



Mettersi in forma

Cappello: «Ecco il metodo del sondino». Calabrese: «Solo una scorciatoia». Come perdere peso, dal cibo alla chirurgia

AUGERO, BELLUCCI, GRASSO, RAPETTA, VILLARÀ PAGINE 5-10



A CURA DELLA PUBLIKOMPASS

DOMENICA 12 GIUGNO 2011

BUONA SANITÀ

L'ECCELLENZA È ANCHE IN SICILIA

GIOVANNA GENOVESE

Cominciamo da una storia: quella di Loredana, una bella trentenne catanese, e dal suo calvario lungo cinque anni, tra ospedali, specialisti e viaggi della speranza. Cominciamo dalla disperazione di questa giovane donna e dalla sua depressione, dal dramma della diagnosi di una malattia rara e priva di terapie codificate, ma cominciamo soprattutto dal lieto fine della sua storia. E questo perché è qui a Catania che Loredana ha trovato finalmente la risposta alla domanda che la assillava («di cosa sono malata?») e ha potuto cominciare una cura efficace, sia pur sperimentale.

Partiamo da Loredana perché la sua vicenda dimostra che anche la sanità siciliana ha le sue eccellenze. Che convivono con i residui di sprechi e con gli episodi di malasanità, ma che cominciano ad avere la meglio. E questo grazie all'impegno di medici appassionati al loro lavoro, ai manager che credono nelle loro capacità, alle possibilità di «manovra» che le strutture sanitarie locali possono adesso avere.

Certo, la cronaca non manca e non mancherà di presentarci casi di tutt'altro tenore, che siano raccontati in televisione e sul giornale o che si consumino nel privato di una famiglia. E d'altronde la stessa Loredana, con i suoi familiari, si è dovuta spendere in diversi tentativi poi rivelatisi inefficaci.

Le risposte, dunque, si possono trovare anche in Sicilia, a Catania come a Siracusa, ad Acireale come a Caltanissetta. Questo vale per le malattie più difficili, ma vale pure per le esigenze di salute meno «vitali». E così, come raccontiamo in queste pagine, siamo in grado di sapere se può essere più salutare - date le condizioni di ciascuno - trascorrere le vacanze al mare o in montagna; se e quanto crogiolarsi al sole e magari mantenere la tintarella anche dopo, ricorrendo alle lampade. Ancora, se possiamo fidarci dei frutti di mare e come dobbiamo comportarci a tavola. È l'occasione per parlare di diete, con specialisti siciliani che danno consigli a chi vuole smaltire chili in eccesso spiegando i pro e i contro dei vari regimi alimentari.

Non mancano i pareri di esperti di fama nazionale, dal nutrizionista Giorgio Calabrese al "padre" della tecnica del sondino Gianfranco Cappello, su fronti decisamente opposti in merito alle soluzioni per perdere peso. Una curiosità: entrambi sono di origine siciliana.

E siccome il nostro vuole essere soprattutto uno strumento di servizio, il lettore troverà consigli e indicazioni sulla lotta al dolore cronico (dal mal di schiena all'emicrania), sulla prevenzione dei rischi cardiaci, sulle minacce all'udito, sulle allergie alimentari, sulle tecnologie di nuova generazione, sulle cure anticancro. E poi ancora approfondimenti sul «pianeta sanità» scritti da chi questo mondo lo vive direttamente, i medici. Perché l'inserto è rivolto ai malati, ma anche a quanti con le loro patologie, grandi e piccole, si confrontano ogni giorno.



In salute sotto il sole d'estate

GIUSEPPE PETRALIA, ANGELO TORRISI PAGINE 2-4



Alimentazione Frutti di mare sì con cautela

Con la cottura sono più sicuri ma il rischio è l'intolleranza

PIETRO DI GREGORIO 4

Dolore cronico Stare bene è possibile

Oltre la sofferenza inutile, legge del 2010 e cefalea

PANASCIA, VECCHIO 12-13



Tumori Nuove cure e speranze

Gli specialisti: due pazienti su tre vivono almeno cinque anni

MANUELA CORRERA 22

All'interno

EMERGENZE Insufficienza respiratoria

Le unità di terapia intensiva respiratoria consentono risparmi, ma sono carenti

DISTEFANO PAG. 14

ASSISTENZA Salita l'incidenza dell'Alzheimer

Con l'invecchiamento della popolazione, la malattia colpirà sempre più persone

SCROFANI PAG. 15

CHIRURGIA Un defibrillatore sotto la pelle

Primi impianti in Sicilia della nuova tecnologia contro la morte improvvisa

TORRISI PAG. 18

INFARTO L'organizzazione può essere vitale

Determinante la riduzione dei tempi dall'insorgenza dei sintomi al trattamento

TOLARO PAG. 20

UDITO L'inquinamento una minaccia

Anche i giovani in Italia rischiano la sordità: screening e prevenzione

VANCHERI PAG. 21

COMICOTERAPIA Tutti i benefici di una sana risata

Aiuta il benessere psicofisico alzando l'umore e rafforzando il sistema immunitario

CATALFAMO PAG. 23

MALATTIE RARE Diagnosi corretta dopo cinque anni

La storia di Loredana, affetta dalla patologia autoimmune di «Erdheim-Chester»

VECCHIO PAG. 27



Sanicam

Direttore Sanitario:

Dr. Giuseppe Innuso

CONTATTI

CENTRALINO: 095 372149

Info@sanicamcatania.it

www.sanicamcatania.it

SANICAM CATANIA AMBULATORIO POLISPECIALISTICO (EX STATIC)

Da oltre 30 anni a Catania, attenti alla vostra salute - Sanicam: sani per scelta

CENTRO ACCREDITATO E CONVENZIONATO CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

- **Ortopedia:** visita ortopedica, infiltrazioni osteoarticolari cortisone o acido ialuronico.
- **Fisiatria:** visita fisiologica, esame baropodometrico, valutazione posturale (Postural bench).
- **Fisiochinesiterapia:** rieducazione funzionale, diadematica, tens. ultrasuoni, elettrostimolazioni, laser terapia, laser CO₂, magnetoterapia, kinetec, ionoforesi, meccanoterapia, horizontal therapy, tecar terapia, rieducazione posturale, postural bench, massoterapia, terapia occupazionale, linfodrenaggio, mobilizzazione della colonna vertebrale, mobilizzazione medie e piccole articolazioni, riabilitazione neurologica.
- **Elettromiografia**
- **Radiologia:** radiologia tradizionale, ortopantomografia (arcata dentale)
- **Mammografia:** mono e bilaterale, ecografia mammaria, *visita senologica
- **Risonanza magnetica:** osteoarticolare del ginocchio
- **Densitometria ossea:** total body, lombare, femorale mono e bilaterale, morfometria vertebrale.
- **Ecografia:** trans fontanelare, tiroidea, collo per linfonodi, cute e sottocute, muscolo tendinea, osteoarticolare, addome superiore, addome inferiore, addome completo, ecocolordoppler, transvaginale, transrettale, scrotale, del pene, prova funzionale di svuotamento della colecisti.
- **Ginecologia - Ostetricia:** ecografia ginecologica, applicazione spirale (IUD) - monitoraggio follicolare, dtc della portio, asportazione condilomi vulvo-vaginali, doppler ginecologico, ecografia ostetrica (1°- 2°-3° trimestre), ecografia morfologica, ecografia ostetrica 4D, DVD Recorder in gravidanza, screening ecografico 1° trimestre (SCA test) • biochimico, flussimetria materno / fetale, consulenza prenatale.
- **Dermatologia:** visita dermatologica, mappatura del nei, diatermocoagulazione, crioterapia, patch test, prick test, peeling chimico, biorivitalizzazione (viso, collo, decolte, mani) infiltrazioni acido ialuronico.
- **Neurologia:** visita neurologica.
- **Angiologia:** visita angiologica, ecocolor doppler arti superiori e inferiori /t.s.a., terapia sclerosante.
- **Cardiologia:** visita cardiologica • ecg, ecocardiogramma color doppler, e.c.g.

* Prestazioni a pagamento

Via Pasubio, 15 - Catania



[ESTATE. TEMPO DI VACANZE]

Tutti al mare. O è meglio la montagna?

Una meta vale l'altra per chi non ha problemi di salute ma la scelta dev'essere oculata soprattutto per gli anziani

ANGELO TORRISI

L'estate: a chi fa bene e a chi risulta dannosa per la salute. Bisogna fare un distinguo. Occorre, cioè a dire, premettere che un organismo sano e giovane può con serenità affrontare la bella stagione. In tal caso valgono soltanto le raccomandazioni che sono volte a evitare le insidie comuni rappresentate dalla esposizione troppo prolungata ai raggi solari (soprattutto i bambini), dalla frequente ingestione

L'influenza terapeutica del clima

di bibite ghiacciate, dal bagno effettuato nella fase della digestione, dalle ferite riportate sulla spiaggia, al mare o in campagna e non seguite dalla gammaglobulina antitetano, dal colpo di sole e da quello di calore, dal morso di vipera. E ancora: dalle tossicosi alimentari conseguenti a pasti a base di scatolette, di eccessive frittiture e di sostanze piccanti, dalle micosi e dalle piodermiti che derivano da esposizione ai microrganismi patogeni particolarmente presenti nel mare e nelle piscine, dalle enterocoliti e dalle enteriti che imperversano in maniera particolare in concomitanza con il caldo.

Per evitare tutto ciò basta un po' di prudenza da parte di chi si accinge a tuffarsi nelle vacanze in maniera impetuosa e "folle".

Il discorso, invece, è diverso per coloro che devono affrontare la stagione calda in età non più giovane o addirittura in condizioni patologiche.

In tal caso il primo comandamento è rappresentato dalla ragionevole scelta della località, con riferimento soprattutto all'altitudine e al clima cui si va incontro. Per tali soggetti, infatti s'impone la duplice necessità di evitare gli effetti spiacevoli e talora gravi di una scelta sbagliata, e di trarre, di contro, il massimo beneficio

dalla vacanza. Ed è qui che s'innesta il capitolo della "climatoterapia", ovvero della influenza terapeutica esercitata sull'organismo umano dai vari tipi di clima.

E cominciamo dal mare che rappresenta indubbiamente il polo di attrazione principale non solo dei giovani e giovanissimi ma anche di coloro che tali non sono più.

CLIMA MARINO. A chi è utile, dunque, il clima marino e a chi, di contro, esso può risultare dannoso? A trarne indubbi vantaggi sono innanzitutto i

bambini linfatici e più precisamente quelli affetti dalla cosiddetta "diatesi linfatica pastosa". Sono soggetti piuttosto grassi, pigri, svogliati, con scarso appetito, facilmente soggetti a processi infiammatori dell'apparato respiratorio quali tonsilliti, faringiti, otiti, bronchiti.

Per costoro il clima marino unito all'aria all'aperto e al sole contribuisce notevolmente a modificare tale stato. Beneficio dal clima marino traggono pure i soggetti allergici che, in quanto tali, sono afflitti da rinite allergica o da asma bronchiale nonché da altre manifestazioni allergiche a carico della cute quale eczemi, orticaria, pruriti vari. Utilità anche per i soggetti della prima infanzia ridotti da patologie dell'apparato respiratorio quali bronchiti, bronchioliti e polmoniti. Importante, però, evitare a essi gli eccessi di caldo e di umidità nonché, i fattori stressanti.

E, restando sempre nell'ambito dell'infanzia, va sottolineata la benefica influenza dell'elioterapia marina per i soggetti rachitici ovvero per i bambini affetti dalla malattia metabolica dell'osso che è da mettere in relazione a carenza di vitamina D cui fa riscontro una inadeguata esposizione al sole, per l'appunto.

A beneficiare dello stesso clima sono

inoltre coloro che sono affetti da alcune affezioni della cute quali l'eczema e l'acne, le donne con infiammazioni ginecologiche e quelle con disfunzioni endocrine, nonché, quelle con osteoporiosi, i soggetti con affezioni reumatiche quali l'artrosi o con esiti di fratture che stentano a consolidarsi. Giovamento, infine, hanno coloro che sono affetti da forme tubercolari extra polmonari, a carico, cioè a dire, delle linfoghiandole, della cute, dell'apparato genitourinario e di quello osteoarticolare.

Controindicazioni al clima marino, invece, per i bambini e gli adulti affetti da anemie gravi, da leucemia, da malattie renali, da cardiopatie gravi. Niente mare, inoltre, per chi va in-

contro di frequente a crisi tachicardiche, per chi è afflitto da eretismo cardiaco, per chi soffre di patologia gastroenterica cronica, di epilessia, di malattie mentali, di arteriosclerosi allo stato avanzato, di nevrosi in climaterio, di tbc in fase acuta, di convalescenza e grave debilitazione a seguito di malattie acute.

COLLINA. E la collina? Il clima collinare è quello che ha pochissime controindicazioni: possiamo anzi affermare che esso non ne ha proprio. Esso rappresenta l'ideale per i cardiopatici, per i bronchitici cronici, per chi soffre di malattie croniche dell'apparato digerente, per i neurodistonici, per chi presenta grave deperimento organico, per i bambini linfatici e di-

sappetenti, e anche per chi è affetto da forme tubercolari in fase evolutiva.

MONTAGNA. Il clima montano, invece, presenta indicazioni e limiti. Bisogna però fare una distinzione tra media montagna (quella cioè tra i 1000 e i 1500 metri) e alta montagna. Ebbene, a godere dei benefici della media altitudine sono i soggetti i bambini "eretistici" contraddistinti cioè da magrezza, insonnia, linfatismo, facile irritabilità e facile esposizione alle malattie dell'apparato respiratorio. Utile la mezza montagna anche ai piccoli che vanno incontro di frequente a gastroenteriti resistenti alle cure, a quelli affetti da anemie serie, nonché agli adulti convalescenti per

malattie acute importanti o per interventi chirurgici impegnativi.

Vantaggio anche per coloro che soffrono di malattie croniche dell'apparato digerente quali colecistiti, gastriti, ulcera gastrica, disfunzioni epatiche, nonché, per i soggetti ipertiroidei, per coloro che sono ridotti da una pleurite e per i bambini con linfadenite, con adenopatie tracheo-bronchiali, con tbc osteoarticolare. In tali casi occorre che la località prescelta sia contrassegnata da clima asciutto e temperato.

La montagna, e particolarmente l'alta montagna, viene decisamente sconsigliata ai cardiopatici scompensati, ai coronaropatici, agli ipertesi, ai tachicardici, agli arteriosclerotici e ai soggetti eretistici con frequenti palpitazioni. Specie in età avanzata l'altitudine determina infatti l'aumento della viscosità del sangue, l'innalzamento della pressione e l'aumento della frequenza del polso. Altrettanto controindicato il clima montano per coloro che sono affetti da forme tubercolari altamente febbrili e per i nefropatici: in questi ultimi, infatti, l'altitudine causa una ritenzione idrica aggravata dalla mancanza di sudore.

CLIMA LACUSTRE. Il lago, infine. Il clima lacustre è decisamente rilassante dove la sua indicazione in tutte quelle situazioni che non sopportano un'azione eccessivamente stimolante. A risentire beneficamente sono pertanto coloro che sono afflitti da nevrosi d'ansia, da nervosismo, da insonnie ribelli, da isterismo, da distonia neurovegetativa, da disturbi nervosi legati alla menopausa (vampate di calore e sbalzi bruschi dell'umore e della pressione arteriosa). Altre indicazioni importanti sono rappresentate dalle patologie cardiovascolari, da quelle renali croniche, dalle malattie croniche dell'apparato respiratorio specie degli anziani e da quelle dell'apparato osteoarticolare. Praticamente inesistenti le controindicazioni.



IL CONSIGLIO DEGLI ESPERTI. Pelle rugosa, scottature, eritemi, fotoallergie, nonché melanomi, le conseguenze di una esposizione irrazionale

Abbronzarsi sì, ma con prudenza è proibito «scontrarsi» con il sole

L'ansia e il piacere dei primi bagni di mare pone in secondo piano - nella maggior parte dei soggetti e soprattutto nei bambini - quelle norme prudenziali che sono volte a non fare della radiazione solare una brusca aggressione, un insulto fisico, un fattore irritante tale da travalicare e rendere inidonei i meccanismi naturali di difesa dell'organismo di cui l'abbronzatura è la più classica espressione tramite la stimolazione dei melanociti che aumentano la produzione di melanina. Ed è per tale motivo che residuano, da una esposizione irrazionale e intensiva tutte quelle reazioni che sfociano nella patologia o nella sub-patologia e che vanno dalla semplice scottatura al vero e proprio eritema solare (infiammazione che a seconda dell'intensità della fotoesposizione si estrinseca con sintomi crescenti dal fastidio al prurito, al dolore), alle rugosità della pelle che comportano un precoce invecchiamento di quest'ultima, alle fotodermatosi e alla fotoallergia, alla "cheratosi attinica" (zone di cute secca a volte escrescenti e circondate da alone) sino alle neoplasie cutanee di cui il melanoma è l'espressione più grave e drammatica.

Per non parlare degli effetti dei "colpi di sole" che si esplicano con improvviso rialzo della temperatura corporea, rapida disidratazione, e successivi sintomi neurologici e sistemici tali da richiedere addirittura un trattamento medico d'emergenza.

Che fare dunque per far sì che il sole rimanga per adulti e bambini quell'amico della salute che unitamente all'acqua del

mare, oltre a agire beneficamente sulla psiche, esercita un'azione favorente della calcificazione delle ossa, prevenendo nei bambini il rachitismo e favorendo la guarigione di talune affezioni dermatologiche?

Il primo "comandamento" che purtroppo viene disatteso, soprattutto nell'eccezione dei primi bagni da giovani e bimbi, è quello che raccomanda la gradualità nella esposizione: occorre cioè limitare la durata dell'esposizione nelle prime giornate di vacanza abituando la pelle soprattutto quando il soggetto è di carnagione chiara e con capelli biondi ("fototipo basso").

Inoltre, è bene non esporsi tra le 12 e le 15, ore in cui il sole è allo zenit e i raggi ultravioletti sono più intensi. Proteggere gli occhi con occhiali da sole di buona marca al fine di evitare quelle conseguenze alla vista tra le quali la cataratta. Ricorrere sempre agli antisolari sotto forma di creme, oli, stick, lattini scegliendo il fattore di protezione in base al proprio fototipo.

In caso di intolleranze o allergie al sole rivolgersi sempre al dermatologo per la scelta degli antisolari.

Proteggere sempre i bambini che hanno una pelle delicata e si scottano facilmente. Usare creme solari con protezione massima ricordandosi oltretutto che le scottature in età infantile rappresentano un fattore di rischio per la successiva comparsa di melanomi.

Ricordarsi che l'acqua del mare esercita una potente azione riflettente aumentando la quantità di raggi ultravioletti che

colpiscono la pelle.

Anche la sabbia chiara (quale a esempio quella della Plaia di Catania) potenzia i raggi ultravioletti per via dei riflessi. Evitare l'applicazione di prodotti fotosensibilizzanti sulla pelle (farmaci o cosmetici) e non esporsi al sole se si assumono medicinali che possono essere fotosensibilizzanti per via orale. Può essere utile l'impiego di dopo-sole con proprietà lenitive e idratanti dopo l'esposizione al sole. L'abbronzatura dura in media 15 giorni. Per mantenerla più a lungo bisogna evitare di spellarsi. Anche in presenza di foschia i raggi ultravioletti corti raggiungono comunque la pelle e la penetrano.

I raggi penetrano anche nell'acqua sino alla profondità di due-tre metri raggiungendo la pelle. Ci sono anche taluni consigli di carattere dietologico volti a far guadagnare una tintarella ideale e a evitare, al tempo stesso quel "fotoaging" ovvero l'invecchiamento cutaneo dovuto appunto all'eccessiva esposizione al sole che è da addebitare soprattutto ai raggi ultravioletti e che si estrinseca con tutta una serie di alterazioni quali un ispessimento della cute, un aumento della tramatura cutanea, la comparsa di rughe e di veri e propri solchi, discromie, cheratosi pigmentate, sindromi lentiginose e microcricatrici.

«Secondo una studiosa del settore - la dottoressa Riccarda Serri di Roma presidente dell'associazione internazionale di Ecodermatologia - una corretta alimentazione è indispensabile alla pelle sotto il sole. I cibi da privilegiare? La frutta, innanzitutto, nonché la verdura di stagione:

pomodori, rucola, peperoni, albicocche, melone. E inoltre pesce a volontà che notoriamente fornisce proteine magre e acidi grassi insaturi (gli Omega 3) nonché tutti i prodotti che contengono vitamina A, B5, C, E. In sintesi: la A (che è particolarmente concentrata nelle carote, nelle albicocche e nel melone) mantiene la funzionalità dei tessuti riparando al tempo stesso le cellule danneggiate dai raggi ultravioletti favorendo un'abbronzatura omogenea. La B5 (acido pantotenico) di cui sono particolarmente ricchi i semi di sesamo protegge dai danni della eccessiva esposizione. La C (presente nella frutta fresca, negli ortaggi come i pomodori e i peperoni nonché nel succo degli agrumi) partecipa alla sintesi del collagene mantenendo tono e compattezza del mantello cutaneo mentre la vitamina E che è particolarmente concentrata nell'avocado e nel germe di grano, contribuisce a combattere i radicali liberi prodotti in condizioni di estrema luce solare.

Un discorso a parte meritano infine le varici. E a tal proposito è meglio tagliare corto. Il sole, attraverso qualunque radiazione da esso prodotta, risulta micidiale per tutti i tipi di dilatazione dei vasi sanguigni, dai capillari alle varici più o meno diffuse e pronunziate, sicché chi ne è afflitto deve sobbarcarsi il sacrificio di coprirsi le gambe con un'asciugamano possibilmente inumidita alternando magari l'esposizione a lunghe passeggiate in riva al mare che esercitano un'azione fortemente positiva sulla circolazione sanguigna periferica.

A. T.



PROTEZIONE 15 «SCUDO» INSUFFICIENTE. Le creme solari con fattore di protezione pari a 15 potrebbero non garantire uno «scudo» efficace contro il tumore della pelle provocato dall'esposizione «selvaggia» ai raggi ultravioletti. Meglio quindi optare per un prodotto che abbia almeno un Spf 30. E' quanto raccomandano le linee guida pubblicate dal National Institute for Health and Clinical Excellence (Nice) britannico. E secondo il Nice le indicazioni contenute nel documento possono valere per Paesi come il Regno Unito, mentre non sono adatte a zone con il clima più caldo. Il problema principale degli schermi medi come il 15, avvertono gli esperti, è che moltissime persone non ne spalmano quantità sufficienti: raramente vengono applicati 2 milligrammi per centimetro quadrato di pelle.

[ESTATE. ABBRONZATURA]

MOND
medico

Tintarella tutto l'anno molti sì, qualche no e il divieto per i minori

L'oncologo. «Occhio ai tempi di esposizione ai raggi Uva»

GIUSEPPE PETRALIA

Siamo già in estate, la stagione che ci offre la possibilità di recarci al mare dove oltre a godere di un buon bagno ci si può esporre ai raggi solari per abbronzare la pelle. Quello della tintarella attraverso i raggi solari è il sistema naturale e anche il più utilizzato. Ci sono però molte donne, ma anche uomini (in genere si tratta di giovani) che da qualche tempo, durante l'anno, ricorrono sempre più ai metodi artificiali per avere la pelle abbronzata come quella che si può ottenere in estate con i raggi solari.

E così, grazie al fenomeno crescente dei centri abbronzanti, presenti ovunque nel mondo, e grazie anche ai prezzi dei trattamenti decisamente a buon mercato, la tintarella artificiale è in continua espansione. Andare a fare un bagno o una doccia di "sole", anche se - come dire - è innaturale, per alcuni è diventata una vera e propria abitudine.

Ma, affrontando l'argomento dal punto di vista sanitario, viene da chiedersi: fa bene al corpo il metodo di abbronzatura artificiale? Le risposte a questo interrogativo sono contrastanti perché una parte di dermatologi inserisce nella lista nera i raggi Uva artificiali, perché li considera i primi fattori di rischio per i tumori della pelle.

L'abbronzatura artificiale ad alta intensità, precisano, ha solo conseguenze negative, sia negli effetti a breve termine, come l'arrossamento, la disidratazione, il prurito e la nausea, sia

negli effetti a lungo termine come rughe, photoaging e tumori della pelle e quindi viene sconsigliato, categoricamente, l'uso di rimedi artificiali per avere un colorito esotico e quindi suggeriscono di usare una crema solare con alto fattore di protezione.

Ma c'è chi non la pensa nello stesso modo. Per esempio l'oncologo Natale Cascinelli, responsabile del Programma melanomi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), asserisce che nell'esposizione del proprio corpo al sole quello che conta sono i tempi, perché la qualità dei raggi Uva

Molti nei e pelle chiara? Cautela con le «lampade»

artificiali e naturali non cambi.

Per il medico la tintarella ha un effetto benefico sul nostro corpo perché dai raggi Uva ricaviamo il 90% della vitamina D circolante nel nostro organismo, una sostanza molto importante per i suoi effetti benefici, che agisce su quattromila geni e che ha un importante ruolo anti-cancro.

Su un punto comunque i medici concordano: l'utilizzo di creme solari. Essenziali ed economiche oppure ricercate e di lusso, essere garantiscano sicurezza ed efficacia, dichiarando nella confezione qual è il loro fattore di protezione.

In Europa, indipendentemente dal prezzo di questi prodotti, si può quin-

di stare tranquilli ed essere certi che ciò che offrono gli scaffali dei supermercati, le profumerie o le farmacie, sono filtri solari che rispondono a requisiti fissati per legge. Ma la novità su cui bisogna prestare attenzione è che sull'etichetta deve essere indicato il fattore di protezione nei confronti non solo dei raggi Uvb ma anche Uva.

In Toscana il trattamento estetico dell'abbronzatura artificiale è stato vietato ai minori per l'abuso che questi ne fanno. In generale, i giovani sono tra le persone a cui i sanitari sconsigliano la tintarella artificiale. Lo stesso parere deve essere seguito dalle persone che hanno la pelle molto chiara e da quelle che hanno molti nei, perché l'esposizione alla «lampada» potrebbe causare gravi scottature e danni all'epidermide, come d'altronde accade con i raggi solari.

Occorre quindi usare con criterio le lampade abbronzanti senza dimenticare di considerare il colore naturale della pelle a cui corrisponde un tempo limite di esposizione.

Nel giugno 2006, tramite un documento scientifico, è stata espressa un'opinione da parte del comitato scientifico europeo sui prodotti di consumo (Scpp). Tra le varie considerazioni in esso contenute si sono evidenziate alcune carenze normative. Una di queste è che in Italia a oggi non è ben definito un limite massimo di irradiazione efficace, indipendentemente dalla classe di appartenenza della lampada abbronzante. Il comitato scientifico ha richiesto pertanto un limite massimo di 0,3W/m². E affini-



ché si possa attuare questo cambiamento, ha dato un anno di tempo agli enti preposti per la modifica delle normative vigenti.

Cerchiamo di riassumere alcuni punti fondamentali: dal 23 Luglio 2007 tutte le apparecchiature per l'abbronzatura commercializzate in Italia, sia nuove sia usate, devono rispettare il limite massimo di irradiazione efficace inferiore a 0,3W/m². Quindi è necessario per ogni macchi-

na un documento che attesti e certifichi il rispetto del valore massimo d'irradiazione efficace.

Per i tempi di esposizione non si può generalizzare, in quanto l'adeguamento consente alle apparecchiature abbronzanti di rispettare i limiti di irradiazione imposti e non si è perciò reso necessario diminuire di potenza i tempi di esposizione, che per pelli molto abbronzate non superano i 12 minuti.

CAUTELA

I trattamenti abbronzanti attraverso lampade a raggi uva e solarium richiedono particolare cautela e da poche settimane sono espressamente vietati ai minori di 18 anni, alle donne incinte ed ai soggetti con particolari patologie o che si scottano facilmente al sole. Chi cerca la tintarella tutto l'anno, deve fare attenzione ai tempi di esposizione

Nuova Diagnostica

Dir. Sanitario Dott. Emanuele Rapisardi

CATANIA VIALE XX SETTEMBRE, 66
TEL. 095 317488 - FAX 095 313530

ACICASTELLO VIA RE MARTINO, 199
TEL. 095 272614



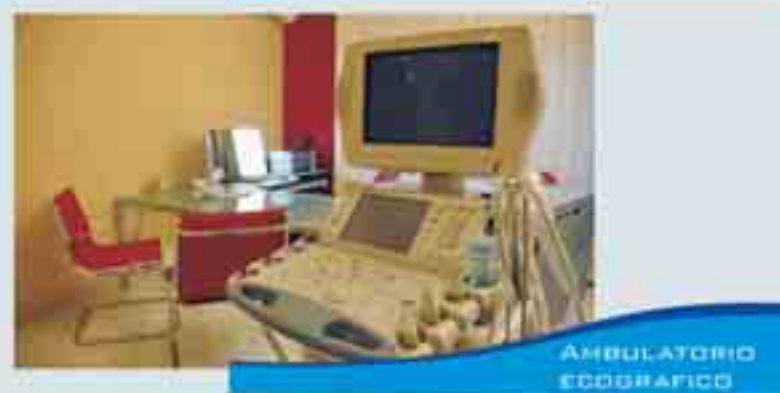
INGRESSO



AMBULATORIO



SALA D'ATTESA



AMBULATORIO ECOGRAFICO

Dal 1929 è il più antico studio radiologico di Catania, noto da sempre per l'indiscutibile professionalità ed umanità del Dr. E. V. Rapisardi nel rapporto con il paziente. Lo studio è stato recentemente ristrutturato con ammodernamento delle apparecchiature radiologiche, con integrazione di una diagnostica interamente digitalizzata, di uno studio di ecografia multidisciplinare (addominale, muscolo-scheletrica, doppler vascolare, pediatria), di una risonanza magnetica sia articolare che multidistrettuale (tramite convenzioni con strutture esterne), di una mammografia digitale con studio senologico supportata dalla presenza di un chirurgo senologo, di una struttura ambulatoriale multidisciplinare con l'ausilio di specialisti in neurologia, ortopedia, ginecologia, chirurgia generale, reumatologia, medicina estetica, etc. Tale struttura è, inoltre, coadiuvata da personale paramedico tecnico ed infermieristico, con specifiche competenze nell'ambito radiologico. Il paziente viene accolto in ambiente ospitale, secondo i moderni criteri di deospitalizzazione ormai diffusi in tutta Europa, con sala d'attesa climatizzata, filodiffusione, impianto TV. È stato, inoltre, riaperto il noto studio di Acicastello che presenta le medesime caratteristiche sia professionali che di ospitalità ed accoglienza.

Lo studio applica le medesime tariffe del Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

RADIOLOGIA DIGITALE
ORTOPANTOMOGRAMMA
RM ARTICOLARE
ECOGRAFIA MULTIDISCIPLINARE
MAMMOGRAFIA
RADIOLOGIA DOMICILIARE
AMBULATORIO MULTISPECIALISTICO

WWW.NUOVADIAGNOSTICA.COM



[ESTATE. ALIMENTAZIONE]

Frutti di mare in tavola crudi (o cotti) e mangiati ma compriamoli vivi

L'esperto. «Il rischio maggiore è l'intolleranza all'alimento»

PIETRO DI GREGORIO*

Ogni volta che si verifica una contaminazione alimentare si diffonde un grande allarme tra la popolazione, che reagisce spesso in modo irrazionale. Come smettere di consumare quei prodotti che, in qualche modo, potrebbero essere fonte potenziale di rischio. Fra le specialità alimentari prelibate rientrano i frutti di mare, termine che comprende ostriche, vongole, fasolari, telline e cozze, tanto per citarne alcuni, denominati molluschi lamelli-branchi bivalvi. Alcune informazioni sulla biologia e sui caratteri organolettici possono essere utili per i risvolti di tipo medico.

Le cozze (mitili). Fra i più consumati bivalvi, hanno due componenti: la parte esterna (conchiglia) e il contenuto (mantello) formato dai diversi organi vitali; quelle dei nostri mari hanno dimensioni di 7-8 cm e sono riconoscibili per il colore nero o nero violaceo del guscio. Le spagnole sono di colore bruno-fulvo. I maschi hanno il contenuto di colore giallo chiaro, le femmine arancione.

La filiera prevede un sistema di autocontrollo igienico (Haccp) che ogni operatore nel settore della produzione di alimenti deve mettere in atto e i controlli dei servizi veterinari. La commercializzazione in reticelle deve riportare il nome commerciale del mollusco, la data di confezionamento, la data di scadenza e ed è obbligatorio specificare che devono essere vivi al momento dell'acquisto. Le cozze vanno mantenute in frigo a 6°C e consumate possibilmente in giornata previa cottura di 5-10 minuti. Per quanto riguarda il valore nutritivo, analogamente

agli altri bivalvi, contengono 10-12% di proteine, vitamine (A e B), sali minerali e 2-3% di grassi, in prevalenza colesterolo.

Le telline. Anch'esse molluschi bivalvi vivono infossate nella sabbia delle zone litorali; penetrano per pochi centimetri nel fondo sabbioso e vi stazionano estroflettendo verso l'alto due sifoni, uno inalante l'altro esalante. Vanno consumate vive e non sono edibili se aperte; devono essere commercializzate in sacchetti di rete con indicata la data di confezionamento. Le telline rientrano nelle restrizioni del nuovo regolamento per la pesca

In genere i molluschi bivalvi crescono in acque controllate

nel Mediterraneo, che impone reti con le maglie più larghe e per le draghe o i rastrelli da natante usati per le telline la distanza di 300 metri dalla costa.

Le vongole. Sono molluschi dalla conchiglia robusta formata da due valve uguali di forma arrotondata; sebbene possano raggiungere i 5 cm, generalmente non superano i 3,5 cm; vivono infossate nei fondali sabbiosi in prossimità della costa, in genere a non più di 12 metri di profondità, ed emergono solo i loro sifoni, necessari alle vongole per nutrirsi. Sono molluschi filtratori e si nutrono di tutto ciò che è presente, piccoli organismi vegetali o animali, nell'acqua. Le vongole veraci coltivate in Italia provengono da acque lagunari e pertanto devo-

no essere sottoposte ad un processo di depurazione prima di essere vendute. La vongola è molto apprezzata dal mercato: è commercializzata essenzialmente viva e sulla confezione deve essere riportato il marchio Cee, che ne garantisce la provenienza sicura; va consumata il più presto possibile: dal momento dell'acquisto si potrà mantenere in frigorifero per non più di un giorno.

Le ostriche. Sono molluschi con conchiglia esterna rugosa con macchie brune e viola, composta da due valve che hanno una forma variabile; generalmente sono tondeggianti e vengono tenute assieme da una sorta di cerniera; l'interno delle valve è liscio e di colore bianco, formato da materiale madreperlaceo. Possono raggiungere al massimo il diametro di 15 cm. Sono una specie filtratrice, cioè si alimentano filtrando l'acqua e trattenendo plancton ed altro materiale organico in sospensione; vivono sui fondali costieri, fino ad una profondità di 40 metri, appoggiate sul fango o attaccate alle rocce. Oggi l'allevamento è la condizione generale di produzione dell'ostrica negli altri Paesi europei; in Italia è in atto il tentativo di valorizzare i banchi naturali, pescando le ostriche, separandole per taglia e affinando il gusto in vivai sospesi in mare aperto. Le ostriche devono essere vendute in confezioni sigillate, con indicata la data e il centro di raccolta. Al momento dell'apertura della conchiglia l'ostrica deve essere viva, cioè reagire quando la si tocca.

Caratteristica comune dei molluschi bivalvi è quella di filtrare l'acqua per nutrirsi con quanto di organico (plancton o altro) trovano in sospensione e, in particolare le cozze, possono filtrare fino a 50-70 litri di acqua al giorno; ciò comporta il rischio che se l'acqua contiene microrganismi, possano incamerare nel loro interno virus (in particolare il virus dell'epatite A e i Norovirus), batteri (quali Salmonelle ed Escherichia coli), e, se presenti, sostanze tossiche prodotte da alcune alghe, oltre che metalli pesanti quali rame e nichel. Per tali premesse i frutti di mare vengono considerati "spazzini del mare". Tuttavia sono considerati prelibatezze e fanno ormai parte della nostra cucina mediterranea. Il rischio maggiore del consumo di frutti di mare è quello della intolleranza causata dalla ricchezza in istamina, responsabile della sintomatologia caratterizzata da prurito, vomito, dolori addominali e diarrea, ma le problematiche più frequenti sono dovute alle intossicazioni alimentari dovute al consumo crudo o alla provenienza da acque non pulite. Per tale motivo la maggior parte dei frutti di mare cresce in acque controllate con test anche settimanali, so-



prattutto per l'Escherichia coli; la depurazione avviene in vasche di acqua marina con impianti a raggi ultravioletti, che uccidono i batteri ma non i virus. Il trattamento più sicuro è la cottura, che, se elimina batteri e virus, non ripara dal rischio di contaminazione di tossine (alghe) o metalli pesanti. Analizzando la filiera dei frutti di mare si comprende come le insidie di contaminazione batterica, virale, e non solo, li seguono passo passo, dalla raccolta, alla coltivazione, alla distribuzione, al consumo. Possono verificarsi, pertanto intossicazioni per l'ingestione di tossina preformata (da stafilococchi), infezioni intestinali virali (Norovirus), tossinfezioni alimentari per la presenza contemporanea di batteri e della loro tossina (B.cereus), infezioni intestinali batteriche con germi produttori di tossine (Escherichia coli) e infezioni intestinali batteriche con germi enteroinvasivi (Salmonelle). I sintomi sono piuttosto simili caratterizzati da nausea, vomito, diarrea, a vol-

te febbre. La cura è in prevalenza sintomatica (in particolare idratazione). L'epatite A è la forma virale più benigna e spesso poco sintomatica; si manifesta con ittero, nausea, ipercromia delle urine. I ricci. A differenza dei bivalvi non sono filtratori, vivono nei substrati rocciosi, sono per lo più erbivori brucatori e la loro dieta è a base di alghe. Le due specie, Arbacialixula, conosciuta come "riccio nero" o "riccio maschio" e Paracentrotus lividus, conosciuto come "riccio viola" o "riccio femmina", quando formano dei tappeti nelle rocce spogliano del tutto la vegetazione della zona dalle alghe. La parte edibile molto apprezzata dai buongustai di tutto il mondo è rappresentata dall'apparato riproduttivo disposto a spicchi di colore arancione nelle femmine e giallo più o meno chiaro nei maschi. I ricci non filtrano l'acqua come i bivalvi e pertanto comportano minori pericoli per la salute, ma attenzione alle spine.

* Infettivologo

IL MENU AMICO DELLA PELLE AL SOLE

L'arcobaleno del pinzimonio per antipasto. Come primo piatto il rosso acceso della pasta col sugo al pomodoro, cucinato in padella e rigorosamente con la buccia. Verdure variopinte anche per secondo e per chiudere un dessert a base di frutta.

Tutto condito con gli aromi della macchia mediterranea e il verde dell'olio extravergine d'oliva. Ecco servito il menu amico della pelle sotto il sole. Il segreto? Attingere alla tavolozza dell'orto e mangiare in multicolor. Perché «in cucina dobbiamo essere pittori». La ricetta dell'estate arriva da Sara Farnetti, nutrizionista del Policlinico Gemelli di Roma, esperta di alimentazione funzionale.

Per prima cosa però la specialista vuole sgombrare il campo da un falso mito. I fanatici della tintarella che si abbuffano di carote per acquistare una gradazione cromatica da podio si illudono. Gli «abbronzanti» da tavola non esistono, anche se mangiando è possibile proteggersi da alcuni danni causati dal sole. A patto di scegliere gli ingredienti giusti e di evitare i ogni caso l'overdose di raggi Uv.

«Sfatiamo l'idea che esistano alimenti in grado di aumentare la produzione di melanina», dice Farnetti. «È vero però - conferma - che alcuni alimenti aiutano a migliorare l'incarnato regalando un colorito dorato, e che altri, grazie al loro potere cosiddetto antiossidante, sono utili a difendere la pelle dall'azione dannosa dei raggi solari che aumentano la produzione di radicali liberi», le mine vaganti associate all'invecchiamento precoce e al rischio di contrarre il cancro.

In sintesi, lo scudo anti Uv ha il sapore della frutta e della verdura, spiega la nutrizionista. Ma per non sbagliare, e per non sforzarsi di memorizzare l'elenco infinito delle virtù di ogni dono dell'orto, «l'imperativo è mangiare vario e soprattutto mangiare a colori. Bisogna essere pittori del piatto - ripete Farnetti - mixiamo almeno tre colori ogni volta» perché soltanto così possiamo essere sicuri di assumere tutto ciò che

Attingere dalla tavolozza dell'orto cucinare e mangiare in multicolor

serve: carotenoidi, flavonoidi e tutte le vitamine dell'alfabeto. Compresa la vitamina Pp che aiuta a proteggere dalle scottature».

I primi colori alleati sono quelli della gamma compresa fra il giallo e il rosso, «ricchissimi di carotenoidi» - sottolinea Farnetti - primo fra tutti il beta-carotene».

Porte aperte quindi alle carote (ne bastano cento grammi per coprire il doppio del fabbisogno di vitamina A), insegna la nutrizionista, alle albicocche («mangiandone due al mattino si arriva alla metà del fabbisogno»), ma anche a papaya e mango per chi ama la frutta

esotica oppure, per i consumatori più «patriottici», a melone, pesche gialle e peperoni sia rossi sia gialli. Ne guadagneranno la salute e il colorito.

