

MONDO medico

DOMENICA 21 GIUGNO 2015

IL PUNTO

SOLE, AMICO O NEMICO?

ANGELO TORRISI

Capita anche al più accorto e esperimento dei bagnanti di ritrovarsi, dopo il primo o il secondo giorno di esposizione al sole, con la pelle arrossata o addirittura ustionata al punto tale da sfociare in vere e proprie vescicole pruriginose. E tale evento appare a ogni inizio dell'estate come una costante che puntualmente si presenta nonostante i moniti della vigilia.

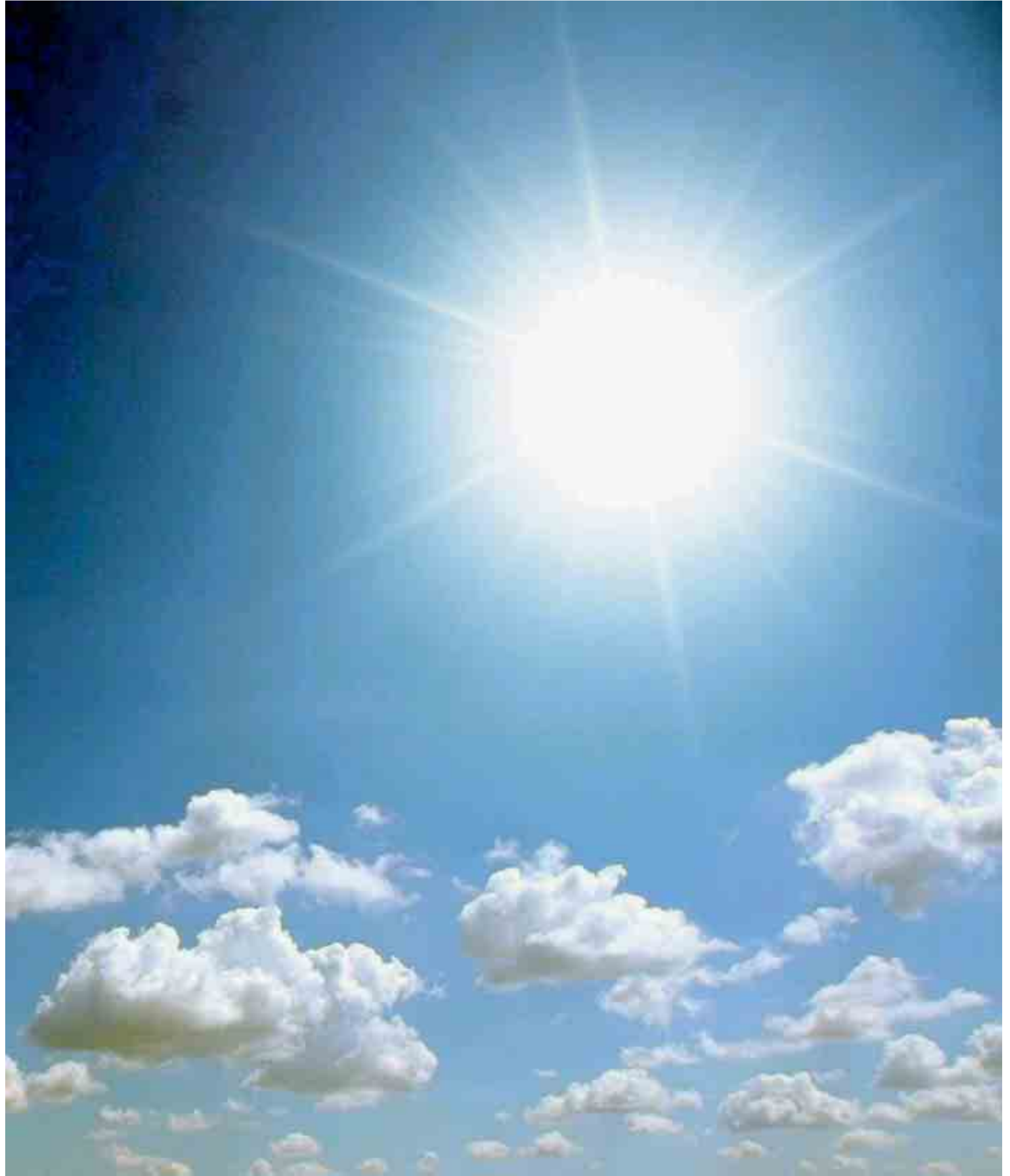
I raggi ultravioletti non scherzano, infatti. E tanto meno adesso che - com'è noto - le fasce di ozono allo stato gassoso che si trovano negli strati più alti dell'atmosfera non solo hanno il loro grande "buco" che neutralizza l'azione di assorbimento cui le fasce sono demandate ma si trovano in posizione obliqua rispetto al punto di proiezione dei raggi solari per cui riescono a fare da schermo soltanto quando il sole non è in posizione perpendicolare alle nostre teste.

Da ciò deriva la opportunità di non esporsi al sole senza la dovuta protezione soprattutto nell'arco della giornata tra le 10 e le 14 quando cioè a dire il sole è proprio su di noi. Al di là comunque di tale premessa che ha un fondamento scientifico ben preciso, la precauzione va estesa a tutti e ancor di più a coloro che sono di pelle chiara, ossia povera di quella melanina che non solo rappresenta una ulteriore barriera protettiva ma è un elemento determinante ai fini dell'abbronzatura.

Le regole principali da rispettare si basano pertanto su queste realtà:

- 1) anche in presenza di foschia i raggi ultravioletti corti raggiungono comunque la pelle e la penetrano;
- 2) i raggi penetrano anche l'acqua marina fino almeno a una profondità di alcuni metri;
- 3) la sabbia chiara (come quella della Plaia di Catania, ad esempio) e la schiuma del mare potenziano l'effetto dei raggi per via dei riflessi;
- 4) a intensificare l'azione dei raggi è anche l'assenza di alberi o di verde in generale;
- 5) è opportuno cambiare di frequente la posizione in riva al mare: tale accorgimento contribuirà - nella misura di almeno il 30% - a evitare le ustioni;
- 6) utile spalmare le creme protettive rigorosamente prima di esporsi al sole e ciò al fine di dare loro il tempo di essere assorbite;
- 7) tenere in debito conto il fatto che l'abbronzatura dura in media quindici giorni: bisogna evitare a ogni costo di spellarsi per mantenerla più a lungo tenendo conto che la pelle degli uomini è sensibile come quella delle donne;
- 8) chi ha nei sospetti deve evitare di esporli al sole giacché pare assodato che la degenerazione verso il melanoma venga influenzata notevolmente dall'esposizione prolungata.

Ricordarsi infine che una esagerata esposizione ai raggi ultravioletti invecchia la pelle. Ci si ricordi infine che in estate la pelle trae beneficio dal consumo regolare e abbondante di frutta e verdura di stagione, ricche di vitamine e sali minerali.



Mercoledì 1 Luglio

MARIA PAOLA COSTANTINI
MARINA MENGARELLI
presentano il loro saggio

KEEP CALM AND PRESERVE EGGS AND SPERM PARTY

START H 21:00
CORSO ITALIA, 23
CATANIA

ore 18:00 la Feltrinelli
Libri e Musica via Etna 283/285, Catania

U.M.R. HERA

IL CENTRO DI MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE E L'INTEGRAZIONE NEL SISTEMA SANITARIO TERRITORIALE

il percorso metodologico per la coppia sterile, che tutela la salute riproduttiva e migliora i risultati.

CATANIA
21 LUGLIO 2015 - ore 9:00/14:00
Ministero dei Benedettini
Pia Complesso-Centro di notte

CATANIA
2 - 3 - 4 LUGLIO 2015
Ministero dei Benedettini
Lido di Addolorato - G. De Carlo

www.umrcatania.it - www.paroleimmagini.it - www.cityncongress.it

U.M.R. Istituto di Medicina e Biologia della Riproduzione e dello Sviluppo Umano
HERA Associazione O.N.L.U.S. per la Ricerca, la Prevenzione e la Cura dell'Infertilità
FONDAZIONE HERA

Presidenti
A. Guglielmino, A. Cianci, A. Calogero

Comitato Scientifico
A. Guglielmino, S. Chamayou, S. La Vignera, M. Fichera

Ufficio stampa
Caterina Andò - Cell. 360 212922 - caterina.ando@gmail.com

Per informazioni: Tel. 095 4190063 - Cell. 349 3156018



[ESTATE]

A piedi nudi nell'acqua contro gambe pesanti emicrania e nervi tesi

Ottimo rimedio anche per patologie angiologiche

ANGELO TORRISI

Gambe pesanti? Caviglie gonfie? Piedi arrossati e doloranti? Mal di testa e nervi a fior di pelle? Il rimedio c'è ed è molto antico ma non sempre viene tenuto nella debita considerazione dagli interessati. Ed è perciò che esso viene evidenziato e raccomandato dall'Isplad (International Italian Society of Plastic Aesthetic and Oncology Dermatology). «L'effetto fisico della passeggiata in acqua, spiega il presidente Isplad, Di Pietro, oltre che defaticante e tonico (anche psicologicamente), si ripercuote positivamente anche su chi soffre di patologie angiologiche (a esempio venose) e laddove il ritorno linfatico è lento se non bloccato».

Un percorso di percezioni è un percorso benefico. L'accostamento delle nostre estremità con l'acqua è di immediato conforto. Non fosse altro che per avere liberato dalle costrizioni le nostre gambe e i nostri piedi. Un po' di ginnastica per sgranchire le dita, quasi come usano fare inconsciamente i neonati, e qualche leggero massaggio manuale alla pianta e al dorso - ma anche alle dita - abitua i nostri arti inferiori alla gioia del sollievo.

Questa è la prima percezione positiva: la liberazione. Le gambe giocano con l'acqua e la circolazione sanguigna ne trae grande conforto. E' ora di passeggiare nell'elemento curativo più antico del mondo, di sentire la pianta dei nostri piedi prendere possesso della superficie che sta sotto, qualunque essa sia.

Sostiene ancora Di Pietro: «L'acqua rende più leggeri e gli eventuali dolori articolari o vascolari tendono a diventare un lontano ricordo. La passeggiata muove l'acqua che, a sua volta, imprime sulle parti colpite un massaggio dolce e ritmato. Una pressione naturale che risale, impercettibilmente, verso il cuore e poi verso la testa fino a regalare un totale relax».

L'esercizio passeggiata in acqua ha indubbi vantaggi nelle arteriopatie periferiche ma anche dove lo stile di vita non è certo da manuale: sedentarietà o al contrario, lunghi tempi passati in stazione eretta, sovrappeso (non importa se fisiologico o legato ad una cattiva alimentazione), cambiamenti fisiologici ormonali. In tutti questi casi i nostri arti inferiori diventano pesanti e compaiono antiestetici capillari (teleangectasie) con conseguenze assai antipatiche. Tra queste la cellulite, un processo che interessa la cute e il grasso sottostante. Una patologia vera e propria, che deriva da una sofferenza microcircolatoria del tessuto adiposo e da un edema cronico che poco alla volta porta ad una sclerosi delle fibre reticolari.

«Se camminare - conclude Di Pietro - è la forma migliore di attivazione della pompa venosa, camminare in acqua vuol dire effettuare una compressione esterna assai salutare. Il massaggio costante e dolce, abbinato ad un lento ma maggior lavoro muscolare, in aggiunta ad un minor peso del corpo sulle articolazioni, è il modo ottimale per prendersi cura delle proprie gambe».

Da una recente ricerca Isplad, che ha coinvolto 623 pazienti, risulta che le donne più preoccupate dalla cellulite sono quelle tra i 25 e i 34 anni: circa il 40% della popolazione femminile che si è sottoposta a verifiche e controlli appartiene a questa fascia d'età, seguita dalle donne tra i 35 e i 44 anni (oltre il 25%). Queste donne, almeno nel 40% dei casi, non praticano attività fisica. Chi lo fa, purtroppo, lo fa in modo saltuario.

Sempre dalla ricerca è emerso che oltre il 50% delle donne si dichiara insoddisfatta del proprio peso; oltre il 56% ritiene proprio di essere in sovrappeso. Da qui i continui tentativi, spesso maledetti, di dimagrimento. Oltre il 57% delle donne denuncia variazioni di peso, tra i 5 e i 10 kg a volta, sia in eccesso che in difetto. Il tono della pelle ne risente, cellulite e smagliature trionfano.



LA STAGIONE IDEALE PER ASPIRANTI PAPA'

Se si cerca una gravidanza il periodo giusto per lui è l'estate. In primavera infatti si risvegliano gli ormoni, ma è in particolare nei mesi di luglio e agosto che è il maschio è più fertile: il doppio rispetto al "freddo" gennaio. Lo ha stabilito uno studio, durato 11 anni che ha analizzato i dati di 5 mila uomini (5.188) trattati per problemi di fertilità. I ricercatori hanno indagato per capire se nella produzione degli spermatozoi esiste una stagionalità; ebbene è emerso che il picco di fertilità si concentra durante l'estate ed è più basso in inverno. I risultati hanno mostrato che in estate il 65,3% dei soggetti esaminati aveva una motilità spermatica superiore al 40%, ma in inverno la percentuale scende. «Abbiamo dimostrato l'esistenza di una variazione stagionale in alcuni aspetti funzionali dello sperma umano - ha confermato Alfredo De Giorgi, l'autore dello studio, al "The Independent" - I responsabili sono i cambiamenti stagionali nei livelli di alcuni ormoni, tra cui il testosterone». L'alternanza dei diversi climi durante l'anno ha delle conseguenze già note sul sistema endocrino: sul ciclo del sonno, sui livelli del cortisolo (l'ormone dello stress) sulla vitamina D e sul colesterolo. Alla fine tutto incide sulla motilità degli spermatozoi. E l'estate è la stagione ideale per gli aspiranti papà.

GLI 8 CONSIGLI DEGLI ESPERTI

In difesa della vista come prevenire i danni dei raggi solari

Sesso, fascia d'età, carnagione, colore dei capelli e degli occhi, eventuali difetti visivi, stile di vita, occasione d'utilizzo. Tutte informazioni chiave per scegliere l'occhiale da sole su misura, di qualità e in grado di proteggere la vista in città o in vacanza, alla guida o durante lo sport preferito.

Grazie a un'app, scaricabile gratis online, tutti i consigli degli esperti della Commissione difesa vista (CdV) sono a portata di clic. E con l'arrivo dell'estate gli specialisti rilanciano 8 consigli per prevenire i danni dei raggi. Eccoli:

1) Acquistare gli occhiali in centri ottici che potranno suggerire la scelta corretta anche in base alle esigenze personali, consigliando le lenti più adeguate. Non affidarsi ad ambulanti o negozi non specializzati che vendono occhiali da sole con presunte protezioni ai raggi Uv, totalmente o parzialmente inadeguate;

**Sesso
carnagione
età ed
eventuali
difetti visivi
informazioni
chiave per
scegliere gli
occhiali giusti**

2) Scegliere l'occhiale da sole in base all'utilizzo che se ne deve fare, ai luoghi dove ci si reca in vacanza o per un viaggio, all'attività sportiva che si pratica;

3) Ridurre al minimo l'esposizione al sole dalle 10 alle 16 e avere sempre un occhio di riguardo per bambini e terza età;

4) Chi ha difetti visivi dovrebbe ricordare che per i miopi è preferibile il colore marrone delle lenti da sole, mentre per gli ipermetropi è meglio il grigio-verde, e che le lenti possono essere sia graduate sia progressive;

5) La montatura deve essere ben aderente alla radice del naso. Meglio preferire occhiali ampi (sopra il sopracciglio, un pò arcuati) e utilizzarli assieme a un cappello con visiera, per un migliore effetto protettivo;

6) Ricordarsi di indossare gli occhiali anche all'ombra perché i raggi solari, in particolari condizioni di incidenza su alcune superfici, come la sabbia o altre riflettenti, risultano dannosi anche se filtrati;

7) Anche con il cielo nuvoloso vanno portati gli occhiali da sole: filtra comunque il 70% dell'Uv e in questo caso, rispetto al sole diretto, l'irraggiamento è più disomogeneo e quindi più fastidioso;

8) Per sapere se un modello di occhiale scuro è conforme, bisogna sempre verificare: la presenza della marcatura CE sulla montatura; che ci siano la nota tecnica informativa (e il riferimento della norma europea UNI EN 1836 (o solo EN 1836); l'identificazione del fabbricante o del fornitore; il numero della categoria del filtro solare della lente (da 0 a 4); il tipo di filtro.

IL CODICE DELLA STRADA OGGI STABILISCE UNA GENERALE REGOLA DI BUON SENSO. MA IN CASO DI INCIDENTE...



CON LE INFRADITO ALLA GUIDA

Sole, caldo, voglia di mare, voglia di spiaggia ma se a fare il bagno si va in auto, attenzione alle calzature che si indossano. Dal 1993, è vero, non esistono più prescrizioni specifiche relativamente al tipo di scarpa da utilizzare mentre ci si trova alla guida, in teoria quindi si potrebbero azionare i pedali addirittura a piedi nudi. Tuttavia, relativamente all'abbigliamento da indossare, il Codice della Strada stabilisce oggi una generale regola di buon senso che, in caso di incidente, rischia di trasformare per esempio le infradito in un elemento di colpa, con possibili conseguenze economiche per quel che riguarda il risarcimento dei danni.

Si vada con ordine. Guidare con le infradito quindi si può? Meglio sarebbe dire non è vietato.

La risposta corretta la fornisce la Polizia di Stato sul suo sito internet:

Sole, caldo e calzature in auto "infradito" possibili al volante?

«Non esiste più alcun divieto dal 1993 circa l'uso di calzature di tipo aperto (ciabatte, zoccoli, infradito) durante la guida di un veicolo né è vietato guidare a piedi nudi. Il conducente deve autodisciplinarsi nella scelta dell'abbigliamento e degli accessori al fine di garantire un'efficace azione di guida con i piedi (accelerazione, frenata, uso della frizione)». L'ultima parte della frase, però, rende di dubbia interpretazione una risposta apparentemente chiara e certa, soprattutto se combinata con quanto prescritto agli articoli 140 e 141 del Codice della Strada. Il primo

prescrive che «gli utenti della strada devono comportarsi in modo da non costituire pericolo o intralcio per la circolazione e che in ogni caso sia salvaguardata la sicurezza stradale». Il secondo, al comma 2, recita: «Il conducente deve sempre conservare il controllo del proprio veicolo ed essere in grado di compiere tutte le manovre necessarie in condizione di sicurezza, specialmente l'arresto tempestivo del veicolo entro i limiti del suo campo di visibilità e dinanzi a qualsiasi ostacolo prevedibile». Le infradito, ma anche le ciabatte o le scarpe tacco 10 permettono di man-

tenere sempre il controllo dell'auto? La verità è che talvolta possono creare ostacoli nell'utilizzo dei pedali. La sanzione da «infradito», allora, è applicabile? In teoria no, e se fosse contestata la violazione degli articoli 140 e 141 del Codice della Strada, si potrebbe ricorrere al giudice di pace con ottime chances di vedersi accettare il ricorso. Se, però, il verbale fosse redatto a seguito di un incidente stradale, allora si potrebbero passare dei guai economici, anche seri. Senza la stipula nel contratto Rc Auto della clausola di rinuncia alla rivalsa, infatti, l'assicurazione po-

trebbe prendere spunto proprio dall'annotazione della Polizia sull'inadeguatezza delle calzature utilizzate per rivalersi per il pagamento di parte del risarcimento nei confronti dell'automobilista.

Per evitare il rischio di noie finanziarie e, soprattutto, per guidare in sicurezza il consiglio è, quindi, sedersi al volante con indosso un paio di scarpe comode, chiuse e senza tacco. Scalzi, infatti, il piede sudato per il caldo potrebbe scivolare pericolