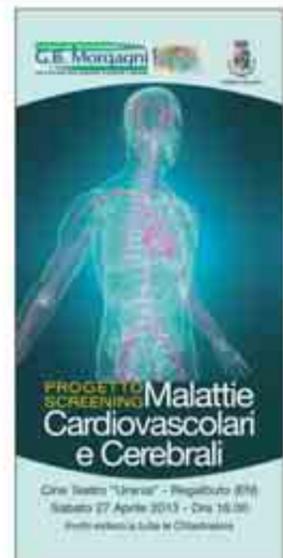
Cittadini di Catenanuova sottoposti a indagine mammografica, ecografica e clinica n. 230.

Cittadini di Regalbuto sottoposti a indagine ultrasonografica su cuore, aorta e tronchi sovraortici n. 163.

Per l'evento su Regalbuto si rileva un laborioso impegno logistico per il trasferimento di 5 grandi macchine diagnostiche da Catania alla sede del Distretto Medico dove per gentile concessione, per la quale si ringrazia il Commissario Straordinario Dott. Giuseppe Termine, il Dott. Truglio Dirigente di Presidio e la Dr.ssa Patrizia Greco Responsabile Distretto Agira, ASP 4, sono state attivate 5 stazioni ecografiche che hanno operato per 10 ore consecutive.

I risultati epidemiologici nel rispetto della privacy saranno consegnati alle Direzioni dei Distretti Sanitari competenti, dell'Azienda Sanitaria Provinciale. Le iniziative hanno richiesto un impegno intelligente degli organi della Municipalità addetti al settore sociale assistenziale. Con essi Luigia D'Anna, Medico, e Micaela Rapisardi di Sant'Antonio, Funzionario della Fondazione, hanno collaborato negli atti finalizzati alla selezione guidati da Riccardo Castorina Chirurgo e Alessandro Pappalardo Oncologo Medico su Catenanuova. Responsabili Medici per l'evento su Regalbuto: Claudio Cinà, Chirurgo Vascolare, Giuseppe Pero, Neuroradiologo interventista; Orazio Gilberti, Neurochirurgo.

Le due iniziative convalidano l'inalienabile valore della sussidiarietà di Istituzioni private, nel caso Onlus, nella gestione dei bisogni sanitari del territorio e confermano il ruolo dei Sindaci al servizio della Sanità locale.





[ESTETICA]

Uno sguardo più giovane con meno complicanze e tempi di recupero ridotti

Nuove tecniche di blefaroplastica abbinata a laser e lipofilling

Togliere la patina di stanchezza accumulata durante l'anno ed affrontare l'estate con un'aria più fresca e giovane. È quanto promette la nuova blefaroplastica coniugata con le più moderne tecniche di intervento per avere uno sguardo più giovane con meno complicanze e con tempi di recupero più brevi. Tanto che «alcuni interventi, se opportunamente programmati in questa stagione, permettono anche di non dover rinunciare alle attese vacanze estive», dice Patrizia Gilardino, chirurgo estetico di Milano, socio Aicpe e Sicpre. La combinazione di queste tecniche, eseguita con approccio sartoriale e personalizzato dal chirurgo, permette di ottenere ottimi risultati. E la buona notizia è che, se si va al mare ad agosto, non è troppo tardi.

Lo sguardo è tra i primi elementi del viso che risente del passare del tempo, ma anche dello stress e delle cattive abitudini di vita come l'eccesso di alcol e il fumo. «È tra i primi a segnare sul nostro volto i segni dell'età e della stanchezza» dicono gli esperti. Che aggiungono: «Per questo motivo è anche tra le zone di maggiore interesse che vengono indicate a un chirurgo estetico. Borse e occhiaie sono oggetto

di numerose richieste da parte di chi cerca di avere un volto un po' più giovanile».

La scienza viene oggi incontro alle diverse esigenze. La blefaroplastica si è differenziata molto negli ultimi anni. Se prima c'era un solo modo per intervenire che comportava anche dei periodi di recupero abbastanza lunghi - vista anche la delicatezza della parte

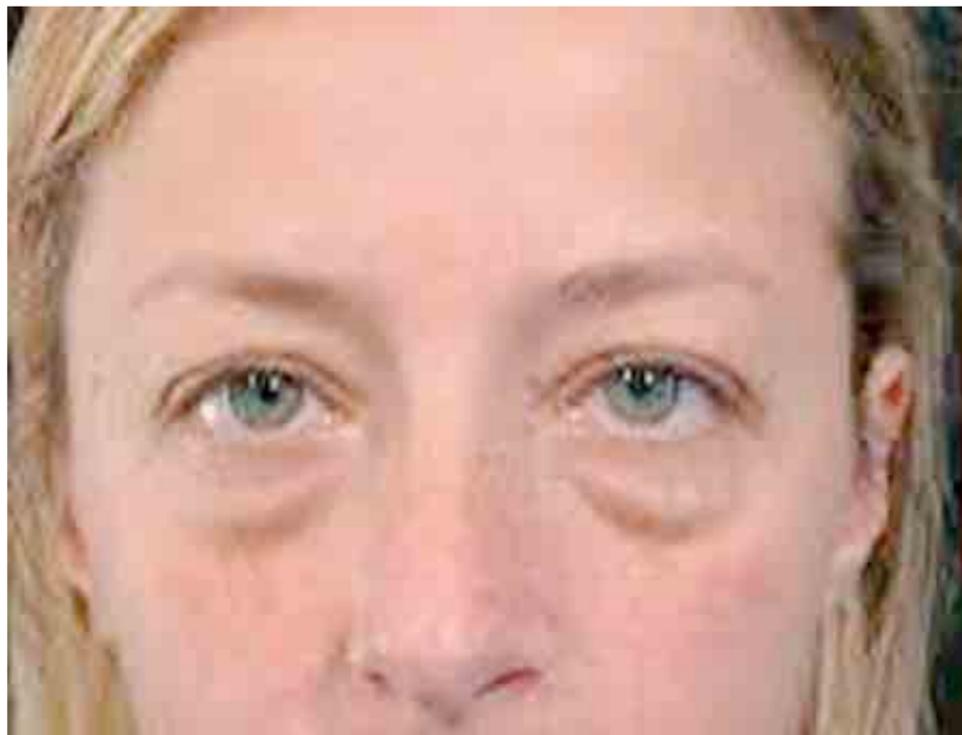


interessata -, oggi esistono diverse tecniche di intervento, nel rispetto della condizione del paziente, ma anche delle diverse esigenze che lo stesso paziente può avere. Per esempio, nella blefaroplastica superiore, dove solitamente troviamo un problema di cedimento della pelle (ptosi), abbinando un intervento di lipofilling è possibile avere un effetto migliore sull'arcata sopracciliare; effetto che permette di avere uno sguardo più ampio e luminoso.

Nella zona inferiore dell'occhio, quella solitamente interessata da borse e occhiaie, «è possibile intervenire abbinando un intervento di blefaroplastica transconiuguntivale a un trattamento laser è possibile avere tempi di recupero minori, con una notevole riduzione delle complicanze e senza alcuna cicatrice esterna. Quest'ultima è una tecnica di intervento combinata che

permette di ridurre molto se non addirittura eliminare le borse: intervenendo oggi, è possibile tra un mese affrontare anche il sole del mare, avendo cura di adottare dei minimi accorgimenti». Davanti ad una situazione abbastanza compromessa, l'intervento indicato è più impegnativo. Nei casi in cui il solco sotto la palpebra è profondo, si interviene con una tecnica classica effettuando però un riposizionamento dei tessuti nel punto maggiormente critico per restituire uniformità al volto. Nel complesso, chiarisce Gilardino, «oggi è possibile intervenire in modo calibrato e mirato. Anche per chi oggi vuole uno sguardo più giovane, senza però rinunciare alle vacanze, in alcuni casi è possibile intervenire. È necessario però darsi un mese di tempo prima di partire per le spiagge».

J.N.



“Daddy makeover”, dopo la nascita del bebè ora anche i papà fanno ricorso al ritocchino

Dopo la corsa al ritocco fra le neo mamme, arriva quella dei neo papà: il daddy makeover. «In America è l'ultima moda in tema di chirurgia estetica. Anche i papà, infatti - dice Giulio Basoccu, chirurgo estetico, Responsabile della divisione di chirurgia plastica, estetica e ricostruttiva dell'Ini, Istituto neurotraumatologico italiano - come riferisce l'American Society of Aesthetic Surgery, subiscono gli effetti dell'arrivo di un bebè in casa». Notti insonni e lunghe giornate in ufficio lasciano il segno: rughe premature, poco tempo a disposizione per la palestra, chili in più. E se la Società Americana di Chirurgia Plastica ha già messo a punto i consigli sui trattamenti ad hoc per i neopapà (a base di filler per le rughe, di botulino, peeling chimici per ringiovanire la pelle, liposuzione per gli accumuli di grasso e di minilifting), co-

me reagiscono i padri italiani? «Sempre più donne - dicono gli esperti - ci chiedono di eliminare gli inestetismi lasciati dalla gravidanza. Ma prima che prenda piede il daddy makeover ci vorrà molto tempo. L'uomo italiano è diverso da quello americano, anche se in questi ultimi anni si sta avvicinando sempre di più alla chirurgia estetica. Inoltre fa il mammo molto più spesso, vista ormai la condizione della donna, proiettata poco dopo il parto di nuovo nel mondo del lavoro». Insomma, anche il neopapà vive «in alcuni casi una vita stressante, che può farlo invecchiare precocemente, ma si avvicina alla chirurgia estetica con molta cautela. Da noi sono molto richiesti tra gli uomini gli interventi di rinoplastica, per gli inestetismi al naso, la blefaroplastica per eliminare le borse sotto gli occhi e la liposuzione contro le maniglie dell'amore».

RAGGI INFRAROSSI, TECNOLOGIE CHE ARRIVANO ALLE SEI DIMENSIONI E LETTINI ROBOTIZZATI

L'innovazione hi-tech è leader ideale di una medicina all'avanguardia. Grazie ai nuovi e sofisticati mezzi tecnologici anche la radioterapia ha fatto passi da gigante tra raggi infrarossi, tecnologie che arrivano alle sei dimensioni e lettini robotizzati. Ma gli esperti dell'Airo (associazione italiana radioterapia oncologica) affermano che non è sempre necessario inseguire le ultime innovazioni per ottenere buoni risultati. Occorre puntare soprattutto sull'appropriatezza delle metodiche utilizzate, diverse da caso in caso.

«Il messaggio da trasmettere ai pazienti - spiega Giovanni Mandoliti, presidente dell'Airo - è che non basta “inseguire” l'apparecchiatura d'avanguardia per un giusto trattamento radiante. Indispensabile è utilizzare anche un metodo appropriato».

Bisogna considerare inoltre che la radioterapia gioca un ruolo centrale nel trattamento di molti tumori sia come ipotesi terapeutica sia come ipotesi associata alla chirurgia o a terapie sistemiche. È indubbio che apparecchiature sempre più hi-tech consentono di erogare alte dosi di radiazioni al volume bersaglio salvaguardando i tessuti sani a rischio di tossicità. La condizione affinché il trattamento radiante sia correttamente somministrato è quella di individuare sia il volume da irradiare sia gli organi da preservare.

A questo proposito in radioterapia sono utilizzate le immagini della tomografia computerizzata (Tc). Tuttavia, in determinati distretti corporei, le immagini della Tc non consentono di definire con precisione l'estensione della malattia e la presenza di strutture sane ma critiche. Per superare questo gap sono impiegate immagini di risonanza magnetica (Rm) o di tomografia a emissione di positroni (Pet). Una volta definiti i volumi utilizzando sistemi computerizzati, si individua la migliore modalità di erogazione del trattamento radiante.

La radioterapia è sempre più hi-tech ma serve appropriatezza nelle cure

Queste attività richiedono una stretta collaborazione tra il radioterapista oncologo e il fisico sanitario. Alcune ricerche scientifiche stimano che nell'arco di dieci anni la radioterapia verrà applicata nell'85% dei malati di tumore, e sarà sempre più sostitutiva del bisturi e della chemioterapia: «La radioterapia - spiegano gli esperti - anche se “nell'ombra”, è già oggi l'alternativa principale nella cura dei tumori e la sua importanza è destinata a crescere anche grazie alla continua evoluzione delle tecnologie».

Secondo i dati dell'Airo già il 65% dei

pazienti oncologici fa ricorso alla radioterapia, «ma l'effetto delle nuove applicazioni - proseguono gli esperti - e l'aumento generale dei tumori faranno lievitare ancora la cifra». Ma quando si utilizza una tecnica piuttosto che un'altra? Ecco una sintesi delle principali metodiche in uso e delle loro applicazioni più importanti.

TERAPIA CONFORMAZIONALE: costituisce lo standard nel trattamento della maggior parte delle patologie tumorali. La tecnica ricostruisce la forma e la dimensione del tumore d'colpire con i fasci di radiazioni ionizzanti attra-

verso la tomografia computerizzata (Tc), ma possono essere usate anche la risonanza magnetica (Rm) o la tomografia a emissione di positroni (Pet). E' possibile modificare il profilo dei fasci di radiazioni al fine di proteggere i tessuti sani circostanti e ridurre di conseguenza gli effetti collaterali. La radioterapia ad intensità modulata (Imrt) rappresenta una forma avanzata di radioterapia conformazionale 3d rispetto alla quale presenta il vantaggio di ottenere un maggior risparmio di dose ai tessuti sani e circostanti la lesione. L'Imrt è utile in caso di tumori con forme complesse.

STEREOTASSI: questa tecnica permette di somministrare con notevole precisione una elevata dose di radiazioni ad un piccolo volume, con risparmio dei tessuti sani circostanti grazie all'utilizzo di precisi sistemi di immobilizzazione del paziente. L'irradiazione stereotassica può essere effettuata in singola frazione o in più sedute e offre il vantaggio di irradiare sedi e lesioni difficilmente raggiungibili con le metodiche convenzionali. La stereotassi inoltre si può realizzare con i comuni acceleratori lineari opportunamente modificati o con apparecchiature dedicate quali la Gammaknife e il Cyberknife. La prima utilizza un sistema di immobilizzazione invasivo e viene impiegato esclusivamente per trattamenti intracranici. La seconda è costituita da un acceleratore lineare miniaturizzato montato su un braccio robotico in grado di muoversi in ogni direzione attorno al paziente. È in grado di eseguire trattamenti stereotassici sia intracranici sia extracranici.

ADROTERAPIA: è così definita una tecnica radioterapica che utilizza le radiazioni prodotte da particelle subatomiche quali i protoni e i neutroni. L'adroterapia richiede acceleratori di particelle dedicati e si effettua soltanto in pochi centri specializzati. Per la maggiore lesività biologica e per le modalità particolari di cessione di energia, tali trattamenti hanno indicazioni molto selettive e per lo più in ambito di studi clinici.

P.C.



La radioterapia diventa sempre più tecnologica con apparecchiature sofisticate che consentono di erogare alte dosi di radiazioni al volume bersaglio salvaguardando così i tessuti sani a rischio di tossicità. La condizione affinché il trattamento radiante sia correttamente somministrato è quella di individuare sia il volume da irradiare sia gli organi da preservare

NOVITA'

Con il palmare l'ecografia al letto del malato

Un palmare delle dimensioni di un quaderno, spesso due centimetri, permetterà di eseguire le ecografie direttamente al letto del malato. Ecografi, smart-phone e tablet dunque saranno presto componenti dell'esame obiettivo del medico internista che, appoggiandosi sul corpo del paziente, potrà esaminare in tempo reale e con elevata precisione le malattie a carico del collo, del torace, del cuore, dell'addome ed eseguire l'ecografia.

Il paziente ha difficoltà respiratorie e un versamento pleurico, ovvero acqua nei polmoni? Appoggiando la sonda sul torace sarà possibile individuarla invece che andare in radiologia ed eseguire la lastra del torace, meno precisa e con esposizione a radiazioni. Dolore o colica addominale? Si verifica subito se si tratta di un calcolo renale o della colecisti e si potrà diagnosticare una colica biliare o renale. Il malato ha una gamba gonfia? Si sa immediatamente se si tratta di una trombosi venosa.

«Il futuro, sostiene Vincenzo Arienti, direttore della medicina interna dell'ospedale Maggiore di Bologna - vedrà protagonisti anche gli infermieri che potranno utilizzare un palmare per cercare gli accessi venosi dei pazienti nelle sale operatorie e nei reparti di dialisi, rianimazione e ostetricia; il bambino nella pancia si potrà vedere con il palmare». «E' un altro passo per evitare il sovraffollamento degli ospedali», commenta il presidente della Società italiana di medicina interna Francesco Violi, direttore della prima clinica medica al Policlinico Umberto I e ordinario di Medicina interna all'Università La Sapienza di Roma.

P.C.

[ESTETICA]

MONDO
medico

“Ingegneri” dei tessuti per rigenerare la bellezza nel terzo millennio

Dal lipofilling alle staminali ai fattori di crescita piastrinici

L'utilizzo di fattori di crescita e cellule staminali è appannaggio del campo della medicina e chirurgia rigenerativa. La nascita internazionale del termine Medicina Rigenerativa risale al lontano 2004 quando il governo federale americano approvò, con la risoluzione numero 71, il finanziamento del «California Institute of Regenerative Medicine» attribuendogli fondi statali per 3 miliardi di dollari in 10 anni (è la stessa identica cifra che fu stanziata per lo «Human Genome Project»). Oggi si è concordi nel definire la Medicina e la Chirurgia Rigenerativa come un settore interdisciplinare di ricerche ed applicazioni cliniche che vengono focalizzate prevalentemente sul tentativo di riparare o sostituire, nonché rigenerare cellule, tessuti, organi al fine di ripristinare alcune funzioni perse per cause diverse come difetti congeniti, malattie, traumi ed invecchiamento. Questo inevitabilmente pone la Medicina e la Chirurgia Rigenerativa un passo più avanti rispetto alle tradizionali tecniche chirurgiche. I nuovi approcci terapeutici spesso si limitano a stimolare e a sostenere le capacità proprie di guarigione dell'organismo umano e possono includere l'uso di molecole solubili, terapie geniche, terapie basate sull'uso di cellule staminali, di progenitrici, ingegneria tissutale e riprogrammazione cellulare e tissutale. In particolare per il ringiovanimento del volto con l'utilizzo del tessuto adiposo autologo viene messa a

punto a metà degli anni '90 dal dott. Sidney Coleman di New York la metodica di lipostucture (meglio conosciuta come lipofilling). Una tecnica che prevede l'innesto del tessuto adiposo stesso attraverso delle micro-cannule di 1,5 - 2 mm di spessore, quindi senza tagli. Il tessuto adiposo innestato consentiva di migliorare i profili del volto, aumentando ad esempio il volume a livello degli zigomi o comunque nelle zone affette da un deficit tissutale. Con il passare degli anni poi si iniziò a notare anche un miglioramento della qualità della cute. Da queste osservazioni si arrivò a pensare che il tessuto adiposo avesse anche degli effetti di rigenerazione, cosa che venne confermata da Patricia Zuck con una pubblicazione sulla rivista «Tissue Engineering» del 2001 nella quale identificò per la prima volta la presenza di cellule staminali nel grasso. Da qui l'inizio di una nuova era che ha visto il crescente interesse della comunità scientifica per l'uso di questo tessuto e delle cellule in esso contenute per la rigenerazione dei tessuti. Nel 2009, primo in Italia, il team dell'Università degli studi di Roma «Tor Vergata» pubblica sulla rivista «Tissue Engineering» uno studio sull'applicazione dei fattori di crescita addizionati al tessuto adiposo per la riparazione dei tessuti danneggiati. Il tessuto adiposo viene prelevato dalla stessa persona tramite la lipoaspirazione e sottoposto ad un processo di purificazione.

I fattori di crescita estratti dal sangue, più precisamente dalle piastrine tramite un processo di centrifugazione in un apposito kit, vengono addizionati al tessuto adiposo che, a quel punto, è pronto per il reimpianto. Ad oggi, questa metodica è stata applicata per l'aumento dei profili del volto e della mammella, per correggere difetti e asimmetrie dei tessuti molli in generale. La sicurezza della procedura è stata confermata dagli studi laboratoristici, clinici e strumentali, questi ultimi eseguiti mediante risonanza magnetica pre e post operatoria a distanza di 6 mesi dall'intervento e poi annualmente. La procedura può essere effettuata in anestesia generale o locale, in base all'entità del difetto o al risultato che si desidera raggiungere, ovvero in base al tessuto adiposo che deve essere prelevato e per questo solitamente si preferisce effettuare il ricovero in ospedale con almeno una notte di degenza. Data la relativa sicurezza e l'efficacia della tecnica, negli ultimi anni sono stati condotti molti studi scientifici sulla stessa e nella quasi totalità dei casi, con ottimi risultati, sono stati condotti diversi studi clinici. Qualcuno obietterà: sì, ma i rischi? I rischi della tecnica - spiegano gli esperti - sono quelli di ogni intervento chirurgico, oltre a rischi specifici, che in questo tipo di intervento sono rappresentati dal dislocamento ovvero dal riassorbimento dell'innesto di tessuto adiposo che, chiaramente, si è cercato di ridurre al mi-



La nascita della Medicina Rigenerativa risale al 2004. Il governo americano stanziò fondi statali per 3 miliardi di dollari in 10 anni. Si è concordi nel definire questo come un settore interdisciplinare di ricerche e applicazioni cliniche focalizzate sul tentativo di riparare, sostituire e rigenerare cellule e tessuti al fine di ripristinare funzioni perse per cause diverse: difetti congeniti, malattie, traumi e invecchiamento

nimo con l'utilizzo dei fattori di crescita ricavati dalle piastrine. In Italia esistono centri in cui è possibile sottoporsi a questa procedura in regime di Servizio sanitario nazionale qualora sussista una patologia ovvero un difetto dimostrato come ad esempio patologie congenite che interessano il volto o le mammelle, asimmetrie mammarie, esiti cicatriziali distruttivi o deturpanti, esiti di incidenti stradali ecc.

Tuttavia è possibile utilizzare il tessuto adiposo addizionato ai fattori di crescita anche per effettuare interventi di natura prettamente estetica: aumento di volume degli zigomi, delle labbra, aumento di volume mammario ecc., ma in questi casi ovviamente non sono a carico del Servizio sanitario nazionale. «La Medicina Rigenerativa rappresenta il futuro - commenta il presidente del Sime, Emanuele Bartolet-

ti - molto è stato scoperto ma molto c'è ancora da studiare. L'utilizzo dei fattori di crescita in Medicina estetica è un capitolo fondamentale. Finora si è basato sull'infiltrazione nel derma di fattori di crescita presenti nelle piastrine del plasma del paziente stesso. La vera biostimolazione. Un concetto nuovo che sta diventando il gold standard della biostimolazione».

R. R.

MISURE DI SICUREZZA NEL REPARTO PER L'ASSISTENZA AI DETENUTI INAUGURATO NEI GIORNI SCORSI

Cannizzaro, personale ad hoc alla nuova “Medicina Protetta”

In funzione da alcuni giorni, dopo l'inaugurazione del 24 giugno alla presenza del ministro della Giustizia Annamaria Cancellieri e di numerose autorità, il reparto di Medicina Protetta dell'ospedale Cannizzaro porta la città di Catania all'avanguardia nella Medicina Penitenziaria. La nuova struttura dedicata all'assistenza ai detenuti è infatti la più grande e moderna della Sicilia e si colloca al livello di altre importanti realtà nazionali, come quelle di Napoli e Viterbo. Il reparto del Cannizzaro concorre pienamente al raggiungimento dell'obiettivo dell'istituzione dei reparti di Medicina Protetta da parte dell'Amministrazione Penitenziaria, che è quello di realizzare una rete ospedaliera non più caratterizzata da piantonamenti in corsia, ma orientata a coniugare assistenza di qualità e idonee misure di sicurezza. Un apposito protocollo tra l'Azienda ospedaliera, deputata alle cure ed agli accertamenti diagnostici, e l'Amministrazione Penitenziaria, che provvede alla sicurezza dei reparti, disciplina compiti e funzioni dei due soggetti, i quali collaborano per il recupero della salute del paziente. Il reparto di Medicina Protetta è infatti pensato per assicurare alle persone in stato di detenzione, al pari degli altri pazienti, il più adeguato livello di prestazioni che l'ospedale nel suo complesso è in grado di offrire. Nato dalla collaborazione fra il Ministero della Giustizia, l'Assessorato della Salute della Regione Siciliana e l'Azienda ospedaliera per l'emergenza «Cannizzaro», il nuovo reparto è stato progettato d'intesa con l'Amministrazione Penitenziaria e realizzato nei tem-

pi previsti: i lavori sono stati consegnati nell'ottobre 2012 e ultimati nel maggio 2013. Sito al terzo piano dell'edificio F3 (secondo monoblocco), collegato con gli ambulatori di diagnosi e cura, le sale operatorie e il dipartimento immagini, il reparto è dotato di un'area di degenza di complessivi 12 posti letto (sei stanze, ciascuna con due posti letto) e locali specifici per controllo, colloqui, medicheria. I pazienti ricoverati in Medicina Protetta ricevono l'adeguato livello di cure, attraverso logiche non afflittive ma di sollievo e garanzia, nel pieno rispetto delle norme sulla sicurezza.

L'Azienda ospedaliera Cannizzaro, struttura di riferimento regionale di III livello per l'emergenza, garantisce al paziente un percorso assistenziale con personale dedicato, opportunamente selezionato, e il concorso di tutte le competenze specialistiche presenti in Azienda. La supervisione medica è affidata alla dott. ssa Maria Concetta Monea, Direttore di Anestesia e Rianimazione. Al fine di garantire il necessario supporto, è stato individuato, d'intesa con il Garante dei diritti dei detenuti della Regione Siciliana, un delegato con compiti di tutela e ascolto nei con-

fronti dei ricoverati e di collegamento con lo stesso Ufficio del Garante. L'Azienda Cannizzaro offre al paziente, oltre all'assistenza religiosa, l'affiancamento di personale incaricato di fornire l'eventuale altro sostegno necessa-

rio. Visite, colloqui, informazioni di carattere clinico vengono adeguatamente garantite attraverso il filtro del personale di vigilanza, in ragione del protocollo organizzativo. L'appropriatezza delle cure e la riduzione del ri-

schio clinico sono assicurate ai pazienti detenuti, come ai degenti ordinari, attraverso una procedura di valutazione della severità della patologia e del fabbisogno assistenziale adottata dalla Direzione dell'Azienda.

La presentazione del reparto di Medicina Protetta e del Regolamento per la trasparenza e la legalità delle Aziende sanitarie



Al via l'operazione trasparenza e legalità nelle Aziende sanitarie



CANTARO, CANCELLIERI E GRISTINA ALL'OSPEDALE CANNIZZARO

Ha preso il via dall'ospedale Cannizzaro l'elaborazione del «Regolamento per la trasparenza e la legalità» fra le Aziende sanitarie di Catania, al fine di potenziare gli strumenti di prevenzione dell'illegalità e rafforzare i profili di integrità e trasparenza. Il riferimento è il protocollo per le Aziende sanitarie redatto dal Procuratore nazionale antimafia Pier Luigi Vigna, dal prof. Giovanni Fiandaca dell'Università di Palermo e dal prof. Donato Masciandaro dell'Università Bocconi di Milano, e sottoscritto nel 2010, in Sicilia, tra Asp2 e Aiop (Associazione italiana ospedalità privata). Come spiega il commissario straordinario dell'Azienda Cannizzaro, Paolo Cantaro, «il Regolamento è volto a prevenire e combattere i rischi di infiltrazioni criminali, condizionamenti, abusi e illeciti, interessando tutti gli ambiti dell'attività istituzionale, in particolare procedure d'appalto, acquisti di prodotti e servizi, assunzio-

ne e gestione di personale, rapporti con soggetti terzi. Il documento dovrà costituire quindi uno strumento complementare di governance». Tra i punti che saranno sviluppati in fase di elaborazione, sono previsti: ricognizione e continuo monitoraggio, da parte dell'Azienda, del rischio di infiltrazione o contatti con la criminalità organizzata; costante interlocuzione e aperta collaborazione con la magistratura, le autorità pubbliche e le forze dell'ordine; trasparenza nelle modalità di selezione del personale e dei fornitori e in tutte le procedure; predisposizione di regole sulla tracciabilità dei flussi finanziari e l'imputazione dei pagamenti; creazione di un organo di vigilanza incaricato di verificare l'attuazione e la tenuta del regolamento e di un sistema di sanzioni disciplinari per perseguire il mancato rispetto delle misure; adozione di criteri atti a garantire l'indipendenza di dirigenti e funzionari chiamati ad operare in settori par-

ticolarmente esposti alla corruzione. In occasione dell'apertura del reparto di Medicina Protetta, alla presenza del ministro della Giustizia Annamaria Cancellieri e dei vertici della magistratura catanese, è stato avviato il lavoro del gruppo incaricato di redigere il Regolamento, che sarà costituito da docenti e studiosi dell'Università di Palermo, dell'Università di Catania e della Fondazione Res - Istituto di Ricerca Economia e Società in Sicilia, e da rappresentanti di associazioni di tutela degli utenti, di organizzazioni sindacali dei lavoratori e di organizzazioni datoriali, fra cui Confindustria Sicilia. Alla Prefettura di Catania sarà richiesto di svolgere una funzione di coordinamento e indirizzo nelle fasi di lavoro del gruppo, che opererà in stretto raccordo con l'Assessorato regionale della Salute. Il redigendo Regolamento integrerà il «Piano di prevenzione della corruzione» che ogni Azienda avrà adottato in esecuzione della legge 190/2012.



[TERZA ETÀ]

Anziani e pimpanti Sì all'attività fisica ma occhio alle cadute

Lo sport è salute purché sotto stretto controllo del medico

L'allungamento della vita - com'è purtroppo noto - si accompagna assai spesso a una decadenza della sua qualità. E proprio per evitare ciò si rende necessaria un'azione preventiva volta a fare giungere alla senilità quanto più preparati oltre che sotto il profilo psicologico anche riguardo a quello fisico.

A quest'ultimo proposito è documentato che l'attività fisica rappresenta un indiscusso fattore di protezione della salute e in coloro che la praticano da tempo si evidenzia un incremento delle resistenze totali dell'organismo, un rallentato declino.

E è proprio in tale ottica che s'inserisce un autorevole trattato ("L'attività fisica nella terza età: promozione, prescrizione, controllo, valutazione") che addita tutti i provvedimenti per un modello di vita improntato al benessere globale della persona in generale e di quella anziana in particolare.

Valutazione dei rischi. In un anziano perfettamente sano e soprattutto in quello che ha già adottato nel tempo un'attività fisica, risultano assai pochi i limiti e i rischi correlati appunto con un programma che dev'essere pur sempre subordinato al parere del medico di base e, ove occorra, a quello del medico dello sport: fermo restando il principio secondo il quale l'attività fisica comporta indubbiamente taluni margini di rischio che, a conti fatti, sono di gran lunga minori rispetto a quelli connessi con la sedentarietà.

Stando alle statistiche, il più frequente dei rischi risulta quello delle cadute: e al riguardo è stata recentemente proposta una semplice scala di valutazione che è per altro applicabile con una certa facilità nell'ambulatorio del medico di medicina generale e che si è rivelata assai utile ai fini predittivi delle cadute. L'indice di rischio cioè viene valutato alla luce di taluni elementi quali a esempio un'anamnesi positiva, e inoltre l'eventuale assunzione di taluni farmaci (quali a esempio sedativi, ipnotici, diuretici, antiiper-

Ciclismo, nuoto, sci e tennis tra le attività motorie più indicate

tensivi, anti-Parkinson, antidepressivi eccetera) e inoltre un deficit sensoriale (compromissione visiva o uditiva oppure deficit funzionali degli arti), le condizioni mentali (orientamento, compromissione cognitiva) e l'andatura (normale (sicura senza ausili, sicura con ausili, insicura, impossibile).

Bisogna inoltre tenere presente che una delle migliori strategie antirischio è la corretta prescrizione dell'esercizio nei suoi vari aspetti: modalità, intensità, durata, frequenza. Nella scala dei rischi risulta anch'esso al primo posto, a pari merito con le cadute, quello di un attacco cardiaco o addirittura di una

morte improvvisa. Fondamentale è pertanto sia un'accurata anamnesi patologica prossima o remota di eventuali patologie cardiovascolari ivi comprese quelle ischemiche e le aritmie, l'ipertensione, il diabete, l'obesità, le patologie respiratorie quali l'asma e la bronchite cronica ostruttiva, o anche di patologie cerebrovascolari, di anemie, diftebopatie, di stati patologici muscolo-scheletrici di disturbi psichici, dell'uso di sostanze tossiche, di farmaci assunti.

E scaturisce dall'esame di tali coefficienti la valutazione multidimensionale di un soggetto sia per l'identificazione di eventuali controindicazioni per determinate prestazioni fisiche come anche per quella di eventuali fattori di rischio da sottoporre a più approfondite indagini cliniche e di laboratorio e infine per l'identificazione dei soggetti che, portatori di particolari patologie croniche, possono trarre beneficio dalla pratica di un'adeguata attività fisica non agonistica.

Quali sono i soggetti a rischio. Resta pur tuttavia tacita che per quanto dettagliate possano essere le indicazioni per una esaustiva valutazione clinica non è possibile stilare una valutazione del tutto completa degli elementi di rischio e una prescrizione senza un margine sia pur minimo di pericolo del singolo individuo.

Esistono però taluni parametri secondo i quali

1) a basso rischio sono i soggetti maschili che non abbiano superato



i 45 anni e le donne che abbiano superato i 55 anni e che non presentino più di un fattore di rischio per coronaropatie, da riferire a familiarità, a fumo di sigaretta, a ipertensione, a dislipidemie, a iperglicemia a digiuno, a obesità, a sedentarietà;

2) a rischio moderato sono i soggetti di età superiore alle precedenti e coloro presentano due o più fattori di rischio tra quelli riferiti;

3) a rischio elevato sono i cardiopatici, i portatori vascolari periferici e cerebrovascolari, di broncopneumopatia cronica ostruttiva, di asma, di pneumopatia interstiziale, fibrosicistica, disturbi tiroidei, patologie epatiche e renali.

Le attività motorie possibili. Le attività collettive sono quelle che si prestano maggiormente all'anziano che però propende a esercitarne

una in maniera individuale o comunque non organizzata. Si articolano attraverso attività motoria in palestra, ginnastichedolci, esercizi in acqua, nuoto, gruppi di cammino, attività guidate individualizzate mediante appositi macchinari, e con l'ausilio di ergometri.

C'è poi il ciclismo che assieme al podismo è forse l'attività maggiormente praticata dagli "atleti anziani" sia in forma individuale sia in gruppo: con i movimenti da esso imposti vengono sollecitate positivamente (ma ricordiamo sempre dietro un opportuno allenamento) le capacità cardiovascolari e respiratorie nonché l'equilibrio e la forza degli arti inferiori.

Indicato anche il nuoto che in verità non impone per gli anziani particolari precauzioni fatta eccezione per un'attenzione da riservare sia alla

temperatura dell'acqua (che non dev'essere inferiore ai 28 gradi) e alla gradualità dell'immersione per evitare brusche vasocostrizioni.

Altrettanto utile è lo sci alpino il cui impegno energetico determina una significativa bonificazione della muscolatura degli arti inferiori e adattamenti cardiovascolari. Necessaria però una padronanza dell'equilibrio e l'acquisizione della tecnica di discesa.

C'è poi lo sci nordico o di fondo che comporta però una padronanza delle tecniche volte a prevenire in modo abbastanza sicuro i danni da caduta.

Il tennis infine che sia quanto meno competitivo e che cominci con la dovuta progressione e previa una imprescindibile fase di riscaldamento e di rilassamento.

A.T.

L'Arnas Garibaldi punto di riferimento nelle prestazioni sanitarie

Il trattamento della calcolosi urinaria presso l'Unità Operativa Complessa di Urologia del presidio di Nesima è da dieci anni centro di riferimento per la Sicilia orientale

La calcolosi urinaria è una patologia in progressivo aumento con una prevalenza che varia tra il 4 e il 20% e un'incidenza di ricoveri ospedalieri generale pari allo 0,30%. A ciò si aggiunge che la frequenza di recidiva di urolitiasi sia del 40% entro 3 anni dal primo episodio, del 75% a 10 anni e del 98% a 25 anni. L'Unità Operativa Complessa di Urologia del Garibaldi già da due lustri è centro di riferimento per la Sicilia orientale nel trattamento di questa patologia grazie all'esperienza maturata nell'impiego di tecniche mininvasive dedicate.

"La calcolosi urinaria - dice Pasquale La Rosa, responsabile facente funzione dell'U.O.C. di Urologia del Garibaldi-Nesima - è una patologia in grande incremento nei paesi industrializzati e le cause vanno ricercate in una vita più sedentaria e alla dieta iperproteica molto diffusa nella società del benessere.



IL DOTT. PASQUALE LA ROSA

Inoltre, da studi recenti sembra emergere una correlazione di questa malattia con la sindrome metabolica, vera e propria piaga medica del nostro tempo". Giocoforza, considerata l'alta ricidività e incidenza della calcolosi urinaria, appare particolarmente

semplice sottolineare la diffusione della malattia nel contesto sociale e territoriale.

"Sebbene ancora oggi non si parli propriamente di malattia sociale - continua l'urologo - registriamo che le degenze di pazienti affetti da calcolosi urinaria nelle Unità operative di Urologia rappresentano circa il 40% delle globali, trascurando di considerare che il paziente colpito debba spesso ricorrere ad accessi multipli in Istituzioni sanitarie nel breve periodo".

Peraltro, la chirurgia dedicata a questa patologia ha subito profondi cambiamenti negli ultimi anni, rivelando un'evoluzione che lascia inesorabilmente nel passato talune tecniche o metodiche.

"Fino a qualche lustro fa - precisa Eugenio Di Grazia, responsabile dell'Endourologia dell'Arnas Garibaldi - la calcolosi urinaria era pressoché trattata con la chirurgia tradizionale, con importanti screezi chirurgici e con lunghi tempi di ospedalizzazione e di convalescenza. Solo negli ultimi tempi si è avuto l'avvento di trattamenti mininvasivi che si sono imposti definitivamente alla chirurgia tradizionale. Proprio la mininvasività, nel trattamento di questa patologia ad alta ricidività, ha reso più accettabile nei pazienti colpiti la consapevolezza di dover nel tempo sottoporsi a trattamenti periodici".

Di recente l'Arnas Garibaldi, sulla spinta del Commissario Straordinario, dott. Angelo Pellicano, si sta adoperando per attivare un ambulatorio specifico sulla calcolosi urinaria capace di rispondere non solo all'utenza che necessita di un trattamento chirurgico, ma in grado di investigare a fondo sul metabolismo che sottende la formazione del calcolo. "L'idea - dice il dott. Di Grazia - è quella di coinvolgere altre professionalità aziendali quali i nefrologi, gli endocrinologi, gli internisti e i medici di laboratorio, dando vita ad un approccio multidisciplinare che consentirebbe di individuare quei difetti che, se corretti con diete, terapie e corretti stili di vita, possano modificare positivamente la storia naturale di questa malattia".



IL DOTT. ANGELO PELLICANO

no circa un centinaio di patologie, prevalentemente di carattere infiammatorio e ad alto potere invalidante, anche se a fare la parte del leone è l'artrosi, con un evidente 60% di incidenza generale, una sempre più crescente presenza in età giovanile e una particolare capacità di correlare con l'aumento della vita media.

Proprio in virtù della loro importanza è di recente istituzione nella nostra regione l'attuazione della "Rete Reumatologica", una struttura logico-sistemica capace di prevedere la rimodulazione dell'offerta specialistica sui tempi di attesa e sul controllo della malattia. Tra gli obiettivi prioritari della Rete vi è innanzitutto la necessità di garantire tempi brevi, anche attraverso il contributo del medico di famiglia, per l'accesso del paziente presso lo specialista reumatologo.

Altro interessante proposito è poi quello di agevolare la formulazione di una diagnosi precoce delle malattie reumatiche, soprattutto di quelle più aggressive e invalidanti in cui la tempestività dell'approccio terapeutico appare fondamentale per prevenire la distruzione articolare, il coinvolgimento sistemico e la progressiva disabilità, garantendo un monitoraggio costante dell'evoluzione patologica. Di recente, all'interno di un convegno dedicato al tema delle malattie reumatiche, alla presenza del Direttore Generale Angelo Pellicano, dei segretari provinciali dei diversi sindacati di Me-

PATOLOGIE REUMATICHE

L'interazione parte dal Garibaldi - Centro. Diretta dalla Dott.ssa Battaglia l'U.O. al vertice per le prestazioni di Il livello

Come riferiscono le recenti statistiche, le malattie reumatiche affliggono ormai almeno un decimo della popolazione italiana. Esse comprendono

la medicina Generale e delle associazioni dei pazienti, l'Unità Operativa Dipartimentale di Reumatologia dell'ARNAS Garibaldi di Catania, diretta dalla dott.ssa Elisabetta Battaglia, si è fatta promotrice, di informare e discutere circa le modalità che vedono interagire le diverse realtà operanti all'interno del territorio catanese.

Il compito della Reumatologia del Garibaldi sarà quello di garantire prestazioni sanitarie di Il livello, rispondere alle richieste di terapie infusionali complesse comprendenti farmaci biotecnologici, immunosoppressori, prostanoidi, difosfonati parenterali (mediante ricovero in regime di DH e ricoveri presso il dipartimento della medicina), nonché, in qualità di Centro di Riferimento Regionale per le Malattie Rare, anche di rilevare tali patologie, eseguirne la certificazione/essenzione, e di effettuare il monitoraggio.

Inoltre, grazie alla stipula nel 2009 del protocollo di intesa tra l'Arnas Garibaldi e l'Azienda Policlinico OVE (Prof. Aguglia, Direttore dell'UOPI Psichiatria) per la costituzione di un centro d'eccellenza per la cura della fibromialgia, si punterà a mantenere il costante sostegno farmacologico e psicologico ai pazienti affetti da tale patologia.

Questa sinergia continuerà a rendere possibile, attraverso la presenza mensile di una psichiatra, un netto miglioramento delle condizioni cliniche dei pazienti.



LA DOTT.SSA ELISABETTA BATTAGLIA

[SANITÀ & HI-TECH]



Ieri erano "dottor House" oggi i camici bianchi sono diventati "dottor app"

Tablet e smartphone, nuovi strumenti efficaci per gli internisti

PIERANGELA CANNONE

Sempre più camici bianchi della Fadoi (Federazione nazionale dei medici internisti ospedalieri) utilizzano i nuovi strumenti multimediali durante una visita medica, a sostegno di una cura efficace e corretta. Ed è così che da nostrani "dottor House" in grado di fare una diagnosi, anche molto complessa grazie alla padronanza di conoscenze che spaziano in quasi tutte le discipline mediche, gli internisti diventano "dottor app" pronti a lanciare il "bollino blu" da utilizzare in corsia, in ambulatorio, in pronto soccorso e nelle terapie sub-intensive. Un supporto innovativo, rapido, semplice, economico, completo e in continuo aggiornamento che consente ai medici l'attenta osservanza delle raccomandazioni di base e delle linee guida per l'indirizzo diagnostico e terapeutico delle principali patologie del paziente critico.

La nuova "app guide", infatti, consentirà di recuperare con un clic sul proprio tablet o smartphone tutte le informazioni necessarie per arrivare in breve a una diagnosi e a una terapia.

«In Sicilia - dichiara il dottor Giuseppe Augello, presidente Fadoi Sicilia - abbiamo registrato nei reparti di medicina interna 5.026 ricoveri per ictus, oltre ai 3.294 per attacco ischemico transitorio. Alla luce di questi numeri, a novembre scorso è stato emanato un decreto che individua 14 unità operative di medicina interna della regione, 13 come stroke unit di primo livello e una di secondo livello. Queste unità dovranno organizzarsi in rete con i re-



IL DOTT. GIUSEPPE AUGELLO

parti di neurologia della regione individuati come stroke unit di secondo e terzo livello accomunate dal ruolo importante dei supporti tecnologici. Ciò rappresenta una novità sul territorio nazionale e un riconoscimento importante per le unità operative di medicina interna della regione».

Ma quanti sono i medici che navigano on line e utilizzano le nuove tecnologie? Secondo le statistiche Fadoi 7 medici su 10 si servono di internet durante le visite al paziente mentre 4 su 10 utilizzano smartphone e tablet. Gli strumenti tecnologici sono forniti dalla struttura ospedaliera solo nell'8% dei casi. Ma la dimestichezza con i di-

positivi mobili non appartiene solo ai più giovani: un medico su quattro è under 40 e molti hanno oltre 30 anni di servizio.

Un dato in linea con la crescita esponenziale delle applicazioni mediche e di siti internet curati da medici. Secondo un ulteriore sondaggio su 3.700 medici americani oltre l'80% degli intervistati possiede un "device" evoluto capace di scaricare applicazioni. Di questi il 59% ha un Iphone e il 29% un Ipad, seguiti a ruota da chi utilizza un telefono android (20%) e blackberry (14%). Il 25% dei medici usa per lavoro sia un tablet sia uno smartphone. Devices che vengono usati prevalentemente dai medici sono: prontuario farmaceutico, ricerca del miglior trattamento terapeutico (70% circa), ricerca clinica, aiuto per fare diagnosi o decidere l'iter di trattamento migliore. Meno usati, invece, come strumento di comunicazione con il paziente o come cartella elettronica.

Nonostante la app dal bollino blu sia appena nata, i medici internisti guardano già al futuro: oltre a un aggiornamento costante delle linee guida e della bibliografia e all'implementazione nel calcolatore della app di nuove formule scientifiche mediche, i contenuti dell'applicazione saranno tradotti in inglese. Entro dicembre 2013 sarà ampliato il campo delle patologie con l'inserimento di sintesi e flow chart per la gestione di insufficienza renale, la terapia dello scompenso cardiaco acuto e cronico e la Bpco riacutizzata. «Quotidianamente trattiamo pazienti affetti da co-morbilità che richiedono interventi immediati - spiega Carlo



BOLLINO BLU

Da "dottor House" gli internisti diventano "dottor app" pronti a lanciare il "bollino blu" da utilizzare in corsia, in ambulatorio, nei pronto soccorso e nelle terapie sub-intensive

Nozzoli, presidente nazionale della Fadoi - per questo abbiamo pensato a un supporto multimediale. Tuttavia affinché le app mediche abbiano successo è indispensabile che siano efficienti e affidabili. Attualmente quelle prese in considerazione dai medici non sono molte poiché necessitano di un alto livello tecnologico e di una sperimentazione approfondita. Inoltre, sempre più sviluppatori di app mediche richiedono certificazioni uffi-

ciali che permettono di distinguersi nel caotico mare delle applicazioni». «Ecco perché - conclude il presidente nazionale - dopo un anno di lavoro in collaborazione con Fadoi giovani, abbiamo promosso, realizzato e certificato questo strumento che avrà ricadute importanti nella cura dei pazienti da trattare con grande rapidità». Nella app guides sono state raccolte e sintetizzate oltre alle principali linee guida nazionali e internazionali, flow

chart in formato pdf e interattive per guidare rapidamente il medico nell'interpretazione degli algoritmi decisionali e identificare l'approccio diagnostico e terapeutico più adatto al caso in esame. A disposizione anche un calcolatore scientifico che raccoglie tutte le formule comprese nelle linee guida e una raccolta dei principali "risk score" per rendere ancora più intuitive e rapide le scelte diagnostiche e terapeutiche.

LA STRUTTURA COMPLESSA CHE SI PRENDE CARICO DI MALATI "SPECIALI" AL PRESIDIO OSPEDALIERO FERRAROTTO

Da recenti analisi statistiche si evince che la percentuale di siciliani affetti da disabilità si attesta attorno ad un 6% (a fronte di un 4% su base nazionale); questi cittadini, per il tramite delle loro famiglie di appartenenza e delle Associazioni di tutela, elevano nei confronti delle Istituzioni una pressante richiesta di assistenza sanitaria orientata ai loro specifici bisogni. Non vanno dimenticati, inoltre, coloro i quali, a causa di gravi patologie invalidanti (cardiopatici, scoagulati, nefropatici, portatori di malattie infettive), rappresentano i cosiddetti pazienti "Special Needs". L'Azienda ospedaliera-universitaria Policlinico-Vittorio Emanuele di Catania ha voluto prendersi carico di queste particolari necessità sanitarie istituendo, nel febbraio 2003, la Unità operativa "Odontoiatria speciale riabilitativa nel paziente disabile" che ha sede nel presidio ospedaliero Ferrarotto. Tutti questi pazienti disabili per varie condizioni (spesso anche con particolarità odontoiatriche tipiche della sindrome che li affligge), o i pazienti "Special Needs", rappresentano una rilevante quota di popolazione che, per la loro particolare condizione, necessitano di cure odontoiatriche non praticabili nelle normali strutture pubbliche o private.

In ogni caso tali pazienti sono ben trattabili da un punto di vista odontoiatrico, mediante opportune modifiche ai consueti protocolli terapeutici adottati e un frequente trattamento multidisciplinare (con l'assistenza di un anestesista-rianimatore), attuato in una struttura opportunamente attrezzata.

E' da rilevare anche che i pazienti non collaboranti, a causa di insufficienza mentale o patologia psichiatrica, a volte necessitano non solo di un trattamento odontoiatrico, ma anche di cure diverse perché spesso affetti da altre patologie di interesse specialmente chirurgico, forse mai affrontate per evidenti difficoltà a reperire strutture sanitarie appositamente dedicate.

Odontoiatria speciale riabilitativa nel paziente affetto da disabilità



Nella foto a sinistra l'équipe al completo del reparto di "Odontoiatria speciale riabilitativa nel paziente disabile" all'ospedale Ferrarotto. In basso a destra, l'assessore regionale alla Salute, Lucia Borsellino, e il dott. Riccardo Spampinato responsabile Unità operativa di Odontoiatria speciale dell'ospedale Ferrarotto

In tale contesto non può che riaffermarsi la necessità di un approccio multidisciplinare al paziente disabile mediante un intervento concordato e contestuale tra l'Odontoiatria e medici di altre discipline chirurgiche, in modo da fornire al paziente cure adeguate ed efficaci che, a lungo termine, si concretizzano anche in un contenimento dei costi sia per il Sistema sanitario regionale sia per le famiglie dei pazienti portatori di disabilità.

La struttura complessa "Odontoiatria speciale riabilitativa nel paziente disabile" dell'Azienda ospedaliera universitaria "Policlinico Vittorio Emanuele", di Catania è specificatamente dedicata agli utenti affetti da disabilità psico-fisiche, psichiatriche o da malattie croniche altamente invalidanti; si

occupa della cura e riabilitazione odontoiatrica della bocca dei pazienti di sua pertinenza, prendendoli in carico anche per bisogni di salute differenti da quelli odontoiatrici, mediante un approccio multidisciplinare che prevede, se necessario, la realizzazione di interventi combinati, grazie all'apporto di specialisti diversi dall'Odontoiatria.

L'Odontoiatria speciale riabilitativa nel paziente disabile esegue i primi interventi, in via sperimentale, il 15 febbraio 2003.

Nel settembre dello stesso anno trova la prima collocazione nel presidio Ferrarotto, per poi trasferirsi in locali più adeguati nel presidio ospedaliero Santa Marta (2006).

Dal 2007 ha intrapreso l'attività di ri-

abilitazione protesica odontoiatrica (assolutamente gratuita per il paziente) nei giovani disabili mediante protocolli specificamente adeguati (ad oggi sono stati eseguiti 421 protesizzazioni). Dal 2011 occupa la sede attuale del presidio Ferrarotto, dove, in considerazione di un 30% di pazienti provenienti da fuori Provincia e Regione, la Unità operativa complessa ha attivato posti di ricovero ordinario, con foresteria ad alto comfort alberghiero, per gli utenti e i loro parenti che vengono da lontano.

Dispone di due sale operatorie attrezzate per interventi in anestesia generale, di un ambulatorio dentistico completo anche di radiografia ortopanoramica e della più avanzata tecnologia oggi disponibile per le cure odonto-

triche. Dal 2012 è Centro di riferimento regionale.

Al compimento dei dieci anni di attività, la "Uocodr" è una realtà assistenziale ormai matura, capace di eseguire una media di 1.500 interventi per anno. La sua crescita è stata segnata da riconoscimenti lusinghieri (Premio Best Practice di Cittadinanzattiva, Premio Livatino, Targa Speciale Cinquantennale Anffas, Premio Riflessi D'Arte 2013).

Mediante specifici progetti di Piano sanitario nazionale, la Osr ha potuto esportare la propria esperienza in altre province, sottoponendo i pazienti a interventi di chirurgia e conservativa odontoiatrica in Presidi Ospedalieri individuati con specifiche convenzioni con le Asp siciliane.

Grazie alla completa portabilità di tut-

te le attrezzature (compresi il turbopano dentistico e il radiografico computerizzato) la Odontoiatria speciale di volta in volta attrezzata integralmente la sala operatoria di chirurgia generale messa a disposizione, rendendola idonea all'intervento odontoiatrico. Con tale attività si è potuta realizzare la mission "Doctor to patient" cioè "Sanità di prossimità" con risultati assai rilevanti, raggiungendo l'obiettivo di svariati screening e numerosi interventi in presidi ospedalieri "logisticamente vicini" al paziente disabile. Gli ospedali interessati a tale attività sono stati il Po Vittorio Emanuele di Castelvetrano, il Po Maria Paternò Arezzo di Ragusa, il Po Basarocco di Niscemi, il Po Raimondi di San Cataldo (Caltanissetta), il Po Vittorio Emanuele di Salemi e sono in corso convenzioni per i presidi ospedalieri Cutroni Zodda di Barcellona Pozzo di Gotto e Grazia Di Maria di Avola. A oggi tale attività ha permesso di visitare fuori dalla provincia di Catania e più vicino al luogo di loro residenza 851 pazienti e di questi 258 sono stati sottoposti ad intervento operatorio, in Presidi Ospedalieri della loro provincia.





Reflusso gastro-esofageo principale imputato la cattiva alimentazione

Il campanello d'allarme: sensazione di bruciore allo sterno

ANGELO TORRISI

Fino a qualche decennio addietro la frequenza e la persistenza di un'acidità e di altri disturbi collaterali quali a esempio dolore toracico con possibile irradiazione alla zona dorsale e cervico-scapolare con associata difficoltà alla deglutizione veniva catalogata dal profano di medicina come semplice quanto naturale disturbo digestivo da controbattere con dosi più o meno generose di bicarbonato mentre gli altri sintomi contestuali quali tosse, vera e propria asma, una sensazione di laringite venivano riferiti a infiammazione dell'albero digerente da combattere con antibiotici e antinfiammatori. Fino a quando l'avvento della gastroscopia non offrì l'occasione di "guardare" in maniera diretta nell'esofago e nello stomaco e scoprire come alla base del fenomeno - o meglio dei fenomeni - risiede assai spesso una risalita del cibo dallo stomaco all'esofago. Un fenomeno a larghissima diffusione che adesso per fortuna può essere fronteggiato con adatti farmaci e con taluni accorgimenti. Impressionante, al riguardo, l'entità dell'incidenza in Italia. Il reflusso gastroesofageo colpisce sempre di più, circa il 20-25% della popolazione generale, favorito da cattive abitudini alimentari e da stili di vita non salutari. Lo conferma una ricerca dell'Osservatorio Nutrizionale (composto da medici e dietisti) svolta su un campione di circa 7000 soggetti di età superiore a 25 anni. Il principale sintomo, la fastidiosa sensazione di bruciore localizzata nella parte medio-inferiore dello sterno, è

causato dal contenuto dello stomaco che refluisce nell'esofago.

Il reflusso si verifica principalmente dopo i pasti, viene favorito dalla posizione orizzontale o piegata in avanti, e dall'assunzione di eccessive quantità di cibi grassi, condimenti piccanti, cioccolato, caffè, alcol e bevande gassate. Inoltre, colpisce con maggiore frequenza i fumatori e i soggetti che assumono particolari farmaci. "È importante ricordare come il bruciore retrosternale insieme con il rigurgito non siano gli unici sintomi della malattia - spiega Davide Festi, profes-

Un fenomeno diffuso In Italia ne soffre il 25% della popolazione

sore Ordinario di Gastroenterologia, all'Università di Bologna - che si può manifestare infatti anche con disturbi apparentemente non correlati all'apparato digerente, come la tosse, la laringite, l'asma o un dolore toracico". Per effettuare la ricerca, l'Osservatorio Nutrizionale ha individuato alimenti e bevande considerati "aggressivi" (come cioccolato, carni grasse, caffè, bevande gassate e tè) e cibi "protettivi", come la maggior parte della frutta ad esclusione degli agrumi (inseriti tra gli alimenti aggressivi), verdura e legumi (cavoli, carote ecc.), olio extravergine d'oliva e pane integrale. Sono state calcolate mediamente le porzioni introdotte settimanalmente

da soggetti di entrambi i sessi, distinguendo tra fumatori e non fumatori. I dati hanno evidenziato che gli uomini introducono un numero di porzioni settimanali di "cibi aggressivi" maggiori delle donne.

Mediamente le porzioni settimanali "aggressive" sono 33,6 (31,5 per le femmine e 37 per i maschi), mentre è emerso che la quantità di porzioni "protettive" introdotte rimane basso, mediamente 23,3, (24,2 per le femmine e 21,9 per i maschi).

"La ricerca illustra la stretta correlazione che esiste tra alimentazione e reflusso gastroesofageo - osserva la dottoressa Michela Barichella, responsabile medico della Struttura di dietetica e nutrizione clinica Icp e presidente dell'Associazione scientifica Brain and Malnutrition in chronic diseases - gli italiani assumono poca frutta e verdura, sempre meno alimenti integrali e legumi, mentre aumenta l'utilizzo di bevande zuccherate gassate soprattutto nella popolazione più giovane, il cui stile di vita prevede spesso abitudini non salutari come il fumo e l'utilizzo di alimenti, e non a caso è sempre più esposta a sovrappeso ed obesità".

I dati dell'Osservatorio Nutrizionale evidenziano che molti soggetti analizzati per la ricerca fumano (13,5% fumatori e 8% ex fumatori) e che i fumatori risultano anche i più "viziosi": utilizzano infatti più caffè (mediamente 14,4 porzioni a settimana rispetto ai non fumatori 10,2) e più cioccolato. Per il consumo di cioccolato (circa 2,5 volte a settimana) non vi sono differenze significative tra i due sessi, mentre l'assunzione di caffè rimane



più alta negli uomini.

L'indice di massa corporea (Bmi) medio della popolazione intervistata rimane al di sopra dei valori ritenuti normali (18,5-24,9) e si posiziona mediamente nella fascia del sovrappeso (Bmi medio 27 Kg/m2 sia nelle donne sia negli uomini).

Dal punto di vista terapeutico per avere beneficio sulla sintomatologia causata dal reflusso gastroesofageo si consiglia inizialmente di eliminare i pasti abbondanti e ricchi di grassi, e ridurre i cibi che facilitano il rigurgito, il fumo e l'obesità. Inoltre, è necessario mangiare lentamente e masticare a lungo, evitando di coricarsi subito dopo i pasti.

Se questi accorgimenti non sono sufficienti, si può ricorrere ad una terapia farmacologica per facilitare lo svuotamento gastrico, ma soprattutto per ridurre l'acidità del succo gastrico e diminuirne il potere irritante per l'esofago.

LATTANTE IN SOFFERENZA, GENITORI IN TILT: LE LINEE GUIDA

SE VOMITA MA NON PERDE PESO: NÉ FARMACI NÉ ECOGRAFIA

Sono parecchi i casi di lattanti con reflusso gastroesofageo. Di fronte a quello che sembra essere un "fenomeno emergente" sono tante le soluzioni che i genitori adottano arbitrariamente, spesso più dannose che proficue, come l'uso di farmaci, la sospensione dell'allattamento al seno o un precoce svezzamento. Nella maggior parte dei casi lo smarrimento dei genitori di fronte a un neonato che vomita spesso e in grandi quantità, che piange in concomitanza col nutrirsi e che è sempre irrequieto, si incontra con la confusione di pratiche pediatriche discutibili, come la veloce diagnosi di "reflusso gastroesofageo", la prescrizione di sciroppi non del tutto innocui, l'allungamento dello spazio tra una poppata e l'altra e la sospensione dell'allattamento materno a favore di quello artificiale. Seguendo le linee guida internazionali, ecco cosa non si deve fare di fronte ad un bambino che vomita sempre ma che non perde peso: prescrivere un esame ecografico, somministrare farmaci, sospendere l'allattamento al seno. Occorre invece capire la causa del vomito del neonato. Possiamo dire intanto che l'acidità dello stomaco aumenta in base al livello di stress (e lo stress del neonato è associato a quello della madre), al dover attendere troppo a lungo prima di essere allattato, alla distanza frequente dalla madre. I neonati, infatti, parlano attraverso il corpo. In particolare il periodo neonatale è quello più sensibile a questo tipo di linguaggio. Se c'è tensione, il bambino ne risente con coliche, pianto e vomito.

ASPETTI CLINICI E DIAGNOSTICI DEL MALFUNZIONAMENTO DEL PASSAGGIO DEL BOLO DALL'ESOFAGO ALLO STOMACO

GIUSEPPE DI MARIA*

In condizioni normali lo sfintere esofageo agisce come una valvola unidirezionale che permette agli alimenti di passare dall'esofago allo stomaco, ma ne impedisce la risalita. La sua tenuta dipende dal tono con cui si stringe.

Questo meccanismo può essere malfunzionante ovvero può essere ostacolato da una eccessiva pressione sullo stomaco come nell'obesità e nella gravidanza. In alcuni pazienti lo sfintere si rilassa e fa risalire il contenuto dello stomaco nell'esofago. Il bruciore e i rigurgiti acidi, la difficoltà a deglutire sono i sintomi più frequenti, ma non sono gli unici.

Altri pazienti hanno un dolore retrosternale talmente forte che può simulare l'angina o l'infarto. Si possono avere anche sintomi non legati all'esofago, come ad esempio laringite e una sensazione di ingombro alla gola, laringite e raucedine, sinusite, bronchite e tosse cronica, broncospasmo e asma e perfino erosione dei denti per usura dello smalto da parte degli acidi.

I sintomi si possono presentare in diversa combinazione. Nella realtà la diagnosi di Rge (reflusso gastro esofageo) è spesso clinica, basata sul miglioramento dei sintomi dopo una terapia antiacida.

Nel quadro delle patologie da reflusso quelle polmonari hanno un posto di primo piano. La tosse cronica, gli episodi febbrili, le opacità polmonari migranti, le polmoniti ricorrenti segnalano l'esistenza concreta di legami causali tra queste due patologie.

Trattandosi però di patologie diffuse, esiste anche la possibilità che regurgito e malattie respiratorie siano presenti insieme ma non siano necessariamente legate da rapporti di causalità.

La stretta associazione tra asma e reflusso gastro esofageo, sia nell'a-

Anche il fumo è tra i fattori scatenanti facilita la risalita di materiale gastrico

dulto che nel bambino, è nota e rappresenta un argomento molto studiato. La relazione tra queste due condizioni è complessa in quanto l'aspirazione di piccole quantità di acido può agire sia in modo diretto che attraverso l'attivazione di riflessi nervosi autonomi che causano broncospasmo, respiro sibilante e difficoltà respiratoria.

Nei pazienti, siano essi adulti o bambini, che presentano asma, tosse cronica e laringite posteriore l'esistenza di reflusso gastro esofageo deve essere sospettata e deve indirizzare il medico verso la diagnosi definitiva.

Oltre l'asma, il reflusso si può asso-



PROF. GIUSEPPE DI MARIA

ciare a malattie respiratorie particolarmente gravi come la fibrosi polmonare e la polmonite organizzante. Queste entità cliniche richiedono un'accurata valutazione specialistica e una gestione attenta e competente. Va infine ricordato che determinati fattori possono facilitare o scatenare il reflusso.

Molti farmaci, in particolare quelli che modificano la salivazione, la motilità esofagea e il tono dello sfintere possono aggravare il reflusso e i suoi sintomi. Questi farmaci includono gli anticolinergici e molti farmaci del sistema nervoso centrale come ipnotici e antidepressivi. In presenza di reflusso gastro esofa-

ge il loro uso dovrebbe essere valutato o comunque evitato.

Il fumo è un altro fattore nocivo perché riduce la pressione dello sfintere esofageo e facilita la risalita di materiale gastrico. Inoltre esso inibisce la salivazione contribuendo a rallentare la rimozione di sostanze acide dall'esofago.

Il reflusso gastro-esofageo è una condizione che può presentarsi con aspetti clinici diversi. In una rilevante percentuale può coinvolgere il sistema respiratorio in diversi modi e con quadri patologici anche gravi.

* Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Pneumologia al Policlinico.

I consigli degli esperti di nutrizione per attenuare i disturbi

I medici e gli esperti nutrizionisti suggeriscono di seguire i seguenti consigli utili per attenuare i disturbi del reflusso:

In presenza di sovrappeso/obesità: ridurre gradualmente il peso e la circonferenza addominale nella misura indicata dal proprio medico, attraverso un'alimentazione ipocalorica equilibrata e adeguata alle esigenze nutrizionali individuali ed associata ad esercizio fisico.

Favorire la motilità complessiva del tratto gastroenterico consumando alimenti integrali ed almeno cinque porzioni al giorno di frutta e verdura ed introducendo non meno di 1 litro e mezzo di liquidi (sotto forma di acqua, tisane, minestre, ecc) al giorno.

Ricordiamo che i liquidi per dissetarsi vanno sorseggiati nel corso della giornata, evitando l'assunzione di abbondanti quantità degli stessi durante i

pasti.

Evitare i pasti abbondanti, mangiare poco e spesso (preferire 4 o 5 piccoli pasti nell'arco di una giornata).

Mangiare lentamente, consumare il pasto in non meno di 25 minuti.

Privilegiare un'alimentazione a basso tenore in grassi.

Evitare di assumere cibi troppo freddi o troppo caldi.

Moderare il consumo di alimenti e bevande dolci. Smettere di fumare. Il fumo fa male alla salute in generale. In più, la nicotina delle sigarette fa rilasciare lo sfintere gastroesofageo e causa il reflusso gastro esofageo.

Evitare di sdraiarsi subito dopo i pasti. Dopo mangiato bisogna aspettare almeno due o tre ore prima di andare a dormire.

Evitare di compiere sforzi fisici a stomaco pieno. È meglio aspettare almeno due o tre ore dopo aver mangiato prima di compiere attività fisica. Subito dopo mangiato è bene anche evitare movimenti bruschi e improvvisi (come per esempio piegarsi per raccogliere qualcosa).

Gli alimenti che possono aumentare l'acidità gastrica sono: il caffè, il tè, il cioccolato, gli agrumi, il pomodoro e il latte.

Gli alimenti che possono contribuire al rilascio dello sfintere esofageo inferiore (Sei) sono: gli alcolici, le bibite addizionate con anidride carbonica (ossia le bibite gasate), soprattutto se dolci, i cibi molto grassi (fritture, carni grasse, salse con panna, sughi con abbondanti quantità di olio, margarina o burro), la menta, il caffè, il tè (anche decaffeinati/deteinati), alcune spezie (pepe) ed erbe aromatiche (prezzemolo, basilico, origano), aglio e cipolla.

LA SICILIA

www.lasicilia.it

Direttore responsabile
Mario Ciancio Sanfilippo



Editrice
Domenico Sanfilippo Editore SpA

In redazione
Giovanna Genovese

Hanno collaborato:
Pierangela Cannone
Leonardo De Cosmo
Giuseppe Di Maria
Enza Garipoli
Lucy Gullotta
Gabriella Magistro
Maria Novella Topi
Jessica Nicotra
Anna Rita Rapetta
Damiano Scala
Angelo Torrisi
Giusy Trearichi
Orazio Vecchio
Francesco Zaioro

Pubblicità
Publikompass Spa
Agenzia di Catania
Corso Sicilia 37/43
95131 Catania
Centralino 0957306311
diretto 0957306336
Cell. 336699395

[NEUROLOGIA]



Malattie neuromuscolari nuova diagnostica e terapie per combatterle

Interventi tempestivi e indagini familiari per cure mirate

DAMIANO SCALA

NLe malattie neuromuscolari sono patologie caratterizzate da alterazioni strutturali e funzionali a livello sia del motoneurone, della giunzione neuromuscolare, dei nervi periferici e delle fibre muscolari. Le caratteristiche di queste malattie, che possono manifestarsi a qualunque età, sono estremamente variabili e possono dipendere da qualunque delle suddette componenti anatomiche colpite dalla patologia. L'Italia è considerata, nel bacino del Mediterraneo, un punto di riferimento scientifico e tecnologico in questo settore. A Messina, in particolare, il Dipartimento di Neuroscienze rappresenta un centro all'avanguardia, in tutto il Mezzogiorno, nella lotta a malattie che colpiscono quasi 5.000 siciliani. «Si tratta di patologie rare - afferma Antonio Toscano, professore ordinario di Neurologia e responsabile del Centro di riferimento regionale per le Malattie neuromuscolari rare - ma nel nostro centro disponiamo di una rilevante esperienza e di strutture adeguate per portare avanti l'approccio clinico-diagnostico da cui possono scaturire adeguate terapie e certificazioni delle varie patologie, che consentono poi agli ammalati di poter utilizzare le risorse a loro destinate dalla Sanità Nazionale. Fino a qualche anno addietro, il concetto di Malattia neuromuscolare non rientrava nei termini di uso comune della classe medica. Oggi, invece, le neuropatie periferi-



IL PROF. ANTONIO TOSCANO

che, la miastenia, la Sla, le miopatie genetiche o acquisite sono oggetto di confronto non solo nello stretto ambito medico. «E' fondamentale diagnosticare tempestivamente la patologia - prosegue il prof. Toscano - per utilizzare con maggiore efficacia le terapie che abbiamo a disposizione. Quando l'apparato neuromuscolare degenera è più difficile ricostruirlo». Maggiore attenzione e controlli periodici: un impegno concreto che mette al centro il paziente e le famiglie con i loro bisogni e le loro aspettative consigliando, talora, di effettuare indagini estese anche ai parenti più prossimi. Lo scopo è ca-

pire così se, all'interno dello stesso nucleo familiare, si possano riscontrare casi analoghi. Tra le iniziative più importanti sullo studio delle malattie neuromuscolari c'è stato il "North African Neuromuscular Training Meeting" a Messina nei giorni 21-22 di giugno. Specialisti provenienti da Marocco, Tunisia, Egitto, Libia e Algeria e Malta hanno confrontato le loro esperienze sulle nuove tecniche diagnostiche e sulle terapie con esperti nazionali ed internazionali. La città siciliana è diventata per due giorni la capitale del Mediterraneo per l'aggiornamento sulle malattie neuromuscolari. Patologie del sistema nervoso che provocano anche alterazioni della funzione muscolare. Tra queste un particolare "focus" è stato dedicato alla sclerosi laterale amiotrofica (indebolimento progressivo dei muscoli, che conduce alla paralisi totale), alla miastenia (abnorme affaticamento dei muscoli, che presentano una grave e rapida diminuzione della loro forza di contrazione fino ad arrivare ad uno stato di paralisi apparente), alla paralisi bulbare (un'alterazione dei muscoli innervati dai nervi cranici, che è causa della perdita dei movimenti della lingua e dei muscoli facciali), all'atrofia muscolare spinale (degenerazione del midollo spinale, che fa ridurre la massa muscolare, senza che si abbia perdita della sensibilità) e alla malattia di "Charcot-Marie-Tooth" (riduzione della massa muscolare della parte laterale della gamba). Da oltre 40 anni qui sorge un centro all'avanguardia - prosegue il



LA PATOLOGIA

Le malattie neuromuscolari sono caratterizzate da alterazioni strutturali e funzionali a livello del motoneurone, della giunzione neuromuscolare, dei nervi periferici e delle fibre muscolari. Fino a qualche anno addietro, il concetto di malattia neuromuscolare non rientrava nei termini di uso comune della classe medica. Oggi, le neuropatie e le miopatie genetiche sono oggetto di confronto

prof. Toscano - riconosciuto in ambito europeo ed extraeuropeo. Noi accogliamo circa 250 pazienti al mese tra prime visite e controlli; pertanto una vasta esperienza ed alti standard qualitativi sono i motivi alla base di quello che è il nostro grado di avanzamento in questo settore». Durante quest'incontro è stato sottolineato il grande contributo di questo Centro e di altri centri italiani alla ricerca di nuove terapie e al corretto utilizzo di

quelle già esistenti, in un momento in cui talora nuove prospettive terapeutiche vengono portate avanti con grandi difficoltà. Ovviamente, l'obiettivo è quello di tenere sotto controllo le suddette patologie e migliorare la qualità di vita dei pazienti. Un impegno concreto su malattie rare, sia ereditarie che acquisite, che spesso risultano molto difficili da diagnosticare tempestivamente. «Insieme ai neurologi, ai genetisti ed ai

pediatri del nord Africa e di Malta - continua Toscano - noi vogliamo stabilire un rapporto scientifico duraturo per la ricerca nelle malattie neuromuscolari e per la formazione dei giovani professionisti. Il primo passo è stato compiuto. Adesso bisogna mettere in campo tutte le conoscenze e le possibilità per garantire una corretta gestione del paziente neuromuscolare in un numero sempre crescente di nazioni».

NELLA CASA DI CURA VILLA L'ULIVO CARMIDE UNA ÉQUIPE SPECIALIZZATA IN PSICOTERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE

LUCY GULLOTTA

Il disturbo ossessivo compulsivo (Doc) si caratterizza - dice il dott. Daniele Amato direttore sanitario casa di cura Villa l'Ulivo Carmide - per la presenza di due elementi distintivi: ossessioni e compulsioni. Le ossessioni sono pensieri, immagini ricorrenti intrusive e ripetitive che creano allarme e suscitano paura. Le compulsioni sono comportamenti ripetitivi o azioni mentali che il paziente emette per neutralizzare o esorcizzare la minaccia percepita. Le emozioni che piegano l'equilibrio esistenziale delle persone affette da Doc sono profondi sensi di colpa, vergogna ed inesprimibili sensazioni di disagio. L'ansia rappresenta l'aspetto più superficiale del disturbo e si manifesta perché si realizzano alcune condizioni che allarmano la persona (una minaccia, un'imprevedibilità) oppure perché il soggetto teme che si possano realizzare delle situazioni fonti di colpa o che suscitano disagio. Una persona con un Doc potrebbe passare parecchio tempo della sua giornata nel lavare le mani o gli oggetti con cui entra in contatto per escludere ogni ragionevole dubbio di essersi contaminato. Le persone con questo tipo di disturbo possono arrivare a sigillarsi in casa per evitare improbabili contaminazioni. La maggior parte delle persone si rende conto che le proprie ossessioni sono interne alle loro menti e non sono reali, una minoranza invece non si rende conto dell'irragionevolezza dei propri atteggiamenti.

Il Doc colpisce dal 2 al 3% della popolazione. Si manifesta sia negli uomini che nelle donne e può esordire nell'infanzia, nell'adolescenza o nella prima età adulta. L'età tipica in cui compare più frequentemente è tra i 6 e i 15 anni nei maschi e tra i 20 e i 29 nelle donne. I primi sintomi si manifestano nella maggior parte dei casi prima dei 25 anni ed in bassissima percentuale dopo i 40 anni. Nella maggior parte dei casi le persone non ricordano con esattezza quando sono comparsi i pri-

Trattamenti combinati nella cura del disturbo ossessivo compulsivo

mi sintomi. Generalmente il sintomo si presenta causando solo una lieve sofferenza ed si aggrava progressivamente. In alcuni casi le persone sono in grado di riferire con precisione il momento dell'inizio dei sintomi: in questi casi il disturbo esordisce in modo improvviso, spesso a seguito di un evento stressante. Non si può parlare di un disturbo ereditario, anche se la componente genetica, potrebbe influire nella comparsa del disturbo.

Per quanto riguarda il trattamento, continua il dott. Amato, la quasi totalità delle persone che inizia un trattamento farmacologico riferisce miglioramen-

ti soggettivi e oggettivi. Si tratta di farmaci generalmente ben tollerati, caratterizzati da bassa tossicità e ottima sicurezza nel sovradosaggio. Sfortunatamente il trattamento farmacologico da solo è efficace solo su circa un terzo dei pazienti ed anche su questi la dimensione della risposta è abitualmente incompleta. Sono poche le persone che arrivano ad essere totalmente privi di sintomi solo con l'aiuto di una terapia farmacologica. Questo è il motivo per cui le linee guida promuovono specificamente il trattamento combinato con la psicoterapia cognitivo comportamentale (Cbt) per bambini, adulti e

adolescenti. Nella psicoterapia cognitivo comportamentale esiste una forte relazione tra il disturbo, il trattamento ed il risultato. La Cbt aiuta le persone a comprendere, rileggere e modificare il modo in cui si confronta con situazioni e gli eventi che causano disagio. Si basa su un ampio e collaudato repertorio di strategie cognitive e tecniche comportamentali mirate a modificare le modalità di base con le quali il disturbo si è strutturato e si mantiene. Si tratta di un trattamento scientificamente fondato, orientato ad obiettivi specifici, pratico, concreto, attivo e collaborativo ma soprattutto fondato sul qui e

ora. La persona che segue una terapia cognitivo comportamentale diventa competente ed efficace nella gestione del proprio problema. Oggi nel campo della neuropsichiatria sono stati sviluppati vari protocolli di intervento in funzione della diverse fasi del disturbo (acuta e subacuta) e della compromissione del funzionamento personale, lavorativo e sociale. I protocolli prevedono il ricovero in regime ordinario ed in alcuni casi in regime DH. Questo tipo di protocolli permette di massimizzare l'efficacia dell'intervento e di aggiornare in tempi eccezionalmente brevi un vero e proprio blocco comportamentale dalla morsa dei sintomi. In questo modo, sin dalle prime fasi della degenza, il paziente comincia a comprendere il senso della propria sofferenza e sperimenta concretamente la

prospettiva concreta di una reale soluzione del problema. Nei casi in cui la compromissione personale, sociale e lavorativa del paziente non è così elevata è preferibile il ricovero in regime di day hospital che permette al paziente di sperimentare nel proprio ambiente tutto ciò che apprende nella psicoterapia cognitiva e comportamentale. In questa direzione la nostra struttura si avvale da anni di una équipe multidisciplinare composta da medici specialisti, psicologi e psicoterapeuti specializzati in psicoterapia cognitivo comportamentale, educatori, assistenti sociali e tecnici della riabilitazione psichiatrica che hanno maturato nel tempo una notevole esperienza in questo specifico settore.

Le compulsioni sono comportamenti ripetitivi o azioni mentali che il paziente emette per esorcizzare la minaccia percepita. Una persona con un Doc potrebbe passare parecchio tempo nel lavare le mani o gli oggetti con cui entra in contatto per escludere ogni possibile contagio
Nella foto: accanto, l'esterno della casa di cura Villa l'Ulivo Carmide. A destra, il direttore sanitario, dott. Daniele Amato



LA STRUTTURA

Indirizzo riabilitativo polispecialistico

La casa di cura Villa l'Ulivo del Gruppo Carmide è stata fondata nel 1947 dal prof. Angelo Majorana, con lo scopo di realizzare una struttura in grado di offrire corrispondenza fra luogo, spazio e terapia per pazienti neuropsichiatrici. Il prof. Angelo Majorana, di formazione medica e specialistica romana, adottò le terapie specialistiche più moderne secondo i principi scientifici e umanistici del rapporto medico-paziente-malattia. I suoi interessi di ricerca paralleli a un'intensa attività didattica sono rivolti a formare una équipe medico-psico-sociologica particolarmente attenta ad impostare tutto il programma terapeutico secondo uno schema concettuale-ontologico che

comprenda gli aspetti organici psicologici e sociologici della personalità. Oggi la casa di cura è ad indirizzo riabilitativo polispecialistico (riabilitazione neurologica,

neuropsichiatrica, ortopedica, cardiologica, vascolare-angiologica), accreditata con il Sistema Sanitario Nazionale per l'intera sua capacità ricettiva (80 posti letto). Da maggio 2010 infatti, la casa di cura è stata rimodulata in struttura ospedaliera a orientamento riabilitativo. Dal gennaio 2012 la casa di cura può erogare anche prestazioni ambulatoriali a carico del Ssr. Dal 2005 la casa di cura ha attivato il percorso per il conseguimento della certificazione di qualità. Il direttore sanitario è il dott. Daniele Amato. La Casa di Cura è immersa in un ampio spazio verde che può essere utilizzato dai pazienti e familiari.





[NEUROLOGIA]

Rallentare l'Alzheimer dalla diagnosi precoce alla nuova arteterapia

Demenza. Si scopre monitorando la Glicoproteina-P

JESSICA NICOTRA

L'Alzheimer è una forma di demenza progressiva. Molti farmaci sono in grado di rallentare il decorso della patologia, ma al momento non esiste cura. Da un recente studio, realizzato dall'Istituto di Cristallografia del Cnr di Bari e "Biofordrug" (spin off dell'Università del capoluogo pugliese), è emerso che è possibile diagnosticarla precocemente attraverso il monitoraggio della Glicoproteina-P, cioè di quello spartiacque che regola il passaggio, dall'interno all'esterno del nostro cervello, della beta-amiloide, ovvero delle placche che causano la degenerazione neurologica dei pazienti affetti dalla patologia. La ricerca apre nuovi spiragli non sulla guarigione dell'Alzheimer, ma sulla possibilità di contrastarlo, ritardandone e limitandone gli effetti. Grazie a un kit diagnostico, attraverso semplici passaggi, si può scoprire la malattia in una fase iniziale. Al paziente, infatti, viene prelevato il sangue e se al suo interno ci sono elevati livelli di rame, si sottopone il soggetto a una Pet che serve a monitorare l'attività e la quantità della Glicoproteina-P. Se questa sta degenerando, vuol dire che è in corso il processo dell'Alzheimer. Da questo particolare si evince, infatti, l'importanza dello studio che permette di agire prima che le quantità di Glicoproteina-P siano molto basse. «Se io ho 80 unità di Glicoproteina-P - spiega il professore Nicola Colabufo, direttore di "Biofordrug" - potrò stimolarle attraverso un induttore, e spingerle a fare il lavoro di 100 unità. Ma se ne ho già 30, non posso stimolarle a lavorare di



L'ALZHEIMER COINVOLGE MOLTO I PARENTI DEL PAZIENTE. INOLTRE, SI CALCOLA CHE UN MALATO COSTI ALL'ANNO CIRCA 61 MILA EURO

più: sarebbe addirittura dannoso». «Le nostre radiotraccianti Pet - sottolinea Colabufo - sono state definite le molecole del mese, ovvero le molecole di riferimento per progredire nella conoscenza. Noi abbiamo realizzato alcuni prototipi, che sono già stati migliorati, in collaborazione con l'Istituto di medicina nucleare di Amsterdam e Groningen. E poter monitorare lo stato di salute di questa proteina in soggetti non affetti da Alzheimer, ma che presentano fattori di rischio, ha portato a capire che effettivamente quella proteina va monitorata poiché è responsabile della progressione neurodegenerativa del soggetto, che normalmente avviene nell'arco dei dieci anni dopo che la Glicoproteina-P, responsabile dell'efflusso della placca beta-amiloide dall'interno all'esterno del cervello, comincia a perdere

in termini sia di espressione sia di attività». È bene sottolineare che i fattori di rischio dell'Alzheimer si dividono in non modificabili: familiarità, età (dai 65 anni in poi), sesso (le donne sono più a rischio) e sindrome di Down. E fattori modificabili: bassa scolarità, depressione, alcol, fumo e diabete. Parliamo di una patologia che ha un "costo sociale", in quanto colpisce molto i parenti del paziente che ha "allucinazioni e deliri". Inoltre, si calcola che un paziente costi all'anno alla collettività in media 61 mila euro. Al momento, nel mondo ci sono 35 milioni di persone affette, un milione solo in Italia (80 mila in Puglia di cui 7 mila a Bari), per un costo complessivo di 604 miliardi di euro l'anno, numeri destinati a raddoppiare ogni cinque anni.



L'OSSESSIONE DEL CIBO

Addio all'anoressia con un pacemaker inserito nel cervello

I disturbi dell'alimentazione sono malattie complesse. Per chi ne soffre, il cibo, la propria immagine riflessa e il peso diventano una vera e propria ossessione.

La paura patologica di ingrassare è una delle cause principali. Negli ultimi anni le terapie hanno fatto grandi passi in avanti, e oggi la maggior parte dei pazienti può essere trattata con successo. In particolare, nel caso dell'anoressia nervosa, pare che la stimolazione cerebrale possa essere d'aiuto soprattutto quando il disturbo si manifesta in modo severo.

Segnali in questa direzione provengono da un piccolo studio canadese pubblicato su una prestigiosa rivista scientifica. Tre persone "arruolate" nella ricerca sono riuscite a guadagnare peso e hanno registrato dei miglioramenti nel loro stato d'animo generale, dopo che nel loro cervello è stato inserito un pacemaker che stimola i centri neurali di ansia e umore, tecnica già usata per pazienti con Parkinson, morbo di Alzheimer e disturbo ossessivo compulsivo.

Ovviamente, i ricercatori precisano che servono ora studi più ampi, per dimostrare se questa terapia è in grado di offrire un'ultima risorsa alle persone che hanno difficoltà a guarire dall'anoressia. I ricercatori del Neuroscience Krebil Centre e dell'University Health Network hanno condotto lo studio in primo luogo per sapere se questa procedura è sicura nelle persone con casi gravi di disturbi alimentari come l'anoressia nervosa.

Gli scienziati hanno trattato sei donne di età compresa fra i 24 e i 57 anni, pazienti per le quali le terapie convenzionali si erano dimostrate un fallimento. I ricercatori hanno impiantato gli elettrodi in un'area del cervello, che influenza il modo in cui le persone regolano il proprio umore e lo stato di ansietà. Poi hanno acceso il dispositivo per fornire una stimolazione elettrica continua per i 9 mesi dello studio.

Gli autori spiegano che non si tratta semplicemente di premere un interruttore per far mangiare di più le pazienti. L'anoressia nervosa coinvolge più livelli, per esempio in molte persone la condizione è legata proprio alla difficoltà di regola-



RAGAZZA ANORESSICA

zione dell'umore e dell'ansia. Da qui l'idea dello studio sulla stimolazione cerebrale profonda. Dopo 9 mesi, tre delle sei donne arruolate hanno avvertito un miglioramento della loro qualità di vita e sono riuscite a guadagnare peso, o meglio a non perderne ancora.

Ma la procedura non è scevra da effetti indesiderati: una delle pazienti ha avuto una grave crisi epilettica due settimane dopo che il dispositivo le è stato impiantato, un'altra ha avuto un attacco di panico durante l'intervento. Altri effetti avversi sono stati nausea e dolore. Per una delle pazienti, poi, non ci sono stati miglioramenti.

Gli autori della ricerca sono cauti e precisano che la procedura non è adatta a tutti, e che loro hanno lavorato duramente per identificare un target di pazienti concentrandosi sulle persone che hanno fallito i trattamenti standard e per via della loro condizione sono a rischio di morte. I disturbi dell'alimentazione sono caratterizzati dal rifiuto del cibo o dal perfetto contrario. Oggi sono sempre più diffusi: sebbene i ragazzi non siano esenti, colpiscono maggiormente ragazze di età compresa tra i 12 e i 35 anni. Tra le patologie più diffuse c'è la bulimia nervosa nella quale si alternano diete drastiche e periodi di grandi abbuffate. In questo caso il cibo viene eliminato con vomito autoindotto, uso di purganti, periodi di digiuno o esercizio fisico eccessivo.

L'anoressia nervosa è invece caratterizzata da un rifiuto totale del cibo accompagnato da una paura ossessiva di prendere peso. L'esordio pare avvenga quasi sempre dopo una dieta intrapresa con l'obiettivo di dimagrire. Man mano, si prova un senso di soddisfazione per il risultato ottenuto, ma con l'andare del tempo si arriva a perdere il controllo della propria alimentazione e il processo di dimagrimento diventa incontrollabile.

J.N.

UNO STUDIO AMERICANO

I neuroni delle coccole identificati nei topi riconoscono carezze e senso di benessere

LEONARDO DE COSMO

I neuroni delle coccole esistono: sono specializzati nel riconoscere le carezze e tutto ciò che aiuta a percepire un senso di benessere. Li ha identificati nei topi un gruppo di ricerca coordinato dall'Istituto di Tecnologia della California (Caltech), i cui risultati sono stati pubblicati su Nature e sono probabilmente comuni a tutti i mammiferi, compreso l'uomo.

«Lo studio - ha spiegato il neurologo Mario Manfredi, dell'Università La Sapienza di Roma - ha identificato per la prima volta la specifica popolazione di neuroni attivati dallo strisciamento leggero della cute, ossia dalle carezze. Si immaginava già l'esistenza di queste cellule, ma la differenza tra saperlo e di-

mostrarlo è molta. «Questo risultato - osserva l'esperto - potrebbe essere molto importate per futuri sviluppi in campi medici».

E' noto infatti che la pelle è dotata di un gran numero di recettori specifici che si attivano a seconda del tipo di stimolazione, ad esempio con il calore o con la pressione, e sono in grado di trasportare un segnale al cervello.

La stimolazione dovuta alle carezze, prosegue Manfredi, viene percepita da alcuni recettori il cui segnale «attiva fibre molto antiche comuni a tutti i mammiferi, chiamate 'C' e caratterizzate da una lenta velocità di conduzione. Sono le stesse fibre responsabili anche del dolore sordo, ossia quello successivo al dolore acuto che viene trasportato invece dalle fibre delta».

Le fibre C o delta, rappresentano delle vere e proprie autostrade che trasportano il segnale verso il cervello, dove lo stimolo viene elaborato e trasformato in modo cosciente.

Grazie ad una serie di esperimenti sui topi, i ricercatori statunitensi hanno identificato per la prima volta il tipo di neuroni e lo specifico percorso responsabili dell'elaborazione del piacere della coccola. Utilizzando un particolare pennello ideato per accarezzare le zampe dei topi ed una tecnica che permette di osservare le cellule attivate nella trasmissione del segnale, i ricercatori hanno individuato un piccolo gruppo di neuroni sensoriali. Sono cellule che esprimono una particolare proteina, chiamata Mrgprb4, e sono ben distinte da quelle che rispondono allo stimolo dei pizzichi.



5x1000

CERCHIAMO DONATORI DI REDDITO

DEVOLVI IL 5 PER MILLE ALL'AIL C.F. 80102390582

Sostieni la lotta contro le leucemie, i linfomi e il mieloma. È una buona azione che non ti costa nulla, basta apporre la tua firma e trascrivere il codice fiscale della nostra associazione nell'apposito spazio sul modulo della dichiarazione dei redditi.

Puoi effettuare la donazione con il CUD, il 730 e il Modello Unico Persone Fisiche.

AIL
ASSOCIAZIONE ITALIANA
CONTRO LE LEUCEMIE-LINFOMI E MIELOMA
ONLUS
Sede Nazionale
Via Casilina, 5 - 00182 Roma
www.ail.it

[NEUROLOGIA]



Malati di Parkinson sempre più giovani uno su 4 è under 50

Ricerche sulla relazione tra ferro nel sangue e malattia

L'età d'esordio del Parkinson si fa sempre più giovane: un paziente su 4 ha meno di 50 anni mentre il 10% ha meno di 40 anni. Alla base di questi dati poggia una ragione positiva: oggi la scienza è in grado di eseguire una diagnosi ai primi sintomi, quando la malattia è ancora in una fase molto precoce, anche se si ipotizza che rispetto al momento della prima diagnosi l'inizio del danno cerebrale sia da retrodatarsi di almeno 6 anni. Secondo stime recenti, in Italia la malattia di Parkinson colpisce circa 6.000 persone ogni anno e in 1 caso su 4 il suo esordio avviene prima dei 50 anni, circa l'1% colpisce invece gli over 65.

È molto difficile riconoscere i sintomi della malattia, soprattutto nella fase iniziale. Quando i livelli di dopamina diminuiscono eccessivamente, i messaggi tra le cellule nervose si interrompono, dando inizio, a problemi di controllo del movimento: rigidità, tremore, lentezza. Le cause della malattia sono poco chiare. Per questo è importante rivolgersi al medico per saperne di più e accedere a una cura migliore.

Ma quali le cause? Accanto a rare forme di Parkinson ereditario, secondo gli esperti l'insorgere della malattia potrebbe derivare dall'effetto di una tossicità ambientale combinata a una predisposizione individuale geneticamente determinata.

Passiamo ai dati. Circa il 20% delle forme giovanili sono causate da una mutazione genetica: la proteina alterata è coinvolta nelle attività mitocondriali con un accumulo di radicali liberi a livello di alcuni neuroni dopaminergici (nigro-striali) che nonostante



GINNASTICA RIABILITATIVA IN ACQUA

siano un numero esiguo sono indispensabili per il movimento. Restano poi un 80% di forme giovanili la cui causa rimane sconosciuta. Gli esperti pensano a un'interazione fra geni e fattori ambientali.

«Nei malati di Parkinson - dice Giovanni Abruzzese, presidente di Limpe - subentra spesso un problema di non accettazione. Si tratta di un fenomeno molto diffuso che trova riscontro anche in svariate indagini che raccontano come molti pazienti attendano mesi prima di chiedere aiuto. Rivolgersi subito al medico è fondamentale: ritardare la diagnosi riduce la qualità della vita e limita l'efficacia delle terapie. Un inter-

vento farmacologico precoce può favorire un migliore decorso della malattia così come in parecchi casi il supporto psicologico si è dimostrato di grande efficacia per il sostegno non solo del paziente ma anche dell'intera famiglia».

C'è di più. Fino a qualche tempo fa, elevati valori di ferro erano considerati possibili fattori di rischio per l'insorgere del Parkinson. Studi medici sui malati hanno infatti riscontrato accumuli di ferro nelle zone del cervello colpite dalla malattia. Tuttavia questa relazione non era stata mai pienamente confermata. Attraverso una metodologia statistica e utilizzando dati sui malati di Parkinson di tutto il mondo, un gruppo di ricercatori italiani del centro di biomedicina dell'Eurac, ha potuto acquisire nuove conoscenze sulla relazione tra ferro nel sangue e malattia. «Il nostro studio - dichiara Irene Pichler, una ricercatrice della ricerca - mostra per la prima volta che elevati valori di ferro nel sangue possono ridurre le probabilità di ammalarsi di Parkinson e non costituiscono un fattore di rischio, contrariamente a quanto emerso dagli studi precedenti».

La ricerca raccoglie dati relativi a circa 22mila persone, sane e residenti in Europa e Australia. Dai loro campioni e dai loro dati sono state ricavate le tre più importanti varianti genetiche responsabili della produzione di ferro. A partire da questa base i ricercatori dell'Eurac si sono chiesti se gli alti valori di ferro nel sangue siano legati alla malattia. I risultati ottenuti dal gruppo di ricerca mostrano che le varianti genetiche e quindi i livelli di ferro che queste



regolano hanno un effetto verificabile sull'insorgere del Parkinson: il rischio di contrarre la malattia diminuisce quanto più alto è il contenuto di ferro nel sangue. Più precisamente il rischio decresce del 3% ogni 10 microgrammi di ferro per decilitro di sangue. In conclusione, il Parkinson giovanile evolve più lentamente e un esordio della malattia in giovane età non implica comunque un'aspettativa di vita ridotta. Ciò che non va dimenticato però

è che ai giovani spetta un decorso della malattia molto lungo. La terapia con i farmaci è la stessa per tutti i pazienti parkinsoniani e nella cura dei malati più giovani bisogna tenere conto di questo decorso prolungato. Se terapie sempre più innovative e mirate rappresentano le principali armi per controllare e trattare la malattia di Parkinson a qualunque età, diventa sempre più essenziale per il miglioramento della qualità della vita dei pa-

STIMOLAZIONE CEREBRALE

Eseguita nei giorni scorsi la prima procedura di stimolazione cerebrale profonda per un malato di Parkinson. Appena l'impianto sarà attivato in maniera definitiva, la speranza per quest'uomo di sospendere la terapia farmacologica e riappropriarsi di una vita normale sarà realtà. Fondamentale la collaborazione del team di neurologia-neurofisiologia-neurochirurgia.

zienti il ruolo dell'informazione sulla patologia. È fondamentale che pazienti e familiari trovino facile accesso alle informazioni oltre che poter contare su strutture di aiuto. In questo senso è imprescindibile il ruolo che ha assunto l'Aip, l'associazione italiana parkinsoniani, che da 15 anni rappresenta un punto di riferimento e assistenza per chi è colpito da questa patologia (con 37.000 famiglie di riferimento).

PIE. CAN.

LA CASA DI CURA VILLA DEI GERANI IN PRIMA LINEA NELLA DIAGNOSI E RIABILITAZIONE PER I DISTURBI DEL MOVIMENTO

LUCY GULLOTTA

Fms è l'acronimo di Foot Mechanical Stimulation o stimolazione plantare meccanica - afferma il prof. Pietro Marano, responsabile dell'Unità operativa di riabilitazione di Villa dei Gerani Carmide - è il nome della terapia che è stata scoperta dal team scientifico di Ecker Technologies, società svizzera specializzata in terapie di riabilitazione osteoarticolare e neurologica. Gondola® è il dispositivo medico, con certificazione Ce, che eroga la Fms; è un apparecchio portatile che funziona a batterie, si calza ai piedi, è stato ideato per consentire ai pazienti l'auto-erogazione della terapia Fms direttamente al proprio domicilio; i pazienti, solo dopo avere deciso sull'acquisto, saranno istruiti sull'utilizzo da personale esperto. La terapia è basata sulla stimolazione delle aree corrispondenti alle teste metatarsali ed agli alluci di entrambi i piedi attraverso impulsi meccanici controllati per pressione, durata e sequenza, la stimolazione dura meno di due minuti e in media deve essere ripetuta due volte alla settimana. I pazienti possono prenotare una visita presso la nostra casa di cura e sottoporsi al test, che viene comunque ripetuto a distanza di una settimana; in questo lasso di tempo il soggetto potrà verificare al proprio domicilio la reale efficacia della terapia.

I pazienti che rispondono positivamente recuperano capacità motorie (velocità e lunghezza del passo, velocità di rotazione, senso di equilibrio) e hanno una riduzione degli episodi di freezing. I benefici permangono per un periodo compreso tra 2 e 7 giorni e variano da soggetto a soggetto. La connessione tra la stimolazione e i benefici ottenuti è tuttora oggetto di studi indipendenti sviluppati da diversi istituti clinici, che stanno effettuando anche approfondimenti relativi ai meccanismi di funzionamento della terapia. La risposta alla terapia Fms dipende da molti fattori, quali il tipo di Parkin-

Cura delle malattie neuro degenerative utile la stimolazione plantare meccanica

son, lo stato clinico iniziale o la presenza di altre patologie.

«È quindi essenziale - sottolinea Mariella Seminara fisioterapista coordinatore a Villa dei Gerani Carmide - che i pazienti interessati effettuino una verifica della propria idoneità e risposta alla terapia Fms, con una sessione di riabilitazione presso i centri convenzionati con Ecker Technologies. Villa dei Gerani ha scelto di collaborare con Ecker, e diversi operatori della struttura hanno seguito i corsi di formazione, ottenendo la qualifica di operatore specializzato nella gestione del dispositivo Gondola. L'idoneità al test offre al

paziente la decisione sull'eventuale acquisto del dispositivo effettuabile solo direttamente in azienda. La risposta positiva, la maggiore sicurezza nella deambulazione e nel controllo del movimento e la maggiore velocità possono consentire di riacquistare parte della propria indipendenza e la capacità di relazione e di partecipazione alla vita sociale e lavorativa. Per l'esperienza avuta, il buon esito alle visite di idoneità conferma la positività delle risposte per i trattamenti futuri, senza alcuna forma di assuefazione. Dopo l'acquisto, almeno una volta all'anno, va fatta una visita per verificare la conti-

nua corretta configurazione del dispositivo, in modo da mantenere la massima efficacia terapeutica. Non va in ogni caso dimenticato che la malattia è neuro-degenerativa e che pertanto causa nel tempo un peggioramento delle condizioni del paziente; la stimolazione consente ai pazienti che rispondono positivamente di avere miglioramenti, in diversi stadi di malattia, ma non può modificarne il decorso. La Fms è una terapia di riabilitazione complementare ai farmaci e non sostitutiva. Il trattamento farmacologico va quindi proseguito sotto il controllo del proprio neurologo. Ai pazienti che

chiedono se il dispositivo può essere acquistato da associazioni va detto che Gondola® è un dispositivo medico che viene configurato in base alle caratteristiche e alle esigenze di ogni paziente al momento dell'acquisto, quindi personalizzato e non utilizzabile da altri. Non è quindi possibile utilizzarlo su più pazienti, né sarebbe comodo dato che la terapia - per poter mantenere i benefici - deve essere ripetuta una o due volte alla settimana. La terapia Fms ed il dispositivo sono relativamente recenti. Anche se è stata sviluppata attraverso anni di studi, è solo ad aprile del 2012, in occasione del congresso di Parkinson Italia, che la terapia Fms è stata presentata ufficialmente al pubblico. Proprio Parkinson Italia, tra le associazioni, sta seguendo con particolare interesse l'evoluzione di questa

terapia. La casa di cura Villa dei Gerani da sempre molto vicina ed attenta alle tecnologie di ultima generazione ha in questo campo specifico dato ampio spazio alla cura, alla diagnosi ed alla riabilitazione per i disturbi del movimento, la testimonianza è sottolineata dall'adesione attiva alle giornate Parkinson nazionali e dall'organizzazione di giornate a tema con la partecipazione di esperti di alto spessore sia in campo nazionale che internazionale, pertanto anche la scelta di collaborare con l'azienda Ecker Technologies per la diffusione del dispositivo Gondola continua a sostenere la politica della casa di cura.

Nelle foto: accanto, Gondola®, il dispositivo medico, con certificazione Ce, che eroga la Fms (Foot Mechanical Stimulation), ovvero la stimolazione plantare meccanica, usata nelle terapie di riabilitazione osteoarticolare e neurologica; a destra, l'esterno della casa di cura Villa dei Gerani



L'ORGANIZZAZIONE

Un'assistenza polispecialistica

La casa di cura "Villa dei Gerani" è un centro a indirizzo polispecialistico (neurologia, neuropsichiatria e riabilitazione), convenzionato e classificato in fascia A per l'intera sua capacità ricettiva ed oggi accreditata dal Servizio Sanitario regionale. L'immobile dove svolge la sua attività, a Catania alla Zona Industriale 8^a strada, è stato, nei primi anni '90, profondamente ristrutturato per adeguarlo alle moderne esigenze della cura delle malattie neurologiche e psichiatriche rendendolo gradevole ed accogliente. Dal 1994 la direzione sanitaria della Casa di Cura è stata assunta dal Dott. Andrea Ventimiglia. Dal 2002, l'organizzazione dei reparti è stata ulteriormente modificata aggiungendo, alle già esistenti

unità operative di neurologia e neuropsichiatria, una unità di riabilitazione. Nel maggio 2010 la Casa di cura modificava ulteriormente l'organizzazione dei reparti determinandosi come casa di cura a carattere riabilitativo nella specialità neuromotoria e neuropsichiatrica. La casa di cura è circondata da un ampio spazio di verde privato, con aiuole di larghe dimensioni ben curate ed alberate. La qualità dei servizi offerti è garantita dalla esistenza di un "sistema qualità" rispondente alle linee guida della norma Iso 9001:2008 e alle prescrizioni della norma Iso 9001, in base alle quali gli enti accreditati rilasciano la "certificazione" valida in campo nazionale ed internazionale. La casa di cura dispone di 45 posti letto.

LU. GU.



Epilessia resistente 100mila malati in Italia L'E-Diary per le crisi

Il nuovo strumento monitora le condizioni dei pazienti h24

Si chiama E-Diary il nuovo strumento che permette di controllare h24 le condizioni dei pazienti con epilessia, e di monitorare l'andamento delle cure. Il diario elettronico è fra le novità presentate di recente al Congresso nazionale della Lega italiana contro l'epilessia (Lice). Una malattia che, nelle forme resistenti ai farmaci, colpisce secondo le stime 100 mila italiani. Sono invece 500 mila quelli che soffrono di epilessia in genere con 30mila nuovi casi all'anno. L'epilessia è una malattia neurologica che si manifesta sotto forma di disturbi improvvisi e transitori, le crisi, che dipendono da una aumentata eccitabilità di aggregati di neuroni più o meno vasti. Durante il congresso sono state inoltre presentate nuove ricerche su vari temi: le metodiche per lo studio prechirurgico dell'epilessia, i trattamenti di neuromodulazione per combattere la farmaco-resistenza dei pazienti, i progressi nelle terapie farmacologiche e il dibattito su epilessia e genetica.

E-Diary, «a differenza di un'agenda "off line" - spiega la Lice in una nota - verifica le variazioni di frequenza e intensità delle crisi, monitora la terapia farmacologica e gli eventi avversi, permette di inserire foto o video e di creare la propria storia clinica, includendo i possibili fattori precipitanti, come la mancanza di sonno. Inoltre sarà possibile collegare il device ad altri sistemi di monitoraggio, come il reminder per l'assunzione del farma-

co, cosa che rende il diario elettronico uno strumento di comunicazione integrata di grande utilità per il paziente».

Secondo il presidente Lice, Roberto Michelucci, «si apre una fase sperimentale di impiego dello strumento che potrebbe dar luogo anche a rilevanti vantaggi per noi medici, integrando le conoscenze basate sull'esperienza clinica personale con quelle ricavate dall'E-Diary. Potremmo persino ridurre le visite ospedaliere del paziente e riorganizzare il nostro lavoro in

Notevoli passi avanti nelle terapie farmacologiche

maniera più produttiva».

Diverse sono inoltre le possibilità di cura per l'epilessia farmaco-resistente. Si parla di farmaco-resistenza quando le crisi continuano a verificarsi nonostante l'utilizzo di almeno due farmaci al dosaggio corretto. Circa il 25-30% delle forme di epilessia non risponde ai trattamenti farmacologici attualmente disponibili.

L'obiettivo della ricerca farmacologica in questo campo è quindi quello di trovare un farmaco antiepilettico ideale ed efficace per gran parte delle forme di epilessia con minimi effetti collaterali.

«La terapia chirurgica - spiega Ori-

no Mecarelli, vice presidente Lica - rappresenta il trattamento principale da offrire ai pazienti con epilessia focale farmaco-resistente, in quanto consente di ottenere il controllo totale delle crisi epilettiche in circa il 70% dei casi. Il problema è riuscire a individuare coloro che possono trarre beneficio dalla terapia chirurgica e lo sforzo è indirizzato a definire le metodiche più efficaci di indagine prechirurgica». Quando la chirurgia resettiva non è praticabile, si può ricorrere a metodiche di neuromodulazione (come la stimolazione vagale) che mirano a correggere i disturbi funzionali del sistema nervoso centrale, riducendo la frequenza e/o intensità delle crisi, in particolare in età pediatrica, con buona tollerabilità. I vari sistemi stimolati tramite apparecchiature impiantabili chirurgicamente sono: nuclei cerebrali profondi (Dbs), focus epilettogeno (Closed Loop) e Nervo Vago (Vns) che, con circa 70mila pazienti trattati nel mondo costituisce di gran lunga la tecnica neuromodulatoria più utilizzata.

Infine, l'obiettivo più ambizioso: definire le modalità di trasmissione genetica di alcune forme di epilessia, tentando di individuarne i fattori di suscettibilità e il rischio individuale di crisi epilettiche. Questo è l'ambizioso obiettivo che si pone la Commissione genetica Lica. Le epilessie genetiche - ricordano gli esperti - costituiscono circa il 30% delle epilessie totali, e continuano ad emergere nuovi geni



NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

TIC NERVOSI NEI BAMBINI: NON SEMPRE C'È DA PREOCCUPARSI

Ammiccamenti, torsioni del collo, alzate di spalle, smorfie del viso ma anche il continuo raschiarsi la gola, tirare su col naso, sbuffare grugnire e, nei casi più complessi l'abitudine a ripetere parole fuori contesto e parolacce e a riproporre gli ultimi suoni sentiti o gli ultimi gesti osservati.

E' così che, in generale, si manifestano i tic nervosi nei bambini, che si dividono nelle due grandi categorie di motori o vocali: si tratta di movimenti o espressioni involontarie, rapide e stereotipate che, una volta comparse terrorizzano i genitori. Non sempre però è il caso di preoccuparsi troppo, come spiega il prof. Stefano Vicari, responsabile di Neuropsichiatria Infantile all'ospedale Bambin Gesù; a volte infatti i disturbi sono temporanei e vanno via nel giro di pochi mesi; solo trascorso un anno è necessario che il piccolo sia curato da un neuropsichiatra infantile. «A quel punto, chiarisce il prof. Vicari, è bene spiegare al bambino esasperato dallo stress e preoccupato, che cosa gli stia succedendo, cercando di rassicurarlo il più possibile e di fargli seguire la terapia, che prevede la somministrazione di farmaci per il riequilibrio dei neurotrasmettitori, cioè a dire quelle sostanze che trasmettono le informazioni da un neurone a un altro». Le terapie psicologiche da sole non servono a molto - spiega il professore - possono eventualmente fungere da supporto a quella neuropsichiatrica».

J.N.

STUDIO DELL'UNIVERSITÀ DI TRENTO PER CAPIRE LE CAUSE DEI DISTURBI DELLE FACOLTÀ COGNITIVE

JESSICA NICOSTRA

In Italia i disturbi dello spettro autistico affliggono circa 400 mila persone. Le diagnosi sono diverse e vanno dalla sindrome di Asperger al disturbo autistico che causa una grave disabilità verbale e intellettuale. Cosa provochi esattamente questa patologia è ancora un mistero per la ricerca scientifica. L'autismo, in particolare, è una malattia complessa che fa il suo esordio entro il terzo anno d'età e colpisce ciascuna persona in modo differente. Pare che per cercare di capire le cause dell'autismo bisogna guardare il mondo con gli occhi dei bambini. Ma anche i pulcini possono dare una mano. Ne sono certi i ricercatori del Centro Mente/Cervello dell'università di Trento.

Alla base dello studio c'è la considerazione che alcuni "primitivi" della mente, come la capacità di distinguere un viso da una figura simile o di percepire il movimento di un essere vivente, sono già "installati" nel cervello al momento della nascita, ma risultano alterati in bimbi che soffrono di alcune patologie come l'autismo. «L'intenzione è condurre le ricerche - spiega Giorgio Vallortigara, direttore vicario dell'Istituto - in parallelo sul modello animale e su bambini nati da poche ore per capire innanzitutto quali sono le aree del cervello impegnate, e poi per cercare di comprendere in un secondo momento quali geni sono coinvolti, questo potrebbe farci capire le cause dei disturbi di queste facoltà cognitive, per sviluppare ad esempio dei test non invasivi per una diagnosi precoce». Gli esperimenti vengono condotti mostrando ai soggetti, sia animali sia umani, delle forme stilizzate di volti. «Sia il bambino di poche ore sia il pulcino - sottolinea l'esperto - che pur essendo molto diverso dall'uomo dal punto di vista filogenetico, ha caratteristiche cognitive si-

I segreti dell'autismo svelati dai pulcini ricerche in parallelo anche sui neonati

mili all'inizio dello sviluppo, associano a un ovale con tre "macchie" disposte opportunamente la forma di un volto mentre questa associazione non viene fatta se, ad esempio, le tre macchie sono disposte non all'altezza degli occhi e della bocca. Noi mostriamo ai soggetti diverse figure, registrando quali aree del cervello si accendono o rimangono spente in corrispondenza del riconoscimento».

«I pulcini vengono analizzati con una risonanza magnetica - spiega Vallortigara - mentre per i bambini si usa uno spettrometro funzionale

nel vicino infrarosso (Nirs), che utilizza la luce diffusa, non è invasivo e non necessita di elettrodi applicati alla testa. Quelle che studiamo sono predisposizioni innate - conclude il ricercatore - che, per quanto diffuse e di vitale importanza, sono ancora scarsamente conosciute. Studiarle e capirne le basi neurali, molecolari, genetiche e fisiologiche è cruciale se vogliamo comprendere lo sviluppo umano tipico e atipico».

Lo studio conduce in parallelo ricerche sui pulcini e sui bambini di poche ore di vita, che hanno mecca-

nismi molto simili nel riconoscimento di forme semplici come i visi o di movimenti biologici. L'obiettivo è capire quali sono le aree del cervello - e in un secondo momento anche i geni - coinvolte in queste capacità, che sono deficitarie nei bimbi con problemi come l'autismo, e magari sviluppare test cognitivi in grado di riconoscerli subito. Il professore spiega nel dettaglio: «si crea una persona che si muove, ma anziché proiettare l'immagine di una persona in movimento, si trasforma l'immagine in una serie di puntini luminosi in corrispon-

denza delle articolazioni in modo da convogliare una forte impressione di un movimento biologico. Oppure un simulacro della mamma. I neonati e i pulcini sono sensibili a questo tipo di immagini, si vuole capire quali regioni del cervello vengono attivate. Mentre i bambini autistici hanno difficoltà a riconoscere queste immagini. Le vedono, ma non riescono a interpretarle in maniera non sociale, come semplici punti in movimento».

Secondo un altro studio condotto da un team di scienziati della Stanford University School of Medicine, nelle persone che soffrono di autismo le regioni cerebrali delegate a rispondere alle voci appaiono scarsamente collegate ai circuiti di elaborazione della ricompensa. Lo studio potrebbe contribuire a spiegare perché i bambini affetti da autismo mostrano notevoli difficoltà a cogliere gli aspetti sociali ed emozionali del linguaggio umano. «La connettività cerebrale debole - spiega il prof. Vinod Menon, autore dello studio - può ostacolare i bambini con autismo dal percepire il discorso come piacevole. La voce umana non trasmette solo significati ma fornisce anche informazioni emotive fondamentali per un bimbo. L'insensibilità alla voce è un segno distintivo dell'autismo e il nostro studio è il primo a dimostrare che questa insensibilità può provenire dall'alterazione dei circuiti di ricompensa nel cervello».

J.N.

STUDIO AMERICANO SU DONNE IN GRAVIDANZA

L'inquinamento aumenta il rischio nei nascituri

Essere esposte a elevati livelli di inquinamento atmosferico durante la gravidanza aumenta di due volte la possibilità di mettere al mondo un bimbo affetto dai disturbi dello spettro autistico rispetto alle donne che vivono in aree poco inquinate.

Questo è quanto è emerso da un recente studio che è stato condotto dall'«Harvard School of Public Health» (Hsph) e che ha preso in esame il lavoro di circa 116.430 infermieri a partire dal 1989.

In questo gruppo sono state individuate 22.000 donne che hanno dato alla luce neonati che non hanno poi sviluppato l'autismo e 325 mamme che hanno visto poi l'insorgere dell'autismo nei propri figli. La ricerca è la prima su ampia scala nazionale ad analizzare l'associazione tra autismo e inquinamento dell'aria negli Stati Uniti. «I nostri risultati - spiega Andrea Roberts, responsabile dell'indagine - sono preoccupanti perché, a seconda dei livelli di inquinamento, dal 20 al 60% delle donne americane sembra vivere in zone a rischio autismo».

L'esposizione a particolato diesel, a piombo, a manganese, a mercurio, a cloruro di metilene e ad altri inquinanti è nota per influenzare negativamente la funzione del cervello e lo sviluppo sano del bambino. I risultati della nuova ricerca, pubblicata su «Environmental Health Perspectives», hanno mostrato che le donne che vivono nel 20% dei luoghi con i più alti livelli di particolato diesel o mercurio nell'aria hanno due volte più probabilità di avere un bambino con autismo di quelle che vivono nel 20% delle aree con i livelli più bassi. Altri tipi di inquinamento atmosferico, piombo, manganese, cloruro di metilene e metallo sono altrettanto pericolosi per l'esito positivo di una gravidanza: le donne che vivono nel 20% dei luoghi con i più alti livelli di questi inquinanti hanno, infatti, circa il 50% in più di probabilità di avere un bambino con autismo rispetto a quelle che risiedono nel 20% delle aree con concentrazioni inferiori.

J.N.

IN GRAN BRETAGNA

Test su un farmaco potrebbe ridurre l'asocialità del malato

Un nuovo farmaco contro l'autismo è stato sperimentato da una casa farmaceutica britannica e se dovesse venire approvato rappresenterebbe un passo importantissimo per la medicina. Si tratterebbe infatti dell'Stx209 o "Arbaclofen", e sarebbe capace di ridurre notevolmente i sintomi dell'autismo e in particolare della sindrome di Kanner. Questo farmaco è in fase di sperimentazione e fino a questo momento è stato testato su 150 pazienti autistici di età compresa tra i 5 e i 21 anni per 34 giorni. Secondo quanto dichiarato in Spagna nel corso dell'«International Meeting for Autism Research», alla fine della terapia i risultati sono stati abbastanza incoraggianti. Ci sarebbero stati



dei miglioramenti sia secondo la scala "Cgi" (Clinical Global Impression) che misura le condizioni psichiche generali, sia per quanto riguarda la scala "Vineland II Socialization" che misura la socializzazione dell'individuo. Infatti la riduzione di alcuni comportamenti asociali sarebbe dovuta appunto all'uso del Stx209 il quale ridurrebbe l'eccessiva attività neuronale che caratterizza tale sindrome. Nonostante ciò i risultati ottenuti sono ancora in fase di verifiche più approfondite e si sta cercando di valutare anche i possibili effetti collaterali, prima che il farmaco possa essere messo in commercio. Il farmaco, se sarà confermato e se verrà dimostrata la sua efficacia, potrebbe permettere la guarigione (quantomeno parziale) di un gran numero di bambini e adulti autistici.

J.N.

[ORTOPEDIA]

MONDO
medico

La disfunzione sacroiliaca una soluzione risolutiva col sistema "iFuse Implant"

Problemi vertebrali: il prof. Maestretti illustra la nuova tecnica

PIERANGELA CANNONE

Una nuova tecnica chirurgica per gli ortopedici, ma anche un sollievo per chi soffre di problemi alla colonna vertebrale. Oggi è possibile curare la disfunzione dell'articolazione sacroiliaca in maniera risolutiva con il sistema "iFuse Implant System". È un intervento chirurgico miniminvasivo che consente di stabilizzare l'articolazione attraverso l'inserimento nella parte interessata di tre impianti triangolari in titanio. L'articolazione sacroiliaca, infatti, può subire lesioni o può degenerare come qualsiasi altra articolazione del corpo. Dolore lombare basso, inguinale e alle natiche possono essere i sintomi iniziali della patologia. Azioni quotidiane come sollevare pesi, correre, camminare o dormire sul lato sbagliato diventano così un vero e proprio dramma.

Ma quand'è opportuno ricorrere all'intervento?

«Innanzitutto è indispensabile avere un'anamnesi e una valutazione clinica chiara del paziente», dice Gianluca Maestretti, chirurgo ortopedico all'ospedale cantonale di Friburgo. Gli esami complementari, con accertamenti radiografici e di tomografia assiale computerizzata (Tac) possono aiutare a trovare segni indiretti di scompenso dell'articolazione sacroiliaca. Il trattamento curativo comincerà con una conferma del sospetto clinico tramite un'infiltrazione sotto scopia o sotto Tac. Nei pazienti in cui sarà confermata tale diagnosi, si procederà con trattamenti conservatori seguiti di tipo fisioterapici, chiropratici per almeno 6-12 mesi. Nei pazienti in cui non dovesse esserci un riscontro del trattamento riabilitativo, si potrà discutere della necessità di eseguire un intervento di denervazione come prima proposta, poi in caso non fosse efficace discutere del trattamento di fissazione dell'articolazione sacroiliaca per es con I-Fuse».

Il professore Maestretti e il suo team sono stati i primi in Europa a eseguire l'intervento miniminvasivo di fusione e fissazione dell'articolazione sacroiliaca. Durante un incontro con i colleghi siciliani, che si è tenuto qualche mese fa al centro "MtOrtho" di Acì Sant'Antonio, ha sottolineato l'importanza di ricorrere solo in poche occasioni ad un intervento invasivo.

Professor Maestretti, in cosa consiste l'"iFuse Implant System"?

«È una tecnica mini-invasiva che si pratica sotto controllo radioscopico. Richiede di un'incisione cutanea laterale di quattro centimetri circa; si pongono tre cilindri triangolari di 4 o 7mm di titanio attraverso l'articolazione



zione sacroiliaca sotto controllo radioscopico, così da bloccarla e fonderla. È un intervento molto elegante, con una perdita ematica minima, con rischi minimi, di una durata media di meno di un'ora. Il paziente nella fase post operatoria può alzarsi quasi subito, anche se è consigliato scaricare il peso corporeo con l'utilizzo delle stampelle per almeno tre settimane. In questo modo si allevia, oltre al dolore post operatorio, quello di "memoria cronico" poiché si tratta normalmente di pazienti che soffrono da più anni.

Cosa accade con un intervento tradizionale a cielo aperto?

«Innanzitutto l'incisione da praticare è molto più ampia e profonda, si tratta di un intervento molto più invasivo e distruttivo, con purtroppo esiti di dolori persistenti dovuti all'entità dell'intervento. Nel corso degli anni sono apparse tecniche meno invasive, con posizionamento di viti di diametro grande in maniera mini-invasiva sotto radioscopia. Purtroppo, la tenuta di questi impianti sintetici non sempre sono efficaci nella stabilità primaria, con rischi di non tenuta corretta e quindi in definitiva di non guarigione per il paziente. Questa tecnica si è rivelata efficace soprattutto nel trattamento di alcune fratture acute del bacino con ottimi risultati clinici, soprattutto nei giovani pazienti. I-Fuse deve essere interpretato come un miglioramento tecnico di quest'ultima tecnica, offrendo con questo design innovativo una migliore adesione dell'osso sull'impianto e quindi una maggiore stabilità con conseguente aumentato successo di fusione».

Chi soffre di questa patologia?

«Non c'è una particolare tipologia di paziente che può soffrire di questa

patologia, salvo per i pazienti reumatici o post traumatici in cui il rischio è in relazione diretta a un evento infiammatorio o traumatico. La non corretta postura lavorativa e un carico eccessivo di peso corporeo aggravano le infiammazioni articolari in generale: la colonna lombare, soprattutto inferiore, si carica molto in questa parte sottoponendosi a continui scompensi in soggetti predisposti. Nei pazienti operati alla colonna lombare bassa,



IL CHIRURGO ORTOPEDICO GIANLUCA MAESTRETTI

in particolare modo al parto per via naturale, in cui una parte dei legamenti sono sollecitati e si distendono naturalmente per permettere la fuoriuscita del neonato. Mesi dopo il parto, alcune donne presentano dei dolori simili a quelli lombari, pensando che si tratta di dolori causati dal fatto di dover portare o sollevare il neonato, con posizioni sovente incorrette. Purtroppo, in alcuni casi la manifestazione clinica, essendo simile, viene erroneamente interpretata come dolore lombare piuttosto che sacroiliaco. Alcuni pazienti, in passato, sono stati trattati o addirittura operati inopportuna-mente. Le faccio un esempio triste: ho conosciuto un uomo di 45 anni operato ben 8 volte a livello lombare senza nessun esito. In questo paziente alla fine visto gli insuccessi di tutti gli interventi, si è ipotizzato che la componente psicologica era l'elemento principale dei suoi dolori. In questi casi bisogna riprendere il caso dall'inizio in modo obiettivo, ripartendo dall'anamnesi. Ascoltando il paziente siamo riusciti a capire che i sintomi iniziali potevano corrispondere a uno scompenso delle sacroiliache fin dall'inizio e non a una problematica lombare. In un paziente così compromesso dagli esiti degli interventi precedenti, deci-



dere di intervenire nuovamente senza garanzia di miglioramento clinico, resta molto difficile per tutti gli specialisti che si occupano di chirurgia di revisione. Un approccio prudente di tipo multidisciplinare (psichiatra, reumatologo, fisiatra, radiologo, chirurgo) può essere utile per selezionare questi pazienti all'intervento. In questo caso abbiamo deciso di riprovarlo ai due lati distanziando gli interventi di qualche mese con un miglioramento del 50% dei dolori cronici, per lui un grande sollievo nel quotidiano potendo di nuovo dormire sulla schiena».

L'intervento, per lei, rappresenta l'ultima spiaggia cui approdare... «Senza ombra di dubbio. Quando si prende in mano il bisturi si deve pensare che ci possono essere il sole e la tempesta dopo ogni operazione. Se tutto si risolve bene il paziente ti considererà il migliore, se purtroppo il risultato non dà esiti come previsto, siamo sottoposti sempre di più a critiche in molti casi ingiuste. Nell'immaginario collettivo è difficile prendere in considerazione l'idea che il chirurgo non è infallibile e ciò accade perché chi non conosce i rischi e gli imprevisti che qualsiasi operazione comporta, tende a mitizzare chi opera come se fosse un "deus ex machina". Con questa tecnica, qualora sia confermata la diagnosi e si abbia un successo con trattamento conservativo, c'è un 85% di possibilità che il paziente migliori i suoi sintomi, con un rischio del 15% di insuccesso. Per terminare, è importante per il successo di qualsiasi intervento non solo la selezione del paziente, ma anche il rapporto di fiducia instaurato tra il chirurgo e il paziente nel corso del suo percorso terapeutico».

È sempre possibile sottoporsi a questa tecnica di chirurgia ortopedica?

«Devo dire di no. In alcuni casi non si possono operare: le donne incinte per il rischio dovuto alle radiazioni, pazienti giovani che non hanno raggiunto la maturità ossea, persone con patologie tumorali o infettive. Molto prudenza se si deve intervenire sugli over 70 anni, perché hanno una struttura ossea fragile in cui non sempre si può garantire una tenuta corretta degli impianti, e i pazienti con displasie del bacino in cui la diagnosi è di difficile interpretazione. La fascia d'età media per procedere con questa tecnica chirurgica va dai 45 ai 60 anni. Il paziente operato può tornare alla vita di sempre in tempi molto più rapidi rispetto a chi ha subito un intervento di tipo tradizionale a cielo aperto».

Quanti "impianti" sono stati effettuati fino a ora?

«L'iFuse Implant System" è un prodotto americano, per cui le cifre si elaborano soprattutto negli Usa. Il nostro centro è stato il primo europeo che ha cominciato nel 2010 e da allora sono stati compiuti 16 interventi contro i 6.500 eseguiti in tutto il resto del mondo dal 2009. Il territorio Svizzero è piccolo in confronto per esempio all'Italia, comunque ripeto: non bisogna essere frettolosi nello scegliere la via dell'intervento chirurgico perché si deve capire prima la vera natura del disturbo, prima di proporre un trattamento, se si vuole avere successo. Per il momento, abbiamo dei risultati incoraggianti con un follow-up di alcuni anni, prima di pronunciarsi e "gridare vittoria" bisognerà essere prudenti e aspettare i risultati a 5 e 10 anni. Tutti i nostri pazienti sono seguiti con un protocollo, in modo da ottenere valori che possono essere pubblicati. Non è la prima volta che alcune tecniche sono state abbandonate nel corso degli anni visto i risultati mediocri a lungo termine. Purtroppo, queste tecnologie sono interpretate da molti di facile utilizzo con pochi rischi; malgrado questo sia un bene per i nostri pazienti, si rischia di aumentarne l'indicazione chirurgica senza una corretta conoscenza specifica della patologia. Il rischio: la distruzione della genialità del prodotto stesso dovuto al suo "malsano"».

Sta dicendo che c'è poca conoscenza scientifica sull'argomento?

«No. Il problema delle sacroiliache è conosciuto da anni, soprattutto nei centri in cui ci si occupa di patologie traumatiche del bacino. Questi erano già sensibilizzati a questa patologia. Con l'apparizione di questa nuova tecnologia, ci si è reso conto che parlando e educando il mondo specialistico dei chirurghi spinali, questa patologia era mal interpretata o anche non considerata nella giusta misura nel passato. È facile confondere il dolore sacroiliaco con quello lombare basso. Il dramma è che molti pazienti, ancora oggi sono sottoposti a interventi di chirurgia lombare senza aver escluso la possibile origine del dolore della sacroiliaca almeno con un esame clinico approfondito. La radiografia, la tomografia assiale computerizzata e la risonanza magnetica purtroppo non fanno "diagnosi", possono solo aiutarci per confermare un sospetto clinico di patologia delle sacroiliache. L'esame discriminante e essenziale per la diagnosi resta al momento l'infiltrazione guidata dell'articolazione».

Kit monouso dedicato
alla preparazione di concentrato
di cellule staminali autologhe
da prelievo di sangue midollare



www.mtortho.com

Via Fossa Lupo, sn Acì Sant'Antonio (CT) - Tel. 095.4190047



regenlab



[ORTOPEDIA]

Luci e ombre sull'uso delle cellule staminali

Il prof. Sessa: «Se usate con le giuste indicazioni costituiscono un valore aggiunto nel trattamento di alcune patologie»

JESSICA NICOTRA

Negli ultimi anni l'impiego terapeutico delle cellule staminali è stato molto enfatizzato. È un argomento soggetto a continue evoluzioni e a disquisizioni etiche e mediche e che, in molti casi, spesso a torto secondo il prof. Giuseppe Sessa, direttore del reparto universitario di Ortopedia del Vittorio Emanuele, alimenta grandi speranze soprattutto nei malati e nei familiari. In particolare, nell'ambito delle patologie ortopediche, l'impiego terapeutico delle cellule staminali ha raggiunto notevole popolarità.

«La cellula staminale - dice il prof. Giuseppe Sessa - è una cellula primitiva non specializzata che ha quindi la possibilità di potersi trasformare in altri tipi di cellule del nostro corpo attraverso un meccanismo biologico definito "differenziazione cellulare"».

Sulle caratteristiche il direttore del reparto universitario di Ortopedia del Vittorio Emanuele prosegue. «Questa caratteristica è stata studiata da parte di moltissimi ricercatori in tutto il mondo - prosegue - poiché si intravedeva la possibilità di un'applicazione clinica per molte patologie specialmente dopo il 1998, anno in cui Thompson dell'Università del Wisconsin e Gearhart della Johns Hopkins University, isolarono le prime cellule staminali umane. Tuttavia queste cellule, una volta prelevate, devono essere stimolate a differenziarsi verso le cellule che vogliamo ottenere: ossee, tendinee, cartilaginee, etc. A questo scopo sono spesso utilizzate assieme ai "fattori di crescita piastrinici" che possiedono appunto la capacità di farle differenziare nella direzione voluta».

Come si ottengono le cellule staminali?

«Nel soggetto adulto vengono prelevate dalla cresta iliaca e poi centrifugate; ecco perché in realtà non si parla di cellule staminali ma di un concentrato midollare in cui si presuppone ci siano anche cellule staminali. In effetti la loro conta è estremamente difficile e non è mai stata definitivamente provata. Quindi non è possibile sapere quante cellule staminali ci siano dentro una determinata certa di materiale prelevato dopo la centrifugazione. Più re-

centemente vengono prelevate anche dal tessuto adiposo attraverso liposuzione».

Lei utilizza le cellule staminali?

«Certamente, in quanto con le giuste indicazioni costituiscono un valore aggiunto nel trattamento di alcune patologie. Nel mio caso di specialista ortopedico devo indirizzarle verso la differenziazione in osso, cartilagine o tessuto muscolare. È stato provato che si ottengono buoni risultati se queste cellule, utilizzate assieme ai fattori di crescita piastrinici che come abbiamo detto sono in grado di stimolare la differenziazione verso la direzione voluta, vengono adoperate nel trattamento delle lesioni tendinee di tipo degenerativo. Si ha un esito positivo anche se sono impiegate, assieme all'osso di banca o prelevato da un altro sito del paziente stesso, per risolvere il problema del grave riassorbimento di tessuto osseo, come nel caso di una revisione protesica del-

Utali anche nel trattamento della necrosi idiopatica della testa femorale, a condizione che si intervenga precocemente. Qualora si riesca a pulire tutta la zona affetta e a riempirla con osso di banca addizionato di cellule staminali e fattori di crescita si può ottenere la guarigione in un'alta percentuale di casi

l'anca o del ginocchio, o nel trattamento di fratture che non sono guarite (pseudo-artrosi) e che presentano un deficit osseo esteso; in questi casi si riesce ad accelerare la produzione sia di nuovo osso sia del callo osseo. Un ulteriore campo di applicazione si ha nel trattamento della necrosi idiopatica della testa femorale: è stato dimostrato che, a condizione che si intervenga precocemente, nei casi in cui si riesce a pulire tutta la zona di necrosi della testa femorale e a riempirla con osso di banca addizionato di cellule staminali e fattori di crescita, si può ottenere la guarigione in un'alta percentuale di casi».

Parliamo adesso delle "infiltrazioni articolari". In questo caso cosa avviene?

«Le infiltrazioni articolari costituiscono un altro problema; in questo caso però vengono utilizzati solo i "fattori di crescita" denominati Prp, Platelet-rich plasma (il plasma arricchito

di piastrine). Dopo aver prelevato il sangue del paziente, si procede con un trattamento particolare attraverso una centrifugazione e si ottengono quei "fattori di crescita" che, oltre a possedere proprietà antinfiammatorie, riescono a stimolare i tessuti degenerati verso la riparazione. Con il Prp così ottenuto viene fatta un'infiltrazione nell'articolazione interessata dal processo artrosico (ginocchio, anca, caviglia, spalla etc.). Purtroppo recentemente alcuni "medici" propongono questo trattamento anche nell'artrosi conclamata di 3° o addirittura di 4° stadio, o peggio ancora nelle artriti, dove ci sono grosse erosioni di cartilagine ed osso subcondrale».

Quali risultati si ottengono con questa terapia?

«Nessun risultato, non c'è alcun razionale scientifico. Nonostante ciò molti medici, per motivi facilmente intuibili, sembrano approfittare di questa situazione per proporre terapie che, come i pazienti stessi hanno avuto modo di sperimentare, non danno beneficio ma certamente impegnano seriamente le loro tasche. Tra l'altro oggi la gente si lascia influenzare facilmente da internet: visita i siti predisposti e si fida ciecamente. In realtà dovrebbe poi consultare gli esperti per avere risposte più concrete».

Per quale motivo non si ottiene alcun risultato?

«Perché i fattori di crescita piastrinici, in un'articolazione in preda a processi artrosici avanzati con grave erosione cartilaginea e dell'osso sub-condrale e con imponenti versamenti, non hanno nessuna indicazione terapeutica, perché di fatto non possono ricostruire nulla. Nei casi di artrosi iniziale invece, con modesto danno cartilagineo, soprattutto se già trattato in artroscopia chirurgica con le moderne tecniche riparative - ricostruttive, si ottengono risultati interessanti, anche se necessitano ancora di tempo per ottenere l'indispensabile validazione scientifica. In definitiva ritengo che queste nuove terapie aprono nuovi e promettenti orizzonti e hanno già dimostrato la loro validità quando vengono utilizzate con le corrette indicazioni. Sarebbe un vero peccato se a causa di un utilizzo disennato da parte di alcuni si sprecasse tale opportunità».



Il prof. Giuseppe Sessa, direttore del reparto di Ortopedia del V. Emanuele: «Se usate con le giuste indicazioni, le cellule staminali costituiscono un valore aggiunto nel trattamento di alcune patologie»

PATOLOGIE DELL'ARTICOLAZIONE COXO - FEMORALE

Necrosi idiopatica della testa femorale con la prevenzione il 70% di guarigioni

JESSICA NICOTRA

Le patologie che coinvolgono l'articolazione coxo-femorale sono sempre più frequenti e spesso colpiscono anche pazienti giovani e attivi. Oggi si sta diffondendo, a causa di motivi non del tutto chiari, la necrosi idiopatica della testa femorale. Un trattamento precoce è determinante: spesso nel 70% dei casi si ottiene una guarigione completa che evita a pazienti molto giovani una protesi dell'anca. «Parliamo di una patologia - dice il prof. Giuseppe Sessa, direttore del reparto universitario di Ortopedia del Vittorio Emanuele - a carico dell'epifisi femorale prossimale caratterizzata da un'insufficiente afflusso di sangue in un'area delimitata, che provoca un vero e proprio infarto dell'area in questione, con conseguente necrosi delle cellule ossee (osteociti) e con un sovvertimento strutturale dell'osso, tale da causare, se non diagnosticata e curata, un crollo dell'osso sub-condrale, con una deformazione della testa femorale e quindi una rapida degenerazione dell'articolazione dell'anca».

È facile fare una diagnosi?

«No, anzi si può confondere con l'algodistrofia della testa femorale, conosciuta anche come osteoporosi transitoria, che si contraddistingue per un edema transitorio della testa femorale. L'algodistrofia, se correttamente trattata, evolve nel giro di 6-12 mesi verso la regressione. C'è chi ipotizza che l'algodistrofia rappresenti una fase precoce del processo patologico che porta alla necrosi della testa del femore e che quindi si tratti della

stessa malattia».

Chi sono pazienti più esposti alla necrosi avascolare della testa femorale?

«In Italia vengono identificati circa 10.000 nuovi casi ogni anno e si stima che sia la causa del 15% circa di tutti gli interventi di sostituzione protesica d'anca. In India, Cina e Giappone la frequenza è significativamente superiore. La patologia non ha predilezione di sesso e risulta bilaterale nel 60% dei casi. L'età media di insorgenza è stimata intorno ai 40 anni con una maggiore incidenza nella quarta e quinta decade».

Si conosce la causa?

«Dal punto di vista eziologico è possibile distinguere due forme fondamentali di osteonecrosi: le forme post-traumatiche e le forme idiopatiche. Tra le prime vi sono le necrosi conseguenti a fratture mediali del collo del femore, a lussazioni dell'articolazione coxo-femorale e a fratture dell'acetabolo. Fra le idiopatiche - che sono le più subdole e le più frequenti - non è possibile riconoscere una causa precisa, ma sono stati individuati ipotetici fattori di rischio che come le terapie con cortisone, l'alcolismo, la trombofilia familiare, l'utilizzo di droghe, il diabete mellito, il fumo e le infezioni».

Quali sono i sintomi?

«Dolore all'anca frequente e di intensità crescente nel tempo con irradiazione alla coscia e al ginocchio; limitazione della funzionalità e della mobilità dell'anca; zoppia durante la deambulazione tale da costringere il paziente ad utilizzare i bastoni canadesi durante le fasi del passo».

Lei ha sottolineato l'importanza di una diagnosi precoce. Parliamone.

«L'esame clinico del paziente è fondamentale per individuare la presenza di una problematica a carico dell'anca. L'esame radiografico può essere negativo negli stadi iniziali, ma permette di monitorare l'evoluzione della malattia nel tempo. Attualmente il "gold standard" per una diagnosi precoce e per una stadiazione dell'osteonecrosi è la risonanza magnetica. Grazie a questi due esami possiamo distinguere, secondo la classificazione proposta dal prof. Steinberg, sette stadi della malattia, che vanno dall'individuazione del focolaio necrotico fino alla grave degenerazione articolare dell'anca. Pertanto è evidente che più lo stadio della malattia è avanzato, più cattiva è la prognosi».

E dopo la diagnosi?

«Il trattamento più idoneo è scelto in base allo stadio della malattia: può essere conservativo, chirurgico conservativo e chirurgico sostitutivo; quest'ultimo consiste in un intervento di sostituzione protesica dell'anca. Il trattamento conservativo si basa su terapie farmacologiche con antidolorifici e mineralizzanti (bifosfonati), campi elettrici pulsati, onde d'urto, scarico dell'arto e utilizzo di bastoni canadesi; tale trattamento, tipico dell'algodistrofia della testa femorale, è riservato solo allo stadio I della malattia; lo scopo è quello di ridurre la sintomatologia dolorosa nel paziente, favorire la vascolarizzazione ossea e mettere a riposo l'articolazione dell'anca. Il trattamento chirurgico conservativo prevede la pulizia chirurgica dell'area necrotica eborraggio con innesti ossei associati ai "fattori di crescita" piastrinici. Oggi rap-

presenta il trattamento più utilizzato in quanto risulta poco invasivo e consente risultati soddisfacenti, a condizione che venga eseguito negli stadi iniziali della malattia».

Cosa si intende per decompressione dell'area necrotica e utilizzo di fattori biologici e innesti ossei?

«L'intervento viene effettuato in tempi contenuti e in modo mini invasivo, attraverso un piccolo accesso chirurgico di circa due centimetri a livello trocanterico tale da consentire l'introduzione di strumenti che permettano la creazione di una camera ampia, ben vascolarizzata e ripulita di tutto l'osso necrotico fino al raggiungimento di quello sano. Vengono quindi immessi fattori di crescita e innesti d'osso, con l'obiettivo di stimolare la formazione di nuovo osso e di riempire il difetto osseo presente nella testa femorale. Tra i fattori biologi-

Nella foto un intervento effettuato in tempi contenuti e mini invasivo. Un piccolo accesso chirurgico di circa due cm a livello trocanterico da consentire l'introduzione di strumenti che permettano la creazione di una camera ampia, ben vascolarizzata e ripulita dell'osso necrotico fino al raggiungimento di quello sano



FATTORI DI CRESCITA PER STIMOLARE LA FORMAZIONE DI NUOVO OSSEO

ci utilizzati nella necrosi del femore ricordiamo le cellule staminali ed il Prp (Platelet-rich Plasma); quest'ultimo, mediante un semplice prelievo di sangue, viene ottenuto attraverso la centrifugazione di sangue venoso grazie a strumenti dedicati, che consentono la separazione delle cellule ematiche. Rappresenta un'attraente strategia biologica per incrementare la guarigione dell'osso, ridurre il do-

lore all'anca, diminuire la rigidità articolare, recuperare la funzionalità dell'arto. In questo modo a 30 mesi dall'intervento si riesce ad avere un successo del 70-80% nei pazienti con necrosi al II stadio e del 60-70% in quelli con una al III stadio. È fin troppo evidente che questi risultati si ottengono solo se c'è una stretta collaborazione fra il medico di famiglia e l'ortopedico».

E se non si interviene per tempo che succede?

«L'evoluzione della malattia è inesorabile. Nell'80% dei casi a quattro anni dalla comparsa si realizza una deformità importante della testa femorale, tale da determinare incongruenza articolare con l'acetabolo, e il conseguente manifestarsi di un importante e precoce processo artrosico a carico dell'anca, che richiede, inevitabilmente, un intervento di chirurgia protesica».

Il messaggio che voglio dare ai pazienti è che non devono mai sottovalutare una sintomatologia dolorosa all'anca, magari ingerendo antidolorifici, ma recarsi dal proprio medico di famiglia che, dopo aver valutato i segni clinici compirà tutti i passi necessari per evitare una diagnosi tardiva».



[ORTOPEDIA]



Sos piede diabetico la prevenzione ad hoc parte dalle calzature

Il dott. Buratto: come e perché scegliere plantari e scarpa adatti

ORAZIO VECCHIO

È la seconda causa di amputazione, la prima tra le cause non traumatiche, e rappresenta la principale complicanza di una patologia che, secondo alcune proiezioni, nel 2030 colpirà 370 milioni di persone nel mondo, coinvolgendo nei Paesi occidentali l'80% della popolazione di età superiore ai 65 anni: la malattia in questione è il diabete mellito e la sua complicanza è il piede diabetico, che l'Organizzazione mondiale della sanità definisce come "una condizione di infezione, ulcerazione e/o distruzione di tessuti profondi associate ad anomalie neurologiche e a vari gradi di vasculopatia periferica degli arti inferiori". Proprio grazie alla larga e crescente diffusione, è ormai noto che il diabete è contraddistinto dalla presenza nel sangue di elevati livelli di glucosio (iperglicemia), dovuti a un'alterata quantità o funzione dell'insulina. Sono conosciute anche le due forme di diabete: oltre al tipo 1, detto anche giovanile, patologia auto immunitaria, il più diffuso è il diabete di tipo 2, che colpisce prevalentemente l'età adulta, è legato a fattori sia ereditari e sia ambientali e presenza di complicanze croniche a carico di diversi organi e tessuti.

Meno nota è la complicanza più temibile di questa malattia, il piede diabetico appunto, legata alle sollecitazioni a carico di questa parte dell'organismo, aggravata dalla neuropatia periferica, che comporta una riduzione sia della sensibilità al dolore, sia dell'irritazione e delle capacità rigenerative della cute, cause, di conseguenza, di



IL DOTT. CAMILLO BURATTO

piccole abrasioni che non essendo percepite tendono ad essere trascurate, ad infettarsi e a degenerare. Due sono i possibili interventi specifici: la Medical Footwear Therapy (MFT), basata su calzature tecnologicamente avanzate, che proteggono il piede dagli insulti meccanici; e i Pharmacologic Medical Devices (PMD), costituiti da dispositivi medici concepiti e realizzati come complemento della MFT. Ne abbiamo parlato con il dott. Camillo Buratto, tra i massimi esperti di tecnica ortopedica, che si divide tra l'anima dello scienziato, apprezzato relatore in congressi medici, e la figura di amministratore delegato della realtà

che più di ogni altre offre risposte concrete alle patologie di cui si occupa, ossia Podartis. Specializzato in biomeccanica, ortopedia e riabilitazione per le gravi patologie, il dott. Buratto ha approfondito i temi della riabilitazione del piede diabetico e reumatico, proponendo, nel corso degli anni, soluzioni ortesiche che rappresentano oggi in campo ortopedico un modello largamente imitato.

Dott. Buratto, ci spiega l'importanza delle calzature quando si soffre di piede diabetico?

«Le complicanze del piede diabetico sono legate a vasculopatia e neuropatia, ed entrambe portano a situazioni di conflitto con la calzatura. Statisticamente, dopo dieci anni dall'insorgenza di una neuropatia, si manifesta una progressiva deformità del piede, che porta a situazioni di rischio. Nel caso del piede vascolare, invece, non è stato scientificamente stimato un termine, ma in ogni caso il rischio comincia sin nel momento iniziale».

Di che patologie si tratta?

«La neuropatia diabetica può provocare progressiva insensibilità del piede, sia calorica sia tattile. Progressivamente, cioè, il malato avrà una ridotta sensibilità del campanello d'allarme del dolore: se metto il piede in acqua bollente, non sento che è bollente; se cammino sulla sabbia ustionante, non la sento troppo calda e quindi rischio di traumatizzare o di bruciare la cute. L'altra problematica della neuropatia è che essa provoca una progressiva deformazione del piede, che si accorcia, sia allarga mentre le dita prendono forma di artiglio. Il volume in più può



LA FOTO DELLA CALZATURA GIOTTO STUDIATA PER LA PREVENZIONE PRIMARIA DEL PIEDE DIABETICO

arrivare a 1,5-2 cm. Di conseguenza, il piede va in conflitto con la calzatura, che normalmente non è fatta per alloggiare deformità. Poi succede che il dito a martello, a ogni passo, va a picchiare contro la parte superiore della calzatura, e per un "effetto pistone" viene spinto in basso, provocando un microtrauma a ogni passo. Se questo microtrauma è a carico di un piede sano, nasce una vescichetta, la persona la sente, si blocca, rallenta e magari assume la cosiddetta "zoppia di fuga". Invece, proprio per la mancanza di quel campanello d'allarme, il paziente diabetico continua a camminare: i microtraumi provocano infiammazione, gonfiore e borsite, immaginiamo cosa succederebbe se uno non avvertisse dolore. Camminare con scarpe inadatte, che non siano fatte ad hoc per accogliere un piede di questo tipo, provoca conseguenze molto serie».

E la vasculopatia?

«Nel caso della vasculopatia, invece, succede che nel drenaggio linfovenoso

il sangue non viene respinto verso il cuore, abbiamo delle incontinenze delle vene e quindi possono verificarsi interruzioni della circolazione. La cute diventerà più fragile. Se associamo la neuropatia, cioè un piede deformato con scarsa sensibilità e cute fragile, il rischio diventa altissimo».

Cosa deve fare chi soffre di piede diabetico? Andare in officina a comprare una scarpa adatta o dal medico?

«Atteniamoci al protocollo fissato dalle linee guida internazionali: se il problema è il diabete, il paziente deve rivolgersi a uno dei centri di riferimento presenti diffusamente sul territorio. La cosa importante è sapere se si soffre di neuropatia e vasculopatia, e questo si potrà accertare attraverso gli esami del centro antidiabetico. Le linee guida internazionali distinguono per rischio, da uno a quattro: già a rischio due, è consigliabile andare in un'officina ortopedica per acquistare scarpa e plantare adatti. Il plantare serve per riequilibrare le pressioni a terra, perché la

deformità comporta un appoggio differente e di conseguenza, durante la camminata, il peso corporeo graverà in maniera difforme sulla pianta. La scarpa è un contenitore, che deve proteggere dagli sfregamenti: il paziente prenderà quindi un paio di scarpe idonee, calibrate sul suo piede, che non devono stringere perché ridurrebbero la circolazione. Da tenere presente che i diabetici con un terzo di invalidità hanno diritto a plantari e scarpe gratuitamente».

In fase acuta, quando cioè si ha un'ulcera in atto, bisogna rivolgersi ad un ospedale o ad un ambulatorio che tratti specificamente il piede diabetico. Podartis, in collaborazione con il prof. Caravaggi e il prof. Faglia (Milano), così come con il Prof. Giannini (Bologna), fin dal 1995 ha portato avanti ricerche sui prodotti in modo da provare l'efficacia nell'ottenere gli obiettivi del trattamento in fase acuta: debridement (pulizia dei tessuti lesi) e scarico totale dell'area ulcerata».

I PROGRESSI DELLA CHIRURGIA

La "Banca dell'osso" basilare nell'attività di ricostruzione

Dalla microchirurgia alla bioingegneria, dalla ricerca all'utilizzo sempre più mirato delle cellule staminali. Dalla tecnica evoluta alla realizzazione di protesi sempre più perfezionate e anatomicamente adeguate. La chirurgia ortopedica dagli anni '60 ha compiuto dei progressi importanti.

Fino agli anni Sessanta, infatti, chi subiva una frattura, ad esempio della tibia o del perone, rischiava di rimanere zoppo o con il segmento scheletrico deformato, in quanto calcificato disordinatamente. A quell'epoca si procedeva con un intervento a "cielo aperto" il cui risultato erano estese cicatrici all'esterno mentre all'interno restavano "chiodi" per lungo tempo che impedivano o rallentavano il recupero delle funzioni motorie. Un passo in avanti decisivo lo si deve al metodo Ilizarov, efficace nel caso di gravi fratture con numerosi frammenti ossei o nelle malformazioni (il sistema era nato proprio per allungare le diafisi delle ossa lunghe). La gabbia o apparato di Ilizarov è, molto schematicamente, un sistema di blocchi e morse o un fissatore esterno assiale che penetrano i tessuti fino ad agganciare i rispettivi frammenti ossei, senza coinvolgere i muscoli. Tra i vantaggi del metodo, una riabilitazione più rapida. Tra gli

svantaggi, il rischio di eventuali infezioni ossee. In passato, l'unica possibilità in entrambi i casi era l'amputazione dell'arto o del segmento osseo dello scheletro interessato con mutilazioni tremende dal punto di vista estetico e funzionale e conseguenze psicologiche spesso devastanti per il paziente in ambito relazionale e lavorativo perché, comunque, quasi sempre



un trapianto osseo, omologo o autologo.

In Italia esistono diverse Banche dell'Osso. Le sedi principali sono a Bologna, Firenze e Treviso e sono tutte strutture decisamente all'avanguardia in Europa sia per numero di prelievi che per disponibilità, sicurezza e certificazione. Il coordinamento delle attività viene svolto dal Centro Nazionale Trapianti che, in collaborazione con alcune istituzioni politico-sanitarie regionali, riveste un ruolo fondamentale per sostenere le attività di ricostruzione svolte dai chirurghi ortopedici.

Possibile oggi effettuare diverse tipologie di trapianti: piccoli trapianti morcellizzati (ossa ridotte in piccoli frammenti - chips - e macinati) di riempimento, necessari nel caso di revisioni protesiche; per revisioni protesiche si intendono le sostituzioni di protesi che causano perdita di osso e spesso possono portare alla sostituzione dell'intera struttura (femore, parte del bacino) con interventi pesanti e ripetuti per il paziente; trapianti massivi strutturali frequenti in ambito oncologico per la sostituzione di intere articolazioni o segmenti ossei a seguito di resezioni di ampie dimensioni; trapianti "freschi" osteoarticolari; trapianti legamentosi e del menisco.

L. G.

invalidanti. Oggi sia che ci si trovi di fronte a una terribile malattia degenerativa che a un incidente con fratture esposte e perdita, più o meno grave di osso, è possibile salvare qualsiasi parte dello scheletro coinvolta (spalla, gomito, polso, anca, femore, bacino, ginocchio, caviglia, piede) e, nel caso un' amputazione si renda necessaria, è possibile ricostruire il segmento osseo mancante, ricorrendo all'applicazione di protesi speciali o attraverso

OFFICINA TECNICA Ortopedica Catanese

www.ortopediacatanese.it

**Al Tuo benessere
pensiamo noi.**

CONSULENZA PROFESSIONALE GRATUITA
sulla BIOMECCANICA DEL PIEDE DIABETICO

Calzature per piede diabetico:

- Protettive, per la prevenzione primaria
- Curative temporanee, per la fase acuta
- Terapeutiche per la prevenzione secondaria

in collaborazione con
PODARTIS

Forniture ASP Servizio Sanitario Nazionale INAIL

CATANIA SEDE: Via Androne, 66 - 70 SHOW ROOM: Via Androne, 86 - 88
Tel. 095 316914 Fax 095 317203 informa@ortopediacatanese.it
Siamo Presenti anche a Caltagirone, Lentini, Randazzo e S.Teresa Riva



[SESSUALITÀ]

La disfunzione erettile e le protesi "invisibili"

Tra le cause del disturbo anche fattori di natura psicologica

PIERANGELA CANNONE

L'azienda ospedaliera Garibaldi di Nesima è l'unico centro in Sicilia che garantisce interventi di protesi peniera con una periodicità costante di una volta al mese, in base a un ordine di prenotazione. Il diabete, l'alcolismo cronico, le malattie renali e neurologiche, la dipendenza dal tabacco, così come la mancanza di esercizio motorio sono le cause fisiche e fisiologiche più comuni da cui deriva l'impotenza che spesso è scatenata da fattori di natura psicologica. In questo caso i problemi sono causati da stress, bassa autostima e dal senso d'inferiorità, oltre che dalla vergogna e dall'imbarazzo a compiere l'atto sessuale. Le statistiche dimostrano che la disfunzione erettile colpisce maggiormente le persone di una certa età, ma negli ultimi anni si sono registrati casi di impotenza nei giovani.

Questo disturbo può essere trattato con successo a qualsiasi età. Lo spiega Marco Certo, dirigente medico del reparto di urologia e andrologia dell'ospedale Garibaldi di Nesima: «Tutte le fasce d'età possono soffrire di disfunzione erettile. A provocarla, infatti, sono anche alcune patologie congenite. Le protesi sono garantite a vita e se dovesse accadere qualche inconveniente, il paziente godrà sempre di assistenza».

Dott. Certo, quando va fatta la protesi peniera?

«Quando i pazienti non rispondono alla terapia farmacologica, che sia la



IL DOTT. MARCO CERTO

“pillola blu” o la terapia intracavernosa (cioè le punture nel pene prima del rapporto), perché soffrono di altre patologie. Parliamo di malattie congenite come l'anemia mediterranea o l'emofilia che sviluppano il fenomeno di una erezione molto prolungata e priva di piacere a causa della quale vengono danneggiati in maniera irreversibile i corpi cavernosi. Esistono anche cause oncologiche, traumatiche o chirurgiche a seguito di importanti interventi all'apparato urinario o al bacino in generale».

“

Le statistiche dimostrano che la patologia colpisce generalmente persone anziane, ma di recente si sono registrati casi di impotenza anche nei giovani. Il sistema della protesi è nascosto al paziente non perde né sensibilità né orgasmo né eiaculazione

Come funziona?

«Oggi vengono usate le protesi idrauliche tricomponenti. Una piccola pompa viene posizionata nello scroto. Premendola, il fluido che si trova in un serbatoio, viene trasferito attraverso un circuito di tubi ai cilindri che si trovano all'interno del pene. La pompa è dotata di una valvola unidirezionale che viene disattivata manualmente. I cilindri, riempiendosi di fluido, si gonfiano provocando l'erezione che può essere mantenuta per il tempo desiderato. Non appena la valvola della pompa

viene disattivata, il fluido rientra nel serbatoio facendo ritornare il pene allo stato di riposo. Per impiantare il dispositivo viene fatta un'incisione alla base del pene attraverso la quale i cilindri vengono posizionati al suo interno. Il serbatoio è localizzato nell'addome accanto alla vescica. Esso ha la semplice funzione di contenere il fluido necessario al gonfiaggio dei cilindri per il raggiungimento dell'erezione. L'intervento dura da 90 a 120 minuti. Al termine dell'operazione il chirurgo lascia l'impianto un po' gonfio e ricopre il pene con una benda. Il ricovero in ospedale dura circa 2 o 3 giorni. È un sistema assolutamente nascosto, sa della protesi solo chi ce l'ha. Il paziente non perde né la sensibilità né l'orgasmo e l'eiaculazione».

Quanti interventi eseguite in media al mese?

«Con la convenzione ospedaliera uno al mese. Ma a pagamento ne facciamo sempre molti di più. Ci sono liste d'attesa lunghe. Chi non vuole aspettare affronterà una spesa notevole. La protesi infatti è molto costosa e non tutti gli ospedali riescono a comprarne una al mese».

Quanto conta il parere della moglie o della compagna per l'uomo che vuole compiere questo passo?

«In genere non è valutata l'opinione della moglie ma quella dell'“amica”. I pazienti si rivolgono a noi accompagnati dalle partner stabili, il cui ruolo sarà quello di curarli durante la degenza e la convalescenza. Ma poi...».

**FALLOPLASTICA**

Interventi in crescita del 25% in un anno «Affidarsi a esperti»

«Dai 2 ai 4 centimetri in più e, se possibile, vorrei anche un diametro più corposo». Questa la richiesta più frequente rivolta dagli uomini al chirurgo plastico e che negli ultimi 2 anni ha registrato un boom di adesioni. Parliamo di dimensioni del pene. Nel 2011 circa 3mila giovani italiani si sono sottoposti all'operazione di falloplastica per allungare (10% di richieste) o ingrandire (30% di richieste) il proprio organo sessuale. E le domande aumentano del 10% ogni anno. È opinione comune che in genere conti più la larghezza della lunghezza, perché in grado di procurare più piacere alla partner e ha un impatto visivo più soddisfacente. I maschietti questo lo sanno bene:

riale e nell'arco di una settimana è possibile riprendere la normale attività lavorativa o di relazione non sessuale; l'attività sessuale, invece, si riprende circa dopo un mese. Molti chirurghi, per lo più plastico-estetici, purtroppo, si sono lanciati in questo tipo di chirurgia senza la dovuta preparazione. Su internet se ne trovano a centinaia. Quindi è bene valutare il curriculum del chirurgo, chiedere la descrizione dell'intervento, i materiali utilizzati e, dopo adeguata visita, i possibili risultati e complicazioni a breve e medio-lungo termine».

Quali problematiche psicologiche spingono a cercare un medico?

«Il più delle volte motivazioni di carattere relazionale. Negli adolescenti e nella prima fase della gio-

inezza ci sono varie occasioni di “confronto” con i coetanei. Ciò potrebbe creare problematiche in coloro che oggettivamente hanno forti differenze dimensionali. Occorre accettare inoltre che il problema non sia solo di natura psicologica e che non scaturisca dallo scollamento fra la reale condizione e



IL DOTT. ROSARIO PERROTTA

la percezione di se stesso. Di questi elementi, noi, non ci occupiamo. L'intervento è praticato quando tutte le problematiche iniziali sono state escluse».

L'uomo sta superando le proprie inibizioni...

«Beh, devo dire di sì. Ad esempio da vari anni si è solo parlato di miglioramento delle condizioni e della qualità della vita ha portato ad un aumento di esigenze».

Dottor Perrotta, quando si ricorre a questo tipo di intervento?

«Nel 40% dei casi il motivo è puramente estetico, nel 60% si tratta di pazienti che vivono un disagio obiettivo, per esempio gli obesi che hanno un pericolo adiposo molto importante alla radice dell'asta. Esistono anche interventi di ingrossamento e ingrandimento dell'asta effettuati con un'iniezione di grasso tramite tecniche di adipofeeing. Sono interventi ambulatoriali che non richiedono un impegno chirurgico importante. Devono essere eseguiti, però, in strutture adeguate con personale specializzato e bisogna accertarsi che non ci siano problematiche di carattere funzionale che devono essere, invece, indirizzate altrove».

L'intervento estetico può causare problemi alla funzionalità del pene?

«L'intervento è ben collaudato e se ci si affida a mani esperte, difficilmente insorgono complicanze. Viene eseguito sotto regime ambulatorio».

LE NUOVE FRONTIERE NEGLI INTERVENTI DI CAMBIO DI SESSO

Un rossetto nascosto in fondo ad un cassetto, un pantalone più simile a una gonna, un tacco alto. Per una bambina già quasi adolescente tutto ciò rientra nella normalità, segno dell'impazienza di “diventare grande”. Per un ragazzo è la drammatica testimonianza di un disagio: trovarsi intrappolato in un corpo che non riconosce la sua anima. Non è un problema a senso unico, anche chi all'anagrafe è registrata di sesso femminile si trova a dover spacciare i suoi atteggiamenti da “maschiaccio” per espressione di carattere o di moda. Fino ad ora il disagio di chi non si identifica con la propria coppia di cromosomi è stato soprattutto quello di dover vivere la propria situazione nel silenzio, di dovere mascherare la propria natura per falsi pudori. Oggi la mentalità collettiva ha accettato la diversità fisiologica come una delle tante diversità che ognuno di noi può manifestare. Ogni anomalia deve essere vissuta con dignità e riconosciuta come possibile e non come alienante.

I viaggi a Casablanca, che un tempo davano la possibilità di trasformare l'aspetto uniformandolo all'istinto, erano vissuti con vergogna. Adesso la chirurgia plastica, che permette il riconoscimento di sé attraverso il cambiamento totale dei propri apparati genitali, è quell'aspetto della medicina che serve a ridare dignità all'individuo convertendone il sesso e abolendo il travestimento.

«La conversione dei genitali - spiega il chirurgo plastico Rosario Perrotta, direttore dell'unità operativa complessa di chirurgia plastica e ricostruttiva dell'azienda ospedaliera per le emergenze Cannizzaro e direttore della scuola di specializzazione in chirurgia plastica ricostruttiva d'estetica all'università di Catania - è legata a una problematica sociale: quella dei disturbi di identità nel genere (dig). Il paziente “dig” prima di rivolgersi a noi chirurghi segue un iter che passa attraverso l'indagine di uno studio psicologico e l'accertamento di una procedura ben definita e autorizzata da un giudice. Il passaggio da uomo a donna o viceversa presenta sfumature diverse che vanno affronta-

Si può ridare dignità e identità alla persona e alla sua sessualità con la conversione dei genitali

te con procedure appropriate. La conversione sessuale è anche riconosciuta dal sistema sanitario nazionale».

Cosa spinge queste persone a intraprendere un percorso di svolta della propria vita e della propria identità così definitivo?

«Chi è determinato a sottoporsi a questi interventi ricorda che da sempre è stato attratto da ciò che non era compatibile con il suo sesso anagrafico. Indumenti femminili al posto di tute sportive per i maschi, capelli corti invece di chiome fluenti per le femmine. Basta immaginare il dramma interiore di chi nella fase adolescenziale in famiglia o con gli amici non prova le stesse attrazioni di quelli che somaticamente sono simili a loro per capire che per loro è davvero importante convertire i genitali. Nel percorso di determinazione che porta all'intervento chirurgico, psichiatra e psicologo sono figure fondamentali. Dovremmo liberarci tutti dai preconcetti che condizionano la mentalità collettiva. Noi medici non dobbiamo chiederci se sia giusto o no intervenire, la nostra etica professionale deve essere finalizzata al raggiungimento della serenità del paziente. Ad esempio, il transessuale non è un gay ma una persona che nasce con il deside-

rio di essere donna. Bisogna capire che se arrivano al punto di farsi mutilare devono essere più che motivati».

La conversione da uomo a donna come avviene?

«Si elimina la struttura che non serve, così da trasformare quella esistente per creare il canale vaginale e l'intero apparato genitale femminile che consente di avere dei rapporti sessuali orientati. Riusciamo anche a fornire i nostri pazienti della sensorialità che

sico utilizzati anche nella normale impotenza. Solo le protesi possono garantire un'erezione a chi è nato donna attraverso i trapianti».

L'intervento può avere complicazioni?

«Sono interventi complessi, durano diverse ore, nei mesi successivi è possibile fare qualche piccolo ritocco di apparato esterno; ma più di frequente l'operazione si conclude nell'arco di una sola seduta. Il percorso di guarigione è abbastanza lungo e possono

insorgere delle complicanze di facile superamento. Alla fine il soggetto ritrova la sua identità sia dal punto di vista anatomico sia a norma di legge: a seguito di questo intervento, infatti, si ha la possibilità di cambiare definitivamente il nome all'anagrafe».

La conversione dei genitali sigilla il passaggio a “nuova vita”...

«La metamorfosi non finisce qui. Seguono ulteriori interventi di “aggiustamento”: la ricostruzione del seno o la mastectomia, il cambio del timbro vocale, l'addolcimento o il rafforzamento dei lineamenti facciali. È un percorso che tende verso un ideale, verso un'immagine, verso una identità nuova, o magari soppressa, celata che finalmente prende corpo».

renderà il loro rapporto gradevole».

E da donna a uomo?

«Attraverso il trasferimento di tessuti da altre parti del corpo per costruire l'organo genitale maschile. Esistono diverse metodiche, nella maggior parte dei casi si esegue una liposuzione sufficiente per soddisfare l'individuo dal punto di vista morfologico e dal punto di vista funzionale. Si ricorre inoltre ad ausili di carattere prote-



[MEDICINALI]

MONDO
medico

Generico? Fa paura allora chiamiamolo farmaco biosimilare

La diffidenza per la terminologia ha penalizzato le vendite

ENZA GARIPOLI

Da circa 12 anni hanno fatto la loro prima timida comparsa i farmaci generici, che potremmo anche denominare "farmaci paralleli": cioè una vasta gamma di medicinali che sono del tutto (o quasi) simili ai farmaci "griffati", ma che hanno il pregio di costare di meno, poiché le case farmaceutiche produttrici non devono pagare alcun brevetto.

Si avvalgono infatti di brevetti ormai scaduti e pertanto completamente gratis, con la conseguenza di un notevole risparmio, che si riversa anche sui cittadini e il ministero della Salute, che ha le casse perennemente in rosso.

C'è, però, da constatare che in Italia il cosiddetto farmaco "generico", non ha riscontrato l'atteso gradimento di pubblico, dato che le percentuali di vendita di questi farmaci - meglio definirli "equivalenti" o "biosimilari" - sono ancora ben lontane da quelle dei maggiori Paesi europei, quali Francia, Germania e Gran Bretagna, dove la media è di tutto rispetto attestandosi su un ottimo 50-60%.

Nel nostro Paese, infatti, dopo un avvio molto a rilento nei primi anni, con una percentuale massima dell'8%, ancor oggi non siamo riusciti a superare la soglia - per la verità molto bassa - del 14%. Riguardo ai farmaci equivalenti e alla loro diffusione in Sicilia, in particolare a Catania e provincia, sentiamo il parere del presidente



IL PROF. GIOVANNI PUGLISI

dell'Ordine dei farmacisti di Catania, il prof. Giovanni Puglisi docente all'Università etnea.

Innanzitutto parliamo di costi. E' veramente conveniente l'acquisto di farmaci equivalenti?

«Il farmaco "generico" deve comportare un risparmio di almeno il 20% rispetto al farmaco con "marchio", di cui riprende la formula del principio attivo, libera dal brevetto ormai scaduto. In sostanza, un'azienda farmaceutica che ha messo a punto un certo farmaco, ne detiene il brevetto per 20 anni.

Ma questi si riducono di quasi la metà, poiché occorre attendere almeno una decina di anni per ottenere il via libera alla vendita da parte dell'Aifa, l'agenzia italiana del farmaco, che è l'organo di controllo sui farmaci in Italia».

«Possono sembrare tempi lunghi. Ma è compito dell'Aifa valutare attentamente la valenza di "farmaco equivalente". Un esempio per tutti, il recente ritiro dalla vendita dei farmaci equivalenti del Normix, un noto antidiarico. Se il Normix era ed è efficace, gli equivalenti invece provocavano nei pazienti disturbi non previsti, perché avevano anche altri componenti solubili, che venivano assorbiti, cosa che non avviene con il Normix».

Per questo è ancor più importante la "sicurezza" di questi farmaci che costano meno, ma dai quali il cittadino si aspetta gli stessi risultati dei farmaci più noti.

«Riguardo alla composizione dei farmaci equivalenti a livello europeo e internazionale è prevista una "forbice di variabilità" del principio attivo, che deve essere presente in un farmaco in quantità variabile dall'80 al 100%. La percentuale applicata è importantissima, ad esempio, nei farmaci cardiologici dove la giusta percentuale del principio attivo è di valenza vitale. Per questo motivo gli equivalenti dei farmaci cardiologici, come quelli che ripropongono la Nifedina - che è il principio attivo di un noto farmaco per il cuore - in



FARMACI GENERICI COSTANO MENO MA SONO ANCHE POCO GRADITI RISPETTO AI GRIFFATI

genero non vengono acquistati, rinunciando così a un discreto risparmio».

Infatti, il farmacista ha l'obbligo di dire che c'è la disponibilità del farmaco equivalente, e il cliente ha la facoltà di accettare o no la proposta.

Perché dunque i farmaci generici? L'intenzione del ministero della Salute è ottimizzare il risparmio e utilizzarlo per lo sviluppo della ricerca di farmaci innovativi.

Ma le farmacie sono in grado di fornire tutti i cosiddetti "generici" di un dato principio attivo, dato che vi sono decine e decine di case farmaceutiche che li producono?

«Da un punto di vista gestionale è alquanto complicato tenere in deposito tutti, ma proprio tutti i farmaci equivalenti di un dato medicinale. Ovviamente ciò non è possibile poiché significherebbe bloc-

care ingenti risorse economiche, e così il farmacista propone al cliente i farmaci generici delle aziende di cui è fornito e ce ne sono di otto».

L'accoglimento e il conseguente acquisto, dei farmaci generici, in Sicilia e soprattutto a Catania lo si può stimare allineato al resto d'Italia?

«Per la verità c'è un clima di diffidenza; il termine "generico" è certamente infelice e ha contribuito a penalizzare in Italia la vendita dei farmaci alternativi, che sarebbe meglio definire "equivalenti" oppure "biosimilari". Si tratta di farmaci validi per i quali è importante un maggiore e costante monitoraggio da parte del ministero, attraverso l'Istituto superiore della Sanità che è l'organo tecnico scientifico di controllo, sulla bioequivalenza dei medicinali generici rispetto al prodotto a marchio. A Ca-

tania, riguardo alla vendita degli equivalenti, stiamo registrando un positivo trend in rialzo, che nei prossimi anni potrà raggiungere la considerevole soglia del 20%; tuttavia restiamo ancora molto indietro rispetto al range europeo. Attualmente siamo attestati sul 14%, in linea con la media nazionale; ma, se si considera che fino al 2010 la scelta degli equivalenti non superava, in città e provincia, l'8 o al massimo il 10%, non possiamo che dirci soddisfatti da questa netta crescita del relativo mercato».

«E, in proposito, l'ordine dei Farmacisti di Catania sollecita il ministero della Salute a proseguire e anzi a incrementare le campagne pubblicitarie, tendenti ad una maggiore sensibilizzazione del cittadino sul tema del consumo dei farmaci biosimilari».

GLI EFFETTI DEL PROTOCOLLO D'INTESA VOLUTO DAL COMMISSARIO STRAORDINARIO DELL'ASP DI CATANIA, GAETANO SIRNA

Pubblico e privato: nuovo modello per la somministrazione di farmaci

Nuove sinergie tra l'Asp Catania e le case di cura del territorio etneo; nuove collaborazioni nate nell'ottica di potenziare i servizi offerti agli utenti e innalzare la qualità del sistema sanitario provinciale. In questo mese di giugno, infatti, è stato avviato un modello innovativo per la somministrazione dei farmaci per il primo ciclo di terapia, grazie al protocollo firmato dal Commissario Straordinario dell'Asp Gaetano Sirna e il presidente dell'Aiop (Associazione italiana ospedalità privata) Ettore Denti. I pazienti della provincia di Catania potranno essere dimessi dal ricovero con il kit sanitario utile per i primi 30 giorni di cura: un modello sperimentale - il primo in Sicilia - che vede pubblico e privato insieme per l'avviamento di buone prassi e modelli virtuosi.

«Tra gli obiettivi dettati dall'assessorato regionale - spiega il Commissario Straordinario dell'Asp Catania, Gaetano Sirna - c'è quello relativo al risparmio della spesa farmaceutica: abbiamo dunque pensato di coinvolgere le strutture private per ottemperare alla normativa nazionale (legge 405 del 2001 poi recepita dal decreto assessoriale 150 del 12 febbraio 2008) che prevede l'erogazione diretta dei farmaci del primo ciclo di terapia».

«Se da un lato, le case di cura compiranno i prodotti utilizzando la scontistica che viene applicata all'Asp e che prevede oltre il 50% di ribasso - continua Sirna - dall'altro, gli utenti non dovranno utilizzare la ricetta del medico e pagare il ticket, ma potranno tornare direttamente a casa (lì dove serve) con la copertura



IL DOTT. GAETANO SIRNA

sanitaria fino a un mese. Un vantaggio per tutte le parti coinvolte in questo processo, sotto il profilo della salute e dell'economia dell'operazione».

Le categorie di farmaci previste sono molteplici: dagli antibiotici ai farmaci usati per il diabete e per il trattamento della malattia delle ossa, passando per gli inibitori della pompa acida, l'eparina, le sostanze modificatrici dei lipidi e le sostanze ad azione sul sistema renina angiotensinica.

Il protocollo d'intesa prevede la distribuzione per un fabbisogno di 10-30 giorni di terapia ai pazienti residenti in Sicilia per i farmaci in fascia "A" presenti nel Prontuario terapeutico provinciale. Questo accordo si inserisce in una serie di iniziative che vanno in un'unica direzione: migliorare la qualità delle prestazioni. Un obiettivo che il Commissario Sirna sta perseguendo attraverso una governance innovativa che, se da un lato segue le linee-guida dettate dall'assessorato per la razionalizzazione delle risorse e l'appropriatezza delle prestazioni; dall'altro mira ad avvicinare il sistema ai cittadini, e viceversa, attraverso la creazione di una rete territoriale.

E' di alcuni giorni fa, per esempio, la presentazione della "Carta dei diritti e dei doveri degli utenti del servizio sanitario", elaborata dal Comitato Consultivo aziendale, con il supporto di associazioni e volontari: un documento di 28 punti diffuso negli ambulatori e nelle strutture ospedaliere dell'Azienda, presso gli ambulatori diagnostici convenzionati, i medici di famiglia e pediatri della provincia e le farmacie del territorio. Nell'anno europeo dei cittadini, questo documento - che ha recepito la Carta Europea elaborata nel 2002 su iniziativa di Active Citizenship Network, in collaborazione con 12 organizzazioni civiche dell'Ue e la Carta di Cittadinanzattiva - vuole rappresentare una vera e propria campagna di sensibilizzazione: «Si tratta di un nuovo strumento a disposizione delle istituzioni, degli operatori sanitari e dei cittadini - continua ancora il Commissario Straordinario, Gaetano Sirna - che ha l'obiettivo

La presentazione del protocollo d'intesa siglato fra Asp Catania e Aiop dal commissario straordinario Gaetano Sirna e dal presidente dell'Associazione italiana ospedalità privata di Catania, avvocato Ettore Denti



di accrescere la consapevolezza dei portatori d'interesse, affinché ciascuno possa assumere comportamenti responsabili di utilizzo dei servizi e di erogazione degli stessi in quantità e qualità adeguata, nel rispetto dei principi della Costituzione il cui caposaldo è l'articolo 32».

«Appropriatezza dei servizi è la parola-chiave utile a evitare gli sprechi e concorrere così alla creazione di buone prassi: basti pensare che l'anno scorso in Sicilia per alcune classi di farmaci il consumo è stato di gran

lunga superiore rispetto alla media nazionale».

Dal diritto alle misure preventive al rispetto degli ambienti e condizioni d'igiene, passando per il diritto alla privacy e confidenzialità, quando i cittadini chiedono che vengano riconosciuti i diritti a misure preventive, all'accesso ai servizi sanitari, all'informazione e all'innovazione, chiedono in definitiva che l'art. 32 non sia solo scritto sulla carta, ma abbia attuazione pratica nella considerazione che tutelare la salute non

significa solo curare, ma anche prevenire le malattie e quindi mantenere la salute. Analogamente va detto con riferimento ai doveri del rispetto degli ambienti e arredi quale patrimonio di tutti, degli operatori sanitari o dell'uso appropriato dei servizi ambulatoriali, ospedalieri e dei farmaci, questi doveri non esprimono una posizione a valenza personale, individualista, bensì un doveroso rispetto del sistema sanitario nazionale quale bene pubblico da tutelare e valorizzare.



Prevenzione del tabagismo Il fumo in spiaggia dannoso come lo smog nel traffico

Messaggi e immagini choc sui pacchetti di sigarette

In spiaggia un bagnante che fuma, inquina l'aria. Sottovento aumentano di 7 volte rispetto ai valori normali le sostanze tossiche presenti nell'aria, causate dalla combustione del tabacco. Stare a 5 metri di distanza dal fumo prodotto da due sigarette fa respirare un'aria che è due volte più inquinata che nel traffico in città. Una rilevazione questa elaborata dagli esperti dell'Istituto nazionale dei Tumori di Milano sulle spiagge di Vada, località balneare in provincia di Livorno. I dati sono stati illustrati all'Istituto nazionale dei Tumori di Milano, in occasione della giornata mondiale senza tabacco, attraverso la proiezione in video dell'esperimento svolto a Vada e attraverso una simulazione fatta nel cortile dell'Istituto simulando il contesto di una spiaggia. «È stato dimostrato che, oltre al problema ambientale causato dai mozziconi di sigaretta, fumare in spiaggia pone un problema di salute legato al fumo passivo» ha spiegato Roberto Boffi, responsabile del Centro antifumo dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano. «In generale diventa sempre più urgente pensare a nuovi spazi smoke free per i cittadini, anche per i fumatori».

Il World no tobacco day dell'Istituto nazionale dei Tumori è stato anche occasione per presentare i risultati di un progetto pilota svolto dagli esperti del Centro antifumo dell'Istituto in collaborazione con 6 farmacie comunali milanesi del Gruppo Admenta. In poco più di un anno 216 fumatori si sono rivolti a una delle farmacie coinvolte. Si è trattato di forti fumatori affetti da una (40%) o più (25%) patolo-

gie legate al fumo che nel 70% dei casi avevano già provato a smettere di fumare senza successo. Dei fumatori seguiti in farmacia circa uno su tre (il 28%) ha definitivamente smesso di fumare. Tra i temi affrontati anche quello dell'importanza della prevenzione tra i ragazzi e, in proposito, è stata illustrata un'indagine realizzata dalla Cochrane Collaboration (progetto internazionale no-profit nato con lo scopo di raccogliere, valutare e diffondere le informazioni relative all'efficacia degli interventi sanitari) sulla prevenzione del tabagismo nelle scuole.

Dannosi alla salute anche gli aromi caratterizzanti

Analizzando i dati di 134 studi selezionati in base alla correttezza metodologica con cui sono stati realizzati, condotti in 25 diversi Paesi coinvolgendo quasi 500mila studenti fra i 5 e i 18 anni, è stato dimostrato che intervenire nelle scuole prima che i ragazzi inizino a fumare serve a ridurre l'incidenza del tabagismo. Precede intanto la lotta al tabagismo, con una campagna un po' meno shock ma comunque di sicuro impatto. Con l'accordo sulla direttiva tabacco raggiunto nei giorni scorsi a Lussemburgo dal Consiglio dei ministri della Salute Ue va avanti la lotta al fumo da parte di Bruxelles ma, grazie anche alla mediazione italiana, in modo più

equilibrato e tutelando il made in Italy. In relazione all'esame della proposta di Direttiva Tabacco avvenuta nel Consiglio dei Ministri della salute dell'Ue, il ministero della Salute precisa che il testo che è stato approvato ed è il frutto di un negoziato al quale l'Italia, confermando la forte tradizione di prevenzione e lotta contro il tabagismo, ha fornito un contributo fondamentale. La trattativa ha visto impegnata personalmente, a nome del Governo, il ministro Lorenzin, che ha proposto delle soluzioni che sono risultate decisive al fine della ricerca di una posizione condivisa dagli stati membri dell'Unione. L'Italia ha ottenuto una significativa riduzione delle dimensioni dei messaggi formati di testo e immagini che si troveranno sulle superfici anteriori e posteriori dei pacchetti, ai quali viene destinato il 65% della rispettiva superficie (dal 75% iniziale), comprensiva di un bordo nero di 1 mm che in precedenza occupava uno spazio ulteriore. Questa quota è, a parere dell'Autorità sanitaria italiana, sufficiente a comunicare i messaggi sulla pericolosità del fumo ma consente anche di ridurre il rischio che sul mercato italiano siano introdotti prodotti contenenti tabacco di provenienza sconosciuta e quindi non controllato. Per quanto riguarda poi la questione degli aromi caratterizzanti, il ministro ha rimarcato la contrarietà del nostro Paese al loro utilizzo, come anche di tutti gli additivi che possono aumentare la capacità di indurre dipendenza o la tossicità dei prodotti.

L. G.



Carcinoma al pancreas in aumento del 5% E' colpa di alimentazione, fumo e alcol

L'Italia ha registrato negli ultimi anni un preoccupante aumento del 5% di tumori al Pancreas. A lanciare l'allarme da Chicago nel corso del congresso mondiale Asco è Stefano Cascinu presidente dell'Associazione italiana di oncologia, Aiom, e direttore della Clinica di Oncologia Medica dell'Università di Ancona. Stili di vita errati quali alimentazione grassa, fumo e alcol sono responsabili del 70% di queste neoplasie. «Purtroppo il tumore del pancreas è complesso da diagnosticare precocemente. Quando questo avviene, anche se è ancora minuscolo, in genere ha già prodotto metastasi, soprattutto al fegato e al peritoneo» ha affermato Cascinu. Per questo incidenza e mortalità coincidono. Sarebbe fondamentale promuovere campagne di sensibilizzazione della popolazione. Anche perché il tumore pancreatico è uno dei pochi di cui registriamo un aumento costante dell'incidenza anno dopo anno». Intanto, però,

buone notizie arrivano dal fronte della ricerca. Durante l'Asco è stato presentato uno studio su un farmaco, Nab-paclitaxel, che insieme al chemioterapico gemcitabina ha dato per la prima volta dopo molti anni significativi vantaggi nella cura di questa patologia. «Sono 20 anni - ha confermato Cascinu - che siamo fermi con le terapie. Ora per la prima volta vediamo uno studio positivo, che dimostra un aumento della sopravvivenza». Il farmaco viene avvolto da una sorta di «guscio» di albumina, sostanza di cui le cellule tumorali sono ghiotte: in questo modo può più entrare nel tessuto tumorale per poi agire contro il tumore stesso». I risultati sono stati incoraggianti: aumento del 59% della sopravvivenza a un anno (35 contro 22%) e raddoppio della sopravvivenza a due anni (9% contro 4%) rispetto alla sola gemcitabina, con una riduzione del tumore nel 23% dei pazienti contro 7%.

L. G.

SONO 300MILA GLI ITALIANI CUI È STATA DIAGNOSTICATA LA MALATTIA

PIERANGELA CANNONE

Il carcinoma del colon-retto è il tumore maligno più frequente che colpisce indistintamente uomini e donne ed ha origine nel colon, nel retto e nell'appendice.

Con 610.000 morti all'anno in tutto il mondo, è la quarta più comune forma di cancro. Ogni 100mila abitanti, infatti, si registrano 40 nuovi casi. «L'incidenza maggiore - spiega Dario Giuffrida, endocrinologo-oncologo, direttore del comparto di oncologia medica all'Istituto oncologico del Mediterraneo di Viagrande e docente di oncologia clinica al dipartimento di Medicina e chirurgia all'università di Catania - è dopo i 40/45 anni ed in età più avanzata anche al di sopra dei 60/65 anni».

«Il tumore del colon retto - prosegue il dott. Giuffrida - risente molto degli stili di vita: il fumo, le bevande alcoliche, l'obesità, l'alimentazione grassa ovvero ricca di carne rossa e persino le modalità di cottura degli alimenti possono aumentare il rischio di incorre in questo tipo di tumore. Come scoprirlo? Trovare del sangue nelle feci è il primo campanello d'allarme che annuncia il tumore al colon. La diagnosi può essere confusa con quella che manifesta le emorroidi. È bene procedere dunque ad una colonscopia per eliminare così ogni dubbio. Altre sintomatologie derivano dalle alterazioni dell'ano: diarrea, stitichezza e crampi addominali. Oltre alla colonscopia si ricorre alla biopsia e quindi si valuta la presenza o no di metastasi negli organi adiacenti quali il fegato ed i polmoni. Se la malattia è circoscritta, ci si limita ad intervenire sulla parte lesa, che poi viene trattata con chemioterapia. Se invece il tumore è avanzato, le metastasi vanno curate in base alla loro tipologia: ad esempio quelle epatiche possono essere operate e poi trattate con chemioterapia o con farmaci biologici che agiscono su bersagli specifici presenti nelle cellule tumorali. Per con-

Emergenza per il tumore al colon retto Tante le novità nel campo della ricerca

trastare i tumori del colon, si utilizza un farmaco biologico, il bevacizumom, che ha un'azione antiangiogenetica: brucia i vasi sanguigni del tumore e riduce il supporto nutritivo della malattia. La scoperta di questo farmaco si deve a Napoleone Ferrara, un collega catanese che da 25 anni lavora negli Usa e che ha sintetizzato la molecola curativa con cui le possibilità di sopravvivenza sono passate da circa 6 mesi registrati 15 anni fa, a 30 mesi attuali. Purtroppo la prognosi rimane infausta, ma la sopravvivenza dei pazienti è aumentata di circa 2 anni».

La maggior parte dei tumori del colon-retto deriva dalla trasformazione in senso maligno di polipi, ovvero di piccole escrescenze, di per sé benigne, dovute al proliferare delle cellule della mucosa intestinale. Il polipo può essere definito, in base alle sue caratteristiche, sessile (cioè con la base piatta) o pedunculato (ovvero attaccato alla parete intestinale mediante un piccolo gambo). Non tutti i polipi, però, sono a rischio di malignità. Ve ne sono infatti tre diversi tipi: i cosiddetti polipi iperplastici (cioè caratterizzati da una mucosa a rapida proliferazione), amartomatosi (detti anche

polipi giovanili e polipi di Peutz-Jeghers) e adenomatosi. Solo questi ultimi costituiscono lesioni precancerose e di essi solo una piccola percentuale si trasforma in neoplasia maligna. La probabilità che un polipo del colon si evolva verso una forma invasiva di cancro dipende dalla dimensione del polipo stesso: è minima (inferiore al 2 per cento) per dimensioni inferiori a 1,5 cm, intermedia (2-10 per cento) per dimensioni di 1,5-2,5 cm e significativa (10 per cento) per dimensioni maggiori di 2,5 cm. Una volta trasformatasi in tessuto canceroso, la mucosa intestinale può presen-

tarsi con caratteristiche diverse a seconda dell'aspetto visibile al microscopio, e di conseguenza prendere un nome diverso: adenocarcinoma, adenocarcinoma mucinoso, adenocarcinoma a cellule ad anello con castone, carcinoma (più raro). Quella del colon retto è un'emergenza sanitaria sempre più diffusa in Italia. Secondo i dati raccolti nel registro "I Numeri del Cancro in Italia 2012" - volume realizzato dall'Associazione italiana dei registri tumori (Airtum) e dall'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) - attualmente in Italia vivono circa 300 mila persone

alle quali è stato diagnosticato un tumore del colon-retto, patologia che si attesta come il tumore a maggiore incidenza nella popolazione italiana con quasi 52.000 individui che si sono ammalati solo nel corso del 2012. Uno scenario ancora più allarmante se analizzato alla luce del tasso di mortalità: ogni anno nel nostro Paese sono circa 20.000 i pazienti che perdono la vita a causa della neoplasia che si colloca al secondo posto nella mortalità per tumore. Ad aggravare ulteriormente le prospettive future sono le previsioni formulate dagli esperti, secondo cui nei prossimi anni si risconterà in Italia un netto aumento del numero di persone che contrarranno la patologia: già a partire dal 2020, infatti, coloro che verranno colpiti dal tumore del colon-retto saranno più di 57mila ogni anno, un significativo incremento dovuto principalmente all'aumento di alcuni fattori di rischio quali l'invecchiamento della popolazione, le cattive abitudini alimentari e l'eccessivo consumo di alcool e tabacco.

Al fine di sensibilizzare l'opinione pubblica su questo tema e di informare la popolazione sull'importanza che rivestono la diagnosi precoce e i percorsi terapeutici d'avanguardia, a Roma ad esempio è stato istituito un numero verde 800-101-151 per prenotare la propria visita con uno specialista dell'Unità Operativa di Chirurgia Digestiva.

«Oggi, se diagnosticato in tempo, la percentuale di guarigione del tumore del colon-retto è alta» commenta Sergio Alfieri, Responsabile Uos Laparoscopia in Chirurgia Digestiva Università Cattolica del Sacro Cuore Policlinico Universitario A. Gemelli. «Ecco il valore anche di educazione alla salute e ai corretti stili di vita. Grandi e importanti sono le novità sia nell'ambito della ricerca sia nel campo dei trattamenti per la cura di questa neoplasia. In particolare la tecnica chirurgica, che rappresenta il trattamento di elezione, è sempre più mini-invasiva e precisa, garantendo al paziente un minore stress operatorio e un più rapido recupero».

LA PREVENZIONE

«Ridurre il rischio di patologie con esami mirati»

Quando parliamo di prevenzione non sempre siamo consapevoli di ciò che significa. «Si distinguono una prevenzione primaria ed una prevenzione secondaria» spiega Dario Giuffrida, endocrinologo-oncologo, direttore di oncologia medica presso l'Istituto oncologico del Mediterraneo di Viagrande e docente di oncologia clinica presso il dipartimento di Medicina e chirurgia all'università di Catania. «Eseguire una mammografia o un'autodiagnosi alla mammella è una prevenzione secondaria perché non si evita che il tumore si manifesti: stiamo solamente utilizzando delle tecniche che ci permettono di individuare la malattia quando è ancora poco sviluppata. È evidente che la prevenzione secondaria è una diagnosi precoce. La prevenzione primaria invece permette di fare vera prevenzione perché mira ad inibire l'insorgenza della patologia. Se tutti riuscissimo ad effettuare la prevenzione primaria, i casi di

malattie tumorali sarebbero ridotti del 40%».

Com'è attuabile questo tipo di prevenzione?

«Modificando lo stile di vita e correggendo quei fenomeni culturali e pseudo culturali che sono insiti nella natura dell'uomo. Il fumo, l'obesità, la cattiva alimentazione, la scarsa attività fisica o l'assoluta mancanza di movimento sono tra le cause scatenanti di un tumore. Abolendo tutto ciò, si riesce a fare un'ottima prevenzione».

E quella secondaria?

«Per alcune patologie esistono dei programmi di screening ben definiti: per il tumore al colon occorre compiere la ricerca del sangue occulto nelle feci in individui sopra i 40 anni, la colonscopia in quelli al di sopra dei 45 anni e con una frequenza di controllo di 5 anni quando si sono avuti casi familiari di tumore al colon. Per la mammella il principale screening è la mammografia dopo i 45 anni. Eseguita ogni 12-18 mesi si riesce ad an-

tipicare una grande metastasi. Integrarla con una ecografia o con una risonanza magnetica è indispensabile per chi ha parenti di primo grado che soffrono di questi disturbi. I tumori della cervice uterina vengono diagnosticati precocemente attraverso il pap test (lo striscio vaginale). Da qualche anno esiste il vaccino contro il papilloma virus, somministrato intorno ai 12 anni con la campagna di prevenzione primaria scolastica. Oggi la vaccinazione per l'hpv viene consigliata anche nelle donne e negli uomini».

Attraverso delle semplici analisi al sangue si può capire se si ha un tumore?

«Lw indagini ematiche sono poco attendibili perché i marcatori tumorali, essendo degli esami aspecifici, provocano informazioni sbagliate. Hanno una utilità di controllo per una malattia già esistente, ma a scopo di diagnosi creano solo confusione».

PI. CAN.

[ONCOLOGIA]



Cavernomi cerebrali scienziati individuano terapia farmacologica

Una malformazione fino a oggi curabile solo chirurgicamente

Identificato per la prima volta da un team di scienziati dell'Ifo e dell'Università degli Studi di Milano un possibile approccio terapeutico per curare i cavernomi cerebrali, una malformazione congenita o sporadica che può dare origine a emorragie cerebrali ed è fino a oggi curabile solo tramite asportazione neurochirurgica. La scoperta, pubblicata su *Nature*, individua in una terapia antinfiammatoria e antitumorale la possibile cura per questa patologia poco nota, ma meno rara di quanto si immagini: ne sono potenzialmente affette almeno una persona su 500. Si tratta di una malformazione dei vasi cerebrali caratterizzata dalla formazione di agglomerati di vasi sanguigni abnormemente dilatati e fragili, chiamati «caverne», che possono manifestarsi con emorragie intracerebrali, deficit neurologici, crisi epilettiche e mal di testa ricorrenti. Dalla forma simile a un lampone, i cavernomi cerebrali sono costituiti da un fitto agglomerato di bolle gonfie di sangue e rivestite da una parete endoteliale estremamente sottile e fragile. La serietà e la tipologia dei sintomi dipende sia dalla sede del cervello in cui si trova il cavernoma sia dalla sua dimensione, che va da pochi millimetri a diversi centimetri. Il numero di lesioni può variare da uno, nei casi di tipologia sporadica, ad alcune decine, nel caso di tipologia ereditaria. «Il cavernoma - spiega Elisabetta Dejana, responsabile del program-



ELISABETTA DEJANA

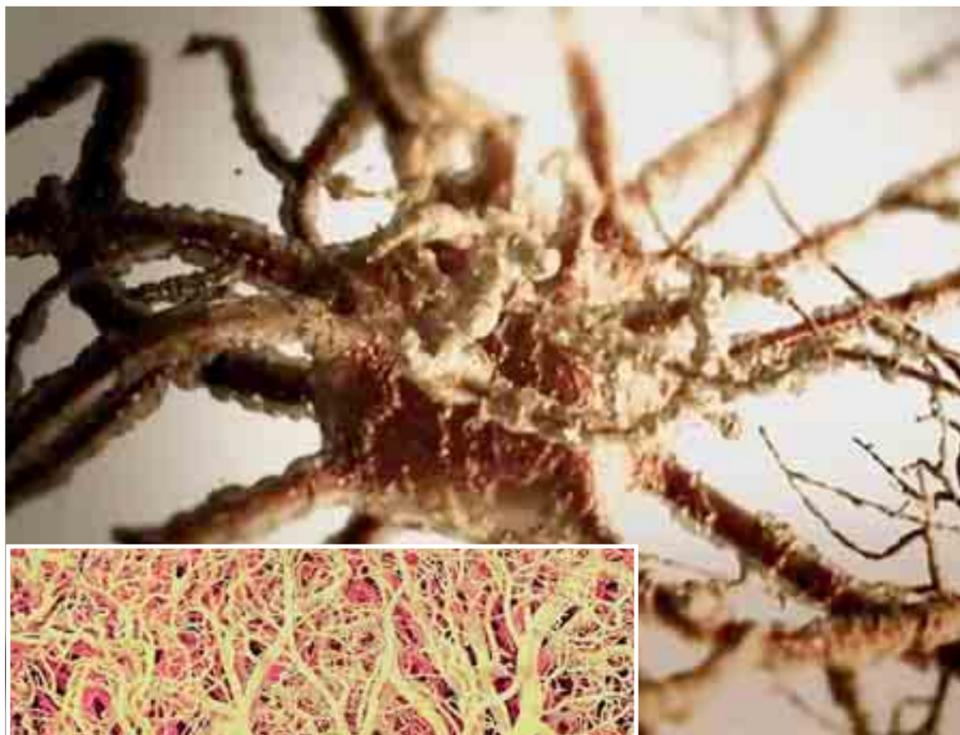
ma di ricerca Ifo - è di fatto assimilabile a un tumore benigno, in cui la moltiplicazione incontrollata e progressiva delle cellule del tessuto rimane circoscritta a una determinata area. Come nei tumori, le cellule endoteliali si trasformano e diventano più mobili ed invasive, andando incontro ad una crescita vascolare incontrollata che porta allo sviluppo e l'espansione dei cavernomi». Si stima che la probabilità di sviluppare cavernomi cerebrali riguardi più di una persona su 500, ma nella maggior parte dei casi (ossia fra il 70 e 80%) possono rimanere

silenti anche per tutta la vita, senza dare alcun sintomo. La matrice della malformazione può essere sporadica - presente in un solo individuo - o ereditaria, con una modalità di trasmissione autosomica dominante.

Una volta effettuata la diagnosi tramite risonanza magnetica, l'unico trattamento oggi possibile per curare i cavernomi cerebrali è rappresentato dalla rimozione chirurgica tramite craniotomia, che si rende necessaria solo se sono sintomatici o in espansione.

Una conoscenza più approfondita dei meccanismi molecolari alla base della formazione dei cavernomi sembra indicare la via per approcci terapeutici alternativi alla chirurgia, meno invasivi e più risolutivi. «Abbiamo concentrato le nostre ricerche sul gene *Ccm1*, responsabile del 40% dell'insorgenza di cavernomi - continua la ricercatrice - e abbiamo osservato che l'inattivazione di questo gene comportava nella cellula endoteliale la perdita delle sue caratteristiche funzionali specifiche e la trasformazione in cellula mesenchimale».

Questo processo, noto come «transizione endotelio-mesenchimale», è tipico nei tumori e in altre patologie infiammatorie, in cui le cellule endoteliali acquisiscono elevate proprietà migratorie ed invasive. «Nei cavernomi - spiegano Luigi Maddaluno e Noemi Rudini, i due primi autori dello studio - abbiamo notato che questo cambio di funzione è mediato da due fattori cruciali proprio in molte patologie infiammatorie e nei tumori: Bmp6 (bone morphogenetic protein 6) e TGF-β (transforming growth factor beta). In assenza di *Ccm1*, le cellule endoteliali producono in misura abnorme Bmp6 e sono più sensibili a TGF-β - presente in concentrazioni elevate nel cervello - acquisendo così proprietà mesenchimali. Abbiamo quindi sperimentato l'impiego di inibitori di Bmp6 o di



Nelle foto: in alto un neurone del cervello che se pressato dagli angiomi può provocare mal di testa ricorrenti, difetti uditivi e visivi, gravi deficit neurologici, attacchi epilettici, emorragia cerebrale e ictus; accanto, un gomito vascolare, un agglomerato di capillari sanguigni abnormemente dilatati e fragili a causa delle lesioni vascolari dovute alla presenza di cavernomi

Tgf-β ed abbiamo osservato una riduzione molto significativa dello sviluppo delle lesioni vascolari cerebrali». Questi farmaci sono già esistenti e sono attualmente allo studio per bloccare la proliferazione tumorale o altre patologie infiammatorie. La scoperta apre quindi le porte a possibili applicazioni terapeutiche non troppo lontane dalla pratica clinica: «Aver individuato un ap-

proccio terapeutico alternativo alla neurochirurgia - afferma Dejana - è una svolta importante per la ricerca ma soprattutto per i pazienti. » Non è, infatti, infrequente che i cavernomi si sviluppino nei bambini dove la chirurgia può provocare danni allo sviluppo cerebrale o in pazienti adulti dove non si può intervenire chirurgicamente perché la lesione è di difficile accesso.

L. G.

LA DOTT. SPECIALE E IL DOTT. MEMEO LAVORERANNO IN STRETTO CONTATTO PER LA CREAZIONE DI UNA MASSA CRITICA E OPERATIVA

LUCY GULLOTTA

L'Istituto Oncologico del Mediterraneo (Iom) di Viagrande (Gruppo Samed) è oggi oggetto di un processo che intende valorizzare e mettere a sistema le sinergie scientifiche e operative presenti, facendo così convergere gli interessi della area clinica (Iom-c) con quelli dell'area Ricerca (Iom-r), a vantaggio dei pazienti oncologici che affluiscono alla struttura. Non è un caso che l'inserimento della dott. ssa Lina Speciale nel ruolo di direttore operativo di Iom-r sia stato concomitante alla nomina del dott. Lorenzo Memeo a direttore scientifico di Iom-r.

La dott. ssa Speciale ha una consolidata e lunga esperienza nell'area del management della ricerca industriale in ambito internazionale e appornerà criteri di efficienza coerenti con il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Il dott. Memeo arrivato in Iom-c nel 2006, dopo 5 anni trascorsi alla Columbia University di New York, ha creato l'unità di anatomia patologica di Iom guidandola verso approcci avanzati di genomica oncologica. Insieme, queste due nomine pongono le basi per una più stretta collaborazione tra la parte clinica di Iom e l'area di ricerca. Obiettivo della operazione è la creazione di una massa critica e operativa focalizzata sull'oncologia molecolare, area di rilevanza clinica fortemente emergente e alla base dell'approccio di medicina personalizzata sia dei tumori solidi che di tipo onco-ematologico. Si tratta di analisi diagnostiche e/o prognostiche che, individuando nel singolo paziente la presenza o meno di geni sentinella ben caratterizzati (biomarcatori), consente al medico oncologo di ottimizzare le scelte terapeutiche sia somministrando il farmaco a maggiore potenziale di efficacia sia prevenendo l'uso di agenti che potrebbero generare gravi effetti indesiderati. In altri casi, tali indagi-

Una grande sinergia tra clinica e ricerca all'Istituto oncologico del Mediterraneo

ni, possono essere funzionali ad individuare un gene la cui presenza può essere predittiva di maggiore rischio tumorale, sollecitando il paziente ad avvalersi in maniera sistematica di tutti i presidi disponibili a consentire la diagnosi precoce, attraverso controlli mirati e regolari, e consulti con specialisti della patologia. Queste attività sono ormai da tempo svolte allo Iom. Negli ultimi mesi tuttavia si è deciso di consolidare queste attività mettendo a sistema anche le risorse di ricerca presenti in Iom-r, al fine di creare un circolo virtuoso che avvalendosi di tecnologie di «Next Generation Sequencing» possa da una parte ampliare il pannello dei servizi offerti ai pazienti Iom e intraprendere attività di ricerca avanzata che possano condurre alla identificazione di nuovi biomarcatori, molecole cioè capaci di agire come sentinelle dello stato di avanzamento di un tumore. In questo senso sono già in atto progetti collaborativi con gli ospedali della area catanese per la ricerca di biomarcatori nei tumori del polmone. Attività analoghe vengono svolte anche in collaborazione con le unità operative insediate allo Iom-r. Tra queste, Atcg srl, sede italiana di Tristar Technology Group, tra le aziende leader mondiali nella produzione di Tissue Micro Array e anche Nerviano Medical Sciences, grande centro di ricerca dell'area milanese, la cui tradizione oncologica affonda le sue radici nella scoperta delle antracicline, farmaci che hanno rappresentato la fase pionieristica della cura dei tumori.

Iom ha in questi anni consolidato la sua esperienza in questo settore e intende contribuire alla creazione in Sicilia di una rete di raccordo per le varie realtà pubbliche e private presenti sul territorio della isola. In linea con questa vocazione, allo Iom-r è presente la rappresentanza per il Sud-Italia del Consorzio Nazionale per le Risorse Biologiche che si pone l'obiettivo di innescare e gestire una serie di progetti di ricerca volti alla creazione di una rete siciliana di bio-banche. In questa ottica è prevista

Nelle foto due immagini dei laboratori Iom ricerca. Sopra l'esterno; in basso, una ricercatrice. Iom di Viagrande del Gruppo Samed si propone di diventare un centro di riferimento per la cura dei tumori in Sicilia



proprio allo Iom-r la presenza di una biobanca inter-istituzionale che coinvolga oltre Iom anche altre unità operative oncologiche del territorio. Si ritiene che partecipare alla creazione di una massa critica solida e interattiva contribuisca a stimolare l'interesse per la creazione di un primo nucleo di «rete oncologica» che, partendo proprio dall'oncologia molecolare, possa estendersi ad affrontare tutte le problematiche che investono la salute dei pazienti oncologici non

ché la sostenibilità della spesa sociale e pubblica siciliana. In particolare quest'ultima appare oggi molto appesantita dal ricorrere frequente dei pazienti, e anche di molti medici, al supporto diagnostico di strutture del nord Italia. Oltre alla nuova spinta verso la ricerca traslazionale, quella cioè che fa da ponte tra la clinica e la ricerca di laboratorio, Gruppo Samed è impegnato da tempo e con successo nell'area della radioterapia, della medicina nucleare e della radiodiagnostica oncologica messe in campo a Catania da Rem. Tutti questi tasselli sono coerenti con quanto Iom si propone: diventare un centro di riferimento per la cura dei tumori in Sicilia, con l'obiettivo ultimo di fornire sul territorio la qualità diagnostica e terapeutica che spesso viene ricercata lontano dal nostro territorio.

LA STRUTTURA

Dipartimento di alta specialità

L'Istituto Oncologico del Mediterraneo (Iom), è un centro oncologico clinico privato accreditato con il servizio sanitario regionale e certificato con sistema di qualità. È una struttura specializzata, che avvalendosi di professionisti qualificati e apparecchiature avanzate, segue i pazienti in modo completo e professionale. Iom è un dipartimento di III livello (alta specialità), uno dei pochi esistenti in Sicilia. Qui professionisti di diverse specialità si confrontano sulla terapia e sul percorso clinico e, con il supporto di strutture diagnostiche avanzate, accompagnano il paziente verso la guarigione o comunque verso cure che possono garantire migliori condizioni di vita. Inoltre Iom aggrega e mette a sistema medici e ricercatori con l'obiettivo di avvicinare al paziente i risultati della ricerca. Infatti gli studi compiuti negli anni hanno dato spunti e stimoli anche all'attività clinica. All'interno dell'Istituto sono presenti le unità operative di oncologia medica, di onco-ematologia, con una sezione dedicata ai trapianti di midollo osseo, di chirurgia (oncologica, toracica, senologica, neurochirurgica, urologica, otorinolaringoiatrica), e un reparto di terapia intensiva post operatoria. Inoltre sono attivi ambulatori polidiagnostici, laboratori di analisi, diagnostica per immagini, anatomia patologica, ginecologia, dermatologia. Spin-Off dell'Istituto Oncologico del Mediterraneo, Iom ricerca rappresenta l'impegno di Iom verso la ricerca oncologica e opera in collaborazione con aziende ed enti di ricerca pubblici e privati. Forti della vicinanza con Iom, Iom-r intende impegnarsi nella ricerca traslazionale con particolare riferimento alla oncologia molecolare, con l'obiettivo di creare un circolo virtuoso che possa favorire il dialogo tra la ricerca di base e la pratica clinica con conseguente impatto positivo per le attività diagnostiche e terapeutiche. Inoltre la struttura di Iom-r offre spazi, infrastrutture e servizi di ricerca per spin off o altre realtà imprenditoriali interessate a insediarsi in un ambiente che coniuga ricerca e pratica clinica.



[ONCOLOGIA]

Prevenzione, l'arma giusta contro il carcinoma al seno

Con autopalpazione e mammografia meno interventi demolitivi

DIAGNOSI PRECOCE

Sono fuori dal tunnel 9 donne su 10 Italia in testa

ANGELO TORRISI

Dopo tanta pressione psicologica da parte dei medici e delle associazioni di volontariato con il supporto delle istituzioni sanitarie e anche dei media, la campagna per la prevenzione primaria e secondaria del carcinoma mammario offre adesso sempre più risultati positivi al punto da dire che i casi di guarigione in Italia superano di gran lunga quelli di morte. La chirurgia, da parte sua, svolge il suo ruolo ricorrendo a un tipo d'intervento sempre meno demolitivo e rispettoso di quella componente del corpo femminile (il seno per l'appunto) che contribuisce notevolmente a imprimere fascino e attrattiva. E la riabilitazione riesce a fare miracoli anche sulla psiche mantenendo alta la qualità di vita della donna operata. Si è finalmente capito, cioè, che tutte le over 50 (e in caso di soggetti a rischio anche dopo i quarant'anni) devono sottoporsi periodicamente all'autopalpazione e a visita senologica e a mammografia con cadenza biennale: per scovare una eventuale neoplasia allo stato nascente. Dice il prof. Francesco Cognetti, direttore del dipartimento di Oncologia medica del Regina Elena di Roma: «La sopravvivenza è in aumento grazie a diagnosi precoce e terapie efficaci: sicché questo tipo di tumore fa sempre meno paura anche se l'incidenza continua a aumentare facendo da contrappeso al traguardo fino a ora raggiunto con l'impegno della scienza, dell'informazione e del volontariato: elemento quest'ultimo che aiuta notevolmente a portare avanti il principio secondo il quale una diagnosi precoce consente, nella misura del 90%, una guarigione perfetta. Per quel che si riferisce al contributo della ricerca, intanto, viene confermato un dato che ci inorgoglia: il nostro Paese è capofila nel mondo per il trattamento e l'assistenza delle pazienti. E tra le molteplici istituzioni che hanno contribuito e continuano a contribuire al raggiungimento di un tale importante risultato è il Gruppo Italiano Mammella (Gim). «Il network, che riunisce i maggiori specialisti italiani - aggiunge Cognetti - è nato dal desiderio di costituire un rapporto di collaborazione clinica e scientifica tra tutti coloro che operano quotidianamente nel settore per assicurare alle pazienti il maggior livello assistenziale possibile, oltre a favorire il progresso nella ricerca. Abbiamo compiuto grandi passi. Tutto il lavoro fatto finora rischia però di essere minato dalla mancata o non corretta applicazione di raccomandazioni e linee guida sul trattamento della patologia. Siamo preoccupati per la formulazione di proposte terapeutiche spesso minimaliste, che non tengono conto delle raccomandazioni provenienti dalle società scientifiche. Queste modalità di cura spesso non sono sostenute da sufficienti prove scientifiche. Presentano quindi il rischio di un minore effetto sulle possibilità di guarigione».

PIERANGELA CANNONE

Chi, se non la donna stessa, conosce meglio le caratteristiche del proprio seno e riesce quindi a percepire la presenza di un corpo estraneo? Che accada sotto la doccia, o mentre ci si allaccia il reggiseno o davanti a uno specchio, l'autopalpazione è il primo metodo di diagnosi precoce e tempestiva di tumore al seno.

Sono oltre 37.000 in Italia le donne colpite, con una maggior prevalenza nell'età avanzata: nell'80% dei casi infatti il carcinoma si forma in ultra cinquantenni che non hanno mai fatto un'autopalpazione del seno o una mammografia. L'incidenza della malattia è in crescita ma nel contempo cresce anche la possibilità di guarigione. Oltre l'85% delle donne che hanno sviluppato un tumore della mammella mostrano una sopravvivenza a oltre 5 anni dalla diagnosi. Eppure gli esperti parlano chiaro: oggi più di 450mila donne convivono con la malattia. Un percorso difficile, durante il quale ci si sente meno femminili, si sperimentano cambiamenti nei rapporti sociali e familiari, e non è raro che la donna cada anche in depressione. I problemi però possono essere affrontati con fiducia e, il più delle volte, risolti con un intervento medico adeguato. «Le fasce d'età più a rischio - spiega Dario Giuffrida, endocrinologo-oncologo, direttore del comparto di oncologia medica all'Istituto oncologico del Mediterraneo di Viagrande e docente di Oncologia clinica nel dipartimento di Medicina e chirurgia all'Università di Catania - vanno dai 40 ai

65 anni e over 70 anni».

«Oggi si ricorre sempre meno a interventi demolitivi - sottolinea Giuffrida - e si preferiscono quelli conservativi, resi possibili tra l'altro da due fattori: la prevenzione, quindi l'utilizzo degli esami di diagnosi precoce quali mammografia, risonanza magnetica ed ecografia, e le terapie di riduzione della massa prima dell'intervento chirurgico».

«Quando diagnosticiamo un carcinoma - prosegue il dott. Giuffrida - prescriviamo subito la chemioterapia che aiuta a ridurre la massa tumorale. Solo dopo sarà possibile eseguire l'intervento di "quadrante", che consiste nell'asportazione di un quadrante della mammella, e non dell'intera massa. Purtroppo esistono ancora casi in cui l'infiltrazione e l'estensione del tumore sono eccessi-



IL DOTT. DARIO GIUFFRIDA

vi per cui è necessaria una mastectomia radicale».

«Dopo l'asportazione del tumore - aggiunge l'oncologo - si inizia con la chemio ovvero con le terapie a bersaglio molecolare, che utilizzano farmaci "intelligenti" in quanto bersagliano solo le cellule malate. È una terapia molto efficace e soprattutto meno tossica della chemioterapia che invece colpisce tutte le cellule». Il tumore oggi viene definito una malattia sociale; pur non essendo legato a problemi di contagio e di contaminazione ci sono fattori ambientali e genetici che ne aumentano l'incidenza. È bene quindi condurre un sano stile di vita, fare una corretta alimentazione e una adeguata attività fisica e ovviamente abolire il fumo. Anche l'uso prolungato di anticoncezionali senza i dovuti controlli stimola una crescita cellulare più elevata e quindi un rischio maggiore di incorrere in un tumore.

GIUSY, 53 ANNI, RACCONTA LA SUA STORIA DI EX MALATA. DAL 2004 È VOLONTARIA ALL'ANDOS

«Sono riuscita a battere il cancro oggi offro la mia testimonianza»

Mi chiamo Giusy e ho 53 anni. Vivo con mia mamma novantenne in perfetta simbiosi. E da quando il cancro alla mammella ha fatto capolino nella mia vita, nella nostra quotidianità è entrato il volontariato.

Vi racconto. Era il 2004. Luglio. Un'amica mi propose di accompagnarla a un controllo senologico. Anche io mi sottoposi all'esame. Fu uno choc. C'era, nel seno sinistro, al quadrante inferoesterno, un piccolo nodulo, a margini spiculati, di 6 millimetri fortemente sospetto. Programmai subito una biopsia e in pochi giorni ebbi la diagnosi. Carcinoma duttale infiltrante della mammella. Che voleva dire? Avrei dovuto sottopormi all'intervento, alla chemio e a tutto il resto per poi morire? Le risposte alle mie domande le ebbi dalla dott. ssa Francesca Catalano. Con precisione e chiarezza mi spiegò che era un tumore troppo piccolo per minare la mia salute in maniera irrimediabile, che me la sa-



GIUSY TRECCARICHI CON LA DOTT. CATALANO

rei cavata con una piccola quadrantectomia del seno sinistro conservando così la mia mammella e la mia femminilità e che, contestualmente, avrebbe anche asportato un linfonodo dell'ascella (lo chiamano senti-

nella) per capire se le cellule, staccatesi dal tumore, avevano raggiunto la stazione ascellare. Mi rassicurò dicendomi che questa era però un'ipotesi molto remota.

Poco prima di addormentarmi in sala operatoria la pregai di dire a mia madre che si trattava di una cisti che andava asportata. Al risveglio avevo accanto mia mamma; mi sfiorò il seno per capire se la mammella ci fosse ancora, segno che, nonostante le bugie, aveva capito la gravità.

Sono passati 9 anni e sto bene. Mi sottopongo a controlli periodici e adesso sono io a trascinare le amiche per le visite senologiche. Dall'ottobre 2004 mi occupo quasi a tempo pieno dell'Andos, l'Associazione nazionale donne operate al seno che ha lo scopo di riabilitare la donna che ha incontrato la malattia attraverso la condivisione dell'esperienza.

Ecco, questo è il compito che Dio mi ha assegnato dopo aver superato la sofferenza: portare ovunque la mia testimonianza, la mia esperienza di vita di donna guarita dal cancro al servizio del volontariato oncologico.

GIUSY TRECCARICHI

Il 4 luglio un convegno ad Acireale Il caso di Angelina Jolie gli esami genetici e la chirurgia preventiva

Il caso dell'attrice Angelina Jolie, la quale, a seguito della positività degli esami genetici Brac 1 e Brac 2, si è sottoposta all'asportazione di entrambe le ghiandole mammarie, ha fatto discutere il mondo medico sulla corretta prevenzione del carcinoma della mammella. Sull'argomento c'è tanta disinformazione e per tale motivo l'Irma, che effettua gli esami genetici, e il Policlinico Morgagni di Catania che tratta chirurgicamente la patologia, hanno organizzato un convegno sul tumore della mammella che si terrà il 4 luglio alle 17.30 all'Hotel Orizzonte di Acireale. L'evento, rivolto prevalentemente alle donne, si prefigge di dirimere alcune congetture errate su questa patologia femminile, purtroppo, abbastanza frequente. Recentemente l'Irma, diretto dal dott. Giovanni Tringali, ha ottenuto il 19° accreditamento Sigu per la genetica umana a livello nazionale che impone il controllo di qualità con l'Istituto Superiore di Sanità che verifica direttamente la qualità degli esami genetici. Si tratta di un importante riconoscimento che contribuisce a ridurre l'invio dei campioni in strutture sanitarie del settentrione o disagevoli migrazioni sanitarie dato che è possibile effettuare gli esami in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario regionale. Gli oncologi ritengono che l'asportazione bilaterale preventiva delle mammelle sia un'esagerazione non giustificata da un rapporto ottimale tra rischio clinico e invasività dell'intervento preventivo. Solo il ri-

scontro di alcune poco frequenti mutazioni genetiche definisce il viraggio da una condizione di generica predisposizione familiare a una di franca ereditarietà.

Si parla in questi casi di famiglie ad alto rischio genetico nei quali la probabilità che una donna presenti un carcinoma mammario nel corso della vita può raggiungere l'80%, come conseguenza della trasmissione ereditaria. Tuttavia, la presenza di mutazioni predisponenti non deve indurre alla mastectomia preventiva dato che il tumore può svilupparsi anche nelle ovaie e comunque l'intervento demolitivo non è giustificato dal rischio.

Invece è più utile un costante piano di prevenzione stabilito dall'oncologo che consenta d'intercettare per tempo l'insorgere di un eventuale tumore limitando l'esame genetico alle donne che rientrano nei tre criteri dell'American Society of Clinical Oncology (Asco) che sono i seguenti: presenza, per tre generazioni di una famiglia, di più di due casi di neoplasia mammaria ed uno o più casi di tumore dell'ovaio, diagnosticati a qualsiasi età; presenza, in una famiglia, di più di 3 casi di carcinoma mammario diagnosticati prima dei 50 anni; presenza, in una famiglia, di una coppia di sorelle che abbiano manifestato prima dei 50 anni: a) entrambe una neoplasia mammaria; b) entrambe una neoplasia ovarica; c) una sorella una neoplasia mammaria e l'altra una neoplasia ovarica.

A. T.

CONFORTANTI CONFERME DAGLI ESPERTI RIUNITI AL CONVEGNO INDETTO DALLA FONCANESA Nuove terapie contro la leucemia e la malattia oggi fa meno paura A CATANIA UNA TERZA "CASA SANTELLA"

Lo scorso 8 Giugno presso l'Auditorium dei Benedettini - Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Catania - si è svolto un innovativo Convegno Medico Scientifico organizzato dalla Fon.Ca.Ne.Sa. Onlus (Fondazione Catanese per lo

Studio e la Cura delle Malattie Neoplastiche del Sangue) dal titolo "Incontro con i pazienti" realizzato con l'ambizioso obiettivo di mettere al confronto le conoscenze e l'esperienza dei medici specialisti in onco-ematologia con le paure, le domande ed i quesiti di coloro che purtroppo vivono in prima persona, o come parenti, il dramma di queste malattie. È stata una scelta mirata e vicina a convegni medici già realizzati in America che scelgono di privilegiare l'informazione verso il paziente, piuttosto che per gli operatori sanitari, cercando di abbattere il muro di mancata comunicazione personale ed interpersonale tra il medico e l'ammalato che spesso rappresenta un motivo di disagio e di incomprensione. La Fon.Ca.Ne.Sa. si distingue nel territorio locale e regionale proprio per la tenacia e la determinazione nel supportare la ricerca scientifica e soprattutto nel promuovere, tra le sue nobili attività, la formazione scientifica attraverso convegni, congressi e corsi Ecm che valorizzano le competenze a favore di una crescita progressiva nel settore dell'oncoematologia. Da sempre la parola "leucemia" ha evocato tristi scenari ed è stata considerata espressione di una gravissima malattia. Ma da alcuni anni la realtà è cambiata a seguito del progresso terapeutico che ha migliorato in moltissimi casi la prognosi. Il Convegno organizzato dalla Fondazione ha confermato per buona parte l'assioma con una serie di relazioni tenute da esperti della materia e con l'avallo di alcuni testimonial che hanno raccontato la loro vicenda conclusasi in maniera positiva. In realtà esistono diversi tipi di leucemia, ciascuna con diversa gravità, diverso trattamento e diverse prospettive. E soprattutto esistono i pazienti affetti da leucemia, ciascuno con le proprie caratteristiche, la sensibilità alle terapie e la prospettiva di risposta al trattamento. Le leucemie si divi-

dono in acute e croniche in base alla rapidità di evoluzione e poi in linfoidi e mieloidi sulla base del tipo di cellula che viene colpita dall'evento. Le leucemie acute sia linfoidi sia mieloidi sono caratterizzate da un esordio rapido che a volte mette

in pericolo la vita del paziente per la compromissione di vari organi e apparati. Le terapie di queste forme è in genere molto intensiva con importanti effetti collaterali e prolungate ospedalizzazioni. In alcuni pazienti è

necessario procedere al trapianto di midollo osseo. In realtà negli ultimi anni i progressi in questo campo più che essere legati ad un miglioramento delle armi terapeutiche sono da attribuirsi a una migliore conoscenza dei meccanismi che inducono la trasformazione leucemica delle cellule normali. Diverso è il discorso per le forme croniche. Qui bisogna fare una netta distinzione fra la forma mieloide e quella linfoidale. Per ambedue le forme i progressi della terapia negli ultimi anni sono stati così importanti da indurre una rivoluzione nelle modalità di trattamento. Il convegno (preceduto dai saluti del Rettore G. Pignataro, del Presidente della Scuola di Medicina prof. Francesco Basile, del prof. Rosario Giustolisi emerito di Ematologia) ha trattato anche (moderatore Giustolisi, relatori Ugo Consoli, Stefania Impera, Giuseppe Palumbo) le cosiddette mielodisplasie, patologie contraddistinte dalla incapacità delle cellule progenitrici del sangue (globuli rossi e bianchi e piastrine) di maturare: con particolare riferimento alla diagnostica e terapia. Da parte sua Rosalba Massimino, fondatrice e presidente Foncanesa che sta dedicando la sua esistenza a onorare la memoria della figlia Santella, ha ripercorso con commozione la storia della Fondazione avvenuta 26 anni fa e volta alla raccolta di fondi per la ricerca ematologica permettendo ai nostri Istituti di Ematologia di condurre anche all'estero ricerche di grande rilievo. Per l'occasione Rosalba Massimino ha preannunciato la istituzione al Policlinico di una terza casa di accoglienza dopo le due già esistenti in Via Citelli).

È possibile sostenere la Fondazione destinando il **5x1000** dell'IRPEF P.Iva 02299950879 o attraverso un contributo al

Banco di Sicilia Unicredit Group IBAN IT 87 Z 02008 16930 000300607207
c/c Postale 14197958

RECAPITI FON.CA.NE.SA. onlus

Presidente 348.0339446 Segreteria 347.3333262 - Tel./Fax 095 418779
Sito internet: www.foncanesa.it - E-mail: presidentefoncanesa@virgilio.it

[PSICHIATRIA]

MONDO
medico

Malattie mentali un detenuto su tre è ad alto rischio

Oltre 20mila all'anno i casi di psicosi nelle carceri italiane

ANGELO TORRISI

I giovani psichiatri addebitano il fenomeno al sovraffollamento e alla carente attenzione delle istituzioni. Sta di fatto che su un totale di 70 mila persone oggi presenti nelle carceri italiane oltre ventimila sono afflitti da psicosi, depressione, disturbi bipolari e di ansia severi cui vanno aggiunti i disturbi di personalità borderline e antisociale. Persone a volte già malate, altre che si ammalano durante la detenzione. E così i detenuti in buona salute finiscono col trovarsi in un inferno aggiuntivo che, nella peggiore delle ipotesi, può portare anche al suicidio. In Italia, quelli compiuti in carcere, hanno numeri 9 volte superiori rispetto alla popolazione generale con tassi aumentati negli ultimi anni di circa il 300% (dai 100 del decennio 1960-1969 a più di 560 nel 2000-2009 con oltre il 36% di decessi). Crescita che non si arresta: nel 2011 sono stati 63 i suicidi (0,9% per 1.000 detenuti), più di mille i tentati suicidi (15%) e oltre 5.600 gli atti autolesivi (84 per cento).

«Tutto ciò accade dopo anni di abbandono, da parte delle istituzioni italiane, della salute mentale, fuori e dentro le carceri - spiega Claudio Mencacci, presidente della Società Italiana di Psichiatria - e questo è il conto da pagare. Salatissimo e non finito perché la norma entrata in vigore nel 2012 che prevedeva una sezione di osservazione psichiatrica funzionante e bastevole per ogni regione è stata disat-



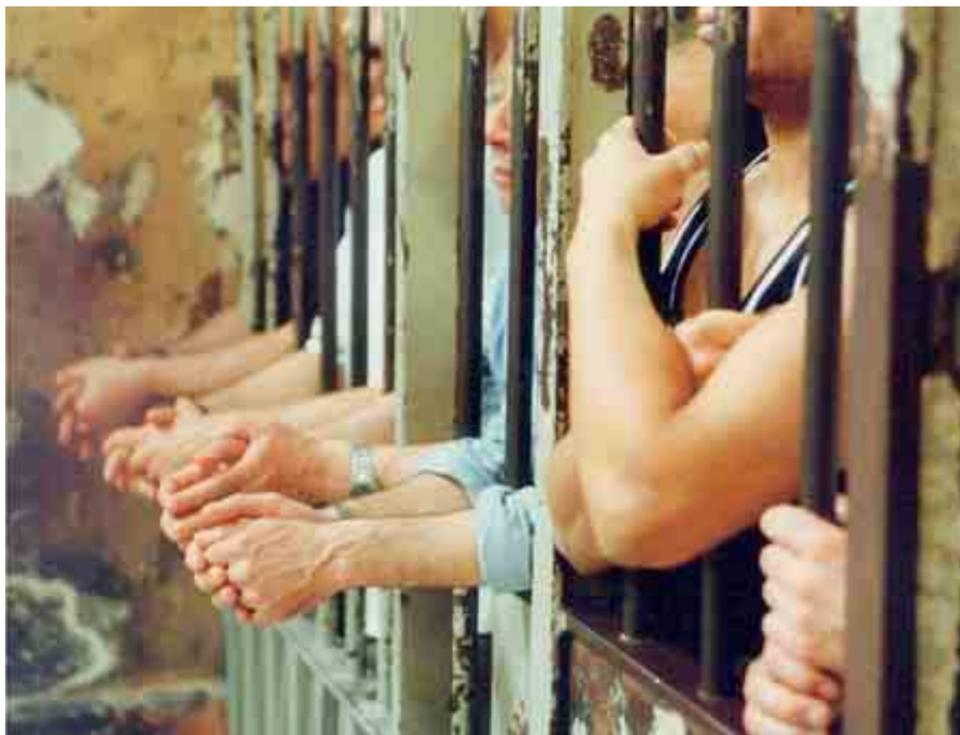
tesa a causa di carenza di fondi. Anche su questo aspetto chiediamo l'intervento del ministero tanto più ora che abbiamo prorogato la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari sia pure per un solo anno. Questa è quindi una cambiale a breve scadenza, ma non sappiamo quando pagarla».

Il sovraffollamento, a livelli record (150 detenuti per 100 posti, rispetto ai 107 del resto d'Europa), è già una condizione di grave disagio per il detenuto sano. Figuriamoci per un paziente con malattia mentale.

Appena chiuderanno gli ospedali psichiatrici giudiziari una parte di questi detenuti tornerà in carcere. Se la situazione non sarà cambiata, potrebbe

davvero diventare esplosiva.

«Il superamento degli schemi e il passaggio dell'assistenza psichiatrica nelle carceri al sistema sanitario nazionale devono procedere parallelamente - spiega Mencacci - nell'ambito della più ampia riorganizzazione della Sanità penitenziaria e delle nuove competenze dei dipartimenti di Salute mentale. A questi sono attribuite importanti responsabilità per la tutela della salute mentale dei detenuti. Si tratta, infatti, delle uniche Istituzioni, nell'ambito del servizio pubblico, in grado di garantire una visione d'insieme e un approccio realmente integrato al raggiungimento degli obiettivi sanitari ed assistenziali che vengono affidati dal servizio sanitario alle pro-



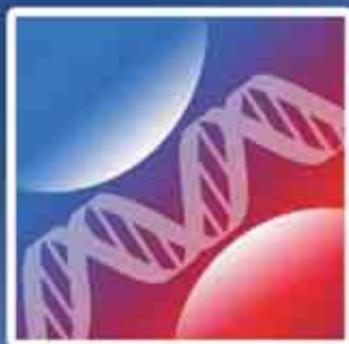
Carceri sovraffollate: Sicilia quart'ultima nella classifica nazionale. Se a settembre 2012 si contavano 7.200 detenuti presenti per 5.465 posti disponibili, ovvero 1.735 carcerati in più, oggi il numero è diminuito (1.522 detenuti in più per un totale di 7.081 per 5.559 posti disponibili), ma è sempre allarmante pensare che nell'Isola i 27 istituti penitenziari (il più alto numero rispetto al resto delle Regioni d'Italia) non bastano per sopprimere i disagi che la situazione comporta. Inferiore è invece il numero delle donne reclusi in Sicilia: sono 179 (572 in Lombardia, 482 nel Lazio, 360 in Campania), mentre gli stranieri sono 1.279.

prie strutture». I dipartimenti di salute mentale possono validamente interconnettersi con tutte le altre Istituzioni operanti in ambito carcerario, risolvendo uno dei problemi più rilevanti ancora aperti, cioè la frammentazione degli interventi sanitari in questo contesto, incluse le dipendenze. Infine dal punto di vista operativo i dipartimenti offrono strutture e competenze multi-professionali in grado di coprire, dentro e fuori dal carcere, gli interventi opportuni, e la continuità terapeutica. «Tutto bene fino a ora - conclude il presidente Sip - ma solo sulla carta, perché nessuno ha ancora pensato e predisposto risorse per questa operazione».

«Un piano strategico per la salute mentale in Sicilia - afferma da parte sua il catanese prof. Eugenio Aguglia direttore della Clinica Psichiatrica del Policlinico - prevede l'integrazione con la Sanità penitenziaria attraverso un'assunzione di responsabilità dei distretti Salute mentale integrati e comunitari, competenti per territorio, relativamente alla organizzazione di un servizio che, garantendo una corretta armonizzazione fra le misure sanitarie e le esigenze di sicurezza, consenta da un lato di prendere in carico, all'interno delle carceri, i soggetti con patologia psichiatrica e dall'altro di operare per il definitivo superamento dell'Opg».

E la Sicilia si piazza sempre quart'ultima nella classifica nazionale. Se nel mese di settembre si contavano 7.200 detenuti presenti per 5.465 posti disponibili, ovvero 1.735 carcerati in più, ad oggi il numero è diminuito (sono 1.522 i detenuti in più per un totale di 7.081 per 5.559 posti disponibili), ma è sempre allarmante pensare che nell'Isola i 27 istituti penitenziari non bastano per sopprimere i disagi che questa situazione comporta. Inferiore è invece il numero delle donne reclusi in Sicilia: sono 179 (572 in Lombardia, 482 nel Lazio, 360 in Campania), mentre gli stranieri sono 1.279 (4.095 in Lombardia, 2.974 nel Lazio, 2.497 in Piemonte).

ISTITUTO CLINICO-DIAGNOSTICO DI ECCELLENZA ACCREDITATO PER LA GENETICA UMANA



I.R.M.A.
Istituto di Ricerca
Medica e Ambientale

ANALISI CLINICHE POLISPECIALISTICHE
E ALLERGOLOGIA MOLECOLARE

Laboratorio Accreditato di Genetica Molecolare e Citogenetica

Consulenze specialistiche di Patologia Clinica
per allergie e intolleranze alimentari

Tossicologia e Medicina del Lavoro

Via Paolo Vasta, 158/C - Acireale (CT)
Per prenotazioni: Tel. 095 7685411 Fax 095-601723
e-mail: irma@irma-srl.com www.irmabiosistema.it

Numero Verde 800-464444



Chirurgia mini-invasiva meno cicatrici, niente dolore e ridotti tempi di degenza

Laparoscopia avanzata all'ospedale V. Emanuele di Catania

FRANCESCO ZAIORO

In linea con l'affermarsi delle metodiche mini-invasive, la laparoscopia si è ormai affrancata come disciplina consolidata e autonoma anche nell'ambito dell'urologia. Le tecnologie avanzate, sia in campo strumentario sia in quello degli ausili video, consentono infatti un'analisi dei dettagli anatomici impensabili in chirurgia tradizionale, che permettono di eseguire con precisione la maggior parte degli interventi urologici, tanto da ridurre in modo considerevole le indicazioni alla tradizionale chirurgia a cielo aperto. Tra i principali vantaggi della chirurgia laparoscopica l'assenza di dolore e una riduzione della degenza post-operatoria, oltre all'evidente risultato estetico legato alla presenza di sole piccole incisioni cutanee variabili tra i 5 e i 10 mm. Uno dei massimi esperti in questo campo è il prof Mario Falsaperla, referente per la Laparoscopia Urologica e la Urologia Oncologica presso l'Uoc di Urologia dell'ospedale Vittorio Emanuele di Catania nonché docente alla Scuola di specializzazione in urologia dell'Università di Catanzaro e delegato per l'urologia laparoscopica alla "American Society of Laparoendoscopic Surgeons".



IL PROF. MARIO FALSAPERLA

Prof. Falsaperla in cosa consiste la laparoscopia?

«In origine era una procedura esclusivamente diagnostica. Essa viene eseguita gonfiando l'addome del paziente con un gas non infiammabile a una pressione di 12-15 mm Hg. Si introduce poi una telecamera che ingrandisce 10-15 volte le strutture anatomiche e

attraverso altri canali si introducono gli strumenti operatori. Dal 1986, data di inizio dei primi interventi laparoscopici, la laparoscopia ha avuto una evoluzione e diffusione rapida, dovuta anche all'immissione nel mercato di nuovi strumenti che hanno facilitato l'estensione delle tecniche laparoscopiche ad una varietà di interventi chirurgici fino a pochi anni prima impensabili».

Quali sono gli interventi fattibili con questa tecnica in ambito urologico?

«Oggi vengono effettuati con approccio laparoscopico la maggior parte degli interventi urologici sia di tipo tumorale sia per patologia benigna per il trattamento delle stenosi del giunto pielo-ureterale, dei diverticoli della

vescica, dei prolapsi genitali (cistocele e rettocele), dei linfoceli, di alcuni tipi di calcolosi, delle cisti renali. È chiaro che questo tipo di chirurgia può essere eseguita da chirurghi esperti in laparoscopia in centri altamente qualificati».

Ambiti applicativi della laparoscopia e vantaggi

«Grazie all'esperienza consolidata in 10 anni di attività, attualmente all'Uoc di Urologia dell'Ospedale Vittorio Emanuele di Catania si eseguono in via laparoscopica oltre il 90% degli interventi urologici di chirurgia maggiore per tumore, in particolare per quanto riguarda le nefrectomie, le nefroureterectomie, le prostatectomie radicali, le surrenectomie etc. La tecnica consente una perfetta definizione dei dettagli anatomici rispetto alla chirurgia "open" e una riduzione dei tempi di degenza e di ripresa dell'attività lavorativa. La laparoscopia comporta poi l'abbattimento della richiesta di emotrasiusione intra ed extra operatoria».

Dove vengono eseguiti gli interventi?

«In centri di riferimento universitari e ospedalieri. Il nostro centro, dal 2005, rappresenta uno dei fiori all'occhiello per la Sanità in ambito sia regionale sia nazionale, essendo in grado di offrire l'eccellenza chirurgica per ogni intervento di tipo laparoscopico urologico e non solo, con oltre 5.000 procedure effettuate».

Nel reparto di Urologia dell'Ospedale Vittorio Emanuele di Catania si applicano tecniche e procedure di intervento all'avanguardia. In cosa consistono?

«Il nostro reparto, diretto dal dott. Alberto Saita (esperto di Endourologia



internazionalmente riconosciuto) coadiuvato dalla équipe costituita dai dottori Carla Assisi, Nuccio Condorelli, Massimo D'Alessandro, Sergio Di Paola, Bruno Giammusso, Antonio Lazzara, Federico Nicolosi, Giuliano Mauergeri, Marco Puglisi e dal gruppo infermieristico coordinato dai signori Leonardo Maria (sala operatoria) e Salvo Mannile (degenza), è prevalentemente orientato alla terapia oncologica e nel trattamento della calcolosi urinaria e delle patologie malformative renali. Ciò per un duplice motivo: la crescita della domanda relativa a queste patologie; la riconosciuta esperienza acquisita nel trattamento della maggior parte dei tumori di pertinenza urologica, e in particolare quelli della prostata e del rene, in via laparoscopica. La laparoscopia, che è oggi il Gold Standard, riconosciuto a livello internazionale, per il trattamento della maggior parte delle malattie urologiche, in Italia non ha purtroppo avuto fino-

ra la diffusione che merita per difficoltà iniziali connesse all'apprendimento della tecnica. Difficoltà di natura culturale, più che insite nella tecnica in sé, e che richiedono una trasformazione del modo tradizionale di intendere la figura del medico e del chirurgo».

Cosa prevedete di implementare in futuro?

Il nostro obiettivo principale riguarda l'attuazione di tecniche laparoscopiche ancora più mini-invasive, le cosiddette tecniche "single port", finalizzate a una maggiore economia d'insieme per il paziente e per la struttura (l'intervento viene effettuato attraverso una unica mini-incisione). O, ancora, nell'ambito del trattamento delle patologie benigne, l'istituzione di un'attività globale finalizzata alla diagnosi e cura dei prolapsi urogenitali e dell'incontinenza urinaria nelle donne, progetto già avviato e che prevede, per quanto attiene gli aspetti urodina-

mici, la partecipazione del dr. Luigi Fondacaro, urologo dell'Ospedale Garibaldi di Catania, tra i massimi esponenti nel campo dell'urologia funzionale».

La laparoscopia 3D può rappresentare una alternativa alla robotica?

«Sì. Dal cinema alla sala operatoria, la tecnologia 3D si è fatta ormai strada nella esecuzione di complessi interventi laparoscopici nel trattamento dei tumori e nella chirurgia ricostruttiva urologica e rappresenta una alternativa più economica e maneggevole alla Robotica. Ciò, però, è condizionato dalle capacità chirurgiche dell'operatore, che se ben "allenato" in 3D sono in grado di essere sovrapponibili e anche superiori alla robotica. Non dimentichiamo, infatti, che l'intervento è comunque eseguito da un operatore chirurgo le cui capacità tecniche e doti operatorie possono essere migliorate dal robot ma non rese eccelle in assenza di una adeguato "expertise"».

ALLARME DEGLI SPECIALISTI: TROPPO SPESSO GLI UOMINI SOTTOVALUTANO L'IMPORTANZA DELLA PREVENZIONE

ANGELO TORRISI

L'80% degli italiani con oltre 60 anni soffre di una patologia urologica. Non solo tumore della prostata, la neoplasia maschile più diffusa per la quale si registra un boom di incidenza del 53% negli ultimi dieci anni, ma anche incontinenza urinaria, neoplasia del rene, disfunzione erettile. Patologie che colpiscono sempre di più anche i giovani, se consideriamo che il tumore del testicolo ha fatto registrare un aumento del 45% negli ultimi 30 anni tra i ragazzi tra i 16 e i 24 anni. Ma i disturbi vengono troppo spesso sottovalutati.

È l'allarme lanciato dagli specialisti dell'Auro (Associazione Urologi Italiani) riuniti nei giorni scorsi a Montecatini Terme per fare il punto sulle nuove terapie e i progressi scientifici in questo campo.

«Gli uomini italiani sono poco attenti alla loro salute - sottolinea il prof. Paolo Puppo, responsabile dell'Urologia Oncologica Istituto Humanitas di Castellanza -, soprattutto quando il problema ha a che fare con la sfera sessuale. Un atteggiamento ben lontano da quello delle loro compagne: in caso di disturbi sessuali una donna impiega 2 settimane a chiedere una consulenza, un uomo ci mette 2 anni. E così il 70% degli over 50 non ha mai fatto l'esame del Psa, test principale per la diagnosi precoce del cancro alla prostata». Una neoplasia sempre più diffusa, come dimostrano le ultime statistiche.

«Si tratta del tumore più frequente nell'uomo - dichiara Puppo -. La sua incidenza, infatti, raggiunge la soglia del 12% e sorpassa quella del polmone, ferma al 10%. Il tumore della prostata è raro negli individui con meno di 40 anni e aumenta progressivamente con l'età. È stato calcolato, quindi, che un uomo nel corso della vita presenta

Cancro alla prostata: +53% in 10 anni Pochi uomini eseguono test periodici

un rischio di sviluppare un carcinoma prostatico pari a circa il 15%. L'attribuzione delle categorie di rischio avviene solamente sulla base del Psa (Antigene Prostatico Specifico) e dei risultati della biopsia prostatica, che è il mezzo diagnostico per eccellenza».

La prevenzione è possibile e passa da uno stile di vita sano. «Alimentazione sana e attività fisica sono i fattori di rischio modificabili più importanti per impedire lo sviluppo, alterare il comportamento del tumore e arrestarne la progressione - aggiunge Puppo -. In particolare,

dati sempre più evidenti suggeriscono che molti elementi della dieta mediterranea possono giocare un ruolo importante nella prevenzione della neoplasia».

Ma anche i più giovani devono prestare attenzione alla propria salute sessuale. «In Italia registriamo un aumento del 6% l'anno dell'incidenza dei tumori del testicolo, soprattutto tra gli under 24», afferma il dott. Nicola Nicolai, urologo della Fondazione Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. Ma in questa malattia la diagnosi precoce e l'autodiagnosi possono fare la differen-

za. «Ragazzi e giovani adulti dovrebbero conoscere dimensioni e aspetto dei loro testicoli - aggiunge Nicolai -, esaminandoli periodicamente senza timore. Quando si notano anomalie bisogna sottoporsi subito a una visita urologica».

Quando la prevenzione non raggiunge i risultati sperati, la tecnologia e le nuove strumentazioni vengono in aiuto dell'urologo al momento della cura. La ricerca ha fatto passi da gigante e costituisce una grande arma in nostro possesso. Per individuare il tumore della prostata, ad esempio, spesso la bio-

psia tradizionale non è sufficiente, perché non riesce a raggiungere tutte le zone della ghiandola. A questo si sta finalmente ovviando con l'adozione di ecografi tridimensionali che simulano, ricostruiscono e registrano il percorso dell'ago all'interno della ghiandola. Con la biopsia in 3D si ha quindi finalmente un controllo di qualità del prelievo e la ragionevole certezza di aver effettuato una valida mappatura (mappaggio) della prostata». Anche la diagnostica per immagini è in grado di "vedere" il tumore della prostata.

«La Risonanza Magnetica (RM) ha un'elevata sensibilità per il carcinoma prostatico - conclude Puppo -, peccato che sia praticamente impossibile eseguire una biopsia transrettale sotto RM. Fortunatamente sono stati di recente introdotti software cd di "fusione elastica", che sono in grado di trasferire le informazioni della RM sull'immagine ecografica tridimensionale. È nata così la "fusion biopsy" o biopsia con fusione, che già nelle prime serie si è dimostrata in grado di aumentare significativamente, fino a raddoppiare, l'accuratezza diagnostica. Verrà quindi ridotto il numero delle biopsie inutili e verrà fornito al clinico un inquadramento migliore, che consentirà di sbagliare sempre meno nell'attribuire una categoria di rischio al tumore prostatico».



CELLULE TUMORALI DELLA PROSTATA

centrale. La sua funzione principale è produrre e emettere il liquido seminale, frazione liquida dello sperma, che contiene gli elementi necessari a nutrire e veicolare gli spermatozoi.

Le patologie che possono interessare la ghiandola prostatica sono di diversa natura: la prostatite, l'adenocarcinoma prostatico e l'ipertrofia prostatica benigna.

I testicoli hanno una duplice funzione: una caratterizzata dalla produzione degli spermatozoi e l'altra volta a produrre gli ormoni sessuali maschili di cui il più importante è il testosterone che raggiunge il picco nella pubertà mantenendosi poi a alti livelli per tutta l'età adulta. Tra le patologie il varicocele, la torsione del testicolo, le infiammazioni, il testicolo ritenuto nonché il tumore maligno.

Chirurgia endoscopica urologica: a Catania il primo corso itinerante per tre ospedali

È stato il primo corso itinerante di chirurgia endoscopica urologica realizzato a Catania in collaborazione tra le Divisioni di Urologia degli ospedali Cannizzaro, Vittorio Emanuele e Garibaldi (diretti rispettivamente dai dott. Francesco Aragona, Alberto Saita e Gianfranco La Rosa). Il corso, che si è svolto nei tre ospedali nell'arco di tre mesi, è stato riservato ad un limitato numero di specialisti urologi che già si dedicano alla chirurgia endoscopica per il trattamento della calcolosi renale e delle neoplasie uroteliali e hanno colto l'occasione come momento di confronto con i colleghi e di aggiornamento sulle più innovative tecniche di chirurgia endoscopica.

Due le sessioni: una teorica e una pratica. La parte teorica è stata pianificata in modo tale da consentire un percorso formativo e di approfondimento completo iniziando dall'inquadramento clinico radiologico della calcolosi reno-ureterale con riferimento alle attuali linee

guida delle società scientifiche internazionali cui ha fatto seguito la presentazione dei più moderni strumenti disponibili per la Laser-litotriassia. Un'attenzione particolare è stata dedicata alle tecniche innovative di chirurgia endoscopica, senza trascurare quelle ormai consolidate da anni, nonché al follow-up dei pazienti con calcolosi reno ureterale per ridurre l'incidenza di recidive e per ottimizzare il timing ed il numero di indagini clinico-strumentali dopo il trattamento. La chirurgia in diretta ha poi trattato gli aspetti di carattere anestesiológico che, grazie anche all'adozione di tecniche chirurgiche eseguite a pazienti in posizione supina anziché prona, hanno ridotto le complicanze per il paziente.

Un'iniziativa, in sostanza, che coniuga i principi ispiratori di una buona sanità con la motivazione dei medici a migliorare le proprie prestazioni, a tutto vantaggio dell'assistenza ai pazienti.

P. C.

[OCULISTICA]

MONDO
medico

Studio italiano fa luce sulla riorganizzazione cerebrale nei bambini

Nuove prospettive di cura per piccoli con lesioni congenite

Uno studio tutto italiano fa luce sulla riorganizzazione cerebrale nei bimbi con lesioni congenite alla corteccia occipitale.

Se ci limitassimo all'anatomia del cervello, dovremmo dire infatti che i bambini che nascono con lesioni dovute a emorragie o a malformazioni che colpiscono l'area deputata alla visione non ci vedono.

Ma nonostante questi danni congeniti, i ricercatori hanno notato che questi bambini rispondono agli stimoli come se vedessero: e così evitano gli ostacoli improvvisi, si spostano alla percezione dell'oggetto, si voltano verso la parte cieca.

Un vero e proprio mistero, che un team toscano (lo vediamo nella foto grande) ha finalmente svelato, aprendo nuove prospettive di cura sia per bambini sia per adulti che hanno subito danni alle funzioni visive.

«Abbiamo scoperto che nei bambini con lesioni alla nascita la corteccia sana compensa la parte cerebrale lesionata», spiegano Giovanni Cioni e Maria Concetta Morrone, entrambi docenti presso l'Università di Pisa (rispettivamente dei Dipartimenti di Medicina clinica e sperimentale e di Ricerca traslazionale) ma anche ricercatori presso l'Irccs Fondazione Stella Maris per la Neuropsichiatria dell'infanzia e l'adolescenza. «Lo studio che abbiamo realizzato - continuano i due professori - di-



IL PROF. GIOVANNI CIONI

mostra l'estrema plasticità del cervello del bambino e quindi la sua formidabile capacità di riorganizzarsi anche dopo aver subito una lesione molto grande e potenzialmente invalidante».

La ricerca è pubblicata su «Cortex» da un'equipe multidisciplinare che comprende ricercatori dell'Irccs Fondazione Stella Maris, del Cnr, dell'Università di Pisa e dell'Università di Firenze. Lo studio ha evidenziato i meccanismi con cui alcuni soggetti riescono a correggere l'emianopsia, ovvero la perdita di metà del campo visivo, acquisendo la possibilità di utilizzare i segnali visivi provenienti dal campo cieco senza aver-

ne una percezione cosciente.

«Abbiamo seguito alcuni bambini con questo tipo di lesioni alla nascita nel corso degli anni, sottoponendoli ad imaging funzionale, ovvero l'uso della risonanza magnetica per analizzare e studiare la relazione tra l'attività di determinate aree cerebrali e specifiche funzioni cerebrali», continua Morrone, che aggiunge: «Con l'uso di queste avanzate tecnologie abbiamo potuto comprendere il meccanismo con cui il loro cervello compensa la mancanza di questa funzione visiva».

«La parte buona della corteccia assume anche le funzioni di quella danneggiata, andando a colmare il danno che si trova nell'altro emisfero. È la prova di quanto sia plastico il cervello del bambino e quindi sia capace di riorganizzarsi per far fronte alle difficoltà».

«Questo - aggiunge il prof. Cioni - avviene soltanto nei bambini con una lesione congenita. Nel gruppo dei bambini che hanno avuto danni di questo tipo successivamente e quindi non alla nascita, non abbiamo assistito a questa riorganizzazione e nemmeno negli adulti». «La ricerca evidenzia chiaramente tre elementi fondamentali: il cervello è plastico; l'ambiente insegna ed è quindi il "farmaco del cervello", e in base a quanto scoperto possiamo studiare terapie ad hoc».

Le ricadute di questo studio porteranno a nuove cure?
«È una speranza molto concreta -



aggiunge Cioni - Comprendendo meglio i meccanismi possiamo intensificare gli stimoli sulla plasticità cerebrale e quindi approntare una serie di interventi terapeutici anche per tutti quei bambini con danni non congeniti e per gli adulti. Certo siamo appena agli inizi ma abbiamo una prima e importante risposta preliminare».

In che senso?
«Mi riferisco per esempio a interventi riabilitativi con supporto di tecnologie bioingegneristiche e di Information Communication - conclude il professore - capaci di riattivare la plasticità attraverso trattamenti più intensivi e personalizzati, fatti a casa ma con sorveglianza medica mediante la telemedicina. C'è uno studio in corso che si ricollega a questo, i cui risultati sono abbastanza promettenti».

J.N.

TRAPIANTI DI CORNEA

NUOVO LASER DIMEZZA LE PERCENTUALI DI RIGETTO NEI BAMBINI

L'utilizzo del laser a femtosecondi nei trapianti di cornea pediatrici ha dimezzato le percentuali di rigetto rispetto alla tecnica tradizionale. L'entità dell'astigmatismo post-operatorio è sceso del 50%, favorendo il recupero visivo dei piccoli pazienti. Sono i risultati ottenuti dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù con l'ausilio di questa nuova tecnologia che sta rivoluzionando la chirurgia oculistica. Negli ultimi tre anni sono stati effettuati al Bambino Gesù 52 trapianti di cornea pediatrici. Ad un anno di follow up dal trapianto, le percentuali di rigetto nei casi di cheratoplastica perforante tradizionale (senza laser) sono state del 40%, in linea con i dati riscontrati in letteratura. Nei casi di cheratoplastica perforante assistita da laser a femtosecondi la percentuale di rigetto è scesa al 25%, per arrivare al 10% nei casi di cheratoplastica lamellare anteriore assistita da laser. Risultati importanti anche sul piano del recupero visivo. Astigmatismo postoperatorio e valore sferoequivalente (necessario per correggere il difetto di vista residuo) si riducono rispetto agli interventi effettuati con la tecnica tradizionale, rispettivamente -2.6 diottrie invece che -5.8 diottrie e -1.3 diottrie invece che -4.9 diottrie. Con un miglioramento del visus corretto di 8/10 contro i 6/10 della procedura classica. «Sono risultati incoraggianti soprattutto nei bambini di età inferiore agli 8 anni - commenta Luca Buzzonetti, responsabile della struttura complessa di Oculistica dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - che possono favorire il recupero della capacità visiva».

UN'INDAGINE RIVELA CHE BEN 7 ITALIANI SU 10 SOSTENGONO DI NON AVERE NOTIZIE ADEGUATE

Si dice che quando c'è la salute, c'è tutto. Ma per godere della salute occorre sottoporsi sia a controlli periodici di routine sia a piani di prevenzione. Anche per problemi oculari. Gli italiani infatti considerano la vista un bene prezioso. Nonostante ciò fanno poca prevenzione a causa di una scarsa informazione in tema di salute degli occhi. A rivelarlo è l'indagine mondiale "Barometer of the global eye health" secondo cui ben 7 italiani su 10 sostengono di non avere sufficienti informazioni in tema di salute oculare. C'è da dire comunque che nel mondo occidentale la maggior parte della popolazione over 65 gode di buona salute, tuttavia l'allungamento della vita non corrisponde sempre ad un reale mantenimento della sua qualità. Oggi le malattie

Salute degli occhi: più informazione per prevenzione e diagnosi adeguate

della vista hanno un rilevante impatto sociale dato che la maggior parte delle informazioni e delle attività socioculturali utilizza la funzione visiva come sistema primario.

La perdita della vista provoca una minore autosufficienza e un maggior isolamento in una fascia ampia della popolazione, con conseguenti problematiche individuali e sociali il cui peso è destinato ad aumentare. La patologia che più colpisce gli over 60 è la degenerazione

maculare senile, una patologia legata all'invecchiamento e principale causa di riduzione visiva. Ne esistono due forme, quella secca e quella umida. La prima è la forma più comune e provoca un calo visivo lento e graduale e un deficit della visione centrale. La seconda è la forma umida che colpisce il 10-15% dei casi e determina un rapido e progressivo calo visivo, associato a distorsione della visione centrale. In Italia colpisce circa 1 milione di persone, ma il 75% della popola-

zione a rischio non conosce questo problema. Si ritorna quindi al nodo principale: c'è scarsa informazione e si fa scarsa prevenzione sul tema. «Quello che appare paradossale - dichiara il presidente di Amd (age related macular degeneration) Italia Onlus - è che nonostante l'alta incidenza della degenerazione maculare senile, c'è una scarsa conoscenza - Fare una diagnosi tempestiva, attraverso visite oculistiche regolari dopo i 55 anni, è di fondamentale importanza. In tal modo il pa-

ziente sarà orientato verso i trattamenti più adeguati e la patologia non solo può essere arrestata, ma può anche regredire. Alla base della prevenzione ci deve essere l'informazione che, in questo caso, è ancora insufficiente». «Mentre la maggior parte della popolazione - prosegue - conosce patologie come la cataratta o il glaucoma, per quanto riguarda la degenerazione maculare, a meno che una persona sia interessata direttamente, o attraverso suoi familiari, se ne

ignora l'esistenza». Numerosi studi effettuati di recente evidenziano come l'insorgenza di tale malattia sia legata a un fattore genetico. Per questo motivo è stato introdotto il test genetico Amdgeneticst6, che consente di valutare il rischio di degenerazione maculare senile in ogni singolo individuo.

Si stima che l'incidenza dei casi familiari sia compresa fra il 5% e il 20%. Occorre quindi sottoporre a questo test tutti i parenti delle persone affette dalla patologia. L'individuazione dei soggetti con un rischio genetico elevato consente di mettere in atto maggiori interventi di prevenzione. Inoltre l'eliminazione del fumo di tabacco, la protezione degli occhi dalle radiazioni solari, l'assunzione di specifici integratori antiossidanti sono tutte strategie preventive che si associano a un più stretto monitoraggio clinico.

P.C.A.


Les fleurs
PROFUMERIE

TRUCCHI DI BELLEZZA.

ESTELAUDER / HAZEIDO / CLARINS / COLLSTAR
CARITA / DEBORAH / L'OREAL / PUJA

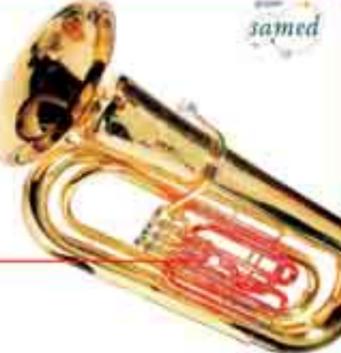

Via Campobello, 159 • Licata (AG)

www.facebook.com/LesFleursProfumeria


Fondazione IOM, con i fondi del 5x1000, ha avviato un progetto di prevenzione del Tumore del Colon.

Se hai:
più di 45 anni
familiarità con il tumore al colon (almeno un familiare di 1° grado a cui è stata diagnosticata tale patologia)
contatta l'Istituto Oncologico del Mediterraneo per effettuare una **Coloscopia gratuita**

Per informazioni e prenotazioni:
tel. 0957895000 int. 279
dal lunedì al Venerdì dalle ore 9 alle 13

Sostieni anche tu la prevenzione del tumore al colon donando il **5Xmille** alla Fondazione IOM

Non costa nulla ed è un atto di estrema solidarietà

Codice Fiscale Fondazione IOM 90032390875



[GENERAZIONE 2.0]

Internet e i suoi rischi tra scenari inesplorati

Astinenza e depersonalizzazione alcuni sintomi della dipendenza

GABRIELLA MAGISTRO

Navigare nel mare magnum di internet ci ricorda il viaggio intrapreso da molti uomini nella storia, nel mito e nelle leggende: Cristoforo Colombo che partì alla scoperta dell'America, Dante accompagnato da Virgilio nell'aldilà, Ulisse nel suo lungo ritorno verso Itaca. In viaggio si possono scoprire nuovi e affascinanti luoghi, incontrare persone, ma ci si può anche imbattere nei pericoli e nelle difficoltà che non si erano potute calcolare in partenza. Il viaggio, però, è soprattutto l'opportunità di intraprendere un cammino simbolico verso se stessi. Si parte sempre un po' per la necessità di scoprire altro di sé. Anche il navigatore del cyberspazio è mosso da questi bisogni. Nella rete si entra per esplorare una dimensione, quella virtuale, in cui tutto è possibile e nella quale si entra per gioco, rischiando però di restarne imbrigliati come in una enorme tela di ragno. Perché? Qual è la componente fascinosa e ipnotica della rete?

«La forza trainante - spiega il prof. Giovanni Belluardo, docente di Psicologia clinica e di Psicologia sociale presso l'Università degli Studi di Catania, Facoltà di Scienze Politiche, e coordinatore scientifico dell'Ente di Psicologia Egle di Catania - è il flusso magnetico della dimensione temporale che domina il mondo di "Avatar": un tempo in grado di strappare la persona dall'angoscia del presente invasivo e, talvolta, devastato dal passato e dal futuro. Una nuova euforia, mentre si naviga, apre scenari inesplorati, introduce modalità di sentire, di pensare, di agire nuovi, difficilmente codificabili a partire dai riferimenti socialmente condivisi. Si aprono orizzonti psicologici nuovi, così imprevedibili da risultare incerti. C'è certamente del patologico nella "dipendenza" da internet, un patologico in grado di far saltare gli equilibri biochimici, psicologici e comportamentali degli individui, delle coppie, delle famiglie. Ma c'è anche qualcosa di nuovo che dovremo riuscire ad apprezzare e a valorizzare andando oltre quella paura dell'ignoto che ci porta a confondere il nuovo e la creatività con il patologico».

La dipendenza da Internet può essere considerata,

quindi, come un vero e proprio disturbo cerebrale cronico?

«Certo - dice la dottoressa Vanessa Conti, neurofisiopatologa clinica - è una psicopatologia, una malattia primaria causa di altri disagi. È una malattia comportamentale e neurobiologica complessa: c'è una vulnerabilità individuale, o meglio ci sono markers "biologici" che, se interagiscono con fattori ambientali, possono aumentare il rischio di sviluppo di malattia. Anche per la IAD (Internet-Addiction-Disorder) esistono criteri diagnostici che comprendono sintomi specifici. Al pari di altre dipendenze, inoltre, vi sono modificazioni psicologiche che si manifestano con un comportamento compulsivo. La IAD, come altre dipendenze, implica l'istaurarsi dei me-

Il patologico nella dimensione virtuale è in grado di far saltare gli equilibri biochimici nonché quelli psicologici e comportamentali

canismi di astinenza, craving, depressione, depersonalizzazione. È un disturbo cronico che necessita di controlli e terapie che possono durare anche tutta la vita».

La crisi economica, istituzionale, culturale e, soprattutto, dei valori, che stiamo vivendo, può avere determinato alcune delle cause di questa nuova dipendenza?

«Oggi - spiega il prof. Michaela Liuccio, Ricercatore e Professore aggregato in Sociologia presso la Facoltà di Scienze della Comunicazione e vice presidente del corso di laurea magistrale in Comunicazione Scientifica Biomedica all'Università La Sapienza di Roma, dove insegna Sociologia della salute e della medicina - non riusciamo a circoscrivere in modo esauriente le prerogative che l'individuo percepisce come soggettive e quelle che invece riconducono allo spazio del sociale. Più precisamente, si è gonfiato lo spazio della soggettività e dell'individualismo e si

è smarrita la competenza del sociale. In passato essa era interfaccia di identità e fonte di rassicurazione. Certo, l'assolutizzazione dell'individualità disimpegnata predispone le persone a considerare i propri bisogni, e i propri desideri, come il nucleo più autentico dell'identità personale, il fondamento dei propri legami sociali, il principio guida per i propri standard morali e valoriali. Nella società contemporanea il riferimento ai valori avviene secondo la mentalità da consumatore; non è più la cultura a costituire il criterio di valutazione delle preferenze personali e dei desideri, ma al contrario sono questi ultimi ad asurgere a criteri di scelta nel supermarket delle idee e dei valori. Il consumatore dei nostri giorni vive nella cultura dell'adesso, vittima del desiderio più che della soddisfazione e così si trova costretto a ricreare continuamente il proprio orizzonte morale, la cui perdita impone che l'azione morale sia guidata da criteri e questo determina, alla lunga, un carico riflessivo insostenibile che produce disorientamento e senso di impotenza. La psichiatria contemporanea, come sostiene Alain Ehrenberg, sociologo francese, ce lo conferma: il senso di impotenza individuale può fissarsi nell'inibizione, esplodere nell'esagitazione o conoscere gli instancabili automatismi del comportamento compulsivo».

La rete delle reti, dunque, entra nelle nostre vite e non si può fare a meno di prendere consapevolezza delle opportunità, ma anche dei rischi che porta con sé. Deve essere usata con spirito critico e consapevolezza, educando noi stessi e i nostri figli a una scelta attenta di tempi, modi e luoghi «sani» del cyberspazio. Forse, se non rinunceremo alla nostra creatività per affidarci acriticamente alle nuove tecnologie, se non lasceremo che altri pensino al posto nostro, o peggio ancora dei nostri figli, se sapremo usare la tecnologia per accrescere le nostre possibilità e non per trincerarci dietro ad uno schermo, la rete potrebbe essere intesa come un cammino, inevitabile, per l'evoluzione dell'uomo. La tecnologia entra nei rapporti come un fiume in piena, ma il nostro interesse verso il mondo, noi stessi e gli altri deve partire sempre dalle nostre idee originali e dalle nostre emozioni profonde e viscerali.



NO AI DIVIETI SÌ ALLE CONDIVISIONI

Decalogo per i genitori

«Un genitore quando un figlio passa molte ore in rete - spiega la psicologa - non deve tentare di tenerlo lontano in modo coercitivo, ossia ponendo divieti. Deve invece provare ad avvicinarsi a questo nuovo mondo, in modo da creare aree di condivisione e di comunicabilità piuttosto che aree di incomunicabilità e di vuoto. La rete modifica il modo di pensare e di sentire di noi tutti, ma gli adulti, "migranti digitali", dobbiamo fare uno sforzo in più e provare a diventare competenti della rete in modo tale da essere guida e punto di riferimento per i nostri figli come lo

siamo in altre aree della loro crescita».

«La presenza richiesta è differente a seconda dell'età: per esempio a 8 anni si deve accompagnare il bambino in uno spazio condiviso, visionando insieme i siti, giocando con lui, insegnandogli come ricercare ciò che è utile o discutendo dell'attendibilità delle notizie. A 15 anni, invece, la presenza del genitore deve essere diversa, più discreta. È necessario entrare nel mondo del figlio in punta di piedi, non attraverso l'intrusività e il controllo, ma attraverso un'autentica curiosità per il mondo in cui viaggia».

IL PROJECT MANAGER

«Dipendente dal virtuale sul lavoro un po' meno nella vita personale»

L'ingegnere Giuseppe Sgroi, Project manager di Queracom Energia Srl, ha 37 anni, è sposato e ha un bimbo di due anni, fa largo uso di internet sia per lavoro sia per la sua vita personale. **Ingegnere quante ore tiene acceso il suo computer?**

«Circa 8 ore al giorno, a volte, però, anche l'intera giornata».

Che utilizzo ne fa?

«Lo uso soprattutto per lavoro, ma anche per diletto. Quantificando direi che il 90% del tempo che trascorro al computer è lavoro».

Pensa di essere internet dipendente?

«Sì e no, è difficile dirlo. Internet è entrato nelle nostre vite irreversibilmente. Oggi siamo talmente abituati a navigare in rete che penso sia difficile affermare il contrario. Su Internet reperisco qualsiasi tipo di informazione di cui ho bisogno sia per lavoro sia per i miei interessi personali: informazioni tecniche utili, anzi indispensabili, come l'organizzazione dei viaggi nei minimi dettagli, le mappe stradali per raggiungere una destinazione sconosciuta, l'acquisto di beni per il mio appartamento a prezzi convenienti, la visione di film senza uscire di casa, l'ascolto di musica, le previsioni meteo e le recensioni di libri. Inoltre, con internet si comunica. Si possono sentire amici che abitano anche molto lontano, si possono fare riunioni di lavoro, anche se il team è dislocato in aree del mondo disparate. Per non parlare della posta elettronica. Con un click si può inviare e ricevere: informazioni, dati, immagini, documenti. I processi lavorativi sono molto velocizzati rispetto al passato, quando



GIUSEPPE SGROI, 37 ANNI, INGEGNERE PATITO DI INTERNET

si lavorava solo con il telefono e il fax. Io controllo le mail circa ogni 30 minuti e, se sono in giro, anche dal telefonino».

Si sente nervoso o agitato quando non può navigare?

«Nervoso proprio non direi. La comodità della rete è che ha un accesso illimitato. Si può leggere, acquistare, come ho detto prima, fare di tutto in qualsiasi momento del giorno e della notte. A questo ormai siamo talmente abituati che il non averlo, anche per un breve periodo,

ci fa sentire smarriti. Le dico: se non avessi la connessione avrei difficoltà a lavorare, in quanto non potrei accedere alle mail, non potrei reperire le informazioni necessarie alla mia professione che solitamente cerco e trovo su internet. Inoltre, ci si può tenere aggiornati costantemente. Se dovessi definirmi, direi che dal punto di vista lavorativo sono sicuramente dipendente da internet, dal punto di vista personale un po' meno».

GA. MA

IL MEDICO

«Mi catturava la voglia di evadere. Oggi, senza il Web mi sento viva»

Marilena Medica, medico di base e di guardia medica, ha 37 anni, è sposata e ha due bambine. La sua grande passione - oltre il lavoro - è creare bijoux. Da sola si è liberata dalla dipendenza da internet.

Dottoressa quante ore teneva acceso il computer?

«Sempre: 24 ore su 24».

Che utilizzo ne faceva?

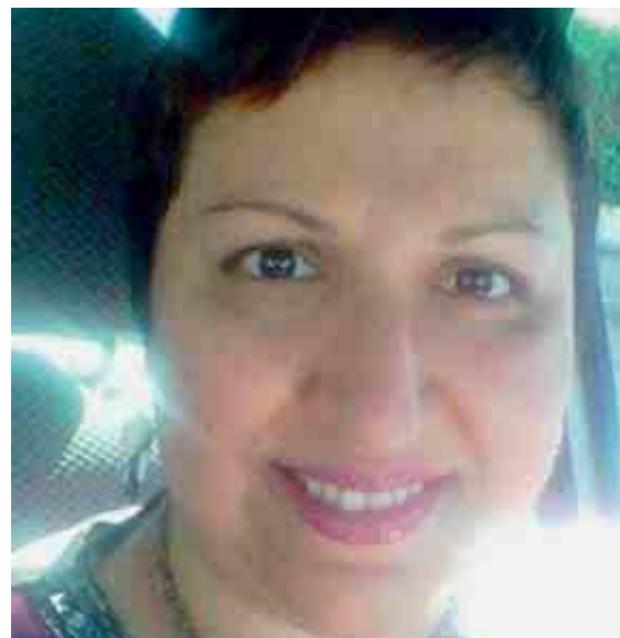
«Direi che soprattutto frequentavo social network e stavo su Facebook tutto il giorno. Facevo anche molto shopping on line. Compravo materiale per le mie creazioni e spendevo pure tanto».

Si sentiva nervosa quando non poteva navigare?

«Sì, se non ero in rete pensavo spesso a quando avrei potuto esserci. Probabilmente, quello che mi catturava era l'opportunità di spezzare facilmente l'isolamento e la monotonia. Il mio ruolo di mamma mi portava a passare molte ore in casa con le bambine e grazie a internet potevo collegarmi facilmente con il modo esterno, potevo fare nuove conoscenze, insomma in una parola, potevo evadere. Sono una persona molto vitale ho bisogno di continui contatti e di confrontarmi costantemente con gli altri».

Si sentiva "dipendente" da Internet?

«Sì, era un uso compulsivo e lo capivo perché litigavo spesso con mio marito a causa della rete, ma per navigare mi rifugiavo dove lui non poteva vedermi. Inoltre, avevo meno attenzioni per le mie figlie che passavano molte ore davanti alla tv. Poi la notte non riuscivo a dormire perché aspettavo le notifiche su Facebook di chi avesse commentato una delle "mostre virtuali" delle mie



MARILENA MEDICA, 37 ANNI, MEDICO DI BASE

creazioni. I sintomi più evidenti della dipendenza, però, li avevo quando non ero in casa: mi sentivo nervosa se non avevo il caricatore del cellulare in borsa e frequentavo soltanto bar dove fosse possibile connettersi».

Dottoressa può spiegarci come ne è uscita?

«Grazie alle mie figlie. Un giorno le ho guardate; erano imbambolate davanti al televisore e così ho deciso di uscire con loro, lasciando a casa il cellulare. Da allora non accendo più

il computer e leggo solo le notifiche di Facebook sul cellulare 2 volte al giorno. Passeggio il più possibile, respirando a pieni polmoni o gioco con le mie bimbe, ascoltando i loro bisogni e avvicinandomi il più possibile alla loro realtà».

«Inoltre, adesso riesco a sentire il mio corpo in 3 dimensioni. Ciò che resta di positivo della mia "vita virtuale" sono le amicizie che ho portato fuori dalla rete; belle persone che continuo a frequentare anche oggi».

GA. MA.



“New addiction” Irretiti dal web 240mila giovani

Dai cyber porno ai videogame al gioco d'azzardo

ANNA RITA RAPETTA

Le chiamano new addictions, sono le dipendenze senza sostanza, dipendenze comportamentali che fanno tanti danni quanti ne fanno l'abuso di alcool o di droghe. La lista stilata dalla Società Italiana di Intervento sulle Patologie Compulsive (Siipac) è impressionante. Le “non-sostanze” che possono rendere schiavi non si comprano da uno spacciatore in un angolo della strada e sono facilmente reperibili nei luoghi più familiari. Sono la dipendenza da cyber pornografia, da cyber sex, dalle e-mail, da internet, da gioco d'azzardo, dal lavoro, dalla pornografia, affettiva, dal sesso, dallo shopping, dallo sport, dal telefonino, dalla televisione, dal trading on line, dai videogames. L'abuso, dunque, spesso si consuma in casa o in ufficio, purché ci sia una connessione a Internet che offre una vasta gamma di “non sostanze”. Sono 5 le tipologie di dipendenza da internet individuate dagli esperti: l'information overload (ricerca ossessiva di informazioni), il net-compulsion (gioco d'azzardo, shopping e commercio on-line), il cyber-sexual addiction (sesso virtuale e pornografia), il computer addiction (coinvolgimento eccessivo in giochi virtuali o di ruolo) e il cyber-relational ad-



diction (social network).

L'ordine dei medici ha recentemente lanciato l'allarme sul fenomeno degli Hikikomori: gli auto-reclusi in stanza, che hanno per compagnia solo strumenti tecnologici. Un fenomeno sociale apparso per la prima volta in Giappone negli anni '80 e che ha fatto da tempo la sua comparsa in Italia. E, nonostante in Italia si contino ormai 240mila under sedici affetti da dipendenza da internet - sottolinea la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odon-

toatri (Fnomceo) - i governi che si sono avvicendati negli anni non hanno messo in campo nessuna politica per fronteggiarlo. Molto c'è da fare sia sul fronte della prevenzione sia della cura. Il primo ambulatorio specializzato è stato avviato in Italia nel 2009 al policlinico Gemelli di Roma. Nei primi tre anni di attività si sono rivolte all'ambulatorio oltre 550 persone, di cui l'80% giovani. Niente allarmismi, però, davanti al numero sempre crescente di ragazzi

concentrati a twittare, postare, chattare. Internet, se usato con le dovute cautele è una grande opportunità. Ma non si può negare che nasconda delle insidiose trappole, quindi è bene non abbassare la guardia.

Nel 2005 i ragazzi italiani che si collegavano a internet erano uno su dieci, nel 2012 il numero sale a sette su dieci. Su Facebook, quasi inesistente tra gli adolescenti nel 2008, oggi circa l'80% dei ragazzi ha un profilo.

La penetrazione di Internet in tutti gli ambiti della vita quotidiana, ha comportato inevitabili cambiamenti nelle abitudini. Non sempre in meglio. Un'indagine condotta nel 2012 dall'Osservatorio della Società italiana di Pediatria (Sip) “Abitudini e stili di vita degli adolescenti italiani”, sottolinea infatti che proprio i ragazzi che trascorrono davanti a internet più di tre ore al giorno, hanno abitudini alimentari peggiori, un rendimento scolastico inferiore, praticano meno sport, adottano comportamenti più “adulti”, fumano e bevono di più.

Da non sottovalutare poi è il rischio di dipendenza da internet, in termini tecnici Internet addiction disorder (Iad). Alcune caratteristiche della Rete possono infatti favorire l'insorgere di atteggiamenti di dipendenza, come la possibilità di collegarsi 24 ore su 24, l'anonimato, la presenza di un numero elevato di social network gratuiti e diversificati che superano i confini geografici. Stando ai dati del progetto Eu Kids online, finanziato dal Safer Internet Programme della Commissione europea, il 30% dei ragazzi (il 17% degli italiani) fra gli 11 e i 16 anni dichiara di aver sperimentato spesso esperienze legate all'uso eccessivo della rete, come trascurare gli amici, la scuola o perdere ore di sonno. A dare un'idea della situazione in Italia, il Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza del 2012 realizzato da Eurispes e Telefono azzurro. Alla domanda “Ti capita, quando sei connesso a internet, di non riuscire a staccarti, anche se ti sei riproposto di farlo? ”, quasi metà degli adolescenti tra i 12 e i 18 anni (47%) ha risposto “qualche volta”, il 14,5% “spesso” e il 7,2% “sempre”. Solo il 30,3% pare non aver mai adottato comportamenti di dipendenza.

Ed ecco qui di seguito un decalogo di consigli utili per i genitori:

L'uso di Internet non deve essere vietato ai figli, ma regolamentato dai genitori;

E' necessario per i genitori diventare più competenti della navigazione in rete al fine di poter accompagnare i ragazzi nei siti adatti a loro; Valutare gli argomenti adatti all'età dei figli e applicare filtri che si trovano in commercio;

Stabilire, tramite un buon dialogo, un limite di tempo massimo per stare in rete;

Posizionare la postazione Internet non nella camera dei ragazzi, ma in una zona della casa condivisa, come il soggiorno o il living, in modo da potersi avvicinare ed intrattenere con i figli mentre navigano;

Programmare con i figli delle attività alternative: giochi di creatività, sport, parco giochi, passeggiare

all'aria aperta;

Spiegare ai figli che bisogna proteggere la propria privacy sulla rete: cambiare spesso le password, non diffondere informazioni personali come nome, indirizzo, codice fiscale, età, nazionalità, entrate familiari, conti bancari, postali o carte di credito, nome e indirizzo della scuola, nomi di amici; Far capire ai figli il rischio di incontrare nella vita reale persone conosciute in rete;

Insegnare ai figli l'importanza di mantenere anche on line un linguaggio corretto evitando parole volgari a cui si fa presto ad abituarsi;

Accertarsi che i figli non scarichino dalla rete, in vostra assenza, programmi gratuiti o a pagamento perché possono infettare il computer con cookies, virus e spyware.

G. M.

LA SICILIA

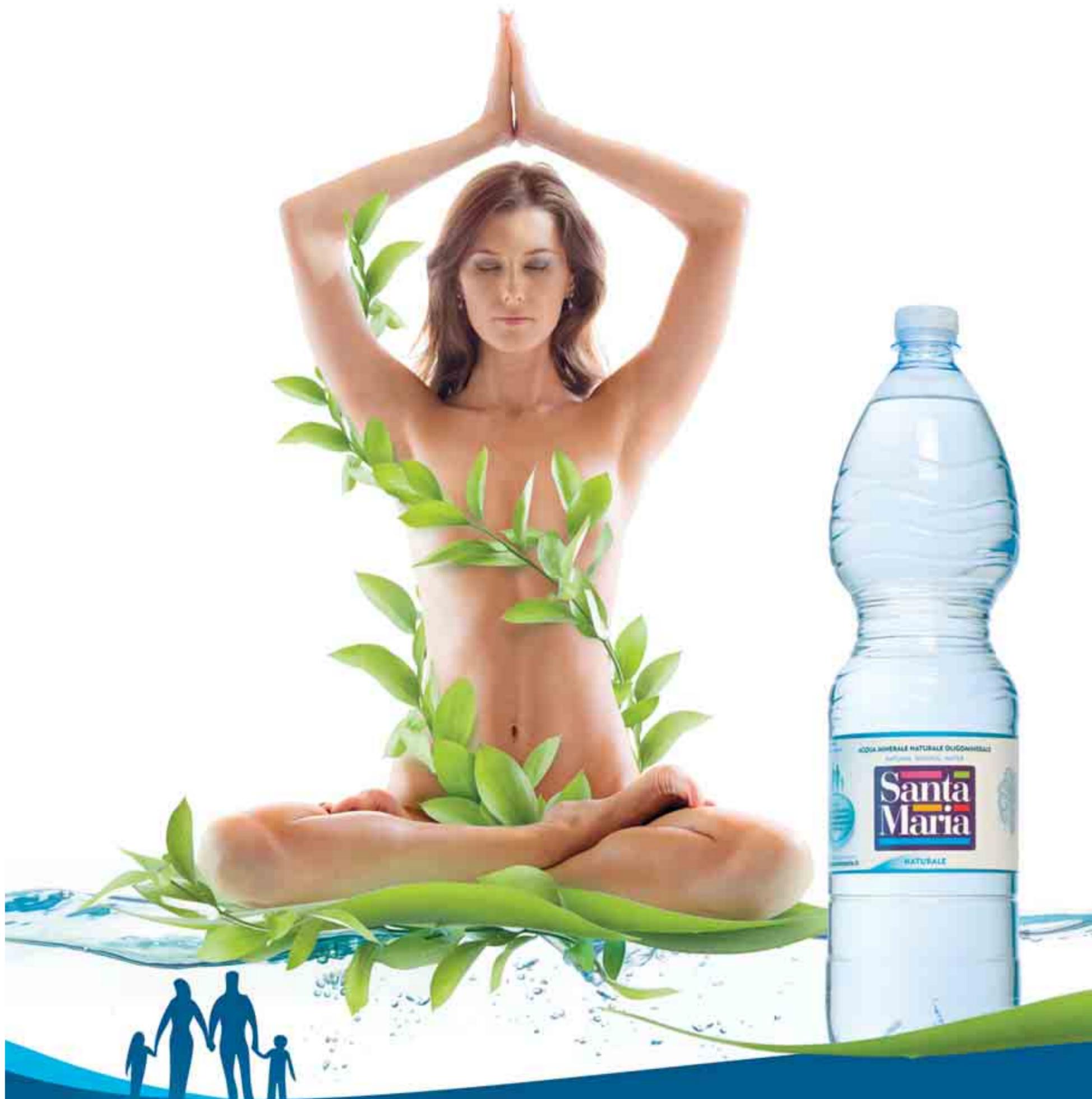
Annunci.it



Vendi Acquista Scambia
in tre click



Naturale Equilibrio



**Santa
Maria**

In ogni goccia, i preziosi oligoelementi per il tuo quotidiano benessere.

Con il suo naturale equilibrio acqua Santa Maria disseta con gusto ed è adatta alle esigenze di tutta la famiglia.

Da un'antica fonte, nella Sicilia orientale, con la sua purezza incontaminata Santa Maria ti è vicina. Ogni giorno.

Indicata nelle diete iposodiche