Scrigno di carotenoidi è anche il «re» della dieta mediterranea, ossia il pomodoro che racchiude un vero e proprio tesoro fatto di licopene. Ma attenzione: «usiamolo fresco e maturo. Mangiamolo con la buccia, altrimenti il contenuto di licopene si riduce di molto - avverte Farnetti - spezziamolo direttamente in padella e cuciniamolo con l'olio perché la componente grassa è indispensabile per veicolare al meglio il licopene».

Sempre nel pomodoro, oltre al beta-carotene e oltre al licopene, nella versione cruda troviamo anche tanta vitamina C, che è un potente antiossidante. «La natura non ci dà mai alimenti che contengono un solo elemento antiossidante» - precisa l'esperta - come, anzi proprio, di un sapiente alchimista ci confeziona direttamente dei mix multivitaminici».

Cocktail che non hanno bisogno di ritocchi o di «aiutini» perché sono già dotati alla perfezione da madre natura.

La nutrizionista dice sì alla classica pasta al pomodoro come primo piatto. «Ma con il sugo preparato in padella e

con l'olio», ribadisce. «Proibito farne a meno. L'importante è non esagerare. Poi, se è olio extravergine di oliva ci donerà anche un tot di vitamina E. Nel condire poi abbondiamo pure in aromi come basilico, salvia, timo e maggiorana che sono ricchi di fenoli. E più fenoli ci sono più un cibo è antiossidante». E, cilegiana finale, aggiungiamo noi, l'aglio. Un valido aiuto per il cuore. Se il sapore non piace basta lasciarlo intero e poi buttarlo a fine cottura.

Ma a soccorrere la pelle sotto il sole non c'è solo l'«orange power». «Sono utilissimi anche gli ortaggi verdi come gli asparagi, gli spinaci o il peperone verde - elenca Farnetti - crudi sono una miniera di carotenoidi e di vitamina C». Mentre i carotenoidi resistono alla cottura - evidenzia la nutrizionista - cuocendo l'alimento la vitamina C si perde. ecco perché asparagi, spinaci e peperone verde vanno consumati crudi».

Per fare il pieno di orac, l'unità di misura che esprime il potere antiossidante di un determinato alimento (Oxygen Radical Absorbance Capacity), la nutrizionista promuove dunque a pieni voti gli ortaggi in versione pinzimonio o insalatina mista. Armati dunque di coltello e tagliere, affettare in quantità «spinaci crudi ricchi di vitamina C, asparagi crudi che oltre alla vitamina c contengono anche acido folico e tante sostanze minerali utili alla pelle, e infine peperone verde che contiene una quantità di vitamina C ben 5 volte superiore all'arancia e due volte maggiore del kiwi.



G. G.

SMART FOOD

Meno calorie per battere i tumori

La migliore arma per difendersi dai tumori? «Smart food al posto dei fast food». È l'assunto che stanno cercando di dimostrare all'Istituto europeo di oncologia (Ieo) di Milano. Parola d'ordine: restrizione calorica. Gli scienziati dell'Irccs fondato da Umberto Veronesi sono al lavoro su una mappa di alimenti, per ora se ne conoscono solo di origine vegetale, in grado di simulare un apporto calorico ridotto. Alimenti che, se assunti dall'organismo, prolungano l'aspettativa di vita e riducono l'incidenza di malattie croniche, e pare anche del cancro, in molte specie animali. Un esempio dei cibi sotto la lente di ingrandimento: uva, aglio, fragole. Niente di concreto per ora. Solo alcuni studi.

I ricercatori dell'Istituto si tengono sul vago e traggono le strade che hanno intenzione di seguire. «Sembra che alcuni composti di origine vegetale siano in grado di

mimare la restrizione calorica, una condizione improponibile da sostenere per tutta la vita», dichiara Pier Giuseppe Pellicci, direttore del Dipartimento di oncologia sperimentale. Ecco perché gli scienziati studiano una via alternativa: sfruttare l'azione di particolari molecole isolate per ora dal mondo vegetale che agiscono sulle stesse vie metaboliche attivate o spente dalla restrizione calorica. «Si aprono così due strade: una è quella di trasformare queste sostanze in farmaci e l'altra, per la quale noi propendiamo, è quella di inserire strategicamente nella dieta gli smart food che le contengono», riassume Pellicci.

[OBESITÀ. LE DIETE]



«Diffidate di chi promette miracoli»

Il dott. Leonardi: «C'è in vendita la salute ed è un grande business. E' importante rivolgersi agli specialisti»

IL DECALOGO

Le regole base

- 1) Seguire una dieta equilibrata e varia; svolgere una vita attiva
- 2) Evitare le "diete fai da te"
- 3) Alternare restrizioni ad eccessi alimentari può causare un aumento di peso
- 4) Non seguire le diete di amici o conoscenti, non sono personalizzate
- 5) Spesso le diete pubblicizzate dai mass-media non hanno base scientifica
- 6) Non praticare il digiuno o diete squilibrate o troppo restrittive o che escludono gruppi di alimenti
- 7) Sottoporsi ad accertamenti per valutare lo stato di salute prima di iniziare una dieta dimagrante
- 8) Chiedere il parere del medico e/o del nutrizionista e/o del farmacista prima di assumere integratori
- 9) Praticare metodiche dimagranti invasive solo se prescritte e applicate dal medico
- 10) La chirurgia dell'obesità è indicata per i soggetti grandi obesi e richiede controlli clinico-nutrizionali post-operatori per un lungo periodo di tempo

OMBRETTA GRASSO

Lo dice proprio senza mezzi termini: siamo nel far west. «C'è in vendita la salute ed è un business enorme». L'affare colossale che impazza nei più noti salotti tv come sui giornali è quello che fa scivolare sull'orlo di una crisi di nervi le donne alla prova bikini, ma che ormai coinvolge pure uomini e adolescenti. Siamo diventati un Paese in sovrappeso, spesso ai confini dell'obesità. E siamo bombardati da diete di ogni tipo. «Per questo bisogna diffidare di chi promette miracoli ed è importante rivolgersi ai medici specialistici. Se ho bisogno del ginecologo, non vado dall'oculista. Lo stesso deve avvenire per il dimagrimento: rivolgersi sempre a chi si occupa di dietetica e nutrizione clinica», spiega il dott. Francesco Leonardi, segretario nazionale FeSin (Federazione delle Società Italiane di Nutrizione Ad - Sinpe - Sinu - Sino - Sio - Sisa) e direttore dell'Unità operativa di Dietetica e Nutrizione Clinica dell'Ospedale "Cannizzaro" di Catania.

Il «credo» dietetico di Leonardi è racchiuso in poche parole: consapevolezza, cultura nutrizionale, alimentazione mediterranea, lotta alla sedentarietà e a chi promette tutto e subito. «In un Paese in cui il 50% della popolazione è sovrappeso o obeso abbiamo pensato che fosse necessario fare chiarezza, distinguere la prevenzione dall'ambito clinico». E' nato così il decalogo FeSin che traccia le regole base della nostra dieta. Ma che non basta a chi combatte la ciccia. «C'è un bisogno legittimo di stare bene con se stessi - prosegue il dott. Leonardi - ma l'obesità non deve essere vissuta come un proble-

ma di ingordigia personale, è una patologia ad andamento cronico. Ci sono molti fattori che concorrono, dal patrimonio genetico all'ambiente allo stile di vita. Si inneggia alla magrezza ma si vive in un mondo che porta a scelte qualitative e quantitative errate e che induce alla sedentarietà. Il punto è nell'approccio del soggetto che deve poter fare scelte consapevoli. Per questo è necessario un team multidisciplinare, come l'unità operativa di dietologia e nutrizione, per aiutare non a fare una dieta nel senso di privazione-punizione ma a

fare una scelta adatta alla propria vita, per avere risultati che si possono mantenere nel tempo».

Rifuggite, quindi, dalla dieta fai-da-te o copiata dall'amica. «Ad esempio, ora va di moda l'iperproteica, ma se prolungo questo tipo di dieta avrò dei danni perché senza i carboidrati, che sono il nostro carburante, si intaccano muscoli e massa magra».

Cosa fare, allora? «Non affidarci troppo a chi propone l'abbigliamento della soluzione immediata, non pensare di perdere peso in 10 giorni perché se non si cam-

bia, quei chili torneranno. Non avere la bilancia come unico arbitro. Lavorare invece sulle proprie capacità. Dopo l'interazione con il medico e con il team riuscire a cambiare quattro-cinque cose delle proprie abitudini. Usare tecniche di coping ed empowerment. Valutare il contesto e chiedersi cosa si può davvero fare, ad esempio se si mangia spesso fuori casa o se si fa una vita sociale troppo intensa per mettersi al riparo da errori ripetuti e fare la scelta adatta alla propria vita. E poi ci vuole una cultura nutrizionale che oggi è invece confusa da mi-

glia di messaggi, dalla diet industry, dai media». Un consiglio per tutti? «Fare assolutamente movimento, mezz'ora di vita attiva ogni giorno: una passeggiata, salire le scale, nuotare in estate». Una situazione che colpisce anche i ragazzi, ai quali Leonardi negli anni scorsi ha dedicato un prezioso progetto specifico nelle scuole. «La vita dei bambini? No colazione, no pranzo tutti insieme, no frutta e verdura, no carboidrati, no gioco del pallone... Tutti no sbagliati sostituiti da dolci e bevande zuccherate che portano verso l'obesità».

DIETA MEDITERRANEA

L'Italia, e soprattutto il Meridione, dovrebbero essere la patria della dieta mediterranea, termine in realtà ignorato dal 60% della popolazione. Non è più così? «Abbiamo il ricordo della dieta mediterranea - commenta il dott. Leonardi - ma viviamo in una società globalizzata con cibi già pronti che sono troppo salati ovvero troppo dolci. Non mangiamo abbastanza cereali e legumi, né abbastanza ortaggi e frutta. Bisognerebbe mangiare pochi grassi, ma di qualità, come l'olio d'oliva; consumare zuccheri, dolci e bevande zuccherate nei giusti limiti perché è difficile immaginare tutta una vita senza un pezzetto di buon cioccolato; variare spesso i cibi, usare poco sale e bere tanta acqua. Dare spazio a sapori e profumi più che ai condimenti, tanti aromi estivi e non salse complicate; frazionare i pasti nella giornata; mantenersi sempre attivi e non aspettarsi tutto e subito».

O. G.



ALIMENTAZIONE SANA E VITA NON SEDENTARIA SONO FONDAMENTALI PER METTERSI E RESTARE IN FORMA



17 GIUGNO 2011

Una Dissezione Aortica, Aneurismi Pelvici e Malattia Infiammatoria Intestinale. Cosa hanno in comune? Quale approccio?
Discussants: Claudio Cinà - Riccardo Castorina

24 GIUGNO 2011

Un paziente con una massa dell'emitorace destro, una nel sinistro e una nel mediastino. Quale trattamento?
Discussants: Francesco Caronia - Tommaso Nicolosi

1 LUGLIO 2011

Una Ischemia Cardiaca post-operatoria dopo un intervento di Chirurgia Maggiore. Qual è il trattamento ottimale?
Discussants: Pietro Battaglia - Claudio Cinà

8 LUGLIO 2011

Un paziente con una emorragia retroperitoneale spontanea. Operare o non operare?
Discussants: Sergio Castorina - Filippo Pisciotta

15 LUGLIO 2011

Una sindrome coronarica acuta. Chirurgia o rivascolarizzazione miocardica percutanea?
Discussants: Leonardo Patanè - Salvatore Tolaro

Tra il Presidente Provinciale della FIMMG, Domenico Grimaldi e per il C.C.D. "G.B. Morgagni", Salvatore Castorina si è convenuto di avviare una esperienza di confronto tra Medici di Base e di Medicina Generale, con Operatori in varie specialità. Oggetto del Workshop sarà di volta in volta un caso clinico complesso vissuto dai presentatori e discusso nei vari aspetti (approccio diagnostico - approccio terapeutico). Vengono discusse tutte le possibili diagnosi differenziali oltre che l'appropriatezza delle procedure diagnostiche strumentali del caso e terapeutiche: chirurgiche tradizionali, mininvasive o mediche. Viene commentata la serie di eventi occorsi, il decorso fino alla conclusione, sia essa positiva che negativa. L'esperimento che viene avviato a partire dal 17 giugno vuole essere una palestra di dibattito che giovi alla qualità professionale del territorio.

DISCUSSIONE DI CASI CLINICI COMPLESSI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DI BASE
AULA G. MOSCATI, VIA DE LOGU 17, CATANIA - INIZIO ORE 19.00, CONCLUSIONE ORE 20.30

I "Workshop" proseguiranno a partire del 23 settembre. I colleghi afferenti a strutture pubbliche o private oltre che i colleghi di medicina di base possono proporsi con casi loro occorsi.
Contatti: segreteria del Workshop 095/238228
E-mail: presidenza@morgagnict.it



[OBESITÀ. IL NUTRIZIONISTA]

Calabrese contro il sondino «Sono soltanto scorciatoie»

«E' una violenza metterlo a chi sta bene. Non la chiamerei dieta ma digiuno»

UNICO ALIMENTO

Chi ha chili in eccesso e nessuna particolare malattia deve introdurre tutti gli alimenti, non solo le proteine

I DANNI

Nell'organismo si produce un eccesso di azoto che minaccia i reni, il fegato e il cuore e si ha la chetosi

RISCHIO DIALISI

Anche i polmoni vanno in sofferenza ed entra in crisi pure il cervello. Il rischio dialisi è in agguato

ANNA RITA RAPETTA

Una tecnica che piace ai vip, ma che divide gli esperti. Si tratta di dieci giorni di alimentazione liquida da introdurre nel corpo attraverso un tubicino naso-gastrico e che permetterebbe di perdere il 10% del peso.

Nata per chi ha gravi problemi di obesità e per le persone che non hanno più lo stomaco, questo trattamento negli ultimi tempi ha riscosso molto successo tra soggetti in sovrappeso, ma anche tra individui che si sono prefissi lo scopo di perdere in pochissimi giorni quei chili in più, e sempre più spesso viene utilizzato come metodo di dimagrimento rapido da nomi noti dello spettacolo. C'è, però, chi dice «no» alla cannula e la considera una «violenza» se utilizzata su pazienti sani, seppur in sovrappeso. Come il professor Giorgio Calabrese, dietologo-nutrizionista e docente di Nutrizione umana all'Università di Piacenza, che mette in guardia dagli effetti collaterali della cura del sondino promettendo battaglia a chi ne fa un uso, a suo parere, troppo disinvolto. E punta il dito contro l'inventore della Nec (la nutrizione enterale chetogena), il prof. Cappello. «Queste sono scorciatoie - ammonisce infatti Calabrese - e le scorciatoie servono solo a chi le prescrive, non certo a chi le subisce!».

Le sei maggiori società scientifiche di nutrizione, dietetica e scienza della nutrizione riunite nella federazione Fesin in un documento approvato qualche giorno fa hanno detto no alla dieta del sondino naso-gastrico. Anche lei ha espresso giudizi molto severi su questa tecnica che sta prendendo piede in Italia...

«Se una persona, seppure in sovrappeso, è in condizioni normali, deve mangiare e bere regolarmente, anche se è a dieta. E deve introdurre tutti gli alimenti, in modo diverso ricchi di proteine, zuccheri, minerali, carboidrati. Considero una violenza alimentare mettere un sondino a chi sta bene. A mio avviso, certi trattamenti vanno usati solo per chi sta veramente male. Poi in questo caso, non parlerei proprio di dieta, ma prati-

camente di digiuno. Il sacchetto con cui si viene alimentati è carico di proteine al 100%. Si pensi che, proprio le proteine, non dovrebbero rappresentare più del 10/15% del fabbisogno quotidiano. Insomma, con questo trattamento si introduce un unico alimento. Si tratta di poche proteine, che però in un regime così squilibrato risultano essere in eccesso».

Vuol dire che questo sovraccarico di proteine può danneggiare l'organismo?

«L'eccesso di proteine si traduce in eccesso di azoto che minaccia i reni, il fegato e il cuore. Se si introducono solo proteine, eliminando carboidrati, zuccheri e grassi, l'organismo va in chetosi. Ci ricordiamo i bambini quando hanno l'acetone? La situazione è uguale. Il bambino sta male, ha nausea, piange. E la mamma che cosa fa: chiama il pediatra che prescrive una terapia per far guarire il bambino».

Cosa succede esattamente al nostro corpo?

«Quando l'organismo non assume quantità sufficienti di carboidrati (zuccheri e amidi), inizia a consumare le proprie scorte di grasso come fonte di energia: ciò porta alla formazione, come prodotti di scarto, dei corpi chetonici. La chetosi, che è una malattia molto pericolosa, perché può portare al coma diabetico». **Insomma, è una sorta di forzatura metabolica pericolosa per l'organismo?**

«Fegato e reni devono lavorare di più per eliminare l'azoto delle proteine. Ma anche cuore e polmoni vanno in sofferenza.

Ed entra in crisi anche il cervello che usa prima gli zuccheri, poi i grassi e infine le proteine».

Ma anche solo se si segue il trattamento per una volta, vale a dire per dieci giorni?

«In genere i cicli vengono ripetuti più volte. Quindi, alla fine, non si tratta solo di dieci giorni. In alcune persone questo sovraccarico renale può creare danni molto gravi. Si potrebbe rischiare anche la dialisi. E poi, dovrebbe sentire le testimonianze di chi ha fatto il trattamento: i primi tre giorni stanno malissimo, hanno un forte senso di nausea, stitichezza e problemi a urinare perché i chetoni sono degli anoreizzanti. Ripeto, questa è una soluzione per pazienti gravissimi, per i mala-



Una soluzione solo per casi gravissimi



«No alle pappe iperproteiche»

Italia ai primi posti per prevalenza di baby oversize: si stima che i piccoli in sovrappeso o obesi tra i 5 e i 17 anni siano 1,2 milioni. E se si focalizza l'attenzione sulla fascia 6-9 anni si parla di più di uno su tre. Ora i pediatri puntano il dito contro l'eccesso di proteine, in particolare quelle del latte, e con l'abitudine «cattiva» di introdurre troppo precocemente il latte vaccino nella dieta dei bebè. La tesi, confermata dallo studio europeo Chop, condotto in 5 Paesi europei fra cui l'Italia, è che così aumenti il rischio di obesità. E i medici dei piccoli arrivano a dettare un contrordine alle mamme: niente parmigiano nelle pappe fino a un anno di età. Nei primi due anni di vita la regola è: introito di proteine controllato. Non superare neanche i 20 gr. di carne o formaggio e i 30 gr. di prosciutto.

ti di tumore, per chi non ha più lo stomaco, per gli obesi gravi, mentre il professor Cappello usa questa tecnica anche sui bambini e per fare perdere peso a chi ha tre chili in più... è un'assurdità! E' un po' come fare quindici cortisoni in un giorno a un paziente con la bronchite per farlo guarire più in fretta».

I chili però si perdono, ma lei mette in dubbio anche l'efficacia di questo metodo?

«Comincio a vedere parecchi pazienti che hanno messo il sondino e poi hanno riacquisito peso. Tutte persone che si erano alleggerite di parecchi chili ma che non sono poi state in grado di conservare la linea. I loro esami clinici, peraltro, non sono per nulla confortanti. Molti valori risultano sballati. E poi, questo lo scrivo: tempo fa vidi una persona con il sondino a via Veneto e ho pensato a un tumore. Dopo un po' ne è spuntata un'altra e per un attimo ho pensato che ci fosse stata una fuga dalla rianimazione di qualche ospedale... Questa tecnica è invasiva, squilibrata e deleteria. La dieta è equilibrio e dietro c'è un lavoro medico che il mio collega non fa. Esami del sangue, cuore, regime personalizzato. Niente di tutto questo, cose che neanche al su-

permercato!».

Il professor Cappello, dal canto suo, sostiene che la Fesin si è messa di traverso perché la dieta del sondino impoverisce le tasche dei nutrizionisti...

«Ma secondo lei perché io non la faccio? Perché sono un cretino? Ricorda il mago delle pillole, il dottor Mathias Christian Zohoungbogbo. Noi nutrizionisti lo denunciammo 15 anni fa e due settimane fa è stato condannato a 8 anni e 2 mesi di carcere perché continuava a prescrivere il suo Mhat-80 complex dagli effetti anoreizzanti. Prima o poi queste cose tornano».

Giorni fa Adi, Sinpe, Sinu, Sinupe, Sio e Sisa (le società facenti parte della Fesin) hanno chiamato in causa l'ordine dei medici e chiesto un provvedimento affinché si impedisca di prescrivere o praticare la dieta del sondino perché manca di evidenze scientifiche e che sottoporre un paziente a questo trattamento è una furberia...

«A tal proposito... sono esterrefatto! Non è possibile che l'ordine dei medici non abbia ancora avviato un'indagine per fare chiarezza. Abbiamo un presidente per bene, ma disattento a certi meccanismi».

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA «POLICLINICO - VITTORIO EMANUELE»

«Odontoiatria speciale riabilitativa» struttura unica nel panorama nazionale

L'UOC di Odontoiatria speciale riabilitativa nel Paziente disabile dell'AOU "Policlinico Vittorio Emanuele" di Catania è un reparto specificamente dedicato al trattamento di patologie odontoiatriche per utenti affetti da disabilità psico-fisiche, psichiatriche o da malattie croniche altamente invalidanti.

Sin dalla sua istituzione e cioè dal 2003 (guidata dal dr Riccardo Spampinato), la struttura per la peculiarità di garantire percorsi assistenziali dedicati ai disabili risulta essere unica nel panorama nazionale. In particolare, grazie al know-acquisito da personale altamente specializzato, l'UOC si occupa della cura odontoiatrica e della riabilitazione masticatoria.

La presa in carico dei pazienti avviene grazie ad un approccio multidisciplinare, al quale partecipano, oltre agli odontoiatri, specialisti delle discipline coinvolte in un percorso diagnostico-terapeutico, tra cui: anestesista, cardiologo, internista, ematologo, gastroenterologo, chirurgo generale, chirurgo pediatra, otorino, ortopedico, oculista, fisioterapista della riabilitazione.

L'UOC di Odontoiatria speciale ha assicurato assistenza a circa oltre 7.500 utenti (tra disabili e "special needs" cioè persone affette da malattie croniche quali HIV, HCV, cardiopatie) che prima non potevano fruire di assistenza odontoiatrica specifica in strutture dedicate alle loro particolari esigenze di cure odontoiatriche, sopportando, loro e i familiari, enormi difficoltà per risolvere delicati problemi assistenziali.

Il prossimo 20 giugno la struttura verrà trasferita dal Po S. Marta, in locali più ampi ed accoglienti e precisamente al primo piano del Padiglione E del Presidio Ferrarotto di Via Citelli.

All'inaugurazione è prevista la parte-

PRONTO SOCCORSO

RIQUALIFICATA L'AREA D'EMERGENZA

L'area d'emergenza dell'Aou Policlinico - Vittorio Emanuele è stata oggetto di interventi di riqualificazione. In particolare, sono stati rinnovati gli arredi, tinteggiate le pareti, sostituite le barelle con nuovi acquisti. Sono stati inoltre acquisiti due nuovi locali adiacenti al Pronto Soccorso da utilizzare per l'isolamento di pazienti potenzialmente infettivi ed è stata poi attivata una postazione per la visita oculistica in urgenza (Pronto Soccorso oculistico). Quanto alle liste d'attesa, queste sono state rese trasparenti con la trasmissione in tempo reale dei tempi stimati per l'accesso in Ps attraverso due monitor posti nelle sale d'attesa dell'elenco dei pazienti identificati da un codice numerico. Sono stati infine concordati alcuni percorsi diagnostico-terapeutici con Uo dell'Azienda al fine di assicurare una più appropriata e qualificata assistenza ai pazienti, che riguarda i pazienti con TIA ed Ictus, quelli con patologie pneumologiche e i pazienti con vertigini. Il Ps generale opera nell'ospedale V. Emanuele.

cipazione dell'arcivescovo di Catania mons. Salvatore Gristina, oltretutto dei vertici aziendali (dr Armando Giacalone, dr Gaetano Sirna, dr Giuseppe Di Pietro) e di altre autorità, tra cui l'assessore regionale della Salute Massimo Russo, il sindaco di Catania Raffaele Stancanelli, il presidente della provincia

etnea Giuseppe Castiglione, nonché i direttori generali e sanitari delle Aziende sanitarie siciliane.

Anche per soddisfare una crescente domanda sanitaria (con un 30% di pazienti provenienti da fuori Provincia e Regione), l'Aou ha inteso pianificare l'attivazione di posti di ricovero in regi-

me ordinario, in camere ad alto comfort alberghiero, dove potranno essere ospitati i pazienti e loro rispettive famiglie.

Tale traguardo rappresenterà un ulteriore segnale di attenzione verso le esigenze dei parenti dei disabili, non più costretti a ricorrere a strutture alberghiere.



PERSONALE DELL'UOC DI ODONTOIATRIA SPECIALE RIABILITATIVA NEL PAZIENTE DISABILE

Così il «Cup» ridurrà costi e liste d'attesa

Centro unico prenotazioni. La rimodulazione avviata dall'Aou migliorerà il servizio agli utenti

L'offerta sanitaria nella nostra regione è ampia, ma non omogeneamente diffusa. Il capoluogo etneo, in particolare, è caratterizzato per la presenza di importanti Aziende ospedaliere ed universitarie, e non dispone di presidi affidati alla competenza dell'Azienda sanitaria provinciale come nel resto del territorio, comportando nel corso degli anni il progressivo impegno delle Aziende ospedaliere nelle attività ambulatoriali, arrivando ad erogare in ambito urbano la stragrande maggioranza delle prestazioni specialistiche richieste. L'attuale assetto organizzativo, nell'ottica della trasparenza e della riduzione degli atti amministrativi, rivisto e attestato a nuova rimodulazione delle attività, prevede la costituzione di un nuovo sistema unico di prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali (Cup) per il primo accesso dei pazienti. Tale sistema avrà la totale competenza aziendale integrando anche le funzioni delle altre Aziende sanitarie della provincia. A regime si interfaccerà con il Cup regionale in fase di attuazione.

Nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico Vittorio Emanuele" le attività ambulatoriali sono numerose e particolarmente qualificate. Sono presenti Centri di riferimento regionale e nazionale per numerose branche cliniche. Le dotazioni strumentali contemplano apparecchiature sofisticate di ultima generazione ed in alcuni casi esclusive per il territorio, le professionalità esistenti sono riconosciute dall'utenza che è fidelizzata a scelte motivate.

In tale contesto la rimodulazione, in atto avviata, del

Cup prevede: l'acquisizione di un potente software per la gestione informatica, l'aggiornamento costante delle agende delle prenotazioni, l'attivazione di un call center dedicato all'azienda, la gestione continua attraverso un gruppo di lavoro dedicato contattabile dall'utenza. Il sistema consente la ripartizione delle prenotazioni secondo criteri di ordine temporale (-la prima data utile), e/o geografica (l'ambulatorio più vicino) o di attrazione professionale, al fine di favorire al meglio l'utenza. E' prevista una specifica regolamentazione della sospensione dell'erogazione delle prestazioni in caso, ad esempio, di guasto improvviso di una apparecchiatura con il richiamo dei pazienti e la riprogrammazione delle prenotazioni. Il sistema è in grado di gestire agende di lavoro giornaliera o settimanale, fornire report, sviluppare analisi statistiche, lanciare alert di sistema agli operatori, indicare prescrizioni o preparazioni speciali per l'esecuzione degli esami specialistici. Le prenotazioni delle prestazioni saranno raccolte dagli operatori del call-center e i punti di prenotazione informatizzati aziendali, tenendo conto delle priorità assegnate dal Medico di famiglia nelle richieste: U, urgente da effettuarsi entro 24/48 ore - B, breve entro 10 giorni - D, differibile entro 30 giorni - P, programmabile entro 180 giorni.

I medici prescrittori si varranno quali linee guida dei cosiddetti R.A.O. - raggruppamenti di attesa omogenei, che nascono dall'analisi metodologica e scientifica delle patologie e delle esigenze diagnostiche in ordine al tempo di

esecuzione ed alle risorse disponibili. Tale approccio si pone l'obiettivo di ridurre l'inappropriatezza nelle prescrizioni, assicurando in tempo l'esecuzione degli esami urgenti. Il sistema informatico prevede, a tal fine, l'utilizzo di un algoritmo matematico in grado di gestire le richieste in urgenza, evitando fenomeni di drop-out (mancata presentazione senza disdetta) e di doppia o tripla prenotazione. Risulta essere, infine, un formidabile metodo di monitoraggio delle liste d'attesa e di analisi della domanda.

Gli specialisti delle nostre Unità operative potranno, invece, programmare in agende separate le prestazioni ambulatoriali previste quali controlli nell'ambito di follow-up o di protocolli clinici. La complessità delle prestazioni erogate nell'azienda consente la possibilità di individuare, altresì, percorsi di cura di II livello, quali gli screening oncologici per i tumori della mammella o dell'utero o per lo scompenso cardiaco ed il diabete, per i quali, in adesione a modelli di umanizzazione, sono previste progettualità coinvolgenti in un unico percorso di cura strutture specialistiche territoriali ed ospedaliere. Punto di forza di tali progetti la presa in cura del paziente, intesa quale cura dei bisogni (dal francese soign), cioè una doppia cura, con l'intervento in ospedale e sul territorio di tutor, facilitatori e referenti clinici, counselor psicologici ed assistenti sociali.

In questo contesto le prestazioni specialistiche potranno essere erogate secondo una programmazione dedicata.

DOTT. MAURILIO DANZI

Aou Policlinico Vittorio Emanuele

[OBESITÀ. IL SONDINO]



GABRIELLA BELLUCCI

"E' con la semplicità che si ottengono risultati, non con le cose complicate". E' questo il punto di forza che il prof. Gianfranco Cappello, del Policlinico Umberto I di Roma, indica a difesa della sua tecnica dimagrante. Che non è una dieta ma una cura del sondino contro l'obesità, in grado di far perdere anche dieci chili in dieci giorni.

"Nutrizione Enterale Chetogena" (Nec) si chiama, ed è balzata agli onori della cronaca anche per le polemiche sollevate da diversi nutrizionisti. "Io non temo la pubblicità negativa - replica il prof. Cappello - perché, siccome non faccio propaganda, per me contano i fatti. E i fatti fino a oggi mi danno ragione".

Professore, le viene contestato, per esempio dal prof. Calabrese, un eccessivo uso di proteine che potrebbe causare danni alla salute: accuse infondate?

"Calabrese è un ottimo dietologo ma secondo me non ha capito di cosa si tratta realmente. Lui sostiene che do troppe proteine; altri dietologi, che non sono d'accordo con la mia cura, dicono invece che ne do troppo poche. Lo vuole sapere? Secondo me sono giuste, anche perché ogni ciclo del trattamento dura dieci giorni. La quantità di proteine che io somministro è la quantità che corrisponde al

fabbisogno di una persona normale: l'equivalente di 100 grammi di hamburger a pranzo e altrettanti a cena. Per cui la contestazione che mi fa Calabrese, e cioè a dire che si tratta di una quantità sproporzionata di proteine, che può portare addirittura al rene artificiale, non esiste".

Dunque nessun caso di gravi effetti collaterali?
"Assolutamente no. Certo, c'è da dire che su 31 mila pazienti che ho curato in cinque anni, può succedere che abbia scontentato qualcuno".

Come quella paziente che è andata in tv alla

trasmissione «Mi manda RaiTre»?

"Ma certo!".

Come si spiega allora l'avversione di dietologi e nutrizionisti al sondino?

"Le visite di Calabrese costano molto, mentre il metodo del sondino eseguito da tutti i centri in Italia, che adesso sono 11 con l'ultimo arrivato di Palermo (il sabato li riunisco in un'aula e tutti sono collegati via web per partecipare alla discussione) ha costi molto contenuti: 20 euro al giorno tutto compreso. Ma attenzione: durante questi 10 giorni di cura il paziente non mangia altro, per cui risparmia una colazione, un pranzo e una cena. Quindi, alla fine, questo metodo viene a costare meno di un'alimentazione tradizionale".

"E la differenza è - aggiungo - che in una dieta normale, come dice Calabrese, si perdono da due a quattro chili al mese, col sondino si perdono in dieci giorni dai sette ai dieci chili. Inoltre, mentre la dieta è una cosa che funziona semplicemente se la fai, nel caso del sondino la fame va via automaticamente e si dimagrisce. Una cosa del genere si capisce che non può piacere ai dietologi... Eppoi, io sostengo che questa cura va fatta in un certo contesto. Voglio dire che, dopo il trattamento, il

Cappello: «E' giusta la quantità di proteine che somministro»

«Corrisponde a 200 grammi di hamburger al giorno»



paziente lo mando dal dietologo. Se c'è la necessità".

Per la dieta di mantenimento?

"Naturalmente. Ma guardi che tutti i pazienti che vengono da me, in precedenza sono andati dai dietologi, io non sono il primo medico che vedono. Ci sono casi in cui è l'ortopedico che manda da me i pazienti obesi, o il chirurgo, o il cardiologo: il professionista, cioè, che ha bisogno di avere rapidamente un dimagrimento del paziente per intervenire".

"L'ultima trovata, sa, è che l'obesità non si cura né con la dietologia né col sondino, ma in centri multidisciplinari ospedalieri o universitari. In Italia ci sono sei milioni di obesi, e i centri non sono sufficienti per trattare tutti".

Vengono da lei soltanto persone realmente obese o anche persone leggermente in sovrappeso che cercano una scorciatoia?

"Il peso medio dei 31 mila pazienti è di 100 chili: le donne 97 e gli uomini 116. Una media che si sta riducendo progressivamente: quest'anno siamo già a 90 chili, perché comincia a venire molte gente che deve perdere meno peso".

E lei in questi casi è sempre favorevole?

"Non sempre; spesso consiglio di fare dello sport o di andare dal dietologo perché è anche un'occasione per imparare a gestire il proprio peso in maniera più equilibrata".

Vede, io non ho mai fatto propaganda a questa cura. Adesso se ne parla tanto perché i dietologi mi hanno messo in mezzo, ma sono i pazienti, da cinque anni a questa parte, che si sono chiamati tra loro".

Vuole dire che il passaparola vince sulle polemiche?

"Sì. Però mi dispiace che alcune persone mettano in discussione la mia professionalità, come se fossi un ragazzino. Ma io

sono un professore di chirurgia dell'università di Roma. Adesso sono il medico più ricco di Roma perché i pazienti sono molti, ma ho abbandonato la chirurgia per dedicarmi a questa tecnica. Se la difendo in modo così convinto è perché so per certo che l'obesità è un vero e proprio dramma, e il sondino dà risultati evidenti. Le dirò, la mia metodica sta convincendo non soltanto in Italia: da poco è partito il primo centro a Londra, ma apriamo presto a Lanzarote, poi in Danimarca e anche a Parigi".

Lei rivendica la paternità del sondino?

"Io sono l'inventore. O meglio, l'idea non è mia ma di un professore di Harvard, che lo applica nel post-operatorio dei pazienti ospedalizzati per ridurre la perdita di proteine e far metabolizzare i grassi. Quello che ho fatto io è stato applicare la nutrizione artificiale domiciliare a questa tecnica, per cui il paziente non lo fa più in

RICERCA AMERICANA

IL FUMO ANNEBBIA L'APPETITO

Molti fumatori che vorrebbero perdere il vizio desistono per paura di ingrassare, ma ora grazie a una ricerca Usa questo inconveniente potrebbe essere risolto. Infatti è stato scoperto come fa la nicotina a ridurre l'appetito, e questo potrebbe portare allo sviluppo di nuovi farmaci antiobesità. Resa nota sulla rivista Science è la scoperta di Marina Picciotto della Yale University e di Marinella De Biasi del Baylor College of Medicine. «Abbiamo scoperto come fa la nicotina a ridurre l'appetito - ha spiegato Picciotto - la nicotina si lega ai recettori di alcuni neuroni dell'ipotalamo». L'ipotalamo è il centro che controlla l'appetito, ha spiegato l'esperta, e in questa regione sono presenti neuroni che rispondono alla nicotina. Sulla loro superficie c'è una «serratura» in cui si inserisce la nicotina bloccando la fame. E' proprio legandosi a questi recettori che la nicotina induce i fumatori a mangiare meno. «Pensiamo sia possibile ideare farmaci che abbiamo come bersagli questi recettori - ha detto Picciotto - per aiutare chi hanno paura di smettere di fumare perché preoccupato di ingrassare».

ospedale e per vena, ma a casa col sondino".

Come funziona?

"Il paziente viene in un centro Nec, compila una scheda che serve per una valutazione medica. Non faccio fare particolari esami di routine perché si tratta di somministrare una quantità normale di proteine. Pensi che questa cura l'ha fatta perfino un paziente di 89 anni, ma l'età media è di 42. Poi viene fatto un esame per misurare la quantità di grasso: naturalmente, se la quantità eccedente è poca noi scoraggiamo il paziente a sottoporsi al trattamento".

"E ancora: prima di mettere il sondino i pazienti partecipano a un corso di tre ore in cui spieghiamo tutto, non soltanto per fare un'istruzione collettiva su come funziona il trattamento ma anche per far sentire lo spirito di gruppo e di condivisione tra persone che hanno gli stessi problemi. Dopodiché viene data una pompa portatile (per la quale i pazienti lasciano una caparra di 300 euro che poi restituisco. Sono stato costretto a farlo perché le pompe non mi tornavano indietro), si applica il sondino naso-gastrico, che, mi creda, non dà alcun fastidio, e il paziente va a casa".

E' previsto un monitoraggio nei giorni successivi all'applicazione?

"Per tutta la durata del ciclo teniamo contatti costanti: i pazienti possono chiamare me in qualsiasi momento, oppure dialogare con venti segretarie che raccolgono messaggi dalle 8 del mattino alle 20. Passati i dieci giorni il paziente torna in ospedale, si fa una valutazione complessiva, e alla fine gli si mostra un film che spiega come fare per mantenere il peso nel prosieguo. Eventualmente indichiamo al paziente uno psicologo, o un dietologo (per esempio a Roma abbiamo un ottimo rapporto con Del Toma che è un medico bravissimo)".

Quanti sono in media i cicli del trattamento?

"I miei pazienti in genere hanno fatto una media di due cicli e mezzo di sondino. E in media sono dimagriti di 12 chili, quindi tutti e 31 mila insieme hanno perso qualcosa come 350 tonnellate di grasso! La cosa bella è che tutti scendono di peso, non esiste che un obeso non dimagrisca alcuni chili".

Ma può sottoporsi al sondino solo chi è obeso per eccesso di alimentazione o anche chi lo è per disfunzioni patologiche?

"Io tolgo solo il grasso. Certo, se il paziente è psicofabile la cura è da sconsigliare, non la può fare. Così come i ragazzi in età pediatrica che rischierrebbero l'anorexia. Ed è il motivo per cui al di sotto dei 14 anni non permettiamo assolutamente una dieta con il sondino. A meno che non si tratti di obesità mostruose, come quei due ragazzi di undici anni (i più giovani che abbiamo curato) che pesavano 120 chili e per i quali il rischio dell'anorexia quasi non esiste".

All'interno della pompa ci sono esclusivamente proteine?

"Solo proteine, e alcuni elettroliti. Poi diamo naturalmente anche delle vitamine nel corso dei dieci giorni e una compressa per ridurre l'acidità dello stomaco, che tende ad aumentare quando non si mangia. Come si vede, è tutto molto semplice".

L'UNICA RISONANZA MAGNETICA A CIELO APERTO PER SOGGETTI CLAUSTROFOBICI

La Diagnostica CFT STUDI DI RADIOLOGIA

CATENANUOVA

PIAZZA ARMERINA

BARRAFRANCA

MrOpen (Magnetic Resonance Open) rappresenta una nuova frontiera in Risonanza Magnetica (RM).

E' infatti la prima ed unica apparecchiatura RM superconduttiva al mondo "a cielo completamente aperto", essendo costituita da due corpi ellissoidali contrapposti attraverso cui scorre un lettino/poltrona. Scompare pertanto il classico "tubo" e non esiste alcuna barriera al di sopra del paziente. Ciò consente l'esecuzione "a cielo aperto" di tutti gli esami RM, anche di quelli a livello del capo e della colonna cervicale. Tali esami in particolare, in tutte le attuali RM "aperte" esistenti -stante l'apertura solo da un lato, avvengono infatti con una barriera a poca distanza dal volto del paziente.

L'innovativo gioco magnetico ad "U" rappresenta pertanto una soluzione ideale per soggetti claustrofobici, in quanto la totale eliminazione di ogni barriera tra il paziente e lo spazio sovrastante determina un approccio estremamente rassicurante a tutti gli esami RM. La possibilità di un sollevamento dello schienale assicura un'ulteriore comfort.

Via Libertà, 118 - Catenanuova (EN) - Tel e Fax: 0935.76214 Cell. 393.9100467 www.ladiagnostica-cft.it



[OBESITÀ. LE STORIE]

PATRIZIA DE BLANCK

«Sì alla dieta del sondino fa dimagrire tanto e in pochissimo tempo»

«Durante il trattamento si possono assumere solo liquidi»

ARIANNA AUGERO

Patrizia De Blanck, frizzante personaggio televisivo - la ricordiamo nel 2002 in Chiambretti c'è e nel 2008, tra i partecipanti al reality show «L'isola dei famosi 6» dove si classifica al quarto posto - con la bilancia non ha, diciamo, un rapporto esemplare, e di diete ne ha fatte svariate. Più di una volta si è sottoposta al sondino naso-gastrico.

Mettere il sondino è stato un po' come tornare a soffrire la fame, come il soggiorno all'Isola dei Famosi?

"Oh no, decisamente no. Vedi, dimagrisco proprio male all'Isola e vai incontro ad un sacco di problemi (allo stomaco soprattutto) e a disfunzioni metaboliche. Mangi un pugno di riso ogni tanto, oppure se vince l'altra squadra non mangi proprio niente: io ho mangiato persino gli scarafaggi, tanta era la fame. Credimi, cara, tutti quelli che sono stati all'Isola dei famosi, dopo sono tornati malandati. Ben altra cosa è il sondino che invece contiene tutte le sostanze che ti servono per alimentarti. Tanto è vero che sia durante sia alla fine del «trattamento» non ho avuto alcun fastidio. E la differenza fondamentale con le altre diete è che non senti fame perché hai un infuso proteico che ti nutre".

Lei è una bella donna, come dire, in carne. Perché per eliminare qualche chilo di troppo ha scelto una terapia d'urto come questa che in genere si consiglia agli obesi?

"Nelle diete non sono costante, la dieta col sondino fa calare tantissimi chili in pochissimo tempo. E io - a dire la verità - mi sottopongo volentieri a sacrifici anche duri ma non per tanto tempo".

Come ha saputo della dieta del sondino?

"Come avviene il più delle volte, grazie al passaparola. Sono stata informata da alcuni amici. La cosa mi ha incuriosito e così ho pensato di approfondire le notizie parlando con il medico di base. Mi ha convinto. E così l'ho provato. Cosa ne penso? E' perfetto!".

Il sondino è fastidioso?

"I primi tempi che giravo per Roma col sondino al naso che tra l'altro è fissato alla guancia con una striscia di nastro adesivo, amici e conoscenti mi fermavano per chiedermi se stavo male. Imbarazzante? Sì certo, ma non più di tanto. Dimagrire era più importante e così facevo spalucce e uscivo ugualmente. Mica potevo fare la reclusa in casa".



“

I miei sgarri? Caffè e latte mattutino e zampetti di maiale

Sondino e borsetta: è possibile svolgere le normali attività quotidiane?

"L'unica «rottura» è che devi girare col borsone che contiene la sacca col liquido, ma io avevo trovato una borsa a tracolla e uscivo lo stesso. Questa pompa che spinge il liquido attraverso il tubo, se fai movimenti sbagliati sibila. Fu divertente una volta che stavo tra la folla e la pompa ha cominciato a fischiare. La gente si girava nella mia direzione ma non capiva da dove proveniva quel rumore. E io a ridere e a ridere...".

Durante il trattamento, cosa si può mangiare?

"Mangiare? Noooo. Non puoi mangiare niente per 9-10 giorni. Era consentito soltanto l'uovo sodo. Ma una piccola digressione l'ho fatta: non ho mai rinunciato al caffè e latte. In compenso puoi bere quanto vuoi purché senza zucchero. In realtà, la sete non si sente affatto, perché con il sondino «ingurgiti» quasi due litri d'acqua al giorno. Comunque per dirla tutta uno sgarro grosso l'ho fatto: non ho saputo resistere agli zampetti di maiale. Però

sono calata lo stesso, magari forse un chilo di meno. Ma che importa...".

Ha avuto effetti collaterali o anche solo fastidi di sorta?

"Niente di niente. Soltanto un momento di debolezza nei primi giorni della dieta".

Conosce persone che si sono sottoposte a questa terapia e che non hanno avuto risultati?

"Macché. Sono tutti dimagriti e pure bene. Pensi, un mio amico che aveva tentato altre diete senza successo ha perso 10 kg in 10 giorni".

E lei? Quanti kg ha perso?

"7 kg in 10 giorni. E' una terapia d'urto che serve a far perdere peso velocemente ma tendi a riprenderli; quindi devi ripeterla dopo 15 giorni. Io ho ripreso subito qualche chilo. Poi ho abbinato un'altra dieta, quella messa a punto da Gianluca Mech, la Tisanoreica: è un regime alimentare che serve a mantenere il peso. Si sospendono i carboidrati che vengono sostituiti dall'assunzione di speciali pietanze che tutelano la massa muscolare. Il lato positivo è che non soffri perché mangi molto e i cibi sono buoni. Se la fai periodicamente, ad esempio per tre giorni, perdi almeno tre chili e c'è di buono che poi non li riprendi".

E allora, si sentirebbe di consigliare la dieta col sondino nasogastrico?

"Sì assolutamente, ma dovrebbe essere seguita dalla Tisanoreica. Almeno, io la penso così".

GIULIA, IMPIEGATA

«Ho utilizzato il sondino ma non lo rifarei i chili persi si riprendono»

«Epoi è impossibile resistere per 10 giorni ai morsi della fame»

ANNA RITA RAPETTA

"Novanta chili di libidine e bontà", cantava Concato negli anni Ottanta trasformando in poesia gli sforzi della procace Rosalina che dopo una giornata di sport cedeva alla tentazione dei bigné. Ma c'è poca poesia, e chi ha tentato lo sa, nello stare a dieta. 191 chili di Giulia, davanti allo specchio, diventano prosa. Quei rotoli messi su durante e dopo le due gravidanze, tramezzino su tramezzino, diventano una specie di ossessione. Giorno dopo giorno, il guardaroba si sguarnisce, fare shopping si trasforma in un'impresa, l'autostima finisce sotto i piedi, le relazioni sociali si fanno più difficili e l'amore oscilla tra l'entusiasmo di aver perso un paio di chili e il senso di colpa di averne ripresi tre.

Dopo vari tentativi andati a vuoto Giulia S., impiegata quarantenne romana, decide di ricorrere a quello che in principio considera un rimedio miracoloso. Perfetto per lei che non riesce a seguire un regime alimentare corretto per via dello stile di vita tipico della mamma di oggi: famiglia, lavoro, casa, e zero tempo libero. Ne ha sentito parlare dalla parrucchiera da una signora che l'aveva provata con risultati soddisfacenti. Allettata dall'idea di perdere peso in poco tempo e, in apparenza, senza troppo sacrificio, si è fatta coraggio e, superata l'iniziale riluttanza a farsi inserire il sondino, ha affrontato quest'esperienza. Che non ripeterebbe.

E quindi non consiglierebbe questa tecnica a chi ha i suoi stessi problemi

"Appunto. Questo è un metodo che scavalca le abitudini. Una volta tolto il sondino, in poco tempo, si ritorna al punto di partenza. E poi non è così facile come sembra resistere dieci giorni".

Come si vive con un sondino nasogastrico?

"L'inserimento del sondino in sé non è doloroso anche se ti rimane una sensazione di fastidio alla gola finché non lo togli. I risultati si vedono sin dall'inizio. Io ho perso anche un chilo e mezzo al giorno. Ma quanto è stata dura! Innanzitutto c'è da dire che la borsetta che contiene pompa e soluzione proteica sono un impiccio. Mi pesava portarli appresso tutto il giorno e ho cominciato ad avere anche una postura sbagliata del collo... leggermente piegato verso il sondino forse nel timore che si tirasse via. E poi, la sacca della soluzione proteica contiene massimo un



“

Dopo sole 48 ore mi sentivo l'alito fetido e la bocca impastata

litro, la pompetta manda 85 ml all'ora. Questo per dire che se la riempivo alle 8 di mattina, dopo 10 ore, alle 8 di sera la dovevo riempire nuovamente, e la carica successiva avrei dovuto farla intorno alle 4 del mattino. Ho aggirato il problema facendo un carico da mezzo litro prima di andare a dormire ma ogni volta atanagliata dal dubbio di non aver calibrato bene la dose col misurino".

Dalle difficoltà pratiche a quelle fisiche. Ha avuto qualche altro problema?

"I primi due giorni sono sopportabili, forse anche per via dell'entusiasmo. Poi l'alito comincia a farsi fetido e la bocca è sempre impastata. Al terzo giorno ho iniziato a sentire i morsi della fame e quindi, come mi avevano consigliato al centro, ho fatto una purga per eliminare i carboidrati dall'intestino. La nausea dovuta alla purga mi faceva passare la fame finché non smaltivo l'effetto perché poi riprendeva. Una volta ho vomitato, ed è uscito anche il sondino. E poi, l'idea di mangiare anche una semplice pasta al pomodoro non mi ha mai abbandonato. Non

avevo voglia di cioccolata o dolciumi come al solito, ma di pasta sì... e invece solo caffè non zuccherato e acqua mentre il resto della famiglia comunque continua a mangiare e tu a cucinare. E' stata una tortura".

E il contatto con la gente?

"Sul posto di lavoro le reazioni sono state le più disparate: dagli sguardi compassionevoli alle domande indiscrete. Una volta una signora mi ha chiesto informazioni perché voleva fare la stessa cura, e un'altra che l'aveva fatta mi ha incoraggiato e avrei voluto sprofondare quando a voce non proprio bassa si è raccomandata: «Mi raccomandando faccia la purga! La purga è l'unica cosa che fa passare la fame». Ero a disagio quando camminavo tra la gente, mi sentivo osservata e giudicata. In un bar mi hanno servito un caffè in bicchierino monouso pensando forse che avessi qualche malattia infettiva, in un altro mi sono sentita vietare il bagno con un imbarazzato «E' guasto». Ma poco prima avevo visto entrare una persona. Infine c'è il contesto domestico, con due bambini piccoli senza le forze per stargli appresso. Anche loro ne hanno sofferto. Di giorno facevo fatica a concentrarmi e la sera ero distrutta. Il risultato: mi sono svuotata giorno dopo giorno ritrovandomi con la pelle flaccida. Il tutto per riprendere il peso perso nel giro di pochissimo tempo... Il sondino alla fine l'ho rimosso da sola. E ora? Boh, per il momento mangio, poi si vedrà".

CALVIZIE
Una tecnica rivoluzionaria!

F.U.E.
follicular unit extraction

Scopri di più sulla filosofia e sulle applicazioni delle più moderne tecniche (senza bisturi)

Nuova tecnica per il trapianto dei capelli

www.fuehair.it info 0931.417144 334.7931372

I.R.M.A.
Istituto di Ricerca e Medicina Allergica

iscritto all'ALBO NAZIONALE DEI LABORATORI DI RICERCA decreto MIUR n° 1417/GU n° 160 del 12/07/05
iscritto all'Anagrafe Nazionale delle Ricerche - codice 21881191 - Direttore sanitario e tecnico-scientifico: dott. Giovanni Tringali

MEDICINA DI LABORATORIO DI ELEVATO LIVELLO TECNOLOGICO E PROFESSIONALE

POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO DI:
Allergologia Clinica e Molecolare, Angiologia, Endocrinologia, Genetica Medica, Ginecologia, e Neurologia
Diagnostica allergologica avanzata per farmaci alimenti (221 alimenti) in microarray
Immunoterapia specifica orale per la cura delle allergie
Diagnosi farmacocoallergia senza ricovero - Indagini forensi e Test di Paternità

CONSULENZA GENETICA - LABORATORIO DI CITOGENETICA E DI GENETICA MOLECOLARE
Corsi di formazione ECM - Redazione Tesi Sperimentali di Laurea
Riconosciuto dalla Regione laboratorio specializzato di biologia molecolare e genetica

Presenza ore	Apertura	Primo	Secondo
Lunedì - Venerdì	7.00-13.00 16.00-19.00	7.00-11.00	8.30-13.00 16.00-19.00
Sabato	7.00-13.00	7.00-11.00	8.30-13.00
Domenica			

Acireale (CT) Via Paolo Vasta, 158/C - Segreteria del Poliambulatorio e Centralino 095 7685411 Fax 095 601723
Segreteria Scientifica numero verde 800-464444
E-mail: irma@irma-srl.com sito internet: www.irma-srl.com

[OBESITÀ. LA CHIRURGIA]



LO STUDIO

I «fanatici» dei soft drink spesso obesi

I fanatici dei soft drink hanno una maggiore probabilità di essere sedentari e di non seguire una dieta bilanciata, come quella mediterranea. Lo ha dimostrato uno studio dei ricercatori dell'Hospital del Mar di Barcellona, pubblicato dalla rivista Public Health Nutrition. Lo studio ha coinvolto un campione di oltre 8.000 soggetti di età compresa tra i 35 e i 75 anni, tra cui il 41,7% si è rivelato un consumatore abituale di soft drink, con una media di una lattina al giorno. Tra questi, è emersa una correlazione diretta tra il consumo e la prevalenza di uno stile di vita sedentario, la bassa aderenza alla dieta mediterranea (rischio aumentato del 43%) e l'aumento dell'indice di massa corporea (0,21 kg/m² per ogni incremento di 100 ml nel consumo quotidiano): «Dallo studio emerge che il consumo di queste bevande non è associato a uno stile di vita sano - concludono gli autori - solo in pochissimi casi un maggior consumo di energie ha giustificato l'assunzione di soft drink, mentre in generale si è visto che questi sono associati a una dieta peggiore e a un indice di massa corporea più alto». E ancora un consiglio agli amanti delle bibite zuccherate. E' meglio sostituirle con quelle light. In questo modo si possono perdere cinque chili in un anno. Una metanalisi condotta su 16 studi pubblicati su 15 riviste scientifiche ha messo a confronto l'utilizzo di aspartame con quello di saccarosio e ha rivelato che, sostituendo l'edulcorante naturale con quello industriale è possibile perdere circa due etti a settimana, ossia all'incirca cinque chili in un anno. Un risultato possibile ad esempio nel caso si consumino due lattine di bevande zuccherate al giorno da sostituire con quelle ipocaloriche.

L'anello intorno allo stomaco per togliere i chili in eccesso

Il bendaggio gastrico è la metodica più utilizzata tra gli interventi cosiddetti restrittivi

SEBASTIANO VILLARÀ *

Un individuo si definisce obeso quando il suo indice di massa corporea (Bmi) è superiore a 30, o il suo peso eccede più del 20% rispetto al peso ideale.

L'obesità è una malattia molto diffusa che interessa i Paesi industrializzati, purtroppo in forte crescita anche nel nostro Paese: colpiti il 10% degli adulti e il 15% dei bambini. Il dato sui più piccoli preoccupa molto perché nella generazione successiva, se il trend rimane invariato, si stima che il numero di obesi nella popolazione adulta sarà pari al 15%.

Anche in America l'obesità è in crescita, malgrado siano stati attuati negli anni scorsi seri interventi da parte dello Stato.

Dieta, esercizio fisico, psicoterapia e farmaci danno spesso risultati soddisfacenti nel modesto sovrappeso; si sono invece dimostrati inefficaci nel trattamento della grande obesità.

I chili in eccesso sono collegati a morte prematura e ormai universalmente riconosciuti come fattori di rischio per le principali patologie croniche: malattie cardiovascolari, ictus, diabete, tumori, malattie della colecisti, osteoartriti. Senza considerare che il sovrappeso spesso è associato a molti altri problemi di salute (ipertensione, ipercolesterolemia, apnea notturna e problemi respiratori, asma, aumento del rischio chirurgico, complicanze in gravidanza, irsutismo e irregolarità mestruali) e che un numero crescente di ricerche scientifiche dimostra un legame tra obesità e gravi disturbi dell'umore, fino alla depressione.

La chirurgia offre oggi la possibilità di ottenere la riduzione di peso per alcuni soggetti con obesità patologica e resisten-

te ad altri trattamenti.

Lo scopo della chirurgia è quello di ridurre l'assunzione di cibo tramite la diminuzione della capacità gastrica (interventi di restrizione) o riducendo l'assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Fra le metodiche cosiddette restrittive, la tecnica più utilizzata di questo gruppo è il bendaggio gastrico, che prevede il posizionamento di un anello intorno allo stomaco, un nastro di silicone elastomero (biocompatibile) collegato a un piccolo serbatoio, che si introduce chirurgicamente attorno alla parte più alta dello stomaco, mentre il serbatoio viene posto nello spessore della parete addominale. Lo stomaco assume una forma di "clessidra", la parte superiore detta "tasca gastrica" è di volume molto ridotto, la parte di stomaco al di sotto del bendaggio è più ampia.

Altre metodiche di cui si avvale la chirurgia bariatrica sono le tecniche malassorbitive, che intervengono per favorire una riduzione dell'assorbimento intestinale. La tecnica più nota è la diversione biliopancreatica, ossia una gastresezione e anastomosi intestinale, che permette il mescolamento del cibo con il tratto biliopancreatico nell'ultima porzione del tenue con riduzione

“

Un'altra tecnica è la diversione biliopancreatica



trici e ridotta aspettativa di vita.

Molto importante è la valutazione psicologica pre-operatoria del paziente, che ci permette di selezionare i candidati all'intervento, insieme al team multidisciplinare di medici e specialisti esperti della struttura, decidendo il giusto approccio del caso clinico. Infatti, non tutti i pazienti necessitano o sono in grado di affrontare l'intervento chirurgico, per questi ultimi esistono altre metodiche meno invasive, quali la diet tube o il palloncino intragastrico, con una buona percentuale di successi.

I risultati si valutano a distanza di 12-18 mesi e spesso sono sorprendenti, basti pensare che un intervento di chirurgia bariatrica può far perdere a un individuo, nel giro di un anno o poco più, anche 50-70 kg di peso.

Dopo un drastico dimagrimento il 78% delle donne e il 22% degli uomini, in Italia ricorrono a interventi di chirurgia plastica, con un'età media di 43 anni per la donna e 59 per l'uomo. Le percentuali di richieste dei vari interventi di plastica ricostruttiva sono: adomoplastica (37%), lifting delle braccia (24%), lifting seno femminile (24%), lifting delle cosce (14%), body lifting (12%) e lifting seno maschile (10%).

Questo perché un importante dimagrimento anche se

“

Degenze più brevi con la laparoscopia

permette di riacquistare un peso pressoché normale, perfino nei grandi obesi, con vantaggi per la propria salute, determina però effetti collaterali significativi. Infatti, il rapido e massivo dimagrimento produce eccesso dei tessuti cutanei e sottocutanei che, non riuscendo a ridursi in armonia con la perdita di peso, vengono molto ridondanti e sgradevolmente flaccidi. La pelle dell'addome può diventare così sovrabbondante da formare in regione sovra pubica una vistosa plica definita addome a grembiule. Spesso nella profondità delle pieghe cutanee il sudore macera la pelle provocando infezioni e ulcerazioni. Le aree maggiormente coinvolte sono oltre all'addome, le cosce dove la parte interna vicina al pube diventa sgradevolmente lenta e plicata, il seno che si svuota e scende in maniera vistosa, le braccia la cui pelle pende come le maniche di un kimono, la schiena che risulta solcata da pieghe cutanee.

Nell'approccio multidisciplinare a questi pazienti la chirurgia plastica ricostruttiva subentra proprio a correggere questi eccessi dermo adiposi, nel momento in cui il dimagrimento sia completato e ormai stabile. Punti critici della programmazione sono il posizionamento delle cicatrici finali e la quantità del tessuto ridondante da rimuovere, per evitare tensioni eccessive.

I pazienti, di solito ben motivati, devono essere informati a dovere sull'entità e posizione delle cicatrici residue e sulle possibilità di miglioramento. In queste condizioni, pur essendo una chirurgia che ha dei ben precisi limiti estetici, può garantire un recupero soddisfacente dell'aspetto e della qualità della vita.

* Direttore sanitario

Casa di cura Di Stefano Velona

INFORMAZIONE PROMOZIONALE A CURA DELLA PK

ALLA CLINICA DI STEFANO VELONA DISPONIBILI VARIE TECNICHE

Il dott. Sciuto: «Ridurre il peso con il trattamento più indicato»

L'obesità è considerata a tutti gli effetti un male della società contemporanea. I regimi alimentari sempre più sregolati imposti da un ritmo di vita frenetico e la sedentarietà non fanno altro che aumentare il rischio dei chili in eccesso. La patologia è in aumento e secondo alcuni studi eseguiti dalla Asl nelle scuole, colpisce circa il 30% dei bambini.

Le cause dell'obesità sono molte, dividendosi tra predisposizioni genetiche e stili di vita.

In generale, essa è determinata dall'eccesso di tessuto adiposo: «Il comportamento alimentare dell'uomo - spiega il dott. Alfio Sciuto, della casa di cura Di Stefano Velona - è il risultato dell'integrazione tra fattori intrinseci ed estrinseci. Tra i primi il senso di fame e di sazietà che è soggetto ad un sovracontrollo corticale che attribuisce all'atto alimentare un ruolo edonistico e gratificante, che diventa disfunzionale quando prende il sopravvento sulla funzione omeostatica di controllo dello stato di nutrizione».

Quando l'eccesso di massa adiposa assume una localizzazione viscerale si associa di frequente alla sindrome metabolica e «il comune denominatore dei diversi elementi che configurano tale sindrome - continua il dott. Sciuto - sembra risiedere nell'insulino-resistenza e sembra che i diversi nutrienti possano interferire con i meccanismi fisiopatologici che regolano l'insulino-sensibilità».

L'approccio per combattere l'obesità può essere di tipo medico e chirurgico.

Il primo comprende varie terapie, a partire da quella dietetica e farmacologica, per arrivare anche a soluzioni riguardanti l'attività fisica e un intervento di tipo cognitivo-comportamentale.



“

L'importanza dell'approccio multidisciplinare che segue il paziente nelle varie fasi del dimagrimento

quindi della gravità della patologia legata all'obesità, è possibile scegliere l'intervento più appropriato tra bendaggio gastrico, gastropastica verticale, bypass gastrico, mini-bypass gastrico e sleeve gastrectomy. Ultimamente è stata sperimentata la dieta del sondino: la casa di cura Di Stefano - Velona esegue trattamenti altamente professionali per la riduzione del peso; quest'ultima tecnica è stata adottata in collaborazione col prof. Gasparotti di Roma.

«Oggi la chirurgia bariatrica è impensabile senza un approccio multidisciplinare che segue il paziente obeso nelle sue varie attività - sostiene il dott. Sciuto - e coniuga il trattamento medico a quello chirurgico senza trascurare la chirurgia plastica dopo quella bariatrica e il trattamento endocrinologico coniugato al supporto psicologico; in altre parole, una équipe di specialisti che ha lo scopo di fare dimagrire il paziente e di seguirlo nelle varie fasi del dimagrimento».

ROBERTO CITELLI

Casa di Cura
**DI STEFANO
VELONA S.R.L.**

IDV

DIRETTORE SANITARIO
DR. Sebastiano Villarà

Convenzionata SSN
per le seguenti specialità:

- CHIRURGIA GENERALE
- OCULISTICA
- UROLOGIA
- CHIRURGIA PLASTICA
RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA

Non convenzionati SSN
per pazienti non ricoverati:

- Attività ambulatoriali e visite specialistiche in:
 - Chirurgia Generale
 - Chirurgia Laparoscopica
 - Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica
 - Terapia del dolore oncologico e non
 - Oculistica
 - Chirurgia Vascolare-Laser terapia delle Varici
 - Proctologia-Laser terapia delle emorroidi
 - Urologia
- Prestazioni diagnostiche ed esami strumentali:
 - Ecografia Internistica
 - Colonscopia e Rettoscopia
 - Gastroscopia
 - Eco-color-doppler
 - E. R. C. P. (Colangiografia endoscopica retrograda)
 - Radiologia convenzionale
 - Elettrocardiografia
 - Analisi cliniche di laboratorio
 - Spirometria ed Emogasanalisi
 - Ph- metria e Manometria esofagea

IDV

Via S. Euplio, 162 CATANIA
Tel. 095 446950 Fax 095 448148
www.distefanovelona.com
info@distefanovelona.com



[OBESITÀ. I FARMACI]

La ricetta al tempo di Mosè «Purganti, digiuno e vomito»

Il farmacologo Matera: «Risale al profeta la prima raccomandazione dietetica»

FOOD PROGRAMME

Punta a indicare le linee guida europee per una alimentazione sana con lo scopo di combattere i chili in eccesso

DATI ALLARMANTI

In Europa gli obesi sono 30 milioni. Le malattie cardiovascolari e il diabete sono collegati all'alimentazione

IPPOCRATE

Ecco l'aforisma di Ippocrate: «L'alimento introdotto lasci il corpo come lo ha trovato, in perfetta salute»

ANGELO TORRISI

Tassare gli hamburger in Ungheria, alzare la qualità del cibo in Spagna, trovare un accordo con i ristoratori francesi, preservare la tradizione culinaria in Italia. Sono solo alcune delle proposte presentate al Parlamento europeo a Bruxelles nell'ambito del Food Programme che punta a indicare le linee guida per una alimentazione sana con lo scopo di combattere l'obesità, una patologia che comincia seriamente a preoccupare considerato che in Europa 30 milioni di persone sono in sovrappeso e rischiano seriamente per la propria salute perché il pericolo di malattie cardiovascolari e diabete è strettamente collegato all'alimentazione.

Abbiamo chiesto al prof. Mario Matera, direttore del dipartimento di farmacologia sperimentale e clinica dell'università di Catania, di tracciare un profilo d'insieme sul possibile trattamento medico per la cura dell'obesità.

Da quando l'obesità affligge l'umanità?

«Il termine "obeso" deriva dal latino ob, a causa, ed edere, mangiare, che porta ad un eccesso rilevante accumulo adiposo, specie viscerale. L'origine dell'obesità non è esattamente collocabile, ma abbiamo testimonianze di un suo "apprezzamento" culturale già circa 30.000 anni fa, quale riserva per i periodi di carestia».

Quali sono stati i primi rimedi?

«La prima raccomandazione dietetica "salustica" è attribuita a Mosè: consigliava frequenti purganti, clisteri, il vomito o il digiuno, mentre Pitagora raccomandava di evitare gli eccessi. Si deve a Ippocrate anche l'equazione sull'equilibrio energetico, con l'aforisma "l'alimento introdotto lasci il corpo come lo ha trovato: in perfetta salute».

Può accennare ai primi trattamenti sanitari?

«Fino alla fine del Settecento, la maggior parte dei medici e degli intellettuali (quali A. Boorde, W. Vaughan, T. Cogan, J. Armstrong) hanno dimostrato di condividere l'opinione che la continenza alimentare e

nell'impiego degli alcolici, assieme all'esercizio fisico, fossero i pilastri a salvaguardia della salute, ma sono rari i riferimenti alla cura della malattia. Thomas Sydenham (1624-1689) ha riconosciuto la natura multifattoriale del fenomeno, e Tobias Venner utilizzò per primo il termine obesità in un contesto medico, per la cura della quale preferiva i bagni termali. Nel 1765, Giovan Battista Morgagni ha riconosciuto il legame tra obesità e altre malattie, specie per gli accumuli viscerali. Nella prima metà dell'Ottocento, W. Banting è stato il primo a rendere commercialmente disponibile, in un opuscolo, un programma dietetico contro la malattia, pubblicato sino al 2007, e che ha ispirato diete successive, quali quella di Atkins».



Vari rimedi nel corso dei secoli

nenti emozionali. L'apporto alimentare è ridotto anche da mediatori sistemici, quale il TNF, le interleuchine 1 e 6 e il CRH».

Quali sono quindi le possibili strategie?

«In questo quadro, i rimedi contro l'obesità operano attraverso uno o più dei seguenti meccanismi: soppressione della fame, blocco i recettori CB1 dei cannabinoidi (finora risultato fallimentare), aumento del metabolismo, limitazione dell'assorbimento di specifici nutrienti (chitosano, glucomannano, ecc., pubblicizzati tra gli integratori alimentari, o l'uso improprio dell'antidiabetico acarbose) e induzione del senso di ripiena gastrica mediante espansori di massa, quali ele-



Bambini italiani taglia extralarge

L'obesità infantile che fino a qualche anno fa credevamo appalto della società Usa è in crescita esponenziale anche in Italia. Le amministrazioni locali con le diete bilanciate a mensa e l'introduzione di snack di frutta al posto dei distributori di merendine tentano di correggere la rotta raccogliendo gli allarmi dell'Oms e del ministero della Salute, ma le sirene pubblicitarie quasi sempre hanno la meglio.

vate quantità di fibre vegetali, o il recente polimero idrofilo sintetico che, introdotto in forma di capsula, si rigonfia richiamando acqua nello stomaco».

Su cosa poggia il repertorio farmacologico attuale?

«I presidi terapeutici via via proposti, a iniziare da purganti e lassativi di storica memoria (ma ancora offerti, spesso in forma mascherata), sono stati molto deludenti, anche se ogni volta presentati con accento e rassicurante entusiasmo. I cardini della terapia utilizzata dagli antichi medici sono sopravvissuti per oltre un migliaio di anni, prima di giungere ai nuovi trattamenti comparsi tra il 1920 e il 1930. Sulla base della sua efficacia per l'ipotiroidismo, l'ormone tiroideo è diventato un trattamento popolare per l'obesità in soggetti eutiroidei: ma a fronte di un'efficacia piuttosto modesta, determina gli effetti propri dell'ipertiroidismo».

«Nel 1933 è stato introdotto il dinitrofenolo, ritirato volontariamente dal commercio su pressioni esercitate dalla FDA per l'elevata tossicità. Nello stesso periodo la Smith, Kline & French ha immesso nel ciclo distributivo la DL-anfetamina (benedrina®), per inalazione, quale broncodilatatore nella terapia dell'asma. La sua assunzione per via orale evocava un effetto anoressizzante e disforizzante cocaino-simile, per cui nel 1959, è stata inclusa tra le sostanze controllate che ne ha fatto decadere le prescrizioni».

«Nel corso dei decenni successivi l'uso di derivati fenil-isopropil-aminici è comunque aumentato, con l'immissione nel ciclo distributivo di numerose molecole, tra cui il dietilpropione (linea valeas®, tenuate d-span®), la fentermina (lipopil®, mirapront®), la fendimetrazina (plegine®), la fenfluramina (ponderal®) e il suo d-enantiomero desfenfluramina (isomeride®), talvolta associati tra loro (ad esempio fentermina e fenfluramina, nota come Fen-phen), e anche l'efedrina». «Il ventaglio delle offerte culminò con il micidiale cocktail noto come "rainbow pill", costituito da una

combinazione di farmaci che includeva anfetamine, ormoni tiroidei, diuretici, digitali, lassativi e spesso un barbiturico quale sedativo. Alla fine degli anni Novanta, i gravi rischi d'abuso e di incidenti cardiovascolari e polmonari, hanno indotto le Autorità sanitarie a vietare l'uso di tutti questi composti nell'Unione Europea». «Nel 2001 è stata registrata la sibutramina (ectiva®, reducti®), un inibitore del reuptake della serotonina, sospeso dal ministero della sanità nel marzo 2002, a causa di decessi sospetti: riammessa nell'agosto dello stesso anno, con obbligo di specialista, è stata definitivamente bandita dal mercato il 24 gennaio 2010, su disposizione AIFA».

«Oggi l'unico superstite della folta schiera di medicinali calorosamente proposti all'attenzione generale e poi inesorabilmente scomparsi, è l'orlistat (xenical®, alli®) un inibitore della lipasi pancreatica, che riduce l'idrolisi dei lipidi, essenziale per il loro assorbimento».

«L'efficacia di orlistat nel promuovere la perdita di peso è modesta, ma evidente se associata ad opportune modifiche dello stile di vita (dieta e esercizio fisico). Gli effetti collaterali interessano principalmente l'apparato digerente, con steatorrea (urgenza fecali e inconsapevole gocciolamento oleoso anal, flatulenza, crampi, ecc.), riduzione dell'assorbimento di vitamine e altri nutrienti liposolubili, parodontopatie, più rare sono le infezioni respiratorie, ansia, cefalea e altri ancora».

Esistono nuove prospettive terapeutiche?

«Accanto all'idropinoterapia, buone speranze sono riposte in alcuni farmaci impiegati per la terapia del diabete, quali la pramlintide, il GLP-1) e l'exenatide, così come in molecole che interferiscono con l'intricata rete dell'appetito, tra cui la leptina, le melanocortine, il PYY 3-36 ricombinante e il glucoside steroideo P57 estratto dalla cactacea africana Hoodia gordonii».

La chirurgia estetica: luci ed ombre

Un contributo alla chirurgia dell'obesità dei grandi e dei piccoli.

Catania - 18 Giugno 2011
Grand Hotel Baia Verde
Acì Castello - Catania

Relatori

Prof. Marco Gasparotti
Specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica

Dott. Alfio Sciuto

Specialista Chirurgia generale, Chirurgia bariatrica

Dott. Giuseppe Pagano

Assessore provinciale alle Politiche Giovanili

Dott. Sebastiano Villara

Direttore sanitario Casa di cura Di Stefano Velona

La bellezza salverà il mondo
FEDOR DOSTOEVSKIJ

Con il patrocinio di
Presidenza della Provincia Regionale di Catania

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Catania



DIURNA E NOTTURNA

**GRAN FARMACIA
LA SCOGLIERA**

Dott.ssa Emilia e Dott.ssa Matilde Faro

www.farmacialascogliera.com

ci trovi anche su Facebook

- Laboratorio galenico
- Omeopatia, Erboristeria e Fitoterapia
- Veterinaria
- Dermocosmesi e Profumeria:
Acca Kappa, Avene, Bioscalin, Cellulase, Crescina, Declor, Dr. Keen, Ducray, Fanghi d'alga Guam, Iodase, Klorane, Korff, La Roche Posay, Nuxe, Perricone Cosmeceuticals, Polysianes, Proglyme, Rilastil, Somatoline, SVR, Uriage, Vichy, Vitry
- Consulenze personalizzate e giornate promozionali: tricologiche, dietetiche (centro Mességué), antiage e make-up
- Meeting di informazione e comunicazione sul farmaco
- Calzature: Birkenstock, Croc's, Dr. Scholl, Medina, Saturno, Starlit, Weks
- Ortopedia
- Premaman, articoli e alimenti prima infanzia, noleggio tiralatte professionali
- Elettromedicali e Automedicazione
- Autoanalisi del sangue: Acido urico, Colesterolo, Trigliceridi, Glucosio, GOT, GGT, Emoglobina, HDL, Creatinina
- Alimenti per celiaci, diabetici e prodotti aproteici
- Prodotti biologici
- Dental shop e Centro occhiali
- Foratura lobi, controllo peso e pressione
- Integratori alimentari e per lo sport
- In esclusiva la rivista stagionale di informazione della farmacia

Ritrova il tuo
**BENESSERE
PSICOFISICO**



Gran Farmacia La Scogliera
DIURNA E NOTTURNA

Via Medea, 11/B Catania - Ognina Tel. 095 493737
Fax 095 497499 farmacialascogliera@alice.it

Da lunedì a venerdì
APERTA GIORNO E NOTTE
sabato, domenica e festivi dalle 20.00 alle 8.30

«Rivoluzione che punta sulla qualità»

Tra i nuovi servizi l'Emodinamica al S. Elia, la Radioterapia a San Cataldo e presto anche a Gela

I numeri

CALTANISSETTA. L'Asp di Caltanissetta è l'azienda che - con i suoi 2.889 posti previsti nella pianta organica dell'ente, recentemente approvata dall'assessorato regionale alla Sanità - occupa il maggior numero di dipendenti di tutta la provincia e costituisce l'"impresa" più importante del territorio provinciale. L'attuale dotazione organica prevede infatti 667 dirigenti medici e veterinari, 79 dirigenti sanitari e farmacisti, 1.294 parasanitari, 312 impiegati amministrativi e 537 tecnici (geometri, assistenti sociali, etc.). Dei 2.889 posti esistenti in pianta organica un centinaio sono ancora da assegnare con i concorsi che sono stati in buona parte già avviati.

La gestione dell'Azienda sanitaria provinciale nissena, sorta in attuazione della legge regionale n. 5 del 2009 contenente "Norme per il riordino del Servizio sanitario", è stata affidata dal presidente Raffaele Lombardo e dall'assessore Massimo Russo al direttore generale Paolo Cantaro (nella prima foto) di Catania, collaborato dal direttore sanitario Giacomo Sampieri (nella foto sotto) e dal direttore amministrativo Rosario Fresta. Sei i coordinatori nominati per occuparsi dei servizi sanitari ed amministrativi dei presidi ospedalieri ed amministrativi in attività nella nostra provincia e nell'area territoriale: si tratta di Federico Vancheri (responsabile dei presidi ospedalieri di Caltanissetta, San Cataldo e Mussomeli) Teresa Leuzzi (responsabile di quelli di Gela, Niscemi e Mazzarino); la gestione amministrativa è stata affidata a Patrizia Cigna (per i tre presidi ospedalieri dell'area centro-nord della provincia) e ad Antonino Iozzia (per l'area centro-sud). Coordinatori dell'area territoriale sono Marcella Paola Santino e Leila Teresa Scarpulla.



CALTANISSETTA. «Abbiamo realizzato una "rivoluzione" positiva nei servizi sanitari della provincia? No, credo, invece, molto più realisticamente, che in poco tempo abbiamo messo in moto un meccanismo nuovo che per la prima volta non ha guardato solamente le strutture ospedaliere o quelle territoriali: stavolta assistiamo, anche per merito dei miei collaboratori, ad una crescita effettiva dell'intero servizio assistenziale della Sanità nel Nisseno», sottolinea il dott. Paolo Cantaro, che dall'autunno del 2009 è alla guida dell'Asp nissena.

«C'è una crescita complessiva dei servizi. Una crescita omogenea e complessiva - aggiunge il direttore generale - che ha riguardato non solo la ripresa del servizio di screening della popolazione per quel che riguarda la prevenzione delle

malattie oncologiche, ma anche l'utilizzo della Rsa (Residenza sanitaria assistenziale) di via Monaco (che prima non c'era e che adesso ha registrato un "tetto" di 2.555 giornate di degenza), e l'Alta tecnologia, settore questo che ci ha visti impegnati per l'attivazione dei servizi di Radioterapia nella struttura ospedaliera del "Maddalena Raimondi" di San Cataldo (dove le cure vengono assicurate dallo scorso mese di ottobre e dove, da allora, sono state già effettuate oltre 1.100 visite, con 2.955 prestazioni ed un numero medio di pazienti assistiti di 30 al giorno) e di Emodinamica al presidio "Sant'Elia" del capoluogo. Centinaia di pazienti ormai non hanno più bisogno di lasciare Caltanissetta ed andare altrove per farsi curare: un risultato questo per certi versi strabiliante se si riflette sulle difficoltà che sino a qualche mese fa questi ultimi erano costretti a sopportare».

«Parliamo dei nuovi servizi. In questo periodo - aggiunge il dott. Paolo Cantaro - sono cresciuti anche i servizi assistenziali sanitari, sia in qualità che in quantità: i pazienti che hanno potuto usufruire dell'assistenza domiciliare a favore delle persone di età superiore ai 65 anni nel corso del 2010 sono stati 424, con un incremento, rispetto al 2008, del 236%, mentre a Mazzarino, dove è rimasto in funzione il Presidio territoriale di assistenza, le prestazioni erogate dal novembre 2011 all'aprile scorso sono state 4.550. Tra gli altri servizi sanitari attivati recentemente vanno ricordati quelli del Centro assistenza limitata di Oculistica di Gela, dove dal

maggio 2010 all'aprile 2011 sono stati fatti 250 interventi di cataratta, quello di Lungodegenza a San Cataldo, dove con soli 6 posti letto da settembre 2010 ad aprile 2011 sono stati assicurati 43 ricoveri e 1.322 giornate di degenza, numeri questi che sono destinati ad aumentare perché da due mesi sono stati resi operativi 14 posti letto».

«Le grandi "incompiute" diventano realtà. Ma la cosa più importante - ricorda il direttore generale dell'Asp - è che stiamo



LA SALA DELL'EMODINAMICA, NELLA FOTO SOTTO LE AUTORITÀ INTERVENUTE ALL'INAUGURAZIONE

portando a compimento quelle che prima venivano considerate le "grandi incompiute" delle strutture sanitarie della nostra provincia: stiamo lavorando per realizzare la Radioterapia e l'Hospice, stiamo ammodernando il Pronto soccorso a Gela, è ormai in via di definizione la Palazzina dei Servizi al "Sant'Elia" che potrà essere pronta già entro il prossimo autunno. Stiamo dando una organizzazione diversa anche al Pronto soccorso dell'ospedale nisseno, sino ad ora funzionante in spazi ristretti: entro pochi

mesi verrà realizzato un tunnel che collegherà i locali dove sono ubicate le sale destinate al pronto soccorso con quelle retrostanti, consentendoci così di potere usufruire di ambienti nuovi e quasi triplicati rispetto a quelli attuali. Abbiamo inoltre provveduto ad aumentare il personale attualmente in servizio al pronto soccorso nisseno, dove sono stati trasferiti altri dieci infermieri».

Bilancio dell'ente in pareggio. «Sicuramente una delle scommesse vincenti - conclude il dott. Paolo Cantaro - è

«CRESCITA OMOGENEA»

«Una crescita omogenea dei servizi - dice il direttore generale Paolo Cantaro - che riguarda anche lo screening e l'utilizzo della Rsa»

CRESCIE L'ASSISTENZA

È aumentato del 236% il numero di assistiti a domicilio, a Gela in meno di un anno sono stati effettuati 250 interventi di cataratta

GIÀ 150 INTERVENTI EFFETTUATI

L'Emodinamica al servizio anche degli utenti di Enna



CALTANISSETTA. Sono arrivati a quasi 150 gli interventi effettuati nel Laboratorio di Emodinamica messo in funzione dal direttore generale Paolo Cantaro con la collaborazione del primario di Cardiologia dott. Salvatore Giglia e dell'emodinamista Francesco Amico al primo piano dell'ospedale "Sant'Elia" di Caltanissetta: qui da marzo arrivano pazienti provenienti da tutta la provincia di Caltanissetta e da quella di Enna che si ritrovano a rischio della loro vita a causa dell'occlusione delle coronarie. La possibilità che adesso viene data di potere effettuare l'angioplastica nel capoluogo nisseno, senza dunque dover ricorrere agli ospedali più lontani come quelli di Palermo o Catania, costituisce per i numerosi cardiopatici che vivono nelle due province limitrofe, un salto di qualità notevolissimo in direzione di un sempre migliore livello dell'assistenza sanitaria in Sicilia e nella provincia di Caltanissetta.

«L'elicottero che prima si alzava da Sant'Elia per portare altrove gli ammalati che necessitavano di

un intervento di angioplastica - hanno commentato con un certo orgoglio l'assessore regionale alla Sanità Massimo Russo e il direttore generale dell'Asp nissena Paolo Cantaro, che hanno dimostrato con i fatti di aver voluto e saputo realizzare un servizio da anni atteso ed invocato dai nisseni - adesso rimane fermo. Questo significa che siamo riusciti ad assicurare alla nostra Azienda sanitaria un servizio di grande importanza, che richiamerà gli tantissimi ammalati affetti da infarti acuti e che ci consentirà anche di risparmiare delle spese che prima erano notevolissime». Da qualche giorno inoltre - ed è questo un dato che si riferisce all'ultima settimana - si registrano pure interventi non più esclusivamente programmati, ma anche effettuati dal dott. Amico in casi di estrema urgenza e necessità. Ma il servizio è destinato ad essere migliorato ancora di più: potrà infatti funzionare per 24 ore al giorno ed in maniera continuativa non appena saranno espletati i concorsi già banditi dall'Asp nissena.

«INVITO» PER 28.011 DONNE

Prevenzione oncologica, testimonial i vescovi

CALTANISSETTA. È aumentata in maniera vertiginosa la popolazione della provincia che ha deciso di usufruire del servizio di prevenzione riattivato l'anno scorso dall'Asp su iniziativa del dott. Paolo Cantaro e della dott.ssa Marcella Paola Santino: nel solo anno 2010 sono state 28.011 le persone invitate con una apposita lettera per sottoporsi agli esami previsti per lo screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella nelle donne di età fra i 50 ed i 69 anni, per quelli del collo dell'utero nelle donne tra i 25 ed i 64 anni e del colon-retto per uomini e donne tra i 50 ed i 69 anni.

Un risultato importante quello ottenuto frutto anche di una campagna promozionale che ha visto il coinvolgimento delle organizzazioni di volontariato della provincia e la partecipazione di alcuni "testimonial" molto conosciuti in provincia, tra cui atleti, musicisti e persino dei due vescovi mons. Mario Russotto e mons. Michele Pennisi, con questi ul-

timi che sono stati pure disponibili a comparire in una locandina con uno slogan pro-screening su cui - rispettivamente - c'era scritto "...è quasi un miracolo..." e "...un peccato non farlo...".

Delle persone invitate ben 17.046 hanno deciso di sottoporsi agli esami effettuati da febbraio a dicembre 2010 dai sanitari nisseni (8.186 per quelli riguardanti il controllo del seno, 4.354 per quelli del collo dell'utero e 4.394 per quelli al colon-retto): ed è stata decisamente una buona idea, dato che di queste 370 sono risultate positive alla presenza di tumori, che - essendo stati individuati nella loro fase iniziale - hanno consentito agli assistiti di curarsi tempestivamente e quindi di evitare danni fisici irreversibili.

«Il servizio assicurato dall'Asp nissena - sottolinea la dott. Marcella Santino, a cui è stato affidato il coordinamento - ha evidenziato non solo l'utilità ma anche l'indispensabilità delle diagnosi precoci. L'aver potuto diagnosticare

che 370 pazienti erano affetti da un carcinoma e che prima ancora di effettuare lo screening ancora non lo sapevano, vuol dire poterli trattare in una fase precoce e quindi essere in grado di poterli salvare loro pure la vita. Il fatto positivo è che le persone rispondono oltre le aspettative, al punto che abbiamo dovuto fronteggiare il loro accesso agli ambulatori. Ottima quindi l'idea di ripristinare il servizio, che va intensificato in maniera da renderlo permanente e continuativo».

Nell'ultimo trimestre dello scorso anno infine sono state approntate nuove procedure di coinvolgimento di diverse figure, sia istituzionali che del volontariato, da affiancare ai sanitari in servizio nelle strutture ospedaliere nissene al fine di ottenere una migliore e più ampia risposta: in conseguenza di ciò in alcuni Comuni della provincia (e quindi a Gela, Caltanissetta, Serradifalco, Bompensiere) diverse associazioni di volontariato hanno pure attivato sportelli informativi sugli screening oncologici ed hanno provveduto alla consegna dei kit per la ricerca del sangue occulto nelle feci.

Una delle riunioni che si sono svolte all'Asp per lo screening oncologico che riguarda un'età compresa tra i 50 e i 69 anni



I VESCOVI PENNISI E RUSSOTTO



[DOLORE CRONICO. COME COMBATTERLO]

LE STIME

«Oltre un milione di casi in Sicilia»

Sono 15 milioni gli italiani e 1,3 milioni i siciliani che, secondo recenti stime, soffrono di dolore cronico non oncologico, dovuto ad esempio a patologie quali artrosi, osteoporosi, artriti o lombosciatalgie. Dopo l'introduzione della legge 38 del marzo 2010, che ha rappresentato per l'Italia un grande passo avanti nella lotta alla sofferenza inutile, puntando a garantire su tutto il territorio un accesso uniforme alle cure e una maggiore appropriatezza terapeutica, le Regioni si stanno adeguando per attuare quanto stabilito dalla normativa nazionale.

Nella nostra Regione è già iniziato il processo di strutturazione della rete per la terapia del dolore: sono infatti stati identificati due hub (centri di riferimento), uno a Palermo e uno a Taormina, e si è in procinto di definire anche gli spoke (ambulatori di terapia antalgica); è cominciato anche il processo di formazione dei medici di medicina generale. Ma in Sicilia come nel resto del territorio nazionale gli analgesici oppioidi, scelta d'elezione per il trattamento del dolore cronico moderato-severo, trovano un impiego limitato, per il permanere di evidenti pregiudizi. L'errata convinzione che questi farmaci siano da riservare ai malati terminali, e non anche a chi soffre di dolore moderato-severo di origine non oncologica, è ancora radicata. Nonostante una crescita del +18,3% rispetto al 2009, il consumo procapite di farmaci oppioidi a rilascio controllato in Sicilia nel 2010 non ha superato quota euro 0,44, contro una media nazionale di euro 0,59. Valore che pone l'Isola al terzultimo posto nel nostro Paese. Nessuna provincia siciliana raggiunge la media italiana: a Enna e Caltanissetta si raggiungono i valori più alti (rispettivamente euro 0,52 e euro 0,51 procapite), mentre Catania, Palermo e Messina si fermano a euro 0,45 (la prima) e a euro 0,42 (le altre due). Trapani è il fanalino di coda, con euro 0,33. Va comunque evidenziato che, nel 2010, cinque province sono cresciute più della media nazionale (+18,1%) e cercano di trainare il resto della Regione: prima fra tutte Messina (+28,1%), seguita da Palermo (+25,1%), Caltanissetta (+23,5%), Agrigento (+23,3%) e Siracusa (+20,2%).

«Contro la sofferenza inutile pazienti e medici consapevoli»

Marta Gentili: «Con la legge 38/2010 Italia all'avanguardia, ma attuazione disomogenea»

ORAZIO VECCHIO

Fatta la legge, bisogna applicarla. Innanzitutto, conoscerla. Perché con il dolore cronico fanno i conti milioni di italiani, ma pochi sanno che si può non solo sopportare, ma curare, con una diagnosi e una terapia adeguata.

È quello che in tutta Italia va spiegando Marta Gentili, presidente dell'associazione Vivere senza dolore, che a seguito di un'indagine svolta in collaborazione con la commissione ministeriale Terapia del dolore e cure palliative su oltre 1.600 pazienti di tutta Italia ha registrato un notevole divario tra Nord, Centro, Sud e Isole nella presenza di centri specialistici e nel livello di sensibilizzazione dei clinici e dei malati. «Il 26% dei pazienti ha atteso oltre 3 mesi dalla comparsa del dolore, prima di recarsi dal medico; spesso, inoltre, chi soffriva era disorientato e non sapeva a quali strutture rivolgersi, specie se viveva al Meridione o alle Isole», dice Gentili. Di



IL GAZEBO INFORMATIVO

«Peso anche per i familiari dei malati»

la decisione di promuovere una campagna informativa: per far capire ai cittadini che il dolore cronico è una vera malattia, che esistono centri specializzati in grado di curarla e che ogni paziente ha diritto a un'assistenza di qualità, ovunque viva in Italia: «Nessuno deve più rassegnarsi a convivere con la propria sofferenza, perché oggi esistono armi efficaci per combatterla».

Presidente, cosa ha portato la legge dell'anno scorso nel trattamento del dolore cronico?

«La legge 38/2010 per la prima volta in Italia ha separato le cure palliative dalla terapia del dolore e stabilito i diritti dei pazienti con dolore cronico in merito alle cure che debbono essere prescritte per la malattia dolore. Ci siamo accorti che, a un anno dall'attuazione di questa legge, c'è bisogno di informare la popolazione, e in particolare le persone afflitte da dolore cronico, che si tratta di una malattia, che si può trattare, che esiste una legge a tutela dei pazienti con dolore cronico».

La legge è stata dunque un traguardo?

«Sicuramente. L'Italia è stato il primo

Paese europeo a sancire per legge il diritto a essere curati per il dolore cronico e l'aspetto importante della legge è la separazione delle cure palliative dalla terapia del dolore. Le norme pongono l'Italia all'avanguardia nel trattamento del dolore, ma adesso l'importante è che la legge sia attuata nella maniera più corretta».

Ecco: qual è lo stato di attuazione?

«Uno dei parametri utilizzati per valutare il grado di attenzione al dolore e ai trattamenti che vengono realizzati è l'utilizzo degli oppioidi, farmaci definiti di prima scelta nel trattamento del dolore cronico dall'Organizzazione mondiale della Sanità. In base a tali parametri, l'Italia ha compiuto grandi passi avanti perché la legge ha semplificato la prescrizione di questi farmaci fino ad allora estremamente complessa. Ora, con le facilitazioni prescrittive, anche i medici sono più abituati a prescriverli e l'Italia è il Paese europeo con il maggiore aumento nel ricorso a tali farmaci. Tuttavia, sul territorio nazionale l'applicazione è disomogenea. Se la crescita italiana nel 2010 rispetto al 2009 è stata del 18,1%, alcune regioni sono cresciute di più, altre ovviamente sotto la media. La Sicilia è tra le regioni in cui l'aumento è stato più sostenuto, del 18,3%. Questo anche perché il punto di partenza delle province siciliane era più basso rispetto ad altre in Italia, ma comunque l'evoluzione significa maggiore attenzione alle persone che soffrono».

Cos'è il dolore cronico, dal punto di vista medico?

«Il dolore cronico viene sostanzialmente definito come quel dolore che perdura oltre i tre mesi dall'insorgenza della malattia che lo ha generato, che cioè persiste anche una volta risolta la patologia da cui ha avuto origine. Quando il dolore perde la sua fase acuta ma continua, diventa dolore cronico, che può derivare in parte da patologie di natura oncologica, in parte maggiore invece da patologie di natura non oncologica. Pensiamo al mal di schiena, all'artrosi, alle artriti, in genere non collegate a un dolore cronico che permane. Una perso-

na che soffre di artrite può essere costretta a convivere 20 o 30 anni con un dolore persistente. Di qui l'importanza della legge che distingue le cure palliative dal trattamento del dolore cronico, perché anche le patologie non oncologiche possono essere legate a forme dolorose persistenti e devono essere trattate nella maniera giusta».

E quali sono allora le terapie?

«È chiaro che l'aspetto fondamentale è quello di rivolgersi a medici specializzati nella cura del dolore, perché bisogna capire l'eziologia, la causa del dolore. Sulla base delle caratteristiche, l'algologo, lo specialista del dolore, sarà in grado di pianificare una terapia che più si addice alle caratteristiche di quel dolore. Fondamentalmente, le linee guida internazionali suggeriscono le formulazioni orali a orari fissi come vie preferenziali, perché si cerca sempre di partire dalla via più semplice e accessibile. E, appunto, le terapie orali sono quelle che meglio si prestano a un trattamento prolungato. La tipologia di farmaco utilizzata dipende, poi, dall'intensità del dolore, che dev'essere misurato costantemente attraverso delle scale. La più diffusa è la scala numerica, in base alla quale si dà un voto al proprio dolo-

re, da 0 a 10 massimo, e sulla base del valore si stabilisce l'approccio terapeutico con farmaci tanto forti quanto forte sarà il dolore».

Come funziona la misurazione del dolore? E a cosa serve il diario?

«Il dolore ha un parametro soggettivo, perché ogni persona ha la sua soglia di sopportazione. Ma la soggettività dev'essere in qualche modo oggettivata e per questo si misura sulla scala nrs. Cosa si deve fare? Viene monitorato costantemente il dolore e il relativo trattamento, perché deve esserci un'analoga. La legge infatti stabilisce che il dolore dev'essere non solo trattato, ma trattato adeguatamente, con corrispondenza tra terapia prescritta e risultato analgesico ottenuto. Ai fini del monitoraggio, il paziente viene invitato a compilare un diario che semplicemente riporta il dolore con l'intensità giornaliera, i farmaci assunti con relativo dosaggio ed eventuali effetti collaterali. Questo può aiutare il medico ad avere un quadro più completo e a prescrivere terapie più mirate».

A quali strutture può rivolgersi il paziente?

«Esistono degli elenchi, diciamo così, con i centri di terapia del dolore sul ter-

ritorio. L'aspetto importante da sottolineare è che fino all'entrata in vigore della legge il centro si auto-certificava sulla tipologia di attività erogata, senza un reale controllo. Dall'avvento della legge ad oggi, è in corso invece una mappatura scientifica sulla scorta della quale, in base ai parametri definiti, si stabilisce il tipo di livello del centro. La mappatura si sta affinando proprio in questo momento, perché è in corso la verifica delle caratteristiche delle prestazioni erogate».

Che peso ha il dolore cronico sulla società? Che riscontro ha la vostra associazione?

«Basti dire che la nostra associazione è costituita da pazienti e da familiari di pazienti che soffrono di dolore cronico. Ciò perché questa patologia influisce non solo sulla vita dei malati, ma anche sui loro familiari. L'associazione è nata ufficialmente il primo aprile 2010, mosso dall'esigenza di molti pazienti afflitti da dolore cronico di avere qualcuno che li rappresentasse, in grado di dare informazioni e supporto, creare un network di persone afflitte dallo stesso male. Esistevano molte associazioni di malati, ma nessuno, fino ad allora, di persone afflitte da dolore cronico».

CONOSCENZA PRIMO PASSO

Informare e sensibilizzare la popolazione sul tema della sofferenza inutile. Questo il primo obiettivo del tour dell'associazione Vivere senza dolore a Messina, tappa conclusiva della campagna itinerante CU.P.I.DO. - Cura Previeni Il Dolore. Promosso dall'Associazione pazienti Vivere senza dolore, con il patrocinio del Ministero della Salute e un grant incondizionato di Mundipharma, il tour ha toccato nell'arco di due mesi le principali piazze di 13 città italiane (Viterbo, Perugia, Ancona, Forlì, Brescia, Vicenza, Torino, Genova, Pistoia, Foggia, Napoli e Bari). Le 13 giornate hanno visto anche momenti di incontro e dibattito tra Istituzioni, comunità medica, media e associazioni di cittadini, chiamati a confrontarsi sul dolore cronico, alla luce dei punti di forza e delle problematiche delle diverse realtà regionali. In ogni tappa, il gazebo è stato presidiato da medici specialisti che hanno risposto alle domande dei visitatori e indicato le strutture locali più adeguate cui rivolgersi, per una corretta diagnosi e cura. A Messina si è pure svolta la conferenza "La Sicilia e la lotta al dolore. Viaggio attraverso l'Italia, a un anno dalla Legge 38".



Il mal di schiena è una delle patologie più frequenti di dolore cronico

L'INDAGINE. I dati dell'associazione Vivere senza dolore Colpite soprattutto le donne prescrizioni più difficili al Sud

Sono soprattutto donne, al Sud ricevono risposte e trattamenti con maggiore difficoltà. Sono alcuni dei dati emersi dalla ricerca dell'associazione Vivere senza dolore svolta, in collaborazione con la Commissione Ministeriale sulla terapia del dolore e le cure palliative, sui pazienti che afferiscono ai centri di terapia antalgica, per comprendere i loro bisogni informativi e assistenziali e valutare il gradimento dei malati di dolore cronico nei confronti delle strutture italiane.

A partire dal 1 settembre fino al 20 ottobre 2010, ai pazienti che si recavano presso tali strutture è stato chiesto di compilare un questionario di 12 domande, per verificare alcuni aspetti legati al percorso sanitario di un malato di dolore cronico. Al progetto hanno aderito 88 centri e i questionari raccolti sono stati 1.617. Il primo dato emerso conferma che in Italia il dolore è fondamentalmente donna (54% di coloro che hanno risposto al sondaggio), con età media intorno ai 64 anni (63,53 + 13,74).

La prima domanda, relativa alla difficoltà di identificare il centro di terapia del dolore dove potersi curare, ha evidenziato un risultato rassicurante: l'83% dei malati non ha

avuto problemi particolari. Il quadro cambia però se, lungo lo Stivale, si procede da Nord verso il Sud e le Isole. Sono i pazienti meridionali e gli isolani ad avere le difficoltà maggiori, specialmente nel ricevere risposte dalla Asl (fino al 48% degli intervistati) o per la lontananza del centro dalla propria residenza.

Un altro dato importante è quello che mette in evidenza come sia principalmente il medico di famiglia (38%) o un familiare (24%) ad indirizzare il paziente ad un centro specialistico. Anche in questo caso, le Isole si discostano dal dato nazionale, evidenziando come sia il suggerimento di un familiare a guidare la scelta (30%).

Da evidenziare il ritardo con cui spesso i pazienti decidono di sottoporsi alla prima visita: per rivolgersi a un medico, il 26% degli intervistati ha atteso più di 3 mesi dalla comparsa del dolore. Più tempestivi al Sud, dove il 43% ha atteso al massimo 15 giorni.

Relativamente ai tempi di attesa di una visita specialistica, misurati come il tempo fissato tra la richiesta di appuntamento e l'appuntamento stesso, nel 66% dei casi intercorrono 15 giorni. Il Sud si distingue per maggior celerità (il 75% dei pazienti effettua

la visita entro i 15 giorni dalla richiesta, contro il 64% del Nord e il 66% del Centro). E' però doveroso sottolineare che molte delle visite effettuate nei centri del Centro e del Nord sono relative a pazienti provenienti da altre regioni e quindi risultano essere più "congestionati".

I pazienti che si rivolgono ad un centro di terapia del dolore vogliono, come prima cosa, che venga impostata loro una terapia del dolore efficace (36%) e medici competenti (22%); questi desiderati sono comuni a tutti i pazienti della Penisola.

Professionalità e competenza sono le caratteristiche richieste al personale sanitario che si occupa di malati con dolore cronico nel 42% dei casi ma il 23% del campione apprezza anche la disponibilità.

I reparti di terapia del dolore sono valutati molto positivamente dai pazienti che li frequentano e che attribuiscono votazioni

medie comprese tra 8 e 9, relativamente a professionalità e competenza, esperienza clinica, disponibilità e dialogo.

Note più dolenti vengono toccate se si affronta il tema relativo alle prescrizioni di oppioidi per il trattamento del dolore; nel 37% dei pazienti questa opzione terapeutica non viene considerata, nonostante ad oggi la reperibilità di questi farmaci nelle farmacie italiane sia garantita nell'82% dei casi (ma solo nel 68% al Sud).

Importante sottolineare il ruolo del farmacista; nei casi in cui la reperibilità dei farmaci oppioidi non sia stata semplice, la causa va ricercata nella mancanza del prodotto in farmacia (29%) e nell'indisponibilità del farmacista stesso a procurarlo (29%); nel complesso, queste motivazioni rappresentano il 58% del mancato acquisto (figura 6).

Infine un dato che forse, tra tutti, è il più

importante: il dolore incide sulla vita non solo del malato ma anche dei familiari in quanto, nel 29% dei casi, i pazienti hanno bisogno di qualcuno che li assista giornalmente in tutte le attività quotidiane; nel 4% dei casi, l'aiuto necessario è di 2 persone. Questo ovviamente comporta un aggravio per tutto il nucleo familiare in termini di qualità di vita e di spesa economica.

«In conclusione, il sondaggio - scrive l'associazione - mette in evidenza un complessivo buon livello delle strutture italiane che si occupano di dolore. Sicuramente quello che sarà necessario fare in un futuro molto vicino è, da un lato, diffondere una maggiore informazione tra i cittadini che ancora non hanno accesso ai centri e non sanno a chi rivolgersi e, dall'altro, colmare le disparità tra le varie zone d'Italia, per garantire i medesimi standard di assistenza e cura».

O.V.

[DOLORE CRONICO. LE CEFALEE]



«Mi scoppia la testa»: è l'attacco di emicrania

Patologia sottovalutata e spesso affrontata con cure fai da te, può essere guarita con un'opportuna terapia

BIAGIO PANASCIA *

Il dolore è nato come una spia che segnala, a chi ne è affetto, di porre attenzione che in quella parte del corpo da cui origina verosimilmente sta iniziando un "guasto". Dare ascolto a questo "campanello d'allarme" può fare scoprire velocemente una malattia anche potenzialmente pericolosa; esempi classici di questa condizione sono: un dolore toracico che può segnalare un infarto cardiaco, un dolore addominale che può segnalare una patologia a carico delle vie biliari, renali o intestinali, tutte patologie che, se colte per tempo, possono essere curate e guarite.

Questo dolore è finalizzato e quindi utile. Il "dolore utile" è quasi sempre acuto: si interrompe con la guarigione della malattia che lo ha procurato. Quando il dolore ha finito il suo compito di segnalare perché la malattia che lo procura è stata opportunamente diagnosticata diventa "inutile" e spesso persiste nel tempo cronicizzando ed aggiunge malattia alla malattia.

Esempi di dolore divenuto inutile sono quelli neuropatici che persistono molto a lungo, a volte per tutta la vita, anche quando la malattia che li ha procurati è già guarita come accade per la nevralgia post-herpetica (fuoco di Sant'Antonio) o per le lombosciatalgie conseguenti a patologie della colonna vertebrale curate male o trascurate.

Il "dolore inutile" va curato ad ogni costo ed oggi la medicina ci mette a disposizione tanti mezzi farmacologici e non.

Un tipo particolare di dolore cronico sono le cefalee. Anche nel caso di mal di testa il dolore può segnalare una malattia, ad esempio una sinusite, un valore della pressione arteriosa anormale, una emorragia cerebrale, un tumore cerebrale... In questo caso prendono il nome di cefalee secondarie: sono un sintomo e seguono l'evoluzione della malattia che le ha causate.

Le cefalee secondarie sono meno frequenti di quello che si pensa corrispondendo solo al 5-10% del totale; infatti la maggior parte dei mal di testa appartengono alla categoria delle cefalee primitive che non sono causate da una "malattia" e che quindi sono un dolore "inutile".

Le cefalee primitive si dividono in tre grandi gruppi principali:

- 1. Cefalea tensiva
- 2. Cefalea a grappolo
- 3. Eemicrania.

Tutte e tre queste forme si presentano ad attacchi di durata variabile in genere intervallati da pause libere di pieno benessere.

CEFALIA TENSIVA. Tra le cefalee primitive è quella più frequente; è un dolore che viene descritto come un "cerchio o un peso alla testa", di lieve-media intensità, gli attacchi durano da 30 minuti fino a sette giorni e consentono di attendere alle normali attività comportando solo una sensazione fastidiosa più o meno accentuata. In certi casi la cefalea tensiva può essere cronica (senza intervallo libero).

CEFALIA A GRAPPOLO. È molto rara e colpisce più frequentemente il sesso maschile prevalentemente nella fascia di età tra i 20 e i 40 anni.

Allontanare i fattori scatenanti, quando è possibile, e usare farmaci specifici, anche in associazione agli antidolorifici «tradizionali», sono i primi passi. La compilazione di un «diario» del mal di testa e l'alleanza con lo specialista consentono di ottenere risultati lusinghieri

Deve il suo nome all'andamento temporale degli attacchi che si presentano ravvicinati, uno o più volte al giorno in un periodo di tempo limitato (mediamente un mese) che prende il nome di "grappolo". I periodi tra un grappolo e l'altro sono di pieno benessere e possono durare mesi o, a volte, anni. L'attacco è particolarmente violento, colpisce una zona della faccia intorno all'occhio, sempre lo stesso per tutta la durata della malattia, e si irradia fino ai denti dell'arcata superiore dello stesso lato; concomitano arrossamento della congiuntiva, lacrimazione, chiusura della narice omolaterale e rinorrea. Il dolore, molto intenso, induce il soggetto ad agitarsi psicologicamente e fisicamente (non riesce a stare fermo).

EMICRANIA. È la forma più importante perché colpisce il 12% della popolazione e, nelle sue forme più gravi, è fortemente disabilitante. Gli attacchi sono caratterizzati da una durata minimo di 4 ore a un massimo di tre giorni, il dolore spesso è pulsante («mi scoppia la testa») ed accompagnato da nausea, vomito, fastidio per luce, rumori e odori.

L'intensità del dolore e dei sintomi induce spesso il soggetto ad interrompere tutte le attività per chiudersi in una stanza al buio e lontano dai rumori.

Gli attacchi possono presentarsi con una frequenza variabile (mediamente da 1 a 4 attacchi/mese) con grave ripercussione sulla vita lavorativa, sociale e familiare. La frequenza degli attacchi risente dell'esposizione a fattori scatenanti tra i quali: sbalzi termici, freddo e caldo, aria condizionata, variazioni climatiche, alimenti, alterate abitudini di vita e sonno, stress e, nelle donne, cicli ormonali.

L'emicrania è donna: infatti colpisce il sesso femminile in un rapporto di 3:1, l'esordio coincide spesso con il primo ciclo mestruale, spesso colpisce prima durante o dopo il ciclo

(emicrania mestruale pura), spesso si interrompe durante la gravidanza, spesso si aggrava con l'uso della pillola anticoncezionale, spesso guarisce dopo la menopausa.

È evidente che la vita ormonale della donna influisce fortemente sull'andamento della patologia emicranica per cause che in gran parte non sono ancora note.

L'emicrania è una patologia sottovalutata anche da chi ne è vittima e che per questo motivo non fa ricorso a terapie adeguate. Il 45% degli italiani non conosce la differenza tra il semplice mal di testa e l'emicrania e il 71% non sa che esiste un trattamento di profilassi in grado di prevenire gli attacchi; solo il 16% si rivolge allo specialista di riferimento e solo il 3% ad un centro cefalee specializzato che è a struttura specialistica dedicata esclusivamente alle cefalee nella quale il soggetto viene sottoposto a visita accurata, può eseguire esami specifici ed impostare trattamenti terapeutici adeguati.

L'atteggiamento più comune è quello di minimizzare la propria condizione e ricorrere a terapie fai-da-te che non solo non risolvono il problema, ma possono complicarlo perché l'abuso di farmaci contribuisce alla trasformazione dell'emicrania da forma episodica a forma cronica.

La terapia corretta prevede l'allontanamento dai fattori scatenanti individuati, quando questo è possibile, anche attraverso la correzione delle abitudini di vita, nelle forme più frequenti ed invalidanti può essere instaurata una opportuna terapia di profilassi che viene eseguita a cicli; infine viene suggerita una corretta terapia degli attacchi che prevede l'uso di farmaci specifici "triptani" anche in associazione ai farmaci antidolorifici "tradizionali".

La compilazione di un diario del mal di testa e una alleanza terapeutica con lo specialista consentono di ottenere risultati lusinghieri con notevole miglioramento della qualità di vita della persona cefalalgica.

* Specialista in Anestesiologia, Rianimazione e Terapia del Dolore
Fondatore del Centro di Medicina del dolore e di diagnosi e cura delle Cefalee dell'Azienda Policlinica V. Emanuele di Catania



SPECIALISTA

Il dott. Biagio Panascia si occupa in particolare di terapia del dolore

COMUNITÀ TERAPEUTICA ASSISTITA A PEDARA

Villa Erminia, assistenza e riabilitazione con progetti a misura di ogni paziente

Importante punto di riferimento per il Servizio sanitario nazionale all'interno del Dipartimento di Salute mentale, le "Comunità terapeutiche assistite" svolgono un ruolo intermedio tra il Servizio psichiatrico Diagnosi e cura ed il territorio.

Nella Comunità, infatti, afferiscono tutti quei soggetti che, pur nella gravità del quadro psicopatologico, hanno delle potenzialità di recupero del sintomo che, se adeguatamente affrontato, può regredire e consentire al paziente il reinserimento nel tessuto sociale e lavorativo.

Caratterizzata dalla presenza di personale specializzato che compone l'équipe multidisciplinare (psichiatri, psicologi, pedagogisti, assistenti sociali) così come previsto dalla convenzione con il Ssn, Villa Erminia opera in regime di ricovero per pazienti affetti da patologia psichiatrica, handicap, problemi psico-sociali, con finalità assistenziali e soprattutto riabilitative che consentano al paziente il reinserimento nel contesto familiare e nel sociale.

Iscritta all'Albo regionale (ai sensi del D.A. Sanità 13-10-1997) e conseguita la Certificazione di Qualità secondo lo standard internazionale ISO 9001, Villa Erminia è impegnata in un continuo monitoraggio del suo funzionamento e dei suoi servizi, finalizzato al conseguimento di obiettivi qualitativi di soddisfazione del cliente di livello sempre più elevato. Di primaria importanza in questo processo, la conquista della fiducia dell'utente, la tutela della sua privacy e la trasparenza della comunicazione sugli interventi.

Ubicata in collina nel territorio di

Pedara e facilmente raggiungibile dai mezzi pubblici, Villa Erminia è circondata da giardino e si sviluppa su due piani con delle sale annessi usate per le attività musicali e teatrali. È dotata di tutti i confort alberghieri e gode di una cucina propria.

L'aspetto clinico è affidato all'équipe che ha il compito di strutturare per ogni paziente "Progetti riabilitativi individuali". Questi progetti, formulati e discussi dopo un periodo di osservazione del cliente e delle sue relazioni, sono strettamente modulati sulla base della patologia di base ma anche e soprattutto sulle risorse del paziente e sulle sue possibilità di recupero e di autonomia. Sono finalizzati, oltre che alla remissione della sintomatologia clinica attraverso interventi psicofarmacologici curati dal medico psichiatra, anche all'ampliamento della consapevolezza di sé e

delle cause del disagio ed al miglioramento dell'autostima, ottenuti attraverso interventi psicologici.

Proprio al fine di ottimizzare l'approccio multiassiale all'interno della Cta Villa Erminia, la Direzione ha scelto di ampliare il comparto psicologico previsto dalla convenzione, avvalendosi di tre psicologi-psicoterapeuti (anziché uno) di diversa formazione, per prese in carico mirate. A tale scopo, si svolgono all'interno di Villa Erminia interventi psicoterapici suddivisi per approccio (rogersiano, cognitivo-comportamentale e sistemico-relazionale) rivolti al singolo, al gruppo ed alla famiglia.

Il comparto psicologico prevede anche la presenza, aggiuntiva anch'essa alle figure previste dalla convenzione, di una musicoterapista che effettua un laboratorio settimanale di attivazione corporea ed emozionale con

l'ausilio di fonti e strumenti musicali. L'area di competenza sociale, che prevede il contatto con le famiglie con il territorio e con le sue problematiche, di natura talvolta amministrativa, sono affidate alla competenza dell'Assistente sociale e quelle educative a quella del Pedagogista, che si occupa anche di aspetti che riguardano tutte le attività che si svolgono all'esterno della struttura.

Oltre alle attività cliniche vengono svolte, con importanza non secondaria ma a latere di tutte le altre di natura maggiormente "tecnica", attività ergoterapiche (pittura, bricolage, cucina, cucito, giardinaggio) e didattiche (lettura dei quotidiani, di riviste specializzate e di libri) mirate al mantenimento e allo sviluppo delle capacità cognitive, manuali e logico-deduttive affidate ad uno staff di 10 animatori supervisionati dall'équipe. Tra questi



LA STRUTTURA DI VILLA ERMINIA

sono presenti maestri d'arte specializzati responsabili dei laboratori artigianali di ceramica e di restauro, che svolgono per i pazienti corsi didattici di apprendimento delle tecniche professionali e organizzano mostre espositive dei manufatti.

L'organizzazione delle attività, seppur non obbligatoria ma facoltativa e strutturata sulla base delle naturali inclinazioni del paziente, è distribuita

nell'arco dell'intera giornata ed affidata ed un referente che ne cura il progetto insieme al suo tutor di riferimento, componente dell'équipe.

Degna di nota, tra le attività proposte da Villa Erminia, quella teatrale. Da anni, infatti, diretta da un regista esterno professionista del teatro siciliano da parecchi anni, la Compagnia "SottoSopra" composta da pazienti ed operatori della Cta, realizza spettacoli teatrali rappresentati nei vari teatri e spesso per le scuole e gli studenti delle facoltà di medicina e psicologia.

Da sempre strumento terapeutico, il teatro rappresenta una delle attività che hanno reso Villa Erminia nota nel territorio e incoraggiato gli addetti ai lavori al suo utilizzo anche con la psicosi.

Questa varietà di interventi viene mantenuta e continuamente implementata nonostante le gravi difficoltà economiche che affliggono questo settore. Già nel 2005, infatti, per rientrare dal deficit economico, la Regione ha abbattuto la retta del 5% e non ha riconosciuto l'annuale incremento Istat, a fronte di tre rinnovi contrattuali regolarmente rispettati.

GIUSEPPE PETRALIA



AL LAVORO

Nella foto a sinistra, il direttore Labisi, al centro con i collaboratori. A destra, invece, assistiti di Villa Erminia impegnati nelle attività che vengono chiamati a svolgere all'interno della struttura





[EMERGENZE. LE INSUFFICIENZE RESPIRATORIE]



POLVERI SUPER-SOTTILI NEL FUMO

Anche all'aria aperta le sigarette minacciano la salute dei polmoni

Il fumo passivo minaccia la salute dei polmoni, e non solo "indoor". Le sigarette, infatti, inquinano anche all'aperto e alcuni luoghi sono più a rischio di altri. Passando un pomeriggio allo stadio, per esempio, si possono respirare quantità più che doppie di polveri super-sottili Pm 2,5 e livelli di nicotina quasi 30 volte maggiori. Con picchi record nelle fasi più calde del gioco, quando i tifosi col "vizio" attingono compulsivamente al pacchetto per allentare la tensione. Il test, condotto allo stadio di San Siro il 23 aprile scorso durante la partita Inter-Lazio, porta la firma dei ricercatori dell'Istituto nazionale tumori (Int) di Milano. In quella circostanza, al Meazza, è emerso che la concentrazione delle polveri Pm 2,5 - tra le più insidiose per l'organismo - ha raggiunto durante la partita un valore medio di 13,6 microgrammi/metro cubo, con frequenti picchi oltre i 35 microgrammi: un livello 2,1 volte superiore rispetto ai valori esterni (6,5 microgrammi/metro cubo). Quattro volte più sottili del Pm 10 comunemente monitorato dalle centraline anti-inquinamento, le polveri Pm 2,5 sono particolarmente pericolose per la salute proprio per le loro ridotte dimensioni: essendo così fini, ricordano infatti gli esperti dell'Istituto tumori di Milano, scendono in profondità nei polmoni e in parte sono assorbite anche dal sangue, raggiungendo in questo modo tutti i tessuti del corpo. Le conseguenze sulla salute di questi picchi elevati nelle concentrazioni di polveri sottili risultano importanti soprattutto per categorie di spettatori particolarmente a rischio come i bambini, le donne incinte, gli asmatici e i cardiopatici.

Unità di terapia intensiva, utili ma carenti

«Deficit che riguarda soprattutto il Sud e la Sicilia». Eppure consentirebbero di ridurre i ricoveri in Rianimazione

SANDRO MARIA DISTEFANO*

La pneumologia dei giorni nostri è una delle specialità più antiche della scienza medica. Potremmo affermare che il primo cultore della materia risale al 560 a.c. Di lui conosciamo persino il nome: Anassimene, il filosofo che apparteneva alla scuola di Mileto. Egli, infatti, contraddicendo Talete che indicava il fuoco come l'elemento da cui si originano tutte le cose, affermò che è invece l'aria il primo movens.

Senza bisogno comunque di disturbare i filosofi greci, non vi è dubbio che la respirazione segna l'alfa e l'omega dell'esistenza umana. Essa, infatti, ha inizio con il primo vagito, e finisce quando si esala l'ultimo respiro. Nel corso della vita, però, a molti capita di essere affetti da patologie polmonari al punto che queste rappresentano una delle cause di morte più diffuse.

Colpa dell'inquinamento? No, cari lettori, non è solo l'inquinamento atmosferico perché i polmoni si ammalano per svariati motivi, primi tra tutti le

Tra gli altri benefici: evitare di contrarre patologie infettive, ridurre i tempi di degenza, contenere la spesa sanitaria

malattie infiammatorie, seguono poi quelle infettive, quelle allergiche, ed infine le patologie neoplastiche. Già nell'Iliade compare per la prima volta il termine "Asma", un'affezione ormai più che conosciuta. Ma ciò che fece tremare milioni di persone per alcuni millenni fu la Tuberculosis, malattia temibile, attualmente in forte ripresa, già descritta da Ippocrate, padre della Medicina, e da altri illustri studiosi come Aretio di Cappadocia e Galeno.

Si dovette però aspettare l'800 per scoprire grazie agli studi di Koch il bacillo della tubercolosi che prese il nome del suo scopritore, e con esso la nascita della Tisiologia come branca specialistica. Da quella data e sino agli anni sessanta, la Tisiologia guidò la stagione dei "sanatori" che richiedevano un enorme dispendio di risorse economiche, ed erano i luoghi obbligati per la cura degli ultimi appestati dell'era moderna.

Poi, con l'avvento dell'antibiototerapia, la tubercolosi perse valenza sociale e la specialità cambiò la dizione in "Malattie dell'apparato respiratorio e Tisiologia".

Negli anni Ottanta, trentanni fa, rimase solo: "Malattie dell'apparato respiratorio", anche perché si andarono diffondendo i reparti di Malattie infet-

COSÌ AL CANNIZZARO

La suddivisione per tipologia dei pazienti ricoverati presso l'Unità di terapia intensiva respiratoria dell'Azienda Cannizzaro nel 2010

39% NEUROMUSCOLARI

22% POLITRAUMA

3% CHIRURGIA TORACICA

9% CHIRURGIA GENERALE

24,5% BRONCOPATICI

1,5% IPERTENSIONE POLMONARE

tive che si appropriarono della tubercolosi. Nell'ultimo ventennio, purtroppo, i discendenti di Anassimene ridussero la specialità ad "asmologia", in quanto il pneumologo puntò tutta la sua attenzione sull'asma, specie quella allergica.

Per anni ed anni un vaccino ipoallergenico non si negò a nessuno. In quasi tutte le famiglie si trovava l'allergico da sottoporre a terapia iposensibilizzante. A farne le spese fu la credibilità della specializzazione che pagò un costo salatissimo, tant'è che vennero chiuse parecchie divisioni di pneumologia.

Questo è stato l'iter di quanto avvenne in Italia agli specialisti dei polmoni. Per fortuna, a rimediare le sorti dei cultori della materia ci pensarono i francesi. In Francia, e precisamente a Nancy, il professor Paul Saudou, mio indimenticato Maestro, creò la prima divisione di Pneumologia con annessa la Terapia intensiva respiratoria. Il suo acume richiamò persino svariati professori americani che si recarono a Nancy per apprendere le tecniche di ventilazione non invasiva, e per conoscere i primi studi pionieristici sulle Apnee ostruttive del sonno mediante polissonnografia, oltre ovviamente all'ossigenoterapia che già negli anni ses-

santa veniva assicurata dall'Antadip (Associazione nazionale per l'insufficienza respiratoria).

Oggi le quotazioni della pneumologia sono in netta risalita grazie alla nascita delle Unità di terapia intensiva respiratoria che rappresentano il futuro della specializzazione. Ovviamente, convincere i direttori generali, i direttori sanitari della bontà di questi nuovi luoghi non è facile. Disimparare è molto più difficile che imparare.

Nel nostro Paese si paga l'eterna distanza tra il vertice e la periferia, oltre a soffrire l'assoluta carenza di adeguata formazione delle classi dirigenti.

A testimoniare questo deficit formativo è il numero assai esiguo delle Unità di terapia intensiva respiratoria in Sicilia, dove a tutt'oggi ne esistono solo due, una a Catania, presso l'Azienda Ospedaliera Cannizzaro, diretta dal sottoscritto, e l'altra a Palermo, di cui è responsabile il dr. Santino Marchese. Nelle altre sette province siciliane è notte fonda.

Eppure, a Caltanissetta, presso l'Ospedale Sant'Elia vi è una Divisione di Pneumologia dove si pratica la Ventilazione Non Invasiva. Ad occuparsene è il dr. Elio Virone, che annualmente si prende cura di quasi 200 pazienti. Che

fine avrebbero fatto quei pazienti se non ci fosse stato il dr. Virone? La risposta è semplice: avrebbero occupato i posti letto già carenti della Rianimazione, togliendoli magari al diciottenne vittima di un incidente stradale. Quanti sanno che la Rianimazione è uno dei posti meno adatti al broncopatico cronico che sprofonda nell'Insufficienza Respiratoria?

La comunità scientifica dovrebbe spiegare a chi di competenza che staccare un broncopatico cronico dal ventilatore è un'opera spesso ardua e assolutamente impossibile. Quindi, quando vedete una grave Insufficienza respiratoria secondaria a Bpco, trattata in Rianimazione, vi assicuro che quasi sempre è tempo e denaro sprecato.

In questi casi, invece, servono le Unità di terapia intensiva respiratoria, ben distribuite nell'Italia settentrionale, e assai carenti in meridione.

L'Utir è infatti il luogo adatto per il monitoraggio e il trattamento delle Insufficienze Respiratorie sia acute che croniche, secondarie a patologie polmonari ed extra-polmonari, come le malattie neuromuscolari, vedi la Sclerosi laterale amiotrofica.

A testimoniare la veridicità di quanto affermato vi è la statistica della nostra Unità Operativa.

I pazienti, infatti, ricoverati presso l'Utir dell'Azienda Cannizzaro, nel 2010 hanno riguardato svariate patologie così suddivise: neuromuscolari 39%, politrauma 22%, chirurgia toracica 3%, chirurgia generale 9%, broncopatici 24,5%, ipertensione polmonare 1,5%.

Il peso medio dei Drg è stato pari a 2,97 e ciò testimonia la severità dei pazienti ricoverati in Utir.

Dai dati statistici emerge a chiare note, quindi, che i beneficiari delle tecniche di Ventilazione Non Invasiva hanno riguardato pazienti che in nostra assenza avrebbero occupato posti letto di Rianimazione.

Quando un paziente deve essere ricoverato in Utir? I criteri di ammissione nella nostra struttura ultraspecialistica prevedono una marcata ipossiemia (caduta dell'ossigeno) al di sotto di 55 mmHg, presenza di un aumento della CO2 (ipercapnia) superiore a 70 mmHg, Acidosi Respiratoria con pH <7,30, oppure severa ipossiemia che persiste e si aggrava nonostante la somministrazione di Ossigeno.

Altri criteri di ammissione riguardano una dispnea che non risponde al trattamento farmacologico iniziale in reparto, uno stato confusionale o soporoso, oppure segni di fatica dei muscoli respiratori (tachipnea, respiro paradossoso addominale).

Trovano giusta collocazione in Utir anche i pazienti già sottoposti a ventilazione meccanica in Rianimazione, poiché si accelera lo svezzamento dalla protesi ventilatoria e/o per consentire il completamento del recupero funzionale prima dell'invio a domicilio o in reparti di degenza.

Il trattamento all'ingresso del pa-

ziente in reparto prevede un attento monitoraggio dei parametri vitali che si attua mediante l'incannulamento dell'arteria radiale con circuito chiuso, tale da consentire l'esecuzione di plurime emogasanalisi per valutare l'Ossigeno, l'anidride carbonica e il pH senza danneggiare il vaso; nello stesso tempo si procede a incannulare una vena centrale (Succlavia o Giugulare) per le eventuali complicanze vascolari. Subito in successione si prosegue con il monitoraggio Multiparametrico di Saturazione di Ossigeno, Pressione Arteriosa, Pressione Venosa Centrale ed Elettrocardiogramma.

Solo dopo aver stabilizzato il paziente, si esegue una radiografia del torace in due proiezioni, emocromo ed esami ematochimici di routine.

L'esperienza della nostra équipe in quasi un decennio di attività dimostra di aver raggiunto dei risultati largamente positivi, primo tra tutti la riduzione dei ricoveri in Rianimazione. Altri benefici non secondari sono rappresentati da un minor rischio per i pazienti di contrarre patologie infetti-

L'Utir è il luogo più adatto per monitorare e trattare le insufficienze respiratorie, sia acute sia croniche

ve tipiche di tutte le Rianimazioni, evitare l'intubazione, ridurre i tempi di degenza, e non ultimo, il contenimento della spesa sanitaria.

Queste sono le ragioni che ci spingono a chiedere una maggiore attenzione da parte degli organi istituzionali al fine di dotare tutte le Unità operative di Rianimazione di una sezione attigua di Unità intensiva respiratoria, così come accade nell'Italia settentrionale, e nei Paesi Europei.

Inoltre, è nostro vivo auspicio risolvere l'annoso problema delle dimissioni dei pazienti con grave Insufficienza respiratoria, perché spesso si tratta di pazienti non gestibili al proprio domicilio. Nella nostra regione, purtroppo, a tutt'oggi siamo ben lontani dall'attuare un'adeguata Assistenza domiciliare integrata che preveda anche il ricorso alla telemedicina. Speriamo che presto le cose cambino.

Da probabili incalliti utopisti, auspichiamo che chi ne ha la competenza, abbia la cortesia e la responsabilità di percepire il nostro messaggio che mira ad assicurare un'assistenza adeguata, e un risparmio della spesa sanitaria.

* Direttore Unità di Terapia intensiva respiratoria, Azienda Ospedaliera Cannizzaro, Catania



Il dott. Sandro Maria Distefano è direttore dell'Unità di Terapia intensiva respiratoria dell'Azienda Ospedaliera Cannizzaro di Catania, una delle due attive in Sicilia con quella di Palermo della quale è responsabile il dott. Santino Marchese. A Caltanissetta, presso l'Ospedale Sant'Elia, vi è una divisione di Pneumologia in cui si pratica la ventilazione non invasiva. Dai dati statistici relativi ai ricoveri del 2010 al Cannizzaro, emerge chiaramente che i beneficiari delle tecniche di ventilazione non invasiva hanno riguardato pazienti che altrimenti avrebbero occupato posti letto di Rianimazione

[ASSISTENZA E RIABILITAZIONE]

MONDO
medico

La popolazione invecchia così l'Alzheimer colpirà sempre più persone

In Italia. Circa 500mila malati, interessato il 5% dei 65enni

ALFIO SCROFANI*

La malattia di Alzheimer, che rappresenta il 60% di tutte le demenze, è stata descritta per la prima volta nel 1906 dal neuropatologo Alois Alzheimer che descrisse il caso di una donna di 51 anni con disturbi della memoria e delirio, che presentò poi all'autopsia un quadro molto particolare a livello cerebrale.

È una malattia irreversibile, ingravescente, caratterizzata da un processo degenerativo cerebrale che provoca un declino globale delle funzioni intellettive e un deterioramento della personalità e della vita di relazione. L'ammalato progressivamente perde l'autonomia nell'esecuzione degli atti quotidiani della vita e diventa dipendente dagli altri.

Tale malattia colpisce indifferentemente uomini e donne senza distinzione di razza, di nazionalità e di livello sociale. Essa interessa circa il 5% delle persone attorno ai 65 anni di età. In Italia si stimano circa 500.000 ammalati.

Poiché l'intera popolazione mondiale sta progressivamente invecchiando, il numero delle persone affette dall'Alzheimer è destinato ad aumentare.

Cause. Le cause sono sconosciute. Gli studi attuali propendono per un'origine multifattoriale e tra questi: una predisposizione genetica, un disordine del sistema immunitario, sostanze tossiche e fattori psicosociali (depressione, trauma cronico, reazione allo stress ecc.). Le attuali conoscenze indicano che la perdita progressiva di cellule cerebrali nel malato di Alzheimer è associata al formarsi intorno ad esse di

placche anomali (placche di beta-amiloide) e alla presenza all'interno di esse di "grovigli" costituiti da una forma anomala della proteina tau, proteina che ha importanti funzioni nelle cellule sane.

Inoltre con l'ausilio della Risonanza magnetica è stata documentata una marcata atrofia cerebrale e soprattutto a carico dei lobi temporali e dell'ippocampo, struttura fondamentale per i processi mnemonici.

Sintomi. Solitamente l'inizio è subdolo e il decorso progressivo e cronico. Il decorso della malattia dura dagli 8 ai 10 anni e attraversa 3 fasi. Nella prima si hanno disturbi della memoria a lungo termine, depressione, modificazio-

ne del carattere, sospettosità, disturbi del sonno, perdita della capacità di ragionamento e di giudizio. Nella seconda fase il soggetto è incapace di apprendere nuove informazioni, può presentare disorientamento temporo-spaziale, "anomia", ossia incapacità a reperire i giusti termini per esprimere un concetto o denominare un oggetto, "aprassia" (il paziente pur non presentando deficit di forza, non riesce ad organizzare atti motori finalizzati e coordinati), con conseguente difficoltà a mangiare, vestirsi, lavarsi ecc.

Nella terza fase l'ammalato perde la capacità di riconoscere i familiari, di esprimersi, di mangiare, ecc.

Diagnosi. Alla diagnosi clinica si arriva, dopo aver escluso altre malattie, con la collaborazione dei famigliari, con accertamenti strumentali (TAC, RMN e Test psicometrici come ad es. il Mini Mental State, Test di Span, ecc.).

Terapia. Poiché nell'Alzheimer si ha una diminuzione dei livelli di Acetilcolina, si utilizzano, in fase lieve e moderata, farmaci inibitori dell'Acetilcolinesterasi (donepezil, galantamina e rivostigmina).

Famiglia. Le famiglie sono sicuramente le "seconde vittime" della malattia, in quanto ci si trova a fronteggiare cambiamenti forti della vita quotidiana. L'ospedalizzazione è molto diffusa e ciò dipende dal fatto che non esiste un valido supporto alla famiglia, ma anche dalle complicanze che ha il malato di Alzheimer (infezioni, fratture, scompensi, ecc.).

* Consulente Neurologo e Direttore Scientifico della Residenza Serena di Gravina



Le famiglie sono le «seconde vittime» della malattia



L'INCIDENZA DELL'ALZHEIMER È DESTINATA AD AUMENTARE

SCOPERTA DI UN TEAM DI ITALIANI

«Barriera» contro le malattie degenerative

Una speranza si affaccia all'orizzonte per la cura dell'Alzheimer e di altre patologie.

È stata infatti scoperta una barriera molecolare capace di sbarrare la strada al morbo di Huntington e potenzialmente ad altre malattie neurodegenerative come l'Alzheimer e il Parkinson: un team internazionale di ricercatori composto da vari italiani ha visto che "spegnendo" un enzima, Kmo, si rallenta in modo notevole il processo neurodegenerativo tipico di queste malattie.

È quanto è stato dimostrato in due ricerche su topi e moscerini pubblicate sulle riviste Current Biology e Cell rispettivamente da Flaviano Giorgini e dagli italiani Carlo Breda e Susanna Campesan che lavorano presso l'università di Leicester, e Paul Muchowski del Gladstone Institutes di San Francisco. «Abbiamo usato moscerini con la mutazione che causa il morbo di Huntington - spiega Giorgini

scienziato americano di genitori italiani, intervistato da un giornale italiano -. Questi moscerini hanno i sintomi della malattia e sono usati come modello di studio. Abbiamo spento l'enzima Kmo con due metodi diversi, sia mettendo ko il gene, sia usando farmaci sperimentali che lo disattivano. Entrambi gli approcci hanno ridotto la neurodegenerazione e i sintomi della malattia».

«Questo lavoro - dichiara Giorgini - mostra che gli inibitori di Kmo riducono sia i sintomi sia la progressione della malattia. Se questi esperimenti funzioneranno anche sugli esseri umani, la terapia potrebbe ritardare il decorso della malattia». Lo studio del gruppo di Muchowski dà forza a questa prospettiva, il ricercatore ha testato infatti gli inibitori di Kmo su topi malati di Huntington e Alzheimer ed è riuscito a ridurre i sintomi di entrambe le malattie.

M. M.



**CASA DI CURA
MADONNA
DEL ROSARIO**
ACCREDITATA SSN

Direttore Sanitario
DOTT. ROSARIO INDELICATO

Medicina generale - Riabilitazione
Lungodegenza
Day Hospital
Laboratorio di Analisi Accreditato SSN



UNITÀ FUNZIONALI:

MEDICINA INTERNA
RIABILITAZIONE:
NEUROLOGICA - ORTOPEDICA
CARDIOLOGICA - PNEUMOLOGICA

SERVIZI: NEUROLOGIA
ORTOPEDIA
CARDIOLOGIA
PNEUMOLOGIA
ANGIOLOGIA
ECOGRAFIA
RADIOLOGIA
TAC

Via Bronte, 44 - Catania. Tel. 095.434127 - Fax 095.446930 m.delrosario@tiscali.it



**R.S.A.
Residenza
Serena**

ACCREDITATA ASP CATANIA

**RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE
SPECIALIZZATA
NELLA RIABILITAZIONE E NELL'ASSISTENZA**

Amministratore Unico:
Dott. ROSARIO INDELICATO

Responsabile Sanitario:
Dott. Vincenzo Cilmi





**R.S.A.
Residenza
Serena**

SPECIALIZZATA NELLA RIABILITAZIONE
E NELL'ASSISTENZA DI:

- Disabili (Fisici, Psicici, e Sensoriali)
- Patologie dell'anziano che lo rendono non autosufficiente
- Degenza Alzheimer

SERVIZI EROGATI:

- ASSISTENZA MEDICA SPECIALISTICA (Geriatrica, Fisiatria, Psichiatria, Neurologia)
- Attività occupazionali e socializzanti
- Pet therapy
- Assistenza Sociale

Via Fratelli Bandiera, 83 - Gravina di Catania (Ct) Tel. 095.414246 - 095.415724 Fax 095.415757 rsa.residenza.serena@virgilio.it



[ASSISTENZA E RIABILITAZIONE]

Diabete, è allarme «grandi anziani»

Quello di tipo 2 colpisce soprattutto gli over 75: sono più di un terzo dei malati. I risultati di uno studio

PROTESI

Allergie da metalli aumento costante dei casi in Italia

È costante l'aumento di casi di allergie ai metalli, segnalate da allergologi e dermatologi, associate all'utilizzo sempre più frequente di protesi ortopediche nel settore traumatologico e degenerativo. Un primo studio condotto tra il 2009 e il 2010 dagli specialisti dermatologi dell'Istituto ortopedico Galeazzi di Milano, su un campione di 100 pazienti in attesa di protesi, ha evidenziato un'alta incidenza di allergie: dai test predittivi, 18 pazienti sono risultati sensibili al nichel e al cobalto. Inoltre, a distanza di un anno dall'impianto, 5 pazienti dello stesso campione hanno sviluppato un'allergia, non evidenziata durante lo screening preliminare. È quindi consigliato effettuare test predittivi prima di sottoporsi a un intervento di protesizzazione articolare di anca, ginocchio, o spalla.

I test hanno lo scopo di verificare la possibile insorgenza di un'allergia ai metalli nel post-operatorio. Con un'attività preventiva di questo tipo, è quindi possibile diagnosticare non solo un'allergia specifica, ma orientare il chirurgo verso la scelta della protesi più compatibile con le necessità del paziente. Ogni anno, secondo stime dell'ospedale Galeazzi di Milano, in Italia vengono impiantate 180 mila nuove protesi articolari, costituite da superfici di scorrimento che inevitabilmente producono attrito: a seconda dei materiali di cui sono composte - cobalto, nichel, cromo, titanio - queste possono rilasciare particelle che innescano una reazione infiammatoria o una reazione allergica. Le allergie sono infatti tra le principali complicanze che insorgono dopo un intervento di protesizzazione, rendendo talvolta necessario un secondo intervento. Ma una diagnosi tempestiva può scongiurare questo tipo di problemi, che recano disagio al paziente in primis e costituiscono anche un costo ulteriore per il Sistema sanitario nazionale. I test preliminari sono di semplice effettuazione e non presentano effetti collaterali. Possono essere eseguiti su indicazione dell'ortopedico, tenendo conto della composizione in metalli delle protesi che verrà impiantata. Questo tipo di test può essere svolto avvalendosi del sistema sanitario nazionale.



È allarme "grandi anziani" in Italia per la diffusione del diabete di tipo 2. Su circa 2,9 milioni di persone che nel nostro Paese sono colpite da questa patologia, gli "over 75" sono infatti oltre 1,2 milioni, ben più di un terzo del totale.

Si tratta dei pazienti più vulnerabili, spesso affetti da altre importanti malattie che contribuiscono a comprometterne la capacità di risposta, e dunque maggiormente esposti al rischio di episodi ipoglicemici e complicazioni vascolari.

Per queste ragioni, i trattamenti antidiabetici a loro destinati devono garantire, accanto all'efficacia, il più elevato profilo possibile di tollerabilità.

Non è un caso che, recentemente, l'Associazione dei medici diabetologi (Amd) ha discusso proprio di come l'ampia incidenza della "quarta età" tra i pazienti con diabete rappresenti un fattore di crescente importanza nella valutazione dei trattamenti più idonei, soprattutto tenendo conto delle evoluzioni demografiche.

Secondo i dati Ocse, l'Italia è oggi uno dei Paesi al mondo con la più alta aspettativa media di vita, secondo solo al Giappone: quasi 85 anni per le donne e più di 79 per gli uomini. Solo negli ultimi cinque anni, questa media è cresciuta di quasi un anno e la

tendenza all'innalzamento è inarrestabile da decenni.

La percentuale di grandi anziani, cioè di ultra 75enni, nella popolazione dei pazienti affetti da diabete di tipo 2 è dunque destinata ancora a crescere. Nonostante ciò, finora non erano disponibili analisi specifiche sul rapporto efficacia/sicurezza dei farmaci antidiabetici relativamente ai pazienti di queste classi di età.

Il primo studio in questa direzione

è stato presentato nei giorni scorsi nel congresso dell'associazione dei diabetologi svoltosi in Calabria. Si tratta di una metanalisi effettuata su vildagliptin, antidiabetico orale di ultima generazione. L'analisi, come riferito da una nota di Novartis, si è basata su dati estrapolati da dieci studi sull'efficacia del farmaco, sia in monoterapia che come terapia add-on, e da 38 trial sulla sua sicurezza/tollerabilità o in una popolazione di età di ol-

tre 75 anni.

Con questa metanalisi, vildagliptin è risultato l'unico inibitore dell'enzima Dpp4 ad avere dati pubblicati di efficacia e sicurezza/tollerabilità in una popolazione, come quella degli over 75, affetta da importanti comorbidità, politrattata, a maggior rischio di episodi ipoglicemici, complicanze micro e macro-vascolari, interazioni farmaco-farmaco, e pertanto particolarmente difficile da includere nei

trial clinici.

«I risultati dello studio sono particolarmente incoraggianti - commenta Giuseppe Paolisso, preside della Facoltà di medicina della Seconda Università di Napoli - . Nei pazienti over 75 in terapia con vildagliptin, infatti, non si sono riscontrati i tanto temuti episodi di ipoglicemia, che si presentano invece con relativa frequenza nei pazienti in cura con i trattamenti tradizionali. Di conseguenza, con vildagliptin il rischio di eventi avversi cardio o cerebrovascolari legati agli episodi di ipoglicemia, diminuisce del 33% rispetto a quanto si registra con le terapie tradizionali».

Questi dati positivi hanno offerto un valido sostegno alla decisione dell'Em, l'autorità regolatoria europea, di rimuovere la cautela di utilizzo del farmaco nel paziente diabetico di età superiore ai 75 anni. A tutt'oggi, vildagliptin è l'unico trattamento della sua classe cui sia stata riconosciuta questa prerogativa.

Sempre in tema di diabete, nell'ambito del X Rapporto sulle politiche della cronicità, a cui hanno partecipato 34 associazioni, è stata sottolineata l'importanza di una diagnosi precoce delle malattie rare, sia per gli adulti e gli anziani, sia per l'età pediatrica che non ne è immune. Secondo l'Istat, infatti, in generale, il problema della cronicità riguarda il 38,6% della popolazione, con condizioni varie: diabete 4,9%, artrosi/artrite (17,3%), ipertensione (16,0%), malattie allergiche (9,8%), osteoporosi (7,0%), bronchite cronica e asma bronchiale (6,1%).

L'INDAGINE

«ITALIANI TROPPO PIGRI IN AUTO ANCHE PER UN KM»

Italiani fatalisti, quando si tratta di salute. Sottovalutano l'impatto dei singoli comportamenti sul proprio benessere e sul sistema sanitario. E si confermano troppo pigri. Il 35% prende l'automobile anche per tragitti brevi, circa 1 km; il 59% non utilizza mai le scale se ha a disposizione l'ascensore, l'11% non va mai in bicicletta. E a tavola non va meglio: solo il 12% consuma le 5 porzioni raccomandate di frutta o verdura al giorno. A "bocciare" i nostri connazionali sul fronte della prevenzione sono i dati del sondaggio promosso sul sito www.iltrattatodellasalute.org, un progetto dedicato alla medicina dei sani, oggi la vera sfida - a detta degli esperti - per i Paesi occidentali.

L'ORTOPEDICO

«Traumi e distorsioni rischi dei piccoli atleti»

Piccoli atleti a rischio distorsioni e traumi nelle "sfide" al campo estivo.

«Un ragazzino su due nei campus estivi dove si fa sport finisce per farsi male, procurandosi almeno una distorsione. E questo perché, nella maggior parte dei casi, gli insegnanti non sono attenti a evitare questi rischi, e i ragazzini non sono preparati atleticamente». Parola di Sandro Rossetti, primario della Divisione di ortopedia e traumatologia dell'ospedale San Camillo di Roma, che "avverte" i genitori di un pericolo nascosto dietro attività utili e anzi consigliabili per i figli, quando la scuola è finita e la vacanza con la famiglia non è ancora cominciata.

«I campi estivi - dice l'esperto - sono un sistema utile per impegnare i bambini in modo costruttivo, per evitare che che finiscono per trascorrere le proprie giornate da-

vanti alla televisione o su internet. Ma il fatto è che per fare sport, anche da piccoli, è fondamentale curare prima preparazione e riscaldamento».

Gettare "a freddo" i ragazzini nella mischia rischia di moltiplicare i pericoli di stiramenti, distorsioni della caviglia e altri piccoli problemi. E se gli incidenti più gravi «sono, per fortuna rari, il fatto è che molto spesso anche i piccoli traumi si potrebbero prevenire».

Secondo Rossetti «sarebbe utile, tanto per iniziare, favorire attività che non stressino il fisico, come il nuoto o la corsa in scioltezza. Dedicando sempre qualche minuto al riscaldamento muscolare».

Non a caso fra le attività più a rischio di piccoli traumi «c'è la partita di pallone, o le sfide a pallavolo e a basket, fatte senza un'ade-



RISCHI SOPRATTUTTO PER LA POPOLAZIONE ANZIANA

guata preparazione. Certo, sono attività molto amate dai ragazzini - ammette Rossetti - ma è bene ricordare che con gli opportuni accorgimenti i pericoli si possono ridurre al minimo».

Quali sono i consigli ai genitori, alle prese con la scelta del centro estivo?

«È bene optare per strutture gestite da preparatori atletici che ab-

biano una buona formazione e una cultura dello sport più appropriato per i giovani. Insomma, che siano formati ed esperti. Tutti sappiamo che i nostri figli preferiscono il calcio o il tennis, il basket o la pallavolo. Ma è necessario che queste attività siano associate a sport che abbiano una completezza articolare e muscolare, come il nuoto o la ginnastica di gruppo. E che tutti i grup-

«Pericoli in vacanza, meglio attività che non mettano il fisico sotto stress»

pi muscolari siano messi in funzione», raccomanda lo specialista.

I Campus devono essere affidati «a persone preparate che sappiano bene che un muscolo prima di essere sottoposto ad uno sforzo, deve essere opportunamente riscaldato e allungato per evitare traumi muscolari, che possono poi comportare periodi di riposo ed eventuali terapie di recupero. Il riscaldamento del muscolo - evidenzia Rossetti - protegge le articolazioni e le rende più elastiche e meno esposte ai traumi».

Altra precauzione importante è la fase di defaticamento. «Le tossine accumulate si assorbono più rapidamente se l'esercizio prosegue a ritmo molto basso dopo la fine dello sforzo», conclude l'esperto. I muscoli dei piccoli atleti "ringrazieranno".

VERTIGINI E DISEQUILIBRIO. Disfunzioni a carico del sistema nervoso: cosa può fare il fisioterapista

L'efficacia della riabilitazione vestibolare



GAETANO CALUCCIO

La riabilitazione vestibolare è una moderna metodica che permette di risolvere, spesso in modo definitivo o, in ogni caso, di attenuare di molto, i problemi di disequilibrio cronico che affliggono molte persone colpite da patologie vestibolari sia periferiche che centrali.

Le vertigini rappresentano circa il 5% delle consultazioni generiche e il 15% delle consultazioni specialistiche, queste statistiche mostrano la diffusione di questa patologia. La maggior parte dei problemi di disequilibrio è legata ad una serie di patologie che determinano disfunzioni di vario grado sia a carico del sistema nervoso centrale che periferico; in quest'ultimo caso soprattutto a carico dell'apparato vestibolare (l'organo dell'equilibrio) vale a dire del principale sistema sensoriale utilizzato dall'organismo per regolare la postura, cioè la corretta posizione del corpo nello spazio, cioè, in una parola, l'equilibrio.

Molto spesso il paziente che viene dal fisioterapista per altre indicazioni di trattamento

lamentava questo problema senza però aver consultato lo specialista, per questo motivo il tentativo riabilitativo deve essere sempre preceduto da parte del vestibologo da una accurata valutazione della funzione delle varie componenti del sistema vestibolare e deve essere seguito da un fisioterapista, specializzato in questo settore, che mette in pratica gli esercizi adeguati.

Una corretta riabilitazione infatti consente di ridare a pazienti con pessime qualità di vita (la mancanza di equilibrio è una condizione altamente invalidante) condizioni di vita nettamente migliori.

La riabilitazione vestibolare prevede 4 fasi fondamentali

- selezione dei pazienti;
- programmazione dei protocolli;
- effettuazione degli esercizi;
- monitoraggio dei risultati.

La strategia riabilitativa è finalizzata a riprogrammare l'apparato dell'equilibrio per far sì

che il cervello possa utilizzare non il sistema vestibolare (mal funzionante) ma, in sua vece, altri sistemi sensoriali ancora funzionanti come il sistema visivo e quello propriocettivo: infatti dagli occhi, dai tendini, dai muscoli e dalle articolazioni, partono continuamente informazioni che raggiungono il cervello e lo informano di come è disposto il corpo nello spazio.

È proprio a questo livello che si inserisce la riabilitazione vestibolare, tale tecnica infatti, mediante una serie di esercizi e condizionamenti, insegna al cervello ad utilizzare per il mantenimento dell'equilibrio non le informazioni vestibolari ma le informazioni visive e propriocettive, elaborando una corretta strategia posturale e quindi garantendo al paziente un equilibrio del tutto soddisfacente.

Quando si riesce a raggiungere tale obiettivo il problema della mancanza di equilibrio è in gran parte risolto.

GAETANO CALUCCIO
calucciogaetano@hotmail.it

[ASSISTENZA E RIABILITAZIONE]



Il ginocchio elettronico permette di recuperare la normalità perduta

Protesi. Sviluppato in Italia, più diffuso negli Usa

Indipendenza: è il più grande desiderio di coloro che ogni giorno devono lottare contro le proprie limitazioni fisiche. In Italia sono circa tre milioni i disabili, pari al 5 per cento della popolazione; ogni anno coloro che subiscono l'amputazione transfemorale, ossia il taglio della gamba al di sopra del ginocchio, sono circa 10mila, di cui 4500 circa sono anziani che si trovano in questa condizione per effetto di problemi diabetici o vascolari.

A quanti viene amputato l'arto a seguito del manifestarsi di una grave patologia si aggiungono un 10 per cento di adulti vittime di incidenti sul lavoro e una percentuale residuale di giovani, che hanno perso l'arto in circostanze traumatiche e a seguito di incidenti stradali.

La bionica in molti di questi casi comincia a rappresentare una delle risposte più valide al problema. Una soluzione che consenta di tornare a scendere e salire le scale liberamente, chinarsi, passeggiare o portare i pacchi della spesa, che permetta insomma di svolgere diverse attività quotidiane senza ricorrere continuamente all'ausilio di mezzi meccanici o al supporto di terze persone.

Nonostante il settore della tecnica ortopedica sia molto competitivo soprattutto in ambito internazionale, anche l'Italia gioca la sua parte. Uno degli ultimi ritrovati nel campo degli arti robotizzati, frutto di un investimento di tre milioni di euro in tre anni di ricerca, si chiama Rel K ed è stato sviluppato dalla Rizzoli Ortopedia spa, nata nel 1896 con l'inaugurazione degli omonimi Istituti Ortopedici per volontà di Francesco Rizzoli, illustre medico ortopedico. A differenza dei ginocchi meccanici, che consistono in un perno che fa ruotare l'articolazione della protesi della gamba, il gi-

nocchio elettronico della Rizzoli sfrutta un microprocessore per riprodurre il movimento dell'articolazione umana.

La sensoristica di cui è dotato permette di misurare fino a mille volte al secondo la forza esercitata durante la camminata, ottimizzando progressivamente la frenata e adattando il passo alle sollecitazioni e alle asperità del terreno, in modo da rendere la camminata il più fluida possibile.

L'arto bionico pesa 1,6 chili, è dotato di una batteria agli ioni di litio estraibile (più una seconda di riserva) ed ha una durata di circa 30

ore in assenza di attività impegnative e prolungate, 6 ore in camminata continua a 6 km/h e 18 ore a 2 km/h. La persona che l'indossa può impostare fino a quattro modalità diverse di funzionamento tramite telecomando e in caso di emergenza l'arto si blocca.

«Gli arti bionici rappresentano una soluzione ottimale per restituire una vita normale ai pazienti che hanno subito una menomazione», spiega Mauro Mastropasqua, amministratore delegato di Rizzoli Ortopedia. «Il problema è economico: il prezzo del ginocchio elettronico è di circa 25mila euro e l'assenza di rimborso da parte del Servizio sanitario nazionale fa sì che in Italia ne vengano impiantati solo cento l'anno, contro i 6-8mila degli Stati Uniti». Queste protesi permetteranno a Rizzoli Ortopedia di confermarsi unica azienda italiana che dispone delle tecnologie adeguate per supportarne la produzione.

La Rizzoli Ortopedia ha ottenuto la certificazione della Food and Drug Administration e ha siglato un accordo di collaborazione con la statunitense Fillauer per la distribuzione in esclusiva del ginocchio elettronico Rel-K negli Usa.

Grazie a un microsensore riesce a riprodurre il movimento dell'articolazione umana



In alto, Mauro Mastropasqua, amministratore delegato di Rizzoli Ortopedia. Qui sotto, il ginocchio elettronico che permette di recuperare la funzionalità dell'arto



L'ECCELLENZA DI SANICAM

Il «poliambulatorio» diventa riferimento clinico e strumentale

Il prolungamento delle aspettative di vita degli ultimi decenni, se da un lato rappresenta una importante conquista del genere umano, dall'altro comporta la comparsa e l'incremento di richieste di cura per le patologie che semplicemente sono considerate come normale effetto della vecchiaia.

In questo contesto la Sanicam, presente sul territorio da circa quarant'anni, ha speso e spende risorse umane e tecnologiche volte a rispondere a quelle domande sanitarie di cui il cittadino necessita.

Nato come centro di prevenzione e cura della colonna vertebrale oggi la Sanicam è riuscita, attraverso sforzi importanti, a raggiungere l'organizzazione di un poliambulatorio dove una équipe di professionisti selezionati e strumentistica diagnostica di alto livello, rappresentano un polo di riferimento clinico e strumentale al servizio del cittadino.

In campo fisiologico ed ortopedico, dopo una accurata visita, il paziente può avvalersi di indagini strumentali importanti (RX tradizionale e digitalizzata, ecografia, risonanza magnetica nucleare, densitometria ossea computerizzata completa di morfometria vertebrale per la prevenzione e cura dell'osteoporosi,

esame posturale con postural bench, esame baropodometrico computerizzato statico e dinamico).

In campo neurologico visita, elettromiografia, potenziali evocati, consentono efficaci diagnosi.

Équipe di professionisti Diagnosi completa

In campo ginecologico sono offerti servizi più che mai tesi alla prevenzione ed ad una precoce diagnosi (visita senologica-ecografia mammariadoppler ginecologico-DVD recorder in gravidanza-eco morfologica-eco ostetrica I e III trimestre-eco ostetrica 4D-flussimetria materno fetale-Pap test-screening eco 1° SCA test-bioch). Di recente acquisizione i servizi di cardiologia, angiologia e dermatologia, aumentano l'offerta di servizi.

A tutto questo si allaccia l'attività terapeutica che si avvale dell'impegno e della professionalità di un'équipe di fisioterapisti motivati ed impegnati a recepire le nuove tecniche che l'attività scientifica propone.

Appare chiaro che l'attività poliambulatoriale della struttura consente al paziente di interagire con diversi professionisti all'interno della stessa struttura e raggiungere quindi la completezza diagnostica terapeutica in un percorso che è risposta qualitativa ai bisogni in sanità della nostra popolazione.

Migliorare la qualità della vita è una giusta richiesta che il cittadino manifesta e alla cui risposta Sanicam si impegna giorno dopo giorno. La possibilità di eseguire un percorso diagnostico e terapeutico in un unico contesto con proficua interazione tra varie discipline specialistiche, ponendo al centro dell'attenzione il malato, è quanto di più auspicabile in campo medico.

RIZZOLI ORTOPEDIA
DAL 1896 IL MESTIERE E LA TECNOLOGIA

SU MISURA

Presidi ortopedici su misura
Ausili e attrezzature per anziani e disabili

GIUGNO E LUGLIO check-up gratuito della vostra protesi

CATANIA:
Centro protesi
Via Androne, 65/67 Tel. 095 7159931 Fax 095 310875
c/o Policlinico Universitario "G.Rodolico"
Via S.Sofia, 78 Palazzina Servizi Tel./Fax 095 337924

• Capo D'Orlando: Via Alessandro Volta, 29/31 Tel./Fax 0941 902217
• Messina: c/o Euroacustica srl Via G. Bruno, 75 is. 137 Tel./Fax 090 6510929
• S. Agata Di Militello: c/o Euroacustica srl Via Medici, 129 Tel. 0941 702437
• Siracusa: c/o Hospital sas Via Testaferrata, 10/12 Tel. 0931 60587

ortopediasicilia@rizzoliortopedia.it **ORTOPEDIA SICILIA**

25°
Officina Tecnica Ortopedica Catanese

Promozione Benessere:
Esame del piede con pedana stabilometrica
GRATUITO per i mesi di giugno e luglio

Al Tuo benessere pensiamo noi.

Forniture ASP
Servizio Sanitario Nazionale
INAIL

TUV CERT

CATANIA
Sede: Via Androne, 66 - 70 Show room: Via Androne, 86 - 88
Tel. 095 316914 Fax 095 317203

Siamo Presenti anche a Callagirone, Lentini,
Randazzo e S.Teresa Riva

informa@ortopediacatanese.it
www.ortopediacatanese.it



[CUORE. LA PREVENZIONE]

Nuova tecnologia salvavita contro la morte improvvisa

Defibrillatore sottocutaneo impiantato al Garibaldi-Nesima di Catania

ANGELO TORRISI

Il defibrillatore sottocutaneo rappresenta un'assoluta innovazione tecnologica nel campo della prevenzione della morte improvvisa, evenienza che in Italia si verifica ogni anno nell'uno per 1000 circa della popolazione (circa 60.000 morti improvvisi all'anno). In Sicilia tale incidenza è di circa 5000 morti all'anno, 1 ogni 90 minuti.

Chiediamo al dott. Michele Gulizia, direttore della Cardiologia del Garibaldi-Nesima in cosa consiste.

«Si tratta di un dispositivo impiantabile a livello toracico totalmente sottocutaneo, sia defibrillatore che elettrocatteter, e pertanto senza "fili dentro il cuore". L'elettrocatteter è posizionato lungo il margine sinistro dello sterno, totalmente al di fuori del torace e del sistema venoso, mentre il defibrillatore ad esso collegato viene impiantato sottocute in sede sottoascellare, posizione peraltro non disagiata per il paziente e esteticamente poco visibile».

Quali sono i vantaggi di questo defibrillatore sottocutaneo rispetto al defibrillatore transvenoso classico?

«Ci sono indubbi vantaggi. Tra questi, primariamente, l'impianto dell'elettrocatteter sottocutaneo evita una serie di problemi correlati all'approccio transvenoso come: difficoltà di impianto, ostruzione venosa, necessità di scopia radiologica, perforazione cardiaca o lacerazioni venose, ma soprattutto evita la potenziale necessità, a seguito di possibili infezioni o malfunzionamenti, di rimuovere un elettrocatteter cronicamente impiantato dentro al cuore. Infatti, la rimozione di un elettrocatteter dal cuore si accompagna ad un rischio, durante l'estrazione, di complicanze maggiori e mortalità non trascurabile a causa delle tenaci aderenze fibrose che si formano lungo il suo decorso all'interno delle vene e del cuore stesso. Inol-

tre - aggiunge Gulizia - la discriminazione dei vari tipi di aritmia risulta essere più precisa in quanto il riconoscimento dell'aritmia avviene attraverso dei poli elettrici sulla superficie toracica, quindi analogamente ad un classico elettrocardiogramma, e non dall'interno del cuore come nel defibrillatore classico: ciò comporta una riduzione significativa degli shock inappropriati (vale a dire di interventi del defibrillatore su aritmie non minacciose per la vita che rappresentano ad oggi la complicità più frequente nei portatori di defibrillatore e che è causa di grave disagio psicologico per il paziente).

Come funziona questo nuovo dispositivo?

«Il defibrillatore sottocutaneo, essendo un salvavita a tutti gli effetti e non un dispositivo dotato di stimolazione antitachicardica o di funzione pacemaker nel senso classico del termine, rappresenta un apparecchio di assoluta semplicità nella gestione e nella programmazione da parte del medico. Nell'impianto di defibrillatore transvenoso classico - osserva il direttore della Cardiologia del Garibaldi-Nesima - l'elettrocatteter rappresenta l'anello debole del sistema in quanto è sottoposto, nel punto di ingresso nella vena e all'interno del cuore, ad un continuo stress di movimento con la possibilità di frattura del conduttore o di danno a carico della guaina di rivestimento (fino al 40% degli elettrocatteteri presentano un malfunzionamento ad 8 anni dall'impianto); l'elettrocatteter del defibrillatore sottocutaneo, essendo né cavo né particolarmente flessibile e non dovendo navigare attraverso il sistema venoso, presenta una struttura resistente alla forza di tensione e alle abrasioni del rivestimento ed è soggetto ad uno stress di movimento legato alle escursioni respiratorie notevolmente inferiore rispetto ad un elettrodo transvenoso, con probabilità di rottura pressoché nulla».

Dottor Gulizia anche i giovani possono impiantare

questo dispositivo?

«Certamente, infatti, l'impiego del defibrillatore sottocutaneo nei bambini o nei soggetti giovani con cardiopatie ad elevato rischio di morte improvvisa permette di preservare totalmente il sistema venoso ed il cuore nel suo interno che non vengono occupati da elettrocatteteri che, inevitabilmente nel tempo, richiedono la sostituzione con conseguente rischio elevato di complicanze durante l'estrazione. Inoltre se, anche dopo anni, il sistema impiantato dovesse essere espantato, la procedura di espanto del sistema completo risulterà estremamente agevole e sostanzialmente a rischio zero per il paziente».

L'équipe del Garibaldi-Nesima di Catania che ha eseguito l'impianto del defibrillatore sottocutaneo. Si tratta di un dispositivo salvavita a tutti gli effetti (e non un dispositivo dotato di stimolazione antitachicardica o di funzione pacemaker nel senso classico del termine) di assoluta semplicità nella gestione e nella programmazione



GLI EFFETTI DELL'E-WASTE SULLA SALUTE DELL'UOMO

Gli allarmi sulle conseguenze per la salute del cosiddetto e-waste - cioè la massa di rifiuti prodotta da computer, cellulari e altri dispositivi elettronici dismessi - è più che giustificato. Lo conferma uno studio pubblicato dalla rivista Environmental Research Letters, in cui sono stati testati gli effetti di questi residui sul tessuto polmonare, e che ha mostrato diverse alterazioni potenzialmente pericolose poiché collegate a tumori e problemi cardiologici. L'analisi è stata effettuata dalla Zhejiang University in Cina, esponendo cellule coltivate in laboratorio ai residui organici volatili e ai metalli pesanti che si trovano comunemente nell'e-waste, monitorando i livelli di interleuchina (un ormone legato alle infiammazioni) e dell'espressione del gene p53, che è alta in presenza di danni alle cellule. Tutte queste sostanze sono risultate in alte concentrazioni dopo l'esposizione: «Tutti questi indicatori sono il segno di un danno genetico - spiega Fangxing Yang, uno degli autori - che può portare a tumori e malattie cardiovascolari». In tutto il mondo sono circa 20 milioni le tonnellate di e-waste che vengono prodotte, la maggior parte delle quali raggiunge proprio la Cina.

L'altalena dei valori glicemici «stanca» il cuore

I risultati della ricerca. Con la misurazione nell'arco delle 24 ore si possono ipotizzare migliori strategie contro il danno cardiovascolare

La glicemia va su, alle stelle. Poi precipita verso valori minimi. Un'altalena molto dannosa per il cuore che, a lungo andare, si "stanca" di più rispetto ai casi in cui il glucosio nel sangue si mantiene stabile attorno a un valore medio: lo dimostra per la prima volta uno studio italiano di diabetologi dell'università di Roma Tor Vergata, pubblicato sulla rivista 'Diabetes Care'.

I medici hanno coinvolto 26 pazienti con diabete di tipo 2 che erano in cura con ipoglicemizzanti orali o con la sola dieta.

«Abbiamo escluso pazienti con complicazioni o che fossero in terapia con farmaci che possano dare luogo a picchi di glicemia, come l'insulina, o che possano favorire la comparsa di oscillazioni glicemiche», spiega Simona Frontoni, coordinatrice della ricerca e responsabile degli standard di cura della Società italiana di Diabetologia (Sid). «In questo modo - aggiunge - ci siamo assicurati che le fluttuazioni di glicemia eventualmente presenti dipendessero esclusivamente dalla patologia, senza interferenze».

I partecipanti allo studio sono stati sottopo-

sti a un holter glicemico, ovvero alla misurazione della glicemia nell'arco delle 24 ore attraverso un sensore sottocutaneo. Inoltre, a tutti è stata misurata la pressione arteriosa nelle 24 ore e l'emoglobina glicata, indicativa del valo-

re medio della glicemia nel lungo periodo (2-3 mesi). Infine, i partecipanti sono stati sottoposti a una valutazione del livello di stress ossidativo dell'endotelio vascolare e a un ecocardiogramma per stimare la funzionalità cardiaca.



SCREENING

Una recente campagna di screening: è fondamentale tenere sotto controllo i valori ematici

«I risultati - spiega Frontoni - hanno dimostrato chiaramente che a un maggior livello di oscillazioni della glicemia nell'arco delle 24 ore corrisponde una maggior probabilità di alterazioni nella funzione del ventricolo cardiaco destro, quello che deve dare la 'spinta' in circolo al sangue e che è compromesso nei pazienti con scompenso. Si tratta di danni cardiaci iniziali, quasi certamente dovuti a uno stress ossidativo diretto dell'iperglicemia sulle pareti dei vasi. Sappiamo, infatti, che gli incrementi eccessivi di glucosio provocano danni all'endotelio; i nuovi dati mostrano che l'altalena di glicemia, provocando picchi più elevati, può danneggiare direttamente gli organi».

A oggi il grado di controllo glicemico dei diabetici viene stimato attraverso la misurazione dell'emoglobina glicata, che però è un valore medio: dietro un livello pari a 7 si possono nascondere glicemie che, nell'arco della giornata, variano fra 90 e 120 o, al contrario, glicemie che oscillano fra 40 e 300.

I dati raccolti dai ricercatori italiani mostrano che il valore medio non basta: in analogia al-

le oscillazioni della pressione arteriosa, che sono legate a un maggior danno cardiovascolare rispetto a valori meno altalenanti, l'effetto yo-yo della glicemia pare di fondamentale importanza per la salute dei pazienti.

«Lo strumento per la valutazione della glicemia in continuo esiste, ma per il momento non può essere proposto a tutti i pazienti: al di là dei costi, che sarebbero ingenti, non esistono ancora criteri standard per selezionare i casi da sottoporre al test né per valutare i risultati ottenuti», osserva Frontoni. «Ciò significa che a oggi il test dell'emoglobina glicata è e resta il punto di riferimento per capire se i pazienti sono in controllo glicemico; la misurazione delle oscillazioni del glucosio nel sangue attraverso l'holter glicemico è tuttora sperimentale e i nostri risultati andranno confermati. Se capremo a chi fare l'holter glicemico e come interpretare i risultati in maniera standardizzata - conclude Frontoni - in un prossimo futuro questo test potrà aiutarci a inquadrare meglio ogni paziente e ipotizzare strategie di prevenzione del danno cardiovascolare».

Corso intensivo di chirurgia vaginale e laparoscopica

Direttore P. Scollo

Catania 13-15 giugno 2011
Azienda Ospedaliera Cannizzaro

Logo: SIGO, SOG, GEGi

SABATO, 18 GIUGNO 2011

Cancro della cervice UP TO DATE

AZIENDA OSPEDALIERA CANNIZZARO

Treatmento del cancro cervicale avanzato

08.30 - 09.30 Registrazione partecipanti
09.30 - 10.00 Inaugurazione e presentazione
10.00 - 10.30 Dimensione della patologia in Sicilia
10.30 - 10.50 Strategie terapeutiche
10.50 - 11.10 Rete italiana dei trattamenti
11.10 - 11.30 Rete italiana dei trattamenti
11.30 - 12.30 Quando e quale radioterapia nel cancro cervicale?
12.30 - 13.30 Discussione

Logo: SIGO, SOG, GEGi

[CUORE. LA PREVENZIONE]



Rischi cardiovascolari più alti nelle donne con ovaio policistico

Ricerca. La scoperta in uno studio della Cattolica

Le giovani donne che hanno un ovaio policistico devono tenere d'occhio la salute del proprio cuore più delle loro coetanee che non ne soffrono, perché hanno più possibilità di sviluppare negli anni patologie cardiovascolari e disturbi metabolici. E' la conclusione di uno studio coordinato da Rosanna Apa, dell'Istituto di Clinica ostetrica e ginecologica dell'università Cattolica di Roma, realizzato in collaborazione con l'Istituto di Cardiologia dell'ateneo, appena pubblicato sulla rivista "Fertility Sterility".

La sindrome dell'ovaio policistico (Pcos) è il più frequente disturbo ormonale delle donne in età riproduttiva. Colpisce, infatti, il 5-10% della popolazione femminile, provoca disagi importanti e si manifesta con mancanza o ritardi (40-60 giorni) delle mestruazioni, infertilità, obesità, irsutismo e acne. Ma, spiegano gli esperti, grazie alla collaborazione di più specialisti i disturbi possono essere eliminati. C'è un temibile effetto, a lungo termine, che può colpire le donne affette da Pcos, la cui presenza può essere la spia precoce di importanti patologie nell'età adulta, in primis le malattie cardiovascolari.

Queste patologie, secondo lo studio di ginecologi e cardiologi dell'università Cattolica-Policlinico A. Gemelli di Roma, sembrano preferire le donne che soffrono di ovaio policistico. Pertanto - suggeriscono i ricercatori della Cattolica - "è necessario mettere a punto per loro strategie di prevenzione più accurate per limitare questi rischi".

"È noto che le giovani donne abbiano un minore rischio di eventi cardiaci, ma questa protezione biologica si affievolisce dopo la menopausa, quando diventano vulnerabili per lo sviluppo di malattie cardiovascolari nel corso degli anni", dice Rosanna Apa.

Uno studio condotto dall'Istituto di Cardiologia della Cattolica aveva già dimostrato che pazienti affetti da angina instabile presentavano un'espansione di una peculiare sottopopolazione di linfociti T (definiti CD 28 null) nel sangue periferico.

I ricercatori dell'Istituto di Clinica Ostetrica e Ginecologica della Cattolica, partendo da questo dato, hanno studiato la presenza di questi linfociti in donne con policistosi ovarica e in un gruppo di controllo di donne sane, riscontrando che in chi ha l'ovaio policistico sono significativamente più numerosi. Lo studio ha coinvolto 30 donne con ovaio policistico di età tra i 18 a 37 anni, senza patologie cardiovascolari. Le giovani donne presentavano essenzialmente disturbi del ciclo mestruale (cioè mestruazioni scarse o assenti), segni di iperandrogenismo, cioè di sviluppo di caratteri maschili quali eccessiva crescita dei peli su viso, petto e addome, acne e infertilità.

La novità del lavoro è stata quella di identificare in queste donne un'anomalia del sistema immunitario sovrapponibile a quella descritta in caso di angina instabile, dunque un possibile marker di rischio cardiovascolare.

"Le giovani donne con diagnosi di Pcos - conclude la ginecologa Apa - devono pertanto fare maggiore prevenzione a partire dalla fase della loro vita in cui si manifestano anche solo disturbi ginecologici, a volte sottovalutati perché ritenuti 'innocui': tale attenzione può portare a benefici a lungo termine per la salute del cuore e non solo. È necessario sensibilizzare gli stessi medici di famiglia nei confronti delle donne giovani con ovaio policistico, per monitorare e limitare i più frequenti fattori di rischio cardiovascolare, pressione arteriosa, sovrappeso, disordini del metabolismo lipidico e glucidico".

Preziosa, secondo i ricercatori, la sensibilizzazione delle possibili pazienti e dei medici di famiglia



BENEFICI DAL CIBO

La dieta mediterranea «tesoro» per la salute conquista l'America

Arriva negli Usa il nuovo piatto per la dieta ideale che valorizza l'importanza della frutta, il cui consumo, purtroppo, crolla nei pasti degli italiani in quantità del 9 per cento insieme agli altri componenti della dieta mediterranea, come i prodotti ittici (-8 per cento), gli ortaggi (-3 per cento), l'extravergine (-2 per cento), la pasta (-2 per cento) e il vino (-1 per cento).

È quanto emerge da una analisi della Coldiretti sulla base dei dati Ismea relativi al primo trimestre del 2011, in occasione della presentazione di 'my platé', il piatto nutrizionale nuovo concepito per comunicare agli americani un corretto stile alimentare, che manda in pensione dopo due decenni la piramide alimentare, sotto la spinta della first lady Michelle Obama, per la quale metà dell'alimentazione quotidiana deve essere dedicata a frutta e verdura.

Riduce l'incidenza di alcune malattie

Si tratta - sottolinea la Coldiretti - di un esplicito riconoscimento della dieta mediterranea che si fonda sul consumo abbondante di frutta e verdura, olio di oliva e di un buon bicchiere di vino che ha consentito agli italiani di conquistare un record nella longevità con 84,3 anni per le donne e 79,1 anni per gli uomini nel 2010, anno in cui la dieta mediterranea è stata riconosciuta come patrimonio immateriale dell'Unesco anche per l'impatto rilevante sulla salute.

In dieci anni - precisa la Coldiretti - la speranza di vita media in Italia è aumentata di 1,5 anni per gli uomini e di 2,1 anni per le donne, collocando il nostro paese ai vertici europei. Secondo recenti studi pubblicati sul British Medical Journal analizzati dal team di Francesco Sofi, nutrizionista dell'Università di Firenze, la dieta mediterranea - sottolinea la Coldiretti - riduce del 13 per cento l'incidenza del Parkinson e dell'Alzheimer, del 9 per cento quella per problemi cardiovascolari e del 6 per cento quella del cancro. Tutti i prodotti cardine della dieta mediterranea vedono - evidenzia la Coldiretti - l'Italia ai vertici mondiali nella produzione. Il Belpaese è, infatti, il primo produttore mondiale di pasta e vino, mentre nell'olio occupa la piazza d'onore, pur essendo il primo esportatore.

Ma l'Italia è anche il primo produttore europeo di frutta e ortaggi, oltre che il primo a livello mondiale di kiwi, uva, carciofi, il secondo per pesche e nettarine, carrube, nocciole, il terzo con cavolfiori e broccoli, pere, il quarto su lattuga e cicoria, mandorle, ciliegie, castagne. Primato nelle esportazioni anche per le conserve di pomodoro, di cui lo Stivale è anche il terzo produttore a livello mondiale.

ANCHE INFEZIONE CARDIACA TRA I DANNI DA PIERCING

Piercing e tatuaggi non autorizzati possono causare anche gravi infezioni. Peraltro, i rischi percepiti dai giovani sono molto bassi e per questo chi segue la moda di "bucarsi" si affida senza problemi a negozi non autorizzati. Uno studio, su un campione di più di 9 mila studenti, dice che «un giovane su tre ha un piercing mentre uno su quattro è tatuato. Quasi il 50% dei tatuatori italiani svolge illegalmente la propria attività». Anche andare in un negozio autorizzato, però, non risparmia dagli effetti avversi: se si va da tatuatori con esperienza ci sono comunque complicanze, che possono essere infezioni, sanguinamento, cheloidi, e si presentano dal 10% al 30% dei casi. Le zone più a rischio sono la bocca, la zona attorno agli occhi, le cartilagini e i genitali. Ma in Gran Bretagna, tra le donne "tatuato", si sono osservate complicazioni nel 31% dei casi, e in circa l'1% di questi c'è stato addirittura bisogno dell'ospedalizzazione. Uno dei casi più gravi registrati è stato quello di una diciottenne sana che, dopo un piercing al setto nasale, ha sviluppato un'endocardite da stafilococco aureo (grave infezione del cuore), complicata da più embolie settiche.

IL GARIBALDI DI NESIMA RAFFORZA L'ALTA SPECIALITÀ



IL DG ANGELO PELLICANO

Si rafforza l'alta specialità al Garibaldi di Nesima, dove sono state di recente inaugurate due nuove apparecchiature all'avanguardia nel campo della tecnologia diagnostico-sanitaria.

La prima delle due è la nuova Gamma Camera, un sofisticato e modernissimo apparecchio destinato ad arricchire i servizi dell'Unità Operativa di Medicina Nucleare diretta dalla dott.ssa Maria Concetta Fornito. Questa ha il compito di ridurre sensibilmente la quota di radiazioni da somministrare al paziente durante l'esecuzione dell'esame scintigrafico, migliorando lo stesso valore diagnostico dell'esame anche dal punto di vista della qualità dell'immagine. Peraltro, in

Medicina nucleare e radioterapia potenziate con nuove tecnologie

questo modo, sarà anche possibile ridurre i tempi di registrazione dello studio, a beneficio delle liste di attesa. Tali vantaggi riguarderanno tutte le specialità interessate, soprattutto in campo oncologico, permettendo l'esecuzione di complesse indagini settoriali.

La seconda tecnologia fa invece riferimento all'Acceleratore Lineare Rapid

Arc, impiantato all'interno dell'Unità Operativa di radioterapia diretta dal dott. Alberto Rosso, che consente una terapia radiante guidata dall'immagine, ricostruendo in maniera tridimensionale la lesione tumorale. La novità è rappresentata dalla possibilità di dare vita ad una riproduzione dettagliata del piano di cura messo a punto dallo stesso specialista,



LA GAMMA CAMERA

consentendo una più precisa ed efficace somministrazione delle radiazioni direttamente nell'area tumorale. Siffatta tecnica ha finanche la capacità di ridurre l'intensità degli effetti collaterali, aumentando notevolmente la possibilità di cura e di controllo della patologia.

Per il Direttore generale dell'Arnas Garibaldi di Catania, il dott. Angelo Pellicano, l'arrivo di queste due nuove metodiche rafforza notevolmente l'offerta di alta specializzazione sul territorio: «Ancora una volta - dice il manager - sono stati raggiunti significativi obiettivi. Con queste novità, il Garibaldi consolida la sua alta specializzazione, ponendosi come centro di eccellenza nella diagnosi e nella cura di importanti patologie».

Collaborazione chirurgica neuro-otoiatria

Multidisciplinarietà e alta tecnologia. Difficili interventi effettuati all'ospedale di Nesima

La medicina, forse più delle altre scienze, ha beneficiato delle innovazioni tecnologiche degli ultimi anni, consentendo un'eccezionale input nelle metodiche diagnostiche e negli strumentari chirurgici di ultima generazione. L'utilizzo di siffatto "arsenale terapeutico" nelle mani esperte di equipe multidisciplinari permette di affrontare interventi chirurgici considerati sino a poco tempo fa "off-limit".

In quest'ottica si colloca la collaborazione, più che quinquennale, tra le Strutture complesse di Otorinolaringoiatria e Neurochirurgia, dirette rispettivamente dal dott. Ferdinando Raso e dal dott. Giovanni Nicoletti, presso il presidio ospedaliero di Nesima dell'Azienda ospedaliera Garibaldi di Catania. Questo tipo di collaborazione interdisciplinare, con la supervisione del Direttore sanitario aziendale dott.ssa Marinella Ienna, permette di affrontare patologie "di confine" neuro-otoiatria, come le neoplasie che interessano sia la cavità nasali che il comparto intracranico, quelle che coinvolgono orecchio interno e cervelletto, e le lesioni che dalla regione cervicale del-



Il dott. Ferdinando Raso e il dott. Giovanni Nicoletti

la colonna vertebrale che coinvolgono anche il collo e la faringe. Recentemente due rari casi di adenocarcinoma mucinoso di tipo intestinale delle fosse nasali con estrinsecazione in fossa cranica anteriore sono stati asportati con eccezionali interventi condotti contemporaneamente dall'equipe otorinolaringoiatrica e neurochirurgica. La strategia chirurgica ha previsto un simultaneo accesso rinotomico paratilonasale e craniotomico frontale. Le due vie d'accesso "incontrandosi" a livello del residuo del pavimento della fossa cranica anteriore

hanno permesso la completa asportazione della neoplasia e la ricostruzione del pavimento della fossa cranica anteriore utilizzando il pericranio e la lamina quadrangolare del setto nasale dello stesso paziente. A circa due anni dall'intervento i pazienti, dopo trattamento radioterapico, non presentano recidive della neoplasia e le loro condizioni sono buone.

La collaborazione chirurgica neuro-otoiatria dimostra la sua eccezionale efficacia nelle lesioni interessanti l'encefalo e l'orecchio interno, come nei Neu-

rinomi del nervo acustico o nei Meningiomi dell'angolo ponto-cerebrale, in pazienti con questo tipo di patologie è possibile effettuare l'intervento sia con tecnica squisitamente neurochirurgica nell'approccio retrosigmoidico, che con tecnica otorinolaringoiatrica, nell'approccio translabirintico. La presenza all'atto chirurgico del neurochirurgo e dell'otorinolaringoiatra consente di sfruttare in contemporanea l'esperienza dei due specialisti, ottimizzando il risultato terapeutico.

I frutti di questa collaborazione interdisciplinare non si fermano qui, al Garibaldi-Nesima vengono apprezzate in équipe congiunta anche le lesioni della regione sellare e del clivus, sfruttando le conoscenze tecniche otorinolaringoiatriche nell'approccio endoscopico transfenoidale sino al pavimento sellare e quelle neurochirurgiche nel comparto intracranico. «Solo un'interazione rodante e funzionale - dice il Direttore generale dott. Angelo Pellicano - soprattutto nelle cosiddette patologie di confine, può consegnare all'assistito il più rilevante risultato terapeutico».

PO GARIBALDI-CENTRO

Triage multimediale in venti lingue per «parlare» al paziente straniero

Sarà presentato presto, presso l'Aula Dusmet del presidio ospedaliero Garibaldi-Centro, il nuovo Triage Multimediale per la traduzione simultanea, già in fase di sperimentazione nei settori dell'urgenza del nosocomio di Piazza S. Maria di Gesù. Il sistema comprende prevalentemente un servizio di mediazione linguistica



ROSARIA D'IPPOLITO

in venti lingue capace di permettere agli operatori impegnati nei due Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera di interagire più agevolmente con pazienti stranieri che non conoscono bene la lingua italiana.

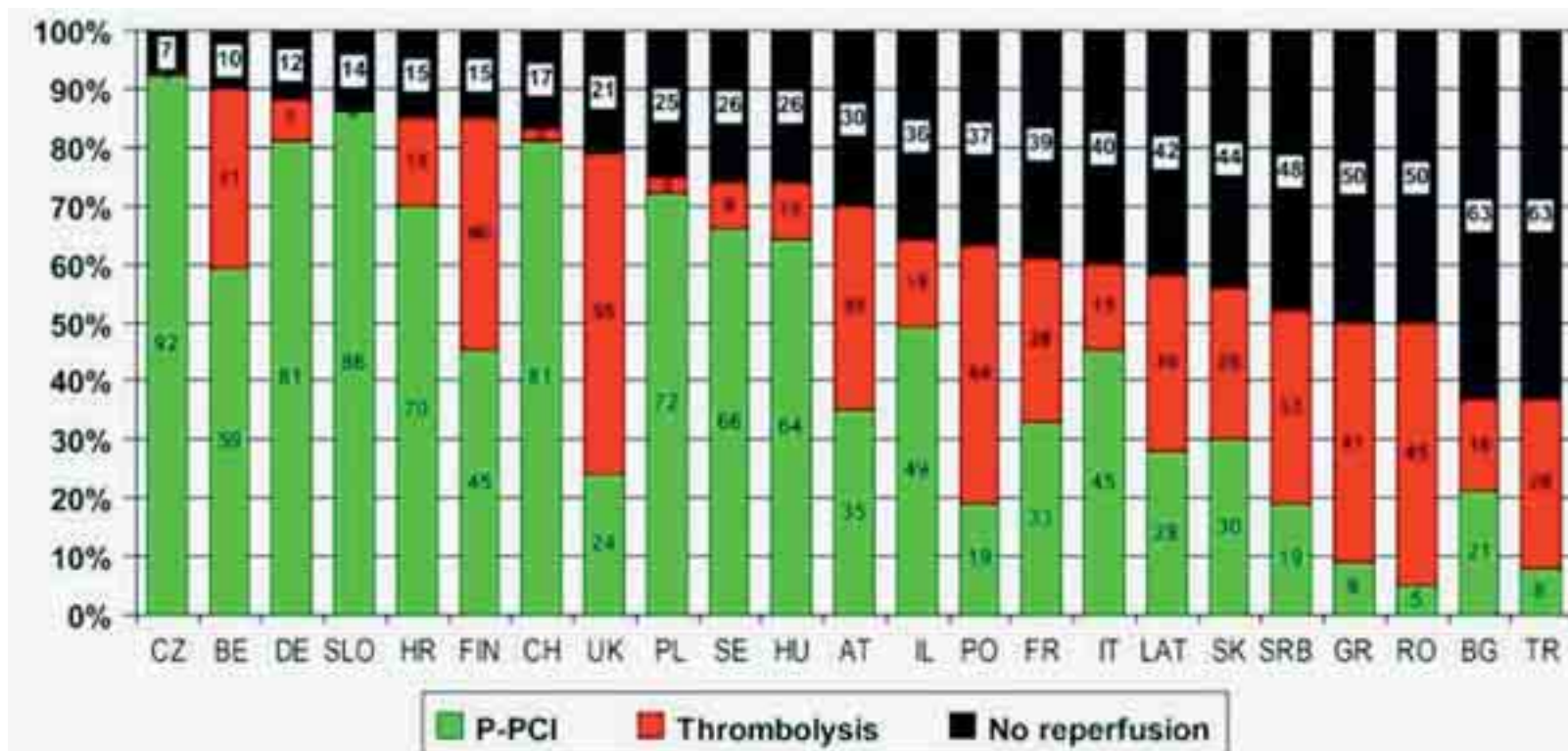
La presenza in Sicilia di molteplici comunità linguistiche, l'aumento dell'immigrazione e dei flussi turistici, portano ad una maggiore complessità nell'erogazione dei servizi fondamentali come quelli sanitari e di pronto intervento, quale ad esempio la difficile comunicazione nei percorsi di assistenza. Il nuovo Triage

Multimediale gioca un ruolo fondamentale in questo contesto, affinché sarà possibile ricevere e curare pazienti provenienti da ogni parte del mondo, vista l'ampia gamma di lingue disponibili: cinese, russo, spagnolo, arabo, punjabi, tedesco, inglese, albanese, rumeno, francese, bengalese, ucraino, polacco, serbo, croato, singalese, portoghese, tigrino, urdu, hindi.

Il sistema di utilizzo è semplicissimo. Giunto al Pronto Soccorso, il paziente straniero avrà la possibilità di interagire con l'operatore sanitario attraverso un mediatore, raggiungibile con numero verde, in una interlocuzione a tre tradotta simultaneamente. Tra i vantaggi principali del nuovo servizio, voluto dalla dott.ssa Rosaria D'Ippolito, direttore amministrativo dell'Arnas Garibaldi, oltre l'eliminazione delle barriere linguistiche e culturali, la forte riduzione dei tempi di attesa nell'erogazione della prestazione medica nonché la conseguente riduzione dei costi di gestione del paziente straniero.



[CUORE. LA PREVENZIONE]



STUDIO SU ANIMALI

Il cuore infartuato si può autoriparare con una piccola «spinta molecolare»

Il cuore dopo un infarto si può autoriparare con una piccola "spinta molecolare" che sveglia cellule dormienti presenti al suo interno: infatti, attivando una riserva di cellule staminali dormienti presenti nello strato più esterno (epicardio) del cuore, queste possono trasformarsi in cellule cardiache. Il loro "risveglio" può essere indotto somministrando una proteina, la timosina beta-4, già nota per le sue proprietà salvacuore. Lo dimostra uno studio condotto su animali i cui risultati sono stati pubblicati sulla rivista Nature. Si profila, quindi, la possibilità di una terapia cellulare post-infarto semplice, o anche, spiega Riley, di una terapia "preventiva" a base di timosina per preparare il cuore a ripararsi in caso di infarto. La timosina beta-4 è una molecola scoperta meno di dieci anni fa che da subito ha dimostrato grandi potenzialità nella terapia post-infarto. Da alcuni anni ricercatori di tutto il mondo stanno testando con varie modalità la terapia cellulare ripara-cuore. Si tratta cioè di indurre la riparazione del cuore infartuato con cellule staminali indotte a divenire cellule cardiache. Gli esperti britannici hanno tentato una strada che, se si rivelasse corretta, sarebbe molto semplice da praticare: si usa la timosina beta-4 per svegliare staminali dormienti che risiedono nell'epicardio e che sono ancora capaci di trasformarsi in cardiomiociti. Gli esperti hanno testato con successo la tecnica su topolini cui hanno indotto l'infarto.

La buona organizzazione salva la vita

Il collegamento con i centri «hub» alla base di un efficace trattamento dell'infarto miocardico acuto

SALVATORE TOLARO *

La cardiologia clinica ed interventistica negli ultimi decenni, soprattutto dagli anni '80 in poi, ha fatto progressi sorprendenti nel trattamento dell'infarto miocardico acuto, malattia grave con un'alta incidenza di mortalità e a notevole impatto sociale. L'infarto miocardico di cui ci occupiamo è quello definito "Stemi" (infarto miocardico caratterizzato da un elettrocardiogramma dove una particolare onda, il tratto ST appunto, appare sopravvissuta).

Ma cos'è l'infarto miocardico, come si cura, qual è l'organizzazione sanitaria più idonea a curarlo? Sono domande che oggi possono avere risposte chiare tali da ribaltare la sensazione di panico che si ha quando si è colpiti da infarto, in un atteggiamento positivo, speranzoso, fiducioso.

L'infarto miocardico si verifica allorché una coronaria si occlude bruscamente e non consente quel flusso di sangue necessario alla vitalità di una determinata zona di cuore, di miocar-

L'aspetto determinante è quello di ridurre il più possibile i tempi che vanno dall'insorgenza dei sintomi al trattamento

dio. Il termine infarto è di per sé molto generico; vi sono, infatti, vari tipi di infarto sia per le diverse sedi del cuore colpite, anteriore, inferiore, laterale e così via, sia per la sua variabile estensione. Tutto questo perché le coronarie sono organizzate in natura ad albero; si parla, infatti, di albero coronarico; vi è, infatti, un tronco comune da cui si dipartono rami più grossi che, ulteriormente, si diramano in branche più piccole fino ai rami distali più sottili.

È facile comprendere che più è grosso il ramo coronarico che si occlude più esteso e grave è l'infarto miocardico. I sintomi dell'infarto vengono definiti in gergo medico come angina, ancor che si protrae per più di un quarto d'ora; il dolore può avere caratteristiche e sedi varie: oppressivo, costrittivo, bruciore, peso, dietro lo sterno con irradiazioni alla mandibola, al braccio sinistro, ad ambedue le braccia, al dorso; può sentirsi come un bruciore nella parte alta dell'addome, la regione epigastrica e simulare un fatto gastrico etc.

Ma come si fa, allora, a distinguere un dolore di origine coronarica da un altro dolore di petto? La risposta non è semplice; si deve sapere che il dolore di origine cardiaca è sintomo fastidio-

900 PER OGNI MILIONE DI ABITANTI i pazienti con infarto miocardico acuto ammessi in ospedale ogni anno in Italia

40% DEI PAZIENTI COLPITI DA IMA E TRATTATI IN OSPEDALE è ad alto rischio secondo il più diffuso sistema di valutazione

4.500 IL NUMERO ATTESO DI IMA OGNI ANNO IN SICILIA; quelli del 2008 nel 43% circa dei casi sono stati trattati con angioplastica primaria

4 CENTRALI OPERATIVE DEI 118 IN SICILIA: Palermo, Catania, Messina e Caltanissetta, che ricevono le segnalazioni dei vari centri "spoke" e organizzano il trasferimento al più vicino "hub"

3 I CENTRI HUB DOTATI DI EMODINAMICA nella provincia di Catania

so, insolito, angosciante di imminente fatto grave, accompagnato spessissimo da sudorazione algida copiosa.

Il trattamento specifico dell'infarto consiste nella distruzione di quella coronaria occlusa di cui si faceva cenno prima mediante la somministrazione di farmaci che sciolgono il trombo, i cosiddetti trombolitici, oppure mediante l'angioplastica coronarica primaria con la quale si effettua la distruzione meccanica della coronaria.

Queste due metodiche oggi sono ben codificate nei tempi e nelle modalità sulle linee guida e sono in grado di ridurre significativamente la mortalità rispetto ai soggetti che non ricevono tali trattamenti. L'angioplastica coronarica si è dimostrata altresì ulteriormente più efficace del trattamento con i soli trombolitici, ma essa può essere effettuata solo dove è operativa una sala di emodinamica.

Le attuali linee-guida per il trattamento dei pazienti con Ima con ST sopraslivellato (STEMI), sviluppate dalla European Society of Cardiology (ESC) e dall'American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) e quelle della Federazione Italiana di Cardiologia (FIC) in un

"Consensus Document" dedicato, pubblicato nel 2005, raccomandano l'angioplastica primaria come terapia di riperfusione in classe I, livello di evidenza A in un largo spettro di situazioni cliniche e logistiche.

Il successo di questa terapia è strettamente commisurato con la tempestività del trattamento, con la possibilità di effettuare le opportune terapie dell'infarto nel più breve tempo possibile; "il tempo è muscolo", prima si distruisce la coronaria responsabile dell'infarto, maggiore è la quantità di cuore infartuato che viene salvata; è proprio questo il problema più importante nella strategia complessiva del trattamento dell'infarto: ridurre il più possibile i tempi che vanno dall'insorgenza dei sintomi al trattamento, assicurare il più tempestivamente possibile alle cure dei cardiologi clinici ed interventisti il soggetto colpito da infarto per avviare le cure riperfusivo.

In Italia il numero di pazienti con IMA ammessi in ospedale e candidati alla riperfusione (cioè quelli con sintomatologia esordita da « 12 ore ») è di circa 900/milione di abitanti/anno, con un buon 40% dei quali "ad alto rischio" secondo il "TIMI RISK SCORE" (il più diffuso sistema "a punti" per determi-

nare il grado di rischio clinico).

In Sicilia il numero atteso di IMA per anno è di circa 4.500. Di questi, nel 2008 (dati GISE di attività dei Laboratori di Emodinamica), i trattati con angioplastica primaria sono stati 1.972, cioè il 43% circa.

Sarebbe auspicabile che tutti gli infartuati fossero trattati con l'angioplastica (nell'immagine in alto è riportata la percentuale del tipo di trattamento effettuato in Italia ed in Europa e la percentuale in nero dei pazienti che non ricevono nessun trattamento, tratto da Eur Heart J. 2010 April; 31(8): 943-957).

Come fare allora per far sì che un soggetto colpito da infarto che si trova lontano dal Centro dotato di laboratorio di Emodinamica possa essere sottoposto all'angioplastica? Il modello che da alcuni anni viene preso in considerazione è quello dell'Hub e Spoke che non vuol dire altro che mozzo e raggi in riferimento alla ruota della bicicletta dove tutti i raggi convergono verso il mozzo; così in termini di organizzazione sanitaria si intende far convergere nei Centri Hub dotati di Emodinamica i pazienti che provengono dai vari luoghi dove si è fatta diagnosi di infarto (casa propria, pronto soccorso, UTIC etc) e che rappresentano i vari punti Spoke.

L'altro punto cruciale sono i mezzi di trasporto, ambulanze o elisoccorso, del sistema urgenza-emergenza. Il 118 (Servizio Sanitario di Urgenza ed Emergenza - SSUEm 118) è il numero telefonico attivo in Italia per la richiesta di soccorso medico per emergenza sanitaria. È un numero unico nazionale, attivo 24 ore su 24 e sette giorni su sette, gratuito su tutto il territorio. È stato istituito con il Decreto del Presidente della Repubblica del 1999. Si attiva così un sistema di trasporto mediante ambulanze o elisoccorso dotati di strumentazione idonea ad affrontare le urgenze-emergenze. In Italia in genere il sistema di trasporto mediante il 118 non è quello più diffuso.

Un altro aspetto cruciale del trattamento dell'infarto è legato al paziente stesso, alla tempestività con cui egli contatta un sanitario o si reca spontaneamente al Pronto soccorso; questa fase detta preospedaliera è gravata da una alta mortalità (il 50% dei decessi per infarto avviene proprio in questo tratto di tempo) che può essere ridotta solo dalla sensibilità e dall'attenzione del paziente e dei suoi familiari nell'allertare il sistema delle urgenze emergenze.

In Sicilia vi sono 4 centrali operative dei 118: Palermo, Catania, Messina e Caltanissetta che ricevono le segnalazioni dei vari centri Spoke ed organizzano il trasferimento al più vicino e disponibile Centro Hub per eseguire l'angioplastica primaria. Non vi è ancora in Sicilia una vera rete dell'infarto, quel sistema cioè di network che faccia interagire le varie realtà sanitarie in modo programmatico.

Negli ultimi mesi sotto la giusta spinta dell'assessore regionale alla Salute Massimo Russo, vi è stata un'accelerazione nella definizione operativa dell'organizzazione della rete interospedaliera al fine di trattare un numero sempre più ampio di pazienti colpiti da infarto mediante l'angioplastica primaria.

Accanto alla rete per l'infarto regionale, il cui decreto necessario per l'avvio è stato firmato dall'assessore in questi giorni come dallo stesso comunicato nel corso del convegno Anmco ad Erice, vi è una riorganizzazione territoriale al fine di realizzare reti locali con lo stesso schema prima citato dell'Hub e Spoke.

Nel territorio catanese ed il suo più vicino interland i Centri Hub dotati di Emodinamica sono tre: la Cardiologia Universitaria del Ferrarotto, l'Ospedale Cannizzaro ed il Centro Cuore Morgagni di Pedara che hanno i requisiti richiesti per diventare Centri di riferimento; è importante infatti disporre di una pronta disponibilità del personale medico e paramedico, 24

Ma l'esito dipende anche dalla tempestività con cui il paziente contatta un sanitario o si reca al Pronto soccorso

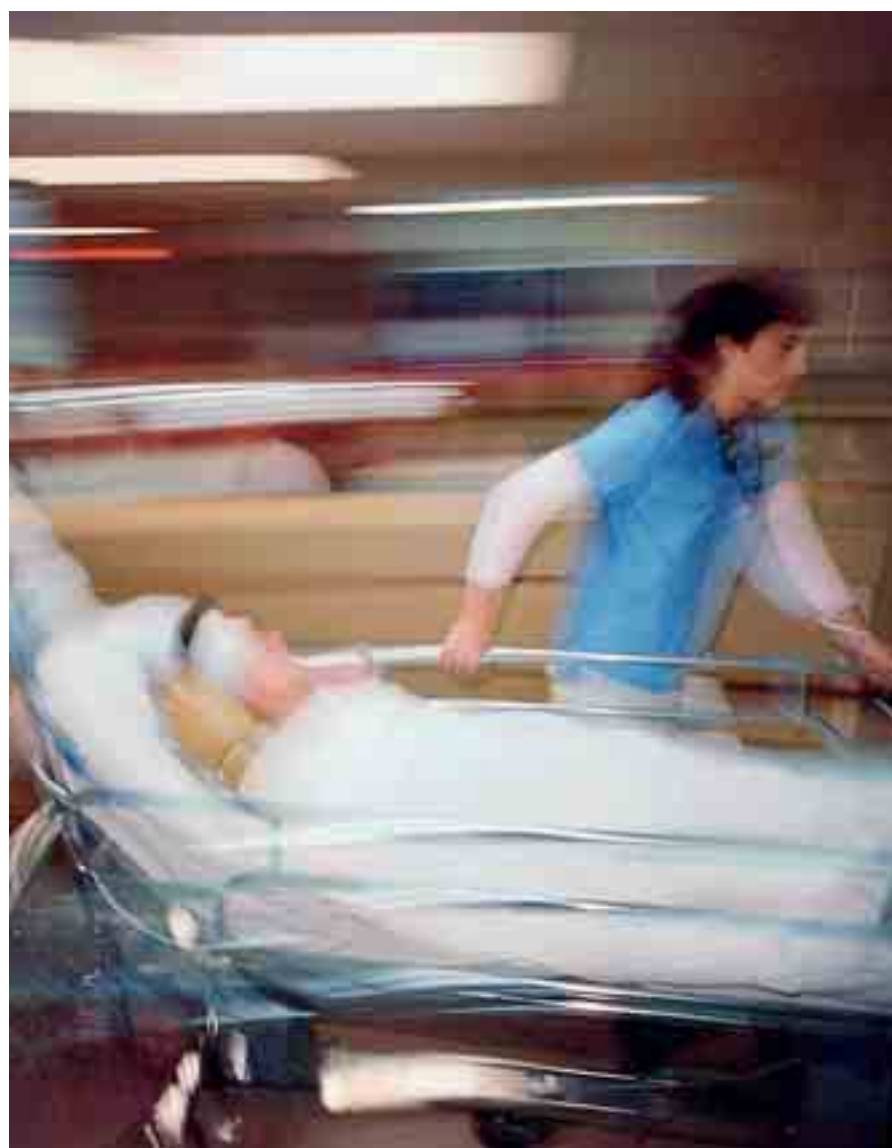
ore su 24, tutti i giorni dell'anno ed un alto volume di procedure di angioplastiche sia globale (almeno 400 l'anno) che per singolo operatore.

Sarà nei prossimi giorni effettuata una intesa tra il territorio della Asp3 di Catania ed i grandi presidi ospedalieri come l'Ospedale Garibaldi, il Vittorino Emanuele ed il Cannizzaro al fine di creare sinergie, network territoriale, maggiore visibilità organizzativa.

Il gruppo di lavoro del Centro Cuore Morgagni di Pedara, sin dalla sua nascita nel 1993, ha inteso il trattamento delle urgenze cardiovascolari del territorio come tra le sue più importanti mission; da anni esiste all'interno del Centro Cuore Morgagni una organizzazione medica ed amministrativa dedicata alle urgenze con personale dedicato, telefoni dedicati e con un continuo scambio organizzativo e scientifico con l'Asp 3 di Catania.

Sicuramente, realizzare una sinergia organizzativa visibile tra le realtà sanitarie del territorio catanese, porterà ad un miglioramento del trattamento dell'infarto miocardico acuto e a salvare tante vite umane.

* Responsabile del Laboratorio di Emodinamica e dell'Unità Coronarica del Centro Cuore Morgagni di Pedara



SOCCORSO

L'infarto miocardico si verifica allorché una coronaria si occlude bruscamente e non consente il flusso di sangue necessario alla vitalità di una determinata zona di cuore. Quando ciò avviene, è di primaria importanza ridurre il tempo che intercorre tra l'avvertimento del sintomo e il soccorso. Nell'immagine in alto è riportata la percentuale del tipo di trattamento effettuato in Italia ed in Europa e la percentuale in nero dei pazienti che non ricevono nessun trattamento. Sono diversi i tipi di infarto, sia per le diverse sedi del cuore colpite, anteriore, inferiore, laterale e così via, sia per la sua variabile estensione. I sintomi dell'infarto vengono definiti in gergo medico come angina, ancor che si protrae per più di un quarto d'ora; il dolore può avere caratteristiche e sedi varie: oppressivo, costrittivo, bruciore, peso, dietro lo sterno con irradiazioni alla mandibola, al braccio sinistro, ad ambedue le braccia, al dorso; può sentirsi come un bruciore nella parte alta dell'addome, la regione epigastrica e simulare un fatto gastrico.

[UDITO. LE MINACCE]

MONDO
medico

Inquinamento acustico In Italia anche i giovani sono a rischio sordità

Screening e prevenzione. Quali i comportamenti corretti

MAURIZIO VANCHERI*

Tra le diverse forme di inquinamento, quella di cui sicuramente si parla poco è l'inquinamento acustico, i cui effetti sono tutt'altro che marginali almeno quanto i danni da polveri sottili.

Esistono due tipi di danni da rumore: un primo danno cosiddetto extrauditivo interessa gli apparati gastrointestinale, respiratorio, cardiocircolatorio, endocrino, nervoso.

Sull'apparato gastrointestinale si ha un aumento della secrezione acida e della motilità gastrica; sull'apparato respiratorio un aumento della frequenza respiratoria con diminuzione del volume corrente; sull'apparato cardiocircolatorio vasocostrizione periferica, tachicardia, diminuzione della gittata cardiaca, extrasistole; sul sistema endocrino si osserva stimolazione dell'ipofisi, surrene, tiroide, pancreas; sul sistema nervoso un rallentamento dei ritmi, dei riflessi, e della memoria.

Il secondo tipo di danno interessa l'organo dell'udito: l'Agenzia Europea per l'inquinamento acustico ha lanciato recentemente l'allarme sull'incremento della sordità.

In Italia oltre il 15% della popolazione soffre di sordità e di disturbi ad essa legati.

La gravità del problema consiste nel fatto che oltre agli anziani, una percentuale sempre crescente di giovani soffre di ipoacusia a causa dell'inquinamento acustico cui si è sottoposti sul posto di lavoro, ma anche in discoteca, quando si ascolta musica

con la cuffia ad alto volume, nel traffico, in metropolitana.

Numerose altre sono le cause di sordità: ricordiamo le infezioni batteriche e virali quali la parotite, la toxoplasmosi, l'influenza, il morbillo; processi flogistici recidivanti dell'orecchio; la malattia di Meniere, l'otosclerosi e i tumori del nervo acustico; cause genetiche; rischi in gravidanza e alla nascita (immaturità, prematurità, sofferenze fetali e parti difficoltosi); farmaci ototossici (antibiotici, an-



La riduzione della funzionalità uditiva in età infantile è ancora più grave perché influisce sullo sviluppo del linguaggio

tinflammatori, diuretici etc.). Vi sono poi malattie di ordine generale (diabete, malattie cardiovascolari, disfunzioni tiroidee, malattie del sistema immunitario e renale), i traumi cranici, oltre all'invecchiamento fisiologico dell'udito nell'anziano.

Al fine di prevenire la sordità è indispensabile che vengano effettuate campagne di screening e di prevenzione volte a informare la popolazione attraverso consigli utili quali l'utilizzo di ausili protettivi previsti dalle leggi sulla sicurezza negli ambienti di lavoro, ascoltare la musica a volume moderato, evitare l'abuso di particolari farmaci, abolire in particolare in gravidanza fumo e alcolici, consultare lo specialista al primo insorgere di disturbi quali ipoacusia, acufeni, vertigini.

In particolare la riduzione della funzionalità uditiva in età infantile rappresenta una problematica complessa non solo sotto l'aspetto specificamente audiologico ma anche sotto quello psicologico e sociale: ciò in relazione alle turbe dello sviluppo del linguaggio che inevitabilmente si instaurano; l'apprendimento del linguaggio nel bambino richiede necessariamente la normofunzionalità del sistema psicosensoriale in generale e dell'apparato uditivo in particolare.

La strutturazione, la coordinazione e la integrazione dei processi di acquisizione del linguaggio si completano entro i primi tre anni di vita, periodo in cui si rende indispensabile diagnosticare ed intraprendere il percorso terapeutico.

Il dinamismo evolutivo delle ipoa-



ANCHE I GIOVANISSIMI SONO A RISCHIO SORDITÀ

cusie infantili induce anche l'attuazione di una continua opera di monitoraggio da parte di una équipe pluridisciplinare.

I centri audiologici e otorinolaringoiatrici dotati di apparecchiature assai sofisticate capaci di porre diagnosi di ipoacusia sono oggi diffusi nel nostro territorio; la stretta collaborazione tra lo specialista audiologo ed otorinolaringoiatra risulta indispensabile al fine di un adeguato trattamento medico e/o chirurgico di una patologia che vede le Società Scientifiche impegnate nella istituzione di un Re-

gistro Nazionale sulla sordità.

* Direttore Unità Operativa Complessa Audiologia e Foniatria Azienda Ospedaliera Cannizzaro di Catania

NEONATI

Test della saliva aiuta a prevenire danni da virus

Un test della saliva nei neonati può aiutare a prevenire la perdita dell'udito provocata da un virus che si trasmette da madre a figlio, il citomegalovirus.

Lo ha messo a punto il gruppo di Suresh Boppana e Karen Fowler, dell'università dell'Alabama a Birmingham: il test si esegue nei primi giorni di vita. I bebè che risultano positivi, cioè infettati dal virus, possono essere seguiti nei primi anni di vita per cogliere sul nascere e prevenire eventuali pericolose perdite di udito. Descritto nel New England Journal of Medicine, il test è stato sperimentato in uno studio multicentrico su 35 mila neonati



ed è risultato accuratissimo (quasi al 100%), contro una bassa accuratezza dei test analoghi oggi in uso.

Il citomegalovirus è molto diffuso ma silente e molto spesso viene trasmesso dalla mamma al bebè durante la gravidanza: nulla di male, se non fosse che nel neonato, in circa il 15% dei casi, l'infezione può essere causa di pericolose perdite di udito. Poiché il virus non dà sintomi, avere un test semplice ed economico per capire chi è potenzialmente a rischio di perdite di udito potrebbe aiutare a migliorare la prevenzione.

SEGUI LA TV DIRETTAMENTE
NEI TUOI APPARECCHI ACUSTICI

OGGI PUOI, CON TV-DEX!

WIDEX
NEW DEFINITION HEARING



Vieni a scoprire le Soluzioni per la Comunicazione Senza Fili DEX presso il Centro Audioprotesico della tua zona:



Acireale: Via Paolo Vasta, 158/B - Tel. e Fax 095 601126 Giarre: Via Callipoli, 34 (accanto ACI) - Tel. 095 7795299

Catania: Via Milano, 101 - Tel. e Fax 095 7222345 Messina: Via Risorgimento, 179 - Tel. 090 6406570

Enna: P.zza Piersanti Mattarella, 45 Gela: Via Vittorio Emanuele, 44



Recapiti FARMACONTEA: Ragusa Via Ettore Fieramosca, 230 Marina di Ragusa Via Pozzallo, 53 Modica Via S. Giuliano, 111/e

PROSSIMA APERTURA SIRACUSA

■ Test GRATUITO dell'udito

■ PROVA GRATUITA di apparecchi acustici per 30gg.

NUMERO VERDE 800 913 732



[TUMORI. LE SPERANZE]

Da male inguaribile a malattia cronica

L'ottimismo degli specialisti: oggi due pazienti su tre vivono almeno cinque anni dopo una diagnosi di cancro

Nuove cure

Ogni anno, in Italia, sono oltre 10.000 le nuove diagnosi di tumore al seno, con un'incidenza in aumento. E tra queste, circa 2.500 (25%) riguardano il tumore di tipo Her2, una delle forme più aggressive di tumore alla mammella.

Proprio dalla ricerca italiana arrivano risultati positivi: «Contro Her2 - dice l'oncologo Luca Gianni, direttore del Dipartimento di oncologia medica del San Raffaele, premiato dalla Società americana di oncologia clinica (Asco) - oggi ci sono delle opportunità terapeutiche nuove. Innovativi farmaci "mirati" hanno cambiato complessivamente lo scenario delle cure possibili, ed oggi anche i tumori Her2 sono ottimamente controllabili».

Si tratta di farmaci e molecole ad effetto "mirato" contro questo tipo di neoplasia: alcune sono già in uso (come la molecola trastuzumab), altre sono in fase di sperimentazione, in formulazioni sempre più specifiche e tagliate su "misura" della singola paziente. L'obiettivo, spiega Gianni, «è arrivare all'eradicazione totale di Her2, e queste nuove molecole sono un grande passo avanti».

Oggi, precisa, «sono sempre di più le nuove molecole anti-tumorali scoperte e sperimentate, ma la sfida è proprio quella di farne un uso ottimale, creando combinazioni di farmaci sempre più personalizzate. È questo - dice - l'obiettivo del mio lavoro».



MANUELA CORRERA

Il cancro, oggi, si può battere in un numero sempre maggiore di casi. Aumenta, infatti, il tasso di sopravvivenza complessivo per questa che, fino a soli pochi anni fa, era definita una "patologia incurabile".

Il messaggio che invita all'ottimismo arriva dal Congresso degli oncologi Usa (Asco), il maggiore appuntamento del settore a livello mondiale, ed è supportato da un dato reso noto dal presidente Asco, George W. Sledge, nel corso dei lavori congressuali: negli ultimi 20 anni, l'indice di mortalità generale per tutti i tipi di cancro è diminuito del 17%.

«Negli ultimi 40 anni - ha spiegato Sledge al Congresso di Chicago, dove nei giorni scorsi si sono riuniti oltre 30.000 specialisti da tutto il mondo - l'indice medio di sopravvivenza dopo 5 anni per tutti i tipi di cancro è aumentato di circa il 18%; questo significa che oggi due pazienti su tre

In 40 anni sopravvivenza aumentata del 18%: «Patologia con la quale sempre più persone riescono a convivere»

sopravvivono almeno 5 anni dopo una diagnosi di tumore». Il dato che fa ben sperare, ha quindi sottolineato l'esperto, è che «dal momento di "picco" per tassi di mortalità, registrato nel 1991, l'indice generale per i decessi è calato complessivamente del 17%».

E questo, ha commentato Sledge, «non è un progresso avvenuto per "caso", bensì grazie a decenni di investimenti pubblici e privati nella ricerca. Solo attraverso il sostegno agli investimenti per la ricerca sul cancro si potrà continuare - ha detto - ad offrire speranze concrete ai pazienti di tutto il mondo».

E notevoli sono i passi avanti fatti negli ultimi decenni proprio nel trattamento dei pazienti oncologici: «Stiamo continuando a mettere a punto - ha affermato Richard Schilsky, professore di Medicina all'Università di Chicago - i metodi migliori per utilizzare le terapie di cui oggi già disponiamo e che sono basate sulle sempre più approfondite conoscenze sul come i tumori funzio-

nano. Ma stiamo anche facendo notevoli progressi - ha aggiunto - grazie alla sperimentazione di nuovi trattamenti che partono dalla considerazione degli specifici "profili molecolari" di ogni singolo paziente».

A quaranta anni dalla firma negli Stati Uniti del "National Cancer Act", la legge che ha con sentito di promuovere nuovi investimenti per la ricerca sul cancro, ha sottolineato Sledge, «siamo ora in grado di "toccare" i risultati di queste ricerche, giorno dopo giorno». È un «dato di fatto - ha osservato l'oncologo Usa - che oggi le persone con cancro vivono più a lungo e con una qualità di vita migliore, mai raggiunta prima».

Grazie ai progressi della medicina e della ricerca, è il messaggio che giunge dal Congresso degli oncologi americani, «il cancro sta diventando oggi una malattia "cronica", con la quale un numero sempre più grande di pazienti riesce a "convivere" anche per molti anni. Un traguardo fino pochi decenni fa impensabile».

90% SOPRAVVIVENZA A 5 ANNI NEI CASI DI TUMORE AL SENO: nel 1971, anno di inizio della lotta al cancro negli Usa, la sopravvivenza a cinque anni era del 75%, la mortalità era di 32.1 su 100 mila ed è passata a 22.8 di oggi. Progressi anche per il cancro del colon-retto, leucemie, cancro alla cervice uterina e linfomi.

4.0 LA MORTALITÀ OGGI PER CANCRO AL FEGATO che rappresenta un'eccezione perché è in crescita: era nel 3.6 su 100 mila del 1971 al 4.0 di oggi. E fanno purtroppo eccezione anche il cancro al cervello (da 3.9 a 4.2) ed il melanoma (da 1.9 a 2.7).

1980-1990 IL PICCO DI MORTALITÀ DEL CANCRO AL POLMONE che costituisce un caso particolare: se nel 1971 la mortalità era pari a 36.8 su 100 mila, nel decennio 80-90 l'indice di mortalità è salito a 59.0, per poi scendere al tasso attuale di 50.7. Il tasso di sopravvivenza a 5 anni per questo tipo di tumore è invece passato dal 12,3% a 16,2%.

ARMANDO TESTA

www.aill.it

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. Basta apporre la tua firma nell'apposito spazio sul modulo della denuncia dei redditi e trascrivere il **codice fiscale** della nostra associazione.

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

AIL
ASSOCIAZIONE ITALIANA
CONTRO LE LEUCEMIE-LINFOMI E MIELOMA
ONLUS

VEDERE
OTTICA & COTTATOLOGIA

CENTRO SPECIALIZZATO PER LENTI PROGRESSIVE CON GARANZIA DI ADATTAMENTO

Venite a **VEDERE** le nuove collezioni PRIMAVERA ESTATE 2011

100% OTTICI OPTOMETRISTI
www.oxoitalia.com

ACICASTELLO
VIA RE MARTINO, 152

ACIREALE
VIA VITT. EMANUELE, 135

ACI S. ANTONIO
VIA ROMA, 66/C

[BENESSERE PSICOFISICO]



Perché chi è malato può stare meglio con una bella risata

Comicoterapia. Benefici al paziente, supporto al medico

MANUELA CATALFAMO*

Quando si parla di benessere si intende non soltanto lo stato di salute fisica ma anche quello psicologico e sociale.

La nostra vita psicologica, attraverso le vie del sistema nervoso, regola la secrezione di sostanze (cortisolo ed endorfine) che a lungo andare fanno diminuire o aumentare le difese immunitarie. Fatti puramente psicologici, quindi, agiscono su fattori biologici.

Alcuni eventi di vita negativi sono fattori altamente stressanti così come lo sono altrettanto alcuni fattori ambientali. Tali stimoli, esterni e interni al nostro organismo, sono percepiti dal nostro sistema nervoso, che risponde attraverso gli ormoni che regolano il sistema immunitario. La reazione acuta allo stress produce un'attivazione rapida dell'asse ipotalamico, tramite le fibre del sistema simpatico alla midollare del surrene, che in pochi secondi produce adrenalina, noradrenalina e, in quantità minore, dopamina, le quali producono alterazioni biologiche (aumento della pressione arteriosa, aumento della frequenza cardiaca, miglioramento dell'attenzione), ma anche un effetto immunosoppressivo diretto e lo stimolo a incrementare la produzione di cortisolo. Questo processo mette l'organismo in condizione di affrontare quello che viene percepito come un evento minaccioso. Situazioni stressanti prolungate nel tempo alterano quest'equilibrio, indeboliscono le protezioni naturali del nostro organismo, abbassano il tono emotivo e il senso di benessere e portano a disturbi organici e psicologici

che sono «campanelli d'allarme» dello stress e che possono precedere le vere e proprie malattie.

Quale può essere la funzione del riso? Secondo alcuni specialisti, una bella risata rallenta la produzione di sostanze che col tempo impoveriscono il sistema immunitario, come nel caso del cortisolo. Secondo altri, essa facilita anche la liberazione di sostanze che invece potenziano il sistema immunitario, come le betaendorfine che hanno un potente effetto analgesico, antidolorifico, euforizzante e immunostimolante.

La portata di queste scoperte rivoluzionarie non sta solo nel rappresentare un punto d'incontro tra le ricerche della medicina organica e quelle della psi-



Potenzia il sistema immunitario e innalza il tono dell'umore

cosomatica, ma nel suggerire strumenti di cura, come la comicoterapia, in grado di infondere nel soggetto uno stato di benessere, rilassatezza psichica, utile e fondamentale per aumentare le difese immunitarie e innalzare il tono dell'umore, così che il soggetto possa affrontare con maggiore consapevolezza e positività la malattia, rispondendo meglio alle terapie.

La comicoterapia e i reali benefici prodotti dalla risata. Dal punto di vista psicologico, l'umorismo, il riso:

- migliorano la qualità della vita;
- favoriscono la ristrutturazione cognitiva dell'evento a un livello superiore di adattamento che porta a riconsiderare quello che viviamo da un punto di vista diverso;
- sono utilizzati per prendere coscienza di emozioni e contenuti interiori (spesso fonti di disagio) per poi elaborarli in forma creativa;
- hanno proprietà antidepressive;
- ridere, divertirsi porta fuori il nostro bambino interiore, creativo, spegne il lavoro mentale, risveglia la mente inconscia e fa da presupposto alle libere associazioni;
- attraverso il clown, il paziente rielabora l'esperienza ospedaliera in modo non traumatico, riesce a dar voce al suo dolore e alla sua malattia, subisce così una catarsi che lo rende libero dalle angosce e dalle ansie, conseguenze inevitabili della degenza;
- contribuiscono alla sdrammatizzazione di vissuti e situazioni stressogene;
- forniscono al paziente un'importante chance per cooperare con lo staff medico, la terapia, permettendogli di esercitare una forma di controllo mini-



CLOWNTERAPIA IN UN REPARTO PEDIATRICO

male sulla propria esistenza in una situazione di quasi totale impotenza.

Dal punto di vista psicosociale l'umorismo e la comicità:

- fungono da scintilla del cambiamento, lubrificante relazionale;
 - migliorano le relazioni interpersonali;
 - di fronte a situazioni stressanti, attivano i «melioris», costituiti da tutte quelle opportunità sociali e personali che ci permettono di stare meglio.
- Dal punto di vista neurofisiologico, infine, ridere:
- è un esercizio muscolare e respiratorio che distende e permette un fenomeno di liberazione delle vie aeree, stimola e agevola la respirazione;
 - aumenta la produzione di quegli ormoni, quali l'adrenalina e la dopamina, che hanno il compito di liberare le nostre morfine naturali: endorfine e encefaline;

• diminuisce i livelli di grasso nel sangue;

• previene l'infarto al miocardio;

• aumenta l'espansione del rivestimento interno dei vasi sanguigni (endotelio) risultando utile nella prevenzione delle malattie cardiovascolari;

• ridere in seguito all'intervento di un clown, mette in moto il meccanismo psicofisiologico della dissociazione, secondo il quale l'investimento emozionale su stimoli esterni al proprio corpo riduce fisicamente le sensazioni di dolore.

La clownterapia, quale valido supporto alle terapie tradizionali, rappresenta un fenomeno in rapida espansione. Diverse sono, infatti, le associazioni di volontariato che operano in ospedale, case di riposo e in tutti quei luoghi ove sussista una situazione di disagio (n esempio è dato dai volontari dall'Associazione Vip Catania Onlus che tutte le

AUTOMEDICAZIONE

Italia quarta in Europa per farmaci «liberi»

Il mercato europeo dei farmaci senza obbligo di prescrizione supera i 26 miliardi di euro, e rappresenta il 14,8% del mercato farmaceutico complessivo. Osservando le dimensioni dei vari mercati del Vecchio continente, si nota che Germania e Francia sono i più significativi con un valore di mercato di circa 5,6 e 5,3 miliardi di euro e una quota cumulata che raggiunge il 41,8% del mercato europeo. La Gran Bretagna sviluppa il terzo mercato, con un giro d'affari di quasi 4 miliardi di euro e una quota di mercato del 15%. Solo quarta l'Italia, insieme alla Polonia, con vendite di circa 2,2 miliardi di euro e una quota a livello europeo dell'8,4%. Sono i dati dell'Association of European Self-Medication. Anche se il nostro Paese è fra quelli più rilevanti in valori assoluti, le dimensioni del mercato tricolore dei farmaci senza obbligo di prescrizione sono, in realtà, pari a meno della metà rispetto a quelle dei principali Stati europei di riferimento

domeniche invadono piacevolmente le corsie degli ospedali di Catania restituendo un po' di serenità a degenti e familiari).

I clown non sono terapeuti, ma quando fanno ridere fungono da catalizzatori per la guarigione, proprio perché permettono una pausa dalla malattia, consentendo al paziente di ritornare a guardare e a pensare alla sua condizione in maniera più consapevole, impegnandosi attivamente nel raggiungimento dello stato di salute, in quanto riemerge e si rafforza la fiducia nelle proprie capacità e risorse interiori nella gestione dei problemi.

Ritengo sia fondamentale sostenere la diffusione di questa attività nel maggior numero di reparti ospedalieri, in quanto di per sé la medicina non è divertente, ma c'è molta medicina nel divertimento.

* Psicologa



Coordinatori dei corsi:

Prof Gaetano Catania: Presidente Commissione ECM dell'Ordine e Presidente del Corso di Laurea in Medicina e chirurgia dell'Università di Catania

Prof Domenico Grimaldi: Direttore Nazionale METIS-FIMMG e Responsabile per le Regioni della formazione pre laurea e post laurea presso il Min della salute per la medicina

Dott Santi Sciacca: Referente Provinciale AIMP-ASDE

VENERDÌ 17 GIUGNO

Sala Conferenze Ordine dei Medici
Viale Ruggero di Lauria, 81 Catania

NUOVE STRATEGIE TERAPEUTICHE NEL DIABETE DI TIPO 2

5 CREDITI E.C.M.

Responsabile scientifico: Prof MAURIZIO DI MAURO

Programma:

- 9.00 Introduzione: D. Grimaldi
- LA TERAPIA NON INSULINICA**
- 9.30 I limiti della terapia tradizionale con ipoglicemizzanti orali (Vito Borzi)
- 10.00 I farmaci ipoglicemizzanti di nuova generazione (Riccardo Rapisarda)
- LA TERAPIA INSULINICA**
- 10.30 Dalle insuline rapide agli Analoghi dell'insulina (Concetta Gatta)
- 11.00 Automonitoraggio glicemico e Telemedicina (Maurizio Di Mauro)
- 11.30 Coffee Break
- LO STILE DI VITA COME TERAPIA**
- 11.45 L'approccio nutrizionale (Cristina Venuti)
- 12.15 Attività fisica come terapia (Claudia Caruso)
- 13.00 Discussione e pausa
- 14.00 **LA GESTIONE DELLE COMPLICANZE**
- Sesione interattiva
- 14.30 Caso clinico (Ignazio Lorenti)
- 15.15 Caso clinico (Rosario Battiato)
- 16.00 Il rischio cardiovascolare globale (Maurizio Di Mauro)
- 16.30 Discussione
- 17.00 Compilazione questionari di apprendimento
- 18.00 Chiusura dei lavori

SABATO 18 GIUGNO

Sala Conferenze Ordine dei Medici
Viale Ruggero di Lauria, 81 Catania

LE COMPLICANZE D'ORGANO DELLE MALATTIE REUMATICHE AUTOIMMUNI: ASPETTI DIAGNOSTICI

6 CREDITI E.C.M.

Responsabile scientifico: Dott ROSARIO FOTI

Programma:

- 8.30 Presentazione del Corso (R. Foti, S. Bellofiore, C. Carboni, M. Vecchio, D. Grimaldi)
- 9.00 Il Cuore (R. Foti)
- 9.30 Caso Clinico (C. Leonetti)
- 10.00 Il Rene (M. Di Gangi)
- 10.30 Caso Clinico (G. Amato)
- 11.00 Il Polmone (S. Bellofiore)
- 11.30 Coffee Break
- 11.45 Caso Clinico (R. Foti, M. Di Gangi, S. Bellofiore)
- 12.00 L' imaging nella diagnosi precoce delle spondiloartriti (C. Carboni)
- 12.30 Caso Clinico (C. Leonetti)
- 13.00 La Videocapillaroscopia nella diagnosi precoce (R. Leonardi)
- 13.30 L' EMG nella diagnosi precoce delle affezioni reumatiche autoimmuni (M. Vecchio)
- 14.00 Caso clinico (C. Mannino)
- 15.00 Discussione (C. Mannino, M. Di Gangi, M. Vecchio)
- 16.00 Caso Clinico (C. Leonetti, R. Foti, C. Carboni, M. Vecchio)
- 16.30 Discussione dibattito

SABATO 25 GIUGNO

Sala Conferenze Ordine dei Medici
Viale Ruggero di Lauria, 81 Catania

PROBLEMATICHE MEDICO-LEGALI DEI MEDICI DI CURE PRIMARIE

5 CREDITI E.C.M.

Responsabile scientifico: Dott ANGELO MILAZZO

Programma:

- Prima Sessione Moderatore: Dott. Angelo Milazzo
- 8.00 Registrazione dei partecipanti e distribuzione del materiale didattico
- 8.10 "Risvolti medico-legali del Codice deontologico" (Prof. E. Cirino, Prof. G. Sciacchitano)
- 8.20 "Nesso di causalità" (Dott. G. M. Rapisarda)
- 8.40 Discussione guidata, casistiche, esercitazioni pratiche
- 9.20 "Privacy e consenso informato" (Prof. G. Catania, Prof. A. Leocata)
- 9.40 Discussione guidata, casistiche, esercitazioni pratiche
- 10.20 "Prescrizione di farmaci" (Dr. S. Anastasi, Dott. V. Motta)
- 10.40 Discussione guidata, casistiche, esercitazioni pratiche
- 11.20 "Certificazioni" (Dott. A. Terrasi, Dott. M. Leone, G. Alfifi)
- 11.40 Discussione guidata, casistiche, esercitazioni pratiche
- 12.20 "Problematiche assicurative" (Avv. M. Pedullà)
- 12.40 Discussione guidata, casistiche, esercitazioni pratiche
- 13.20 "Prescrizione di prestazioni specialistiche" (Dott. F. Papa, Avv. S. Messina)
- 13.40 Discussione guidata, casistiche, esercitazioni pratiche
- Seconda sessione Moderatore (Dott. Domenico Grimaldi)
- 14.30 "Problematiche correlate alle vaccinazioni" (Dott. M. Cuccia)
- 14.50 Discussione guidata, casistiche, esercitazioni pratiche
- 15.30 "Disponibilità ed assistenza domiciliare" (Dott. A. Milazzo)
- 15.50 Discussione guidata, casistiche, esercitazioni pratiche
- 16.10 "Procedure di Conciliazione" (Avv. S. Buscemi, Dr. D. Nicolosi)
- 16.30 Discussione guidata, casistiche, esercitazioni pratiche
- 17.00 Valutazione dell'apprendimento conseguito. Consegna del questionari. Chiusura del Corso.

VENERDÌ 1° LUGLIO

Sala Conferenze Hotel Nettuno

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE AI TUMORI PRIMITIVI E SECONDARI DEL FEGATO DI INTERESSE CHIRURGICO

8 CREDITI E.C.M.

Responsabile scientifico: Prof SALVATORE GRUTTADAURIA

Programma:

- 8.45 Saluti delle autorità
- 9.00 Prof. Francesco Basile Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia Università di Catania: Introduzione
- 9.25 Prof. Bruno Gridelli - Direttore ISMETT - Direttore Medico-Scientifico UPMC International Partnership ed Integratore con ISMETT-UMPC Italy
- 9.45 Dr. Domenico Grimaldi, Responsabile Formazione per l'Ordine dei Medici della Provincia di Catania
- "Il ruolo del Medico di Medicina Generale"
- 10.10 Prof. Salvatore Gruttadauria - Professore Associato di Chirurgia Università di Catania/Consulente ISMETT UPMC Italy Palermo "Indicazioni e risultati della chirurgia resettiva dei tumori primitivi e secondari del fegato"
- 10.45 Dr. Antonello Basile Radiologia Ferrarotto Catania "Il ruolo del radiologo interventista nella Chirurgia epato-biliare"
- 11.10 Discussione
- 11.30 11.45 Coffee Break
- 11.50 Dr. Giacomo Bonanno - Responsabile Servizio di Endoscopia digestiva e Gastroenterologia Vittorio Emanuele "Endoscopia diagnostica e operativa nella diagnosi e nel trattamento della patologia di interesse chirurgico del tratto epatobiliare"
- 12.15 Dr. Ettore Panascia - Servizio di Anestesia e Rianimazione Vittorio Emanuele Catania "Gestione intraoperatoria e monitoraggio in terapia intensiva dei pazienti sottoposti a terapia chirurgica resettiva del fegato"
- 12.40 Dr. Calogero Buscarino Servizio di Oncologia Policlinico Catania "Terapia neoadiuvante ed adiuvante nei tumori secondari del fegato"
- 13.05 Discussione e conclusioni
- LIGHT LUNCH

MODALITÀ DI ISCRIZIONE: Presso sportello ECM di Parole & Immagini Via D'Amico, 46 Catania - Tel 095-7461073 dal Lunedì al Venerdì ore 15.00 - 19.00 **On-line** sul sito www.paroleimmagini.it

Iscrizione: € 30,00 cu (corsi del 17 e 18 giugno) - € 20,00 cu (corsi del 25 giugno e 1 luglio)



PAROLE & IMMAGINI Provider ECM
Accreditato dal Ministero della Salute n.640
info@paroleimmagini.it



[ALIMENTAZIONE SOTTO CONTROLLO]

Un'etichetta intelligente per scovare nei cibi le cause delle allergie

Tecnologia. Uno smartphone potrà «leggere» gli ingredienti

Per gli ormai 3 milioni di italiani che soffrono di allergie alimentari fare la spesa è un vero e proprio slalom tra i pericoli, fra gelati che contengono spinaci e calamari con tracce di latte e noccioline.

Un aiuto nello scovare le ormai 392 sostanze che possono scatenare una reazione allergica potrebbe venire dalla tecnologia, grazie a un'etichetta "intelligente" inventata da un gruppo di ricercatori italiani che adesso cercano l'aiuto delle aziende per rendere fruibile il sistema.

Il progetto, presentato la scorsa settimana a Roma, si chiama "AllergomeConsumer" e prevede che sui prodotti venga messo un particolare codice, una cosiddetta "data matrix" (il quadratino che usano molti giornali per rimandare a contenuti multimediali) che può essere letta da qualunque smartphone.

Il paziente, che si collega con il suo codice identificativo, "fa leggere" l'etichetta, e viene collegato in tempo reale a un database che contiene tutti gli ingredienti del prodotto e fa apparire in tempo reale un messaggio che avverte della presenza di allergeni conosciuti: «Questo sistema è l'unico al mondo che garantisce l'individuazione del paziente, quello dell'allergene e quello del prodotto con estrema precisione - ha spiegato Adriano Mari del centro di Allergologia Molecolare dell'Idi-Ircss di Roma - il dispositivo è pronto e

può già essere usato, ma serve la collaborazione delle aziende per poter da un lato inserire nel database tutti gli ingredienti e dall'altro per mettere l'etichetta intelligente sui prodotti, perché il semplice codice a barre può dare luogo a confusione per il fatto che non tiene conto di eventuali variazioni nella "ricetta".

Fino a questo momento sono stati campionati circa 15mila prodotti, il 10% del totale sugli scaffali italiani, e già questa prima scrematura ha dato risultati interes-

Mentre fa la spesa l'utente potrà evitare le sostanze «nemiche»

santi: «Nel 97% dei prodotti che abbiamo inserito c'è almeno un allergene - ha spiegato il responsabile del progetto Alessandro Brunetti - mentre l'11% ne ha almeno 10. Questa applicazione è tutta fatta con software open source, e la offriamo gratuitamente alle aziende, che dovranno solo accollarsi i costi di inserire la piccola matrice».

L'applicazione permetterebbe di superare le difficoltà che si hanno oggi nel leggere le etichette, sia per il loro posizionamento e le dimensioni troppo piccole, sia per la denominazione di alcuni allergeni: «Per i derivati del lat-

te, ad esempio, ci sono 210 definizioni - spiega Mari - e il 40% non prevede la parola "latte". Un altro esempio è quello del pane grattato: se è da solo, ha diversi ingredienti, ma se è usato ad esempio in una cotoletta viene indicato come semplice "pan grattato". Il sistema, insistono gli autori, non è "contro" le aziende, ma anzi potrebbe aiutarle: «I produttori non dovrebbero esserne spaventati - ha spiegato Anna Maria Ronconi - la trasparenza va anche a loro vantaggio».

Secondo le più recenti statistiche, sono sempre di più gli italiani che a tavola devono fare lo slalom tra gli allergeni: secondo le ultime rilevazioni, nel nostro Paese la cifra delle allergie alimentari tocca ormai i 3 milioni di persone, con un grande incremento soprattutto nei bambini.

«Secondo l'Oms le allergie alimentari sono l'unica patologia non infettiva fuori controllo - ha spiegato Adriano Mari - e anche il numero di allergeni cresce con i nuovi cibi che raggiungono le tavole, e ora se ne contano 392».

Ecco i numeri principali delle allergie nel nostro paese e in Europa, presentati all'ultimo Meeting sulle allergie alimentari dell'Accademia Europea sulle allergie e Immunologia Clinica.

Gli allergici ai cibi nei Paesi dell'Unione sono 17 milioni, di cui 3,5 milioni con meno di 25 anni. Il 60% degli allergici è donna.

Gli allergici a frutta fresca o a



3 milioni GLI ITALIANI che soffrono di allergie alimentari e sono sempre di più i connazionali che fanno i conti con gli allergeni

60% DEGLI ALLERGICI in Europa è donna, in totale a soffrire nel Vecchio Continente sono 17 milioni di persone

392 GLI ALLERGENI «censiti» dall'Organizzazione mondiale della sanità e questo numero è in aumento

25-30% DEGLI ALLERGICI adulti in Europa non tollera frutta fresca e verdura

0-5 ANNI la fascia d'età più colpita dalle allergie alimentari nei Paesi dell'Unione Europea

guscio e a verdura sono in Europa 8 milioni e mezzo, vittime di ipersensibilità anche ai pollini di alberi come la betulla, il nocciolo o le graminacee. In Italia e Spagna sono le pesche e le albicocche i frutti meno tollerati, in Francia e Germania il frutto più spesso "proibito" è la mela, in Gran Bretagna la frutta a guscio e le prugne, in Svizzera e Olanda, sedano e finocchi.

In Europa continentale l'allergia più diffusa nella popolazione adulta è quella a frutta fresca e verdura (25-30%), seguita dalla frutta a guscio, soprattutto noci, noccioline e arachidi che invece prevalgono nei Paesi anglosassoni. Segue l'allergia ai crostacei e al pesce, in particolare il merluzzo, che prevale nei Paesi Scandinavi e del Nord Europa.

In tutta Europa la fascia d'età più colpita da allergie alimentari è quella tra 0 e 5 anni con ben 1

milione e duecentomila bimbi allergici, 1 milione sono gli allergici tra 5 e 10 anni e altri 800mila quelli tra 10 e 18 anni.

Ancora nel Vecchio Continente, la prevalenza delle allergie alimentari fra bimbi nella fascia d'età tra 0 e 5 anni è diversa nei vari Paesi dell'Unione con percentuali che oscillano dall'1,7% in Grecia al 3% di Danimarca, Svizzera e Polonia, dal 4% di Italia e Spagna fino a oltre il 5% in Francia, Regno Unito, Spagna e Germania.

In Europa i cibi più allergizzanti per i bimbi sono latte, uova, noci, noccioline e arachidi.

Insomma, al di là di casi-limite come quello del batterio killer e di comportamenti fraudolenti delle aziende produttrici, che spesso occupano le cronache, ci sono molti buoni motivi per tenere sotto controllo gli alimenti che consumiamo ogni giorno.

IL BASO-TEST ESAME AFFIDABILE, UTILE SOPRATTUTTO PER CHI DEVE SOTTOPORSI A DIETE DI ESCLUSIONE

GIOVANNI TRINGALI*

Oggi vanno di "moda" gli esami per le cosiddette intolleranze alimentari che testano centinaia di alimenti ed i cui risultati non affidabili, recentemente dimostrati anche dalla trasmissione televisiva "Striscia la notizia", portano spesso il soggetto a praticare stili alimentari errati e pericolosi per la salute.

Infatti, l'esclusione indiscriminata di importanti alimenti base (carboidrati, verdure, carni, uova, pesce, ecc.), può provocare gravi squilibri metabolici per carenza di principi nutritivi fondamentali quali ferro, calcio, proteine, oligoelementi, vitamine, etc.

Ciò nel tempo può causare malattie irreversibili come osteoporosi, ritardi di crescita nei bambini ed altre patologie da errata alimentazione.

La letteratura scientifica ha dimo-

Con un semplice prelievo di sangue si può trovare l'alimento «dannoso»

strato che i metodi comunemente impiegati per le intolleranze alimentari non hanno validità scientifica al di fuori delle IgG che, comunque, devono essere interpretate dal medico in quanto non sempre un soggetto che ha elevate le IgG per un dato alimento debba necessariamente escluderlo dalla dieta.

Il BASO-TEST è l'unico metodo che dimostra in modo affidabile e riproducibile il danno indotto dall'alimento ed è particolarmente utile per chi sta sottoponendosi a diete di esclusione seguendo l'indicazione di esami che nulla hanno di scienti-

fico. Si tratta di un esame flussocitometrico diagnostico-funzionale il quale consente d'evidenziare qualsiasi reattività ad alimenti, sia allergica che non allergica, superando i limiti delle IgG specifiche che, tra l'altro, oltre ad essere presenti in soggetti normali, non sono applicabili a coloranti o conservanti. L'esame, scientificamente validato e provvisto di marchio CE-IVD (che contraddistingue i metodi scientificamente validati per la diagnosi in vitro), dimostra l'attivazione in vitro dei basofili (particolari tipi di globuli bianchi presenti nel sangue del soggetto

permettendo di conoscere con certezza se un dato alimento attiva queste cellule con conseguente rilascio di sostanze infiammatorie).

Il BASO-TEST è un test di provocazione in vitro, che dimostra l'attivazione cellulare da parte di alcuni alimenti non tollerati dall'organismo rilevata tramite un raggio laser che evidenzia specifici marcatori d'attivazione cellulare (CD63 e CD203c). Con un semplice prelievo di sangue si può quindi conoscere l'alimento che si deve escludere dalla dieta senza stravolgere lo stile alimentare.

In Italia solo pochi centri lo ese-

guono a causa dell'elevato costo dei flussocitometri, sofisticati strumenti in grado d'identificare e contare le cellule attivate, in dotazione solo a pochi laboratori di eccellenza come l'Irma che è l'unico che lo esegue nel Meridione d'Italia. L'esame si può anche eseguire come screening con una tariffa modesta testando dei mix di alimenti base e, qualora positivo, procedere ad analizzare i singoli alimenti.

Per ciò che riguarda le IgG specifiche l'Istituto Irma effettua la ricerca di 221 alimenti contemporaneamente con l'innovativa tecnologia dei microarray che fa parte delle nanotecnologie. L'associazione dei due metodi fornisce un'utile informazione clinica che il più delle volte riesce a diagnosticare il disturbo alimentare.

Occorre comunque precisare che il più delle volte la sintomatologia clinica e, comunque, la maggior parte dei disturbi alimentari non è causata dagli alimenti in quanto tali ma da stati infiammatori del colon che devono essere correttamente diagnosticati mediante visita medica ed esami appropriati come le IgA e IgG ASCA (anticorpi contro il lievito di birra), gli anticorpi anti cathepsina G e anti lattoferrina, la calprotectina fecale ed altri esami specialistici che è possibile effettuare presso l'Irma i cui numerosi casi clinici risolti richiamano utenti provenienti anche da fuori regione.

* Direttore scientifico Irma

DATI DEL MINISTERO

Per malattie digestive visitato ogni anno 10-15% degli italiani

Gonfiore addominale, digestione difficoltosa, diarrea intermittente. Sono solo alcuni dei disturbi funzionali legati all'apparato digerente che colpiscono, nel mondo occidentale, circa il 40% della popolazione. Disturbi certo non mortali, ma che alla lunga portano ad un'importante diminuzione della qualità della vita e a implicazioni sociali ed economiche rilevanti. È quanto emerge dalla lettura del IX volume della collana "Quaderni del ministro della Salute", dedicato alle malattie digestive e presentato a Roma alla presenza del ministro Ferruccio Fazio. Da un'analisi del testo emerge, in sintesi, che ogni anno tra il 10 e il 15% degli italiani viene visitato dal medico di medicina generale per malattie digestive, che rappresentano anche la causa di un ricovero ospedaliero su 12. Inoltre il 5-7% dei ricoveri ospedalieri avviene

per reazione avverse ai farmaci, di cui il 25-30% è ascrivibile a eventi avversi sull'apparato digerente. E a proposito di ricoveri spicca il dato sull'inappropriatezza, considerato che i ricoveri totali per malattie digestive in Medicina generale e Chirurgia sono 5 volte superiori a quelli in Gastroenterologia, con un tasso di inappropriatezza pari al 77,9% contro il 25,5 della gastroenterologia. Stando agli ultimi dati disponibili (2006), le malattie dell'apparato digerente, esclusi i tumori, hanno provocato in Italia oltre 23mila decessi (i tumori dell'apparato digerente al 28% nell'uomo e al 26% nella donna).



TEST CERTO

Nella foto, flussocitometri automatici. Il BASO-TEST è un esame che dimostra l'attivazione cellulare da parte di alcuni alimenti non tollerati dall'organismo, rilevata tramite un raggio laser che evidenzia specifici marcatori. Di fatto, questo è l'unico metodo che, fra tanti test più o meno utili, dimostra in modo affidabile e riproducibile il danno indotto dall'alimento

[PIANETA SANITÀ]



L'educazione continua amplia e qualifica l'offerta formativa

ECM. Nuove regole per l'aggiornamento dei medici

L'educazione continua in medicina o Ecm è entrata col nuovo millennio nella vita professionale degli operatori sanitari che lavorano sia nel pubblico sia nel privato. Ha così condizionato il modo di fare aggiornamento e convinto migliaia di lavoratori del nostro sistema sanitario a perseguire in maniera continuativa la propria formazione.

Dopo una lunga fase sperimentale durante la quale il Ministero ha comunque erogato crediti formativi ai partecipanti (dai medici agli infermieri, dagli odontotecnici agli ottici) il 2011 sta segnando una tappa fondamentale del percorso che ha finalmente fatto sì che il sanitario, laureato o diplomato che sia, non sia più sottoposto dal termine dei suoi studi ad alcuna verifica di aggiornamento. "I medici ottenuti la sudata pergamena non avevano, prima dell'introduzione dell'Ecm, alcun obbligo di aggiornamento né nei confronti dell'Università né della propria struttura di lavoro", spiega Gaetano Catania, presidente del Corso di laurea in medicina e chirurgia dell'ateneo catanese. Aggiustamenti in corsa ne sono stati fatti parecchi ma da qualche mese la commissione ministeriale Ecm ha accreditato i primi provider nazionali chiudendo così la fase sperimentale.

Tra le novità del nuovo sistema, l'ampliamento dell'offerta formativa, ma anche una diversa organizzazione, con la differenziazione tra provider regionali e nazionali. «L'obiettivo dell'Ecm è stato sin dall'inizio quello di migliorare l'esercizio delle professioni sanitarie - precisa Fiorella D'Agata, titolare di Parole & Immagini, uno dei quasi 600 provider italiani accreditati sul territorio nazionale - l'idea è che chi si occupa della salute dei cittadini non solo debba essere aggiornato, ma sappia anche mettere in pratica la formazione ricevuta. Certamente prima dell'Ecm gli operatori sanitari si aggiornavano ma oggi noi siamo parte di un sistema che, ad og-

gi, ha coinvolto 12 milioni di professionisti della salute, organizzato 500 mila eventi formativi; un sistema, insomma, che non ha eguali al mondo e viene guardato con ammirazione dagli altri Paesi. Ecco perché ritengo che in undici anni l'Ecm si sia evoluto non poco, adattandosi alle esigenze del professionista».

Ma il cambiamento principale dell'Ecm è legato soprattutto alla qualità della formazione. «E' un sistema che premia la qualità formativa - aggiunge D'Agata che ha organizzato dal 2003 ad oggi quasi trecento eventi Ecm in tutt'Italia - l'esperienza maturata in questi anni ci permette oggi di mettere in campo una serie di garanzie di qualità e di indipendenza. Il controllo della qualità è infatti effettuato dall'Osservatorio nazionale, che svolge un attento monitoraggio di tutti i prodotti formativi. L'indipendenza è assicurata, invece, dalla presenza di provider con tanto di comitati scientifici, accreditati dalla Commissione nazionale, e dal Comitato di garanzia, che controlla il loro operato. Ma soprattutto sono gli stessi discenti a giudicare il valore della formazione anche attraverso la rilevazione del gradimento al termine dell'evento. E non dimentichiamo che adesso i crediti

vengono rilasciati da noi provider, sulla base dell'impegno in termini di tempo dedicato alla formazione e sulla tipologia dello strumento formativo. Non ci dovrebbe essere così la corsa al credito, ma la ricerca della formazione di qualità».

Un ultimo aspetto ancora da chiarire è legato alle sanzioni previste per chi non raggiunge il numero minimo di crediti previsto, 150 per il triennio 2011-2013 dalla determinazione della Commissione nazionale Ecm del 13 gennaio 2010. «Credo che introdurre sanzioni sia come ammettere di aver perso - sottolinea la D'Agata - cioè di non essere riusciti a creare quella cultura dell'aggiornamento che per i medici è anche un dettato deontologico. Ci

**L'esperta
Fiorella D'Agata:
«Il sistema
premierà la
qualità, finito
il tempo della
corsa al credito»**



deve aggiornare non perché ci sono sanzioni o incentivi, ma per una esigenza professionale, per migliorarsi». Dal 1° luglio prossimo non sarà più possibile accreditare singoli eventi Ecm attendendo il parere dei referee nominati dal Ministero della salute. «In questi anni c'è stata un po' di confusione - conclude la responsabile di Parole & Immagini - basti pensare che il ministero aveva autorizzato quasi ventimila soggetti giuridici, dalle agenzie di viaggi alle associazioni parrocchiali, ad organizzare corsi Ecm. Adesso un giro di vite fortemente voluto dalla Commissione Ecm ha alzato notevolmente il livello di qualità richiesta alle strutture organizzatrici (certificazione, comitato tecnico-scientifico, provata competenza nel settore) ed i risultati non tarderanno a vedersi».

**La dott.ssa
Fiorella D'Agata,
durante una
sessione di corsi
di educazione
continua rivolta a
medici. L'esperta
negli ultimi otto
anni ha
organizzato quasi
trecento Ecm in
tutta Italia**

N. S.

NELLA «PATRIA» DEL GIURAMENTO

Nuova carta europea dell'«etica medica» nel segno di Ippocrate

MARIA EMILIA BONACCORSO

«**I**l medico lenisce le sofferenze rispettando la vita e la dignità della persona, senza discriminazioni di ogni genere, in pace e in guerra»: comincia così la Carta europea dell'Etica medica. A firmarla saranno gli ordini dei medici di 25 Paesi per tracciare le prime linee etiche comuni per la grande area europea che ha aperto le frontiere ai pazienti.

La firma, proprio sotto al platano di Ippocrate nella scuola medica sull'isola di Kos in Grecia, esattamente nel luogo che ha visto nascere i primi principi deontologici universali della professione: qui i medici di tutta Europa si sono appena impegnati, con una decina di articoli, per un'etica comune, con l'obiettivo di arrivare ad un più ricco e articolato "codice deontologico europeo" la cui stesura di preannuncia complessa viste le differenze legislative e culturali su alcuni temi sensibili come l'eutanasia e la fecondazione assistita.

Firmata dagli Ordini nell'isola di Kos

«Tutti i nostri Codici di Deontologia Medica, pur variando tra i diversi Stati, sono ispirati a principi etici comuni - afferma il presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (Fnomceo), Amedeo Bianco, che a Kos rappresenta l'Italia - Tra questi, fondamentali sono quelli di Universalità e di Uguaglianza: tutti gli esseri umani devono poter essere uguali nel loro diritto alla tutela della Salute, intesa come benessere globale, fisico e psichico, senza distinzioni di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia».

Il percorso nasce da lontano: già il 6 gennaio 1987 l'allora Conferenza internazionale degli Ordini dei Medici stabilì dei principi generali di Etica medica a livello europeo, punti che furono firmati nel 1995.

Ma è nel 2005, a Sanremo, che viene varato il grande Progetto della Carta europea della Medicina. Cinque anni dopo, nel marzo 2010, Sanremo si riconferma "Capitale dell'Etica e della Deontologia", ratificando il "Documento di Consenso".

Ora questo cammino ha un suo primo coronamento a Kos: all'ombra del platano sotto il quale, secondo la tradizione, Ippocrate amava insegnare ai suoi allievi, il presidente della Fnomceo, Amedeo Bianco, e gli altri presidenti degli Ordini dei Medici europei leggeranno ciascuno un articolo della Carta.

Una Carta che, oltre a riprendere le basi morali che fondano i Codici deontologici dei vari paesi, ricalca e dà rilievo ai principi del Giuramento che ancora oggi - nella versione rimodernata dalla Fnomceo nel 2007 - viene letto dai giovani medici all'atto dell'iscrizione all'Albo.

I DATI DELLE FORZE DELL'ORDINE

Il ricco business delle frodi al sistema sanitario nazionale



Centinaia di migliaia di euro bruciati in frodi a danno del servizio sanitario nazionale, o ancora meglio: a danno dei cittadini. Nel corso di due anni, il 2009 e il 2010, i carabinieri dei Salute hanno scoperto frodi per 475 milioni per danno erariale presunto. A questi se ne aggiungono 1,6 miliardi di euro accertati dalla Guardia di Finanza per il triennio 2008-2010.

La Sanità resta terreno di razzie per guadagni illeciti ma non è solo il crimine a rubare risorse: la cattiva gestione contribuisce a sottrarre disponibilità, soprattutto nelle regioni in rosso. Fra gli sprechi delle regioni in deficit e sprechi gestionali da correggere, ha stimato il ministro della Salute Ferruccio Fazio, si potrebbero risparmiare 10 miliardi di euro. E fra misure di controllo della spesa, piano di rientro e rafforzamenti dei controlli, grande importanza, per il ministro, è quella di tracciare un disegno della Sanità che ottimizzi l'offerta.

L'occasione per puntare i riflettori sui

grandi temi della legalità e dell'efficienza è stato un convegno organizzato da Farmindustria. I procedimenti sono ancora in corso, ha spiegato il comandante dei Nas Cosimo Piccinno, ma colpisce il fatto che oltre la metà è avvenuto nelle regioni centrali. Infatti 35 milioni di danno sono conteggiati nelle regioni del nord, 250 al centro e 190 al sud. Nel triennio 2008-2010 sono stati effettuati dalla Guardia di finanza 4.911 interventi anti frodi nel servizio sanitario nazionale e denunciati all'autorità giudiziaria 7.149 persone, accertando frodi per 186 milioni di euro. Sono stati anche deferiti alla Corte dei Conti 1.468 persone e segnalati alla stessa danni erariali

**Circa un miliardo
«bruciato» ogni anno a
danno dei contribuenti**

per 1,6 miliardi di euro, ha riferito il colonnello della Guardia di finanza, Fabrizio Martinelli.

Intanto sullo sfondo compaiono le nubi di una nuova manovra economica che il presidente di Farmindustria, Sergio Dompè, non nasconde di temere per il suo settore. «È stato così sempre nelle ultime leggi finanziarie. Per la sostenibilità del servizio sanitario nazionale - ha detto a margine di un convegno sul federalismo nella sanità - occorre concentrarsi sugli altri capitoli di spesa (che sono l'84% del totale), aumentando l'efficienza di tutto il sistema sanitario». Il presidente degli industriali del farmaco ha ricordato che queste voci crescono più del doppio della farmaceutica totale. Dal 2001 al 2010 la spesa convenzionata è diminuita rispetto al Pil dallo 0,9% allo 0,7%, mentre le altre voci sono cresciute dal 5% al 6,6%. Dal 2006 ad oggi, ha infine ricordato Dompè, la farmaceutica totale è stabile all'1,1% del Pil.

GIRLANDO & PARAVIZZINI

ANALISI CLINICHE

Dir. Responsabile: Dott. Giuseppe Girlando

Chimica clinica • Genetica • Microbiologia • Biologia molecolare
Test di paternità • Intolleranze alimentari • Dosaggi ormonali
Markers tumorali • Medicina del lavoro • Tossicologia • Droghe d'abuso

Certificazione di Qualità
UNI EN 9001:2000



► Prelievi a domicilio
► Referti disponibili on-line

Orario continuato
7.30 - 16.00

Prelievi
7.30 - 11.30

Ritiro referti
10.00 - 16.00

CATANIA - Viale V. Veneto, 10

Tel. 095 376039 - 095 377196 - Fax 095 7222619

www.girlandoeparavizzini.com - info@girlandoeparavizzini.com



[**SESSUALITÀ. I DISTURBI NELL'UOMO**]

«Pillola dell'amore» e altri rimedi

Lo specialista Giammusso: «Disfunzioni da affrontare con il medico. Enormi progressi delle cure»

ANGELO TORRISI

Il continuo progresso delle conoscenze in campo medico, che ha permesso di intervenire in modo sempre più efficace sulla salute pubblica, ha profondamente cambiato il concetto di salute, così come era inteso fino a non molti anni fa.

Oggi la salute, oltre che con l'assenza di malattia, s'identifica con una condizione di benessere psicofisico, con quella cioè che definiamo oggi "qualità di vita". È certamente questo il motivo che ha visto emergere con progressione crescente i problemi legati alla funzione sessuale maschile, un tempo gelosamente nascosti come argomenti scottanti di cui provar vergogna.

Anche i mezzi d'informazione hanno svolto un ruolo decisivo nel portare alla luce il diffuso problema della disfunzione erettile, contribuendo a sfatare miti e pregiudizi, ed evidenziando come il medico sia l'interlocutore più adatto in tali frangenti.

«Chiunque oggi dovesse accorgersi che qualcosa non va nella propria funzione sessuale - afferma lo studioso catanese di dott. Bruno Giammusso, responsabile dell'unità operativa di Andrologia urologica dell'ospedale Vittorio Emanuele - deve sapere che il problema merita la massima attenzione, e che va affrontato con il proprio medico, figura certo più adatta che non quella del chiromanente o degli amici del bar. Il medico, magari richiedendo la consulenza dell'andrologo, praticherà una serie di esami clinici de-

stinati a chiarire le cause del problema, che possono essere endocrine (legate cioè ad alterazioni del livello di ormoni nel sangue), arteriose (per insufficiente afflusso di sangue al pene), venose (per un eccessivo deflusso di sangue durante l'erezione), neurologiche (quando è interrotta la conduzione degli stimoli dal cervello al pene), o, infine, psicologiche. A tale scopo saranno sufficienti, nella maggior parte dei casi, un dosaggio ormonale su un campione di sangue, e un ecodoppler dei vasi del pene; solo in casi particolari sarà necessario ricorrere a esami più approfonditi».

«Qualunque terapia dovrà tenere in considerazione l'impatto psicologico»

E una volta individuate le cause del problema?
«A quel punto sarà più semplice valutare i possibili rimedi. Un primo, decisivo passo è rappresentato dalla eliminazione dei cosiddetti "fattori di rischio", ossia di tutte

quelle condizioni che possono di per sé essere responsabili di una disfunzione erettile. Tra queste ricordiamo anzitutto il fumo di sigaretta, l'eccesso di colesterolo nel sangue, il sovrappeso, il diabete, che non può purtroppo essere eliminato ma deve essere compensato il più possibile, e l'assunzione di farmaci, tra cui alcuni antipertensivi e antiulcerosi, che potranno essere sospesi solo su parere del medico. In tema di cure, progressi decisivi sono stati registrati dalla ricerca scientifica negli ultimi anni. Accanto alle terapie ormonali, efficaci e ben tollerate, ma solo nei casi di effettive disfunzioni endocrine, una serie di farmaci di nuova generazione ha consentito di affrontare con successo le disfun-

zioni sessuali, anche nei casi più difficili, quelli cioè legati ad alterazioni circolatorie, secondarie a diabete o aterosclerosi. A tal fine il sildenafil, il tadalafil e il vardenafil, meglio conosciuti rispettivamente come Viagra, Cialis e Levitra, hanno permesso di restituire una vita sessuale soddisfacente a tanti uomini che avevano dovuto rinunciare. I vantaggi della famosa "pillola dell'amore", il cui nome farmacologico è PDE5 inibitori, stanno proprio nella semplicità di somministrazione, nell'ottima efficacia, che consente di raggiungere una erezione assolutamente normale nelle sensazioni di entrambi i partner, e, se assunti sotto stretto controllo medico, nella assenza di

sostanziali rischi per la salute».

Tuttavia, anche recentemente si è fatto un gran parlare dei possibili effetti collaterali e secondari di tali farmaci...

«A tal proposito va subito ricordato come alcuni presunti pericoli di questi farmaci, specie a carico del cuore e della pressione arteriosa, siano solo il frutto di una serie di pregiudizi privi di fondamento scientifico. I PDE5 inibitori possono provocare effetti indesiderati, generalmente ben tollerati, quali il mal di testa e il rossore al volto, legati all'aumento di flusso del sangue; possono anche abbassare lievemente la pressione arteriosa, ma di norma in misura non avvertita dal paziente».

ma; soprattutto non sono pericolosi per il cuore, se il medico ha escluso le controindicazioni, e in particolare l'assunzione di farmaci nitroderivati in compresse o sotto forma di cerotti: in questi casi l'assunzione del farmaco è assolutamente sconsigliata. In alcuni casi lo specialista potrà preferire il ricorso all'aprostadil, una sostanza che, iniettata localmente nel pene, determina una erezione completa nell'arco di pochi minuti. I pregi di questo farmaco risiedono nella possibilità di stimolare, con l'iniezione locale, un'ottima erezione in tempi rapidi, con la garanzia che il farmaco agirà solo localmente e non produrrà alcun effetto secondario in altri apparati. L'unico aspetto sfavorevole dell'alprostadil è la necessità, per il paziente, di praticarsi da sé l'iniezione, procedura questa che risulta spesso non gradita dal paziente e dalla partner».

Esiste infine la possibilità di risolvere i problemi di erezione con un intervento chirurgico che prevede l'impianto di una protesi.

«Questa alternativa rappresenta certamente la più definitiva: il paziente, dopo l'intervento, recupera completamente la propria erezione, e non ha più bisogno di pillole né di punture. Sull'altro piatto della bilancia dovrà però mettere un ricovero, un intervento delicato, e un rischio di rigetto della protesi che, sebbene rarissimo, va sempre tenuto in conto. Ricordiamo, in conclusione, come qualunque procedura terapeutica per problemi sessuali dovrà tenere in considerazione il loro enorme impatto psicologico: in questo senso l'intervento dell'andrologo prevederà sempre, accanto ai farmaci, il dialogo con il paziente e, quando necessario, la consulenza dello psico-sessuologo».



IL DOTT. BRUNO GIAMMUSSO

LA SICILIA

www.lasicilia.it

Direttore responsabile
Mario Ciancio Sanfilippo

Vicedirettore
Domenico Tempio

Caporedattore
Giorgio De Cristoforo

Editrice
Domenico Sanfilippo Editore SpA



In redazione
Giovanna Genovese
Orazio Vecchio

Consulenza
Angelo Torrisi

Hanno collaborato:
Arianna Augero,
Gabriella Bellucci,
Manuela Catalfamo,
Pietro Di Gregorio,
Sandro Maria Distefano,
Ombretta Grasso,
Biagio Panascia,
Giuseppe Petralia,
Anna Rita Rapetta,
Alfio Scrofani,
Salvatore Tolaro,
Giovanni Tringali,
Maurizio Vancheri,
Sebastiano Villara

Pubblicità
Publikompass Spa
Agenzia di Catania
Corso Sicilia 37/43
95131 Catania
Centralino 0957306311
diretto 0957306335
Cell. 336699395

benessere
estetica
abbronzatura
dimagrimento
profumeria olistica

AREA
TECHNOLOGY
di Profúmia Daily SPA

È uno spazio dedicato alle tecnologie d'avanguardia in materia d'estetica e di benessere.

Queste innovative tecniche ti permetteranno di raggiungere subito i tuoi obiettivi di bellezza:

<p>VISO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ringiovanimento • Luminosità • Compattezza • Rigenerazione 	<p>CORPO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dimagrimento • Rassodamento • Tonicità • Armoniosità
--	---

Tutti i trattamenti sono indicati anche per uomo.

VISO E CORPO.
Luce pulsata.
Mai più peli superflui.

È l'ultima frontiera della ricerca scientifica in materia di epilazione. La luce pulsata, sistema all'avanguardia, consente di trattare ampie aree del corpo con sicurezza e velocità di esecuzione. Questa tecnica garantisce un'eliminazione progressiva dei peli superflui, in totale sicurezza e comfort.

DIMAGRIMENTO LOCALIZZATO.
Lipocavitazione.
Meno centimetri, dove vuoi tu.

È un trattamento di dimagrimento localizzato, che elimina i centimetri in eccesso. A differenza della classica liposuzione, la lipocavitazione, esclude qualsiasi tipo di intervento chirurgico. Questo innovativo metodo garantisce la rapida diminuzione di centimetri in eccesso e la conseguente tonicità dell'area trattata.

VISO e COLLO.
Skin life.
Effetto radioso.

Questo trattamento ha lo scopo di ottimizzare il grado di idratazione cutanea svolgendo un'azione completa e specifica nel trattamento di viso, collo e décolleté. Il risultato è istantaneo: viso disteso e rigenerato; pelle compatta e luminosa, rughe e segni d'espressione notevolmente attenuati.

VISO.
Ossigenazione estetica.
10 anni in meno. in 10 minuti.

Consiste nella veicolazione in profondità di ossigeno concentrato a base di acido ialuronico, collagene, vitamine e principi attivi esclusivamente naturali. Il massaggio con profusione di ossigeno è rilassante e confortevole ed i suoi risultati sono visibili sin dalla prima seduta e si amplificano nelle ore seguenti.

ANTI-ETÀ VISO E CORPO.
Radiofrequenza.
L'effetto è lifting. Il trattamento è dolce.

Il principio su cui si basa quest'innovativa tecnica è quello della cessione del calore per intervenire sui processi del rilassamento cutaneo, rughe o acne in fase attiva. Il trattamento è dedicato al ringiovanimento cutaneo del viso, ma possono essere trattate anche altre zone come addome, glutei, cosce, braccia e altri inestetismi evidenti.

S. GIOVANNI LA PUNTA
C/o Centro Comm. Le Zagare
095 7410348

CATANIA
C/o Aga Hotel
V.le Ruggiero di Lauria, 43
095 7285898

I centri sono aperti tutti i giorni dalle 09,00 alle 22,00.

profumiadailyspa.com
info@profumiadailyspa.com

Profúmia Daily SPA

[MALATTIE RARE. LA STORIA]



«Il mio calvario fra interventi inutili e cure inadeguate»

Affetta dalla «Erdheim-Chester», 200 casi in letteratura

ORAZIO VECCHIO

Il suo calvario è durato cinque anni: febbre a 41 gradi, dolori micidiali alle gambe, un edema maculare a un occhio. E peregrinazioni da un ospedale a uno studio medico, da un reparto all'altro. Da Catania, la città vicino alla quale vive, a Milano, la destinazione dei suoi viaggi della speranza che qualche fiammella avevano sì acceso, ma senza l'esito atteso. Poi, tre anni addietro, Loredana, una bella ragazza della cui identità non specifichiamo altro per tutelarne la riservatezza, è indirizzata all'unità di Reumatologia del Vittorio Emanuele di Catania. E qui, con la diagnosi corretta della sua malattia, arriva anche la terapia che restituisce normalità alla sua vita.

Quello di Loredana è uno dei tre casi in Italia di malattia di Erdheim-Chester. Una malattia autoimmune in cui, come le altre forme, alcune cellule dell'organismo umano, invece di difenderlo, lo attaccano. Con le conseguenze che Loredana ha avvertito per la prima volta nel 2003.

«Tutto - racconta la ragazza - è cominciato otto anni fa, quando mi è venuta febbre altissima. Nient'altro, era questo l'unico sintomo. Naturalmente, si è pensato subito all'influenza e ho preso l'antibiotico. Ma la febbre non è passata. Dopo un po' ho cominciato ad avvertire dolori all'addome e allora i medici mi hanno diagnosticato l'appendicite».

La vicenda di una ragazza catanese che ha vissuto cinque anni di sofferenze, con febbre alta e dolore alle ossa, prima di ricevere la diagnosi corretta: una rara malattia autoimmune

non è stato così.

La successiva ipotesi è quella di una malattia infettiva e la giovane viene quindi nuovamente ricoverata: «Mi sottopongono a svariati test perché i medici temevano avessi la toxoplasmosi». Ovviamente, senza trovare alcunché: tutti gli esami sono negativi. «Mi fanno anche la biopsia del midollo osseo. La febbre intanto arrivava a 41 gradi, stavo malissimo e rischiavo di collassarmi. Assumendo antinfiammatori che sul momento abbassavano la febbre, ma cessato l'effetto dei farmaci la temperatura schizzava nuovamente. Mi svegliavo la mattina con 39 di febbre. E che dovevo fare? Prendevo la tachipirina e cercavo di condurre la mia vita normale. Intanto giravo dottori, chi mi diagnosticava una malattia, chi un'altra».

A quel punto, Loredana va persino a Milano, dove le diagnosticano la malattia di Lyme, tipica conseguenza delle infezioni da punture di zecca. Dopo l'inizio di questa nuova cura, la febbre diviene altalenante. La ragazza è disperata: «Mi sentivo una extraterrestre, una diversa. Mi ero pure convinta di essere stata vittima di un malocchio e mi sono rivolta agli esorcisti. Anche da loro mi sono sentita dire di non preoccuparmi, che sarei stata presto bene».

E invece i sintomi peggiorano. «Una mattina, mi sono svegliata e ho cominciato a vedere tutto offuscato. Mi sono rivolta all'oculista e sottoposta alla fluorangiografia: era un edema maculare all'occhio destro. Diagnosi corretta, sicuramente, ma il medico non ne comprendeva la natura. Grazie a una iniezione di cortisone nell'occhio, a poco a poco ho recuperato la vista: avevo perso 4 gradi».

Dunque, i disagi aumentano e Loredana torna a Milano («i viaggi per me erano ormai un'abitudine»). «Lì mi dicono che il problema era di natura reumatologica. Ma dopo una serie di esami mi rispondono che non possono fare alcuna diagnosi, che tutto sembra ok. Ma allora la febbre da dove viene?, chiedo. Non sappiamo, mi rispondono, ma si cerchi un bravo reumatologo a Catania». Di qui sono arrivata alla dottoressa Marcella Di Gangi del Policlinico di Catania. E' a lei che Loredana si rivol-

ge quando è colpita da un nuovo, improvviso sintomo: «Un giorno ho avuto una manifestazione alle gambe, con bollicine sulla pelle e un dolore fortissimo alle caviglie».

È allora che insieme si rivolgono al dottor Rosario Foti del Vittorio Emanuele. È quella l'ultima tappa del suo viaggio tra ospedali: «Mi sono subito ricoverata, mi sono sottoposta a tutta una serie di esami, finché finalmente non mi è stata diagnosticata la malattia di Erdheim-Chester». Dal primo sintomo di febbre erano passati cinque anni.

«La malattia di Erdheim-Chester - spiega Rosario Foti - è stata descritta per la prima volta da Chester nel 1930. Si tratta di una forma in cui vengono coinvolte alcune cellule del nostro organismo, i macrofagi, dotati essenzialmente di proprietà fagocitiche e direttamente coinvolte nella funzione di risposta immunitaria, deputate al-

la difesa contro i microrganismi patogeni (batteri, virus, parassiti). Queste cellule invece di difendere l'organismo si moltiplicano senza controllo e possono infiltrare vari organi e apparati. La malattia interessa soggetti di ogni sesso ed età, seppure con una lieve prevalenza fra i maschi nella IV e VI decade di età. Dal punto di vista clinico, può presentarsi con caratteristiche variabili come processo asintomatico focale o come malattia infiltrativa, diffusa e multisistemica gravata, se non curata, da un'elevata mortalità. I segni clinici principali comprendono sintomi generali (febbre, perdita di peso, astenia), dolore osseo e nelle forme gravi i sintomi legati all'infiltrazione di organi, come cuore, polmone, sistema nervoso, rene. Sono stati descritti meno di 200 casi in letteratura».

Loredana sa di essere stata fortunata, pur nella sfortuna: la malattia è stata presa in tempo quando ancora non aveva at-

taccato organi vitali. Ma sa anche che, come tutte le malattie rare, anche quella che l'ha colpita non ha una "sua" cura. «All'inizio ho dovuto prendere molto cortisone, con tutte le conseguenze che porta. Finché il dottore Foti non mi ha prescritto un immunosoppressore, pensato per i trapiantati».

«Sono stati sperimentati vari trattamenti - chiarisce Foti - che hanno migliorato il decorso della malattia e comprendono terapia cortisonica, chemioterapia, radioterapia interferone alfa. Ma il trattamento è comunque sperimentale e lasciato alla decisione alla esperienza del singolo medico e prevede l'utilizzo di farmaci "off-label" cioè non registrati per questa malattia, che vengono somministrati sotto diretta ed esclusiva responsabilità del medico che cura la paziente. Nel caso specifico acquistati grazie alla sensibilità della Direzione dell'Azienda Policlinico Vittorio Emanuele».

«In sostanza - interviene la paziente - devo mantenere i valori del mio sistema immunitario entro un determinato range, attraverso i farmaci. Prima chiedevo al medico i dosaggi, ora so regolarmi da sola. Di tanto in tanto faccio la risonanza magnetica, perché la parte spugnosa delle ossa era stata intaccata, ma a ogni esame il danno sembra regredire. Ora posso indossare qualunque tipo di scarpe, prima avevo detto addio ai tacchi. Avevo abbandonato il volontariato nella Protezione civile, ora l'ho ripresa». Loredana è tornata ad avere la sua vita: «Sto bene. Se non fosse per le pillole che devo prendere, dimentico di essere affetto di questa malattia. Eppure all'inizio ero caduta in una gravissima depressione... ero giovane ma non potevo camminare, mi stancavo. Questa vicenda - confessa - mi ha anche avvicinato a Dio». E racconta un episodio: «Da poco tempo ero uscita dall'ospedale e ho l'occasione di andare a Lourdes. Avevo appena iniziato la cura, ma avvertivo ancora dolori. Mi chiedono: vuoi andare da visitatrice o da malata? Io da malata? Sulla sedia a rotelle? Assolutamente no. Ma già alla prima stazione della Via Crucis, una sera, non ce la facevo più. Mi sono dovuta praticamente fermare. Ho chiesto al Signore che mi desse la forza per completare quella Via Crucis. E ci sono riuscita».

La prossima "Loredana" potrebbe avere un calvario meno pesante del suo. «In Sicilia, dopo 11 anni, grazie all'impegno dell'assessore alla Salute Massimo Russo, sono stati individuati i centri di riferimento per le malattie rare e da questo mese di giugno è attivo il registro delle malattie rare, che è collegato con quello nazionale. Il passaggio successivo ed auspicabile - afferma Foti - è quello di identificare un elenco di farmaci e presidi che possano essere erogati con un fondo direttamente finanziato dalla Regione. Lo staff assessoriale ha già manifestato una certa disponibilità ad affrontare il problema per adeguare anche questo aspetto a quello di regioni, come Toscana, Piemonte e Lombardia, che si sono mosse in tal senso. La ricerca scientifica da un lato e l'impegno delle istituzioni dall'altro - conclude il dottore - sono un messaggio positivo di speranza per migliaia di malati che soffrono di malattie rare».



LA «RETE» IN SICILIA

o.v.) Da poco più di un mese la Regione Siciliana ha istituito i Centri di riferimento regionale per la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie rare, distribuite sul territorio dell'Isola. Il provvedimento muove dalla considerazione che le malattie rare «rappresentano un ampio gruppo di patologie», «eterogenee fra di loro», tali da rappresentare, sebbene accomunate da bassa prevalenza nella popolazione, «un problema socio-sanitario importante in quanto sono spesso malattie croniche e invalidanti oppure costituiscono causa di mortalità precoce». Per questo, esse causano «disuguaglianza fra cittadini all'accesso ai servizi socio-sanitari, a causa delle disponibilità disomogenee e spesso insufficienti di conoscenze scientifiche e/o di struttura». Di qui la necessità di «aggiornare la rete assistenziale per le malattie rare» individuando i presidi idoneamente attrezzati, per «facilitare al massimo il paziente nel percorso diagnostico e terapeutico, garantendo un elevato livello della qualità dell'assistenza resa ed una tempestività d'azione, nonché costituire punto di riferimento privilegiato per le associazioni dei pazienti e dei loro familiari».

La «scoperta» al Vittorio Emanuele di Catania. Ora la giovane curata con un trattamento sperimentale: «Sto bene - dice - e se non fosse per le pillole dimenticherei di essere malata»

XXV° ANNIVERSARIO DELLA FONCANESA, FONDAZIONE PER LO STUDIO E LA CURA DELLE NEOPLASIE DEL SANGUE

Da 25 anni a sostegno della ricerca dei pazienti e delle loro famiglie

Venticinque anni spesi bene! Sono quelli della Foncanesa, la Fondazione catanese per le malattie neoplastiche del sangue, che il 20 maggio u.s. nell'aula magna del Palazzo centrale dell'Università ha celebrato il suo quarto di secolo con quattro ematologi ricercatori (Rosario Giustolisi, Patrizia Guglielmo, Francesco Di Raimondo e Giuseppe Milone), che pur nella diversità generazionale e di ruoli hanno voluto dar conto al pubblico che ha riempito la sala di ciò che è stato realizzato con il supporto della Fondazione creata da una mamma, Rosalba Massimino all'indomani della morte per leucemia della figlia Santella poco più che ventenne. Dagli studi sul cromosoma Philadelphia della leucemia mieloide cronica al registro informatizzato del trapianto di midollo

osseo. Nelle sintesi degli studiosi tutto l'impegno che la Foncanesa ha messo in questo lungo arco di tempo per supportare i loro studi svolti anche all'estero e negli Stati Uniti in particolare. Ma il percorso della Fondazione è stato condiviso anche dalle istituzioni, sanitarie e non. Hanno così preso la parola il sindaco Raffaele Stancanelli, il Prefetto Vincenzo Santoro, l'Assessore alle politiche sociali della Provincia regionale, Giuseppe Pagano, i direttori delle aziende sanitarie ed ospedaliere etnee Francesco Poli, Giuseppe Calaciura, Angelo Pellicano e Armando Giacalone, il prorettore Maria Luisa Carnazza, il presidente dell'Ordine dei medici, Ercole Cirino, nella sua ultima uscita istituzionale dopo le dimissioni rassegnate giovedì scorso, ed il presidente del corso di laurea in medicina e chi-

rurgia, Gaetano Catania. Per tutti è stata la caparbià e la forza di volontà della Signora Massimino il vero motore trainante della Foncanesa che oggi gestisce due case di accoglienza con venti posti letto proprio dinanzi l'ospedale Ferrarotto ("ma stiamo pensando a realizzarne una vicino al Policlinico") e raccoglie incessantemente fondi con lotterie e manifestazioni benefiche per continuare a supportare adeguatamente la ricerca oncematologica, compreso un premio di laurea che dal 1998 premia ogni anno la migliore tesi sperimentale sul cancro. Rosalba Massimino ha infine presentato un volume realizzato per il venticinquennale della Foncanesa che raccoglie con ricco materiale iconografico le esperienze di medici, rappresentanti delle istituzioni e volontari.



CELEBRAZIONE DEL 25° ANNIVERSARIO. DA SIN.: CATANIA, PAGANO, MASSIMINO, GARNAZZA, CIRINO, GIACALONE, POLI, PELLICANO.

FON.CA.NE.SA. ONLUS
(Ente morale riconosciuto dal D.P.R. del 7 agosto 1998)

FON.CA.NE.SA. Onlus Sede Legale: 95129 Catania - Viale Africa, 14/16 Presidente 348 0339446 Segreteria 347 3333262 - Tel/Fax 095 418779 www.foncanesa.it presidentefoncanesa@virgilio.it Case d'accoglienza "Casa Santella" Via S.Citelli, 21 Catania - Referente: 349 0535358

Anche quest'anno hai una possibilità unica per aiutare la Nostra Fondazione, destinando il 5xmille dell'IRPEF a Fon.Ca.Ne.Sa. onlus P.IVA/C.F. 02299950879

UniCredit IBAN: IT 87 Z 02008 16930 000300607207

Credito Siciliano IBAN: IT 18 V 03019 16910 000000000917

Banca Popolare di Lodi IBAN: IT 71 I 05164 16908 000000008700

c/c Postale 14197958

Microfon - 848-800 244

Chiamata GRATUITA

PRENDERSI CURA DELL'UDITO

ECCO COME MIGLIORARLO

informazione pubblicitaria

Microfon - 848-800 244

Chiamata GRATUITA

Novità dalla Danimarca

Sordità: arriva la cura chiamata "Banda larga"

Un nuovo sistema fa lavorare "insieme" i due apparecchi acustici



Il merito è di una ditta danese che con il suo chip ha saputo creare un "campo" di connettività simile a quello di Bluetooth.

Sotto, il particolare di un orecchio e (a fianco) persone che, senza fili, hanno trovato una nuova vita.

Fino ad oggi, per un portatore di apparecchio acustico, il semplice squillo del telefono cellulare poteva essere fonte di disagio. Significava infatti togliersi l'apparecchio, inserire negli orecchi gli auricolari del cellulare e sperare che le distorsioni dei suoni, accettabili per un udito normale, permettessero una sufficiente comprensione della conversazione.

Inoltre, fino ad oggi, ogni apparecchio lavorava separatamente, senza poter simulare il funzionamento "in équipe" di un vero paio d'orecchi, con la conseguenza di creare all'utente difficoltà nell'identificazione e collocazione delle fonti sonore non visibili in modo diretto. Ciò che mancava agli apparecchi acustici, per poter funzionare come sistema

integrato, era un'adeguata connessione e sincronizzazione.

Per percepire le distanze e collocare al posto giusto i vari oggetti che ci circondano, occorre infatti che entrambi gli orecchi siano ben funzionanti ed interagiscano

fra loro a velocità elevatissima. I due organi sono nati per lavorare insieme ed insieme affrontare e gestire il mondo dei suoni che ci circonda. Essi riescono a fare tutto ciò perché connessi attraverso le strutture del sistema nervoso centrale, che

garantisce la necessaria velocità di comunicazione fra i due organi.

Da oggi, questo evento naturale, viene riprodotto, in proiezione tecnologica, con RISE, che rende finalmente possibile un ambiente di connessione via etere che consenta a due apparecchi acustici di ultima generazione di comunicare tra loro ad altissima velocità. Si tratta di un'architettura mista, composta di elementi software e hardware. Il chip dei nuovi apparecchi acustici è chiamato RISE, frutto della ricerca, capace di creare intorno al corpo dell'utente un "campo" di connettività a banda larga e senza fili, simile alla tecnologia "Bluetooth". RISE rappresenta la base tecnologica dei nuovi apparecchi acustici, concepiti proprio per lavorare in questo ambiente.

Attraverso il campo di connettività a banda larga, che creano intorno al corpo dell'utente, i due apparecchi acustici RISE si scambiano pacchetti con un numero elevatissimo d'informazioni, ad altissima velocità. Così riescono a simulare una coppia di veri e propri orecchi naturali. Ma questo campo, che letteralmente avviluppa l'utente, non si limita a consentire al due orecchi di la-



vorare insieme. Esso permette anche la connessione con le moderne tecnologie della comunicazione, dalle quali, fino ad ora, era praticamente escluso: tv, cellulari, i-pod, personal computers e tutti gli apparecchi che possono connettersi via etere, attraverso un sistema a banda larga. Per tutte queste funzioni, gli apparecchi acustici RISE vengono affiancati da un accessorio che fa da tramite con la tecnologia multimediale. Si chiama Streamer ed ha l'aspetto e le dimensioni dell'i-pod. Funziona senza fili e porta il suono degli apparecchi esterni direttamente dentro quelli acustici. Quando ad esempio arriva una chiamata al cellulare, l'utente schiaccia direttamente il tasto dello Streamer e collega la linea con gli

auricolari degli apparecchi collocati nei condotti uditivi. Anche il dialogo di un televisore, la musica di un i-pod o i suoni di un personal computer vengono convogliati dallo Streamer direttamente all'interno dell'orecchio, garantendo una qualità di ascolto perfetta, senza distorsioni, di molto superiore alle modalità possibili con gli apparecchi acustici privi di ambiente RISE.

Si apre insomma, anche per chi non sente bene, l'era della connettività senza fili a "banda larga", che permette a due apparecchi acustici di simulare per intero il comportamento di due orecchi naturali. Diventa inoltre possibile far entrare l'utente nel mondo, fin'ora poco accessibile, delle nuove tecnologie della comunicazione.



Il mio
udito
è tornato
naturale...
...sono
di nuovo io



Udito Naturale Microfon

A Maggio e Giugno scegliere l'udito naturale Microfon conviene. Non perda questa occasione dedicata a lei e si informi presso i nostri Centri sui benefici dell'iniziativa.

Invisibile, facile da usare, innovativo

- ◆ Praticamente invisibile, nessuno si accorgerà che lo sta indossando
- ◆ Programmato con il computer su misura in base alle sue abitudini
- ◆ Restituisce un suono naturale senza fischi, fruscio e rimbombi
- ◆ Non necessita di alcuna regolazione manuale
- ◆ Voci più chiare in ogni situazione
- ◆ Collegamento senza fili a TV e cellulare

Il nuovo apparecchio acustico RISE è leggerissimo, invisibile quando indossato e dotato della più sofisticata tecnologia. La voce è più chiara, il rumore non dà fastidio e si può parlare al cellulare comodamente senza distorsioni ed ascoltare la TV senza fili.

Soluzione RISE indossata (foto reale)



Solo da Microfon prova gratuita
dell'ultima tecnologia per l'udito (senza impegno di acquisto)

CATANIA 1 - Viale Africa, 132/134 - Tel.095 538199
CATANIA 2 - Via V.Emanuele, 259/261 - Tel.095 7159945
CATANIA 3 - Viale XX settembre, 11/A - Tel.095 500641
ACIREALE - C.so Savoia, 108 - Tel.095 891622
GIARRE - Viale Don Minzoni, 12 - Tel.095 500641 (Ortopedia)

AVOLA - Viale Mazzini, 95/97 - Tel.0931 832890
LENTINI - Piazza dei Sofisti, 1 - Tel.095 7838570
AUGUSTA - Via Lavaggi, 57 - Tel.0931 513905
SIRACUSA - Corso Gelone, 116/A - Tel.0931 463536
RAGUSA - C.so Italia, 100 - Tel.0932.623259
MODICA - Via R. Partigiana, 29 - Tel.0932 764089 (Ortopedia)

Inoltre le riserviamo uno
Sconto del 15%

La aspettiamo fino al 30 giugno

Chiami subito e fissi
il suo appuntamento

Chiamata gratuita

848-800 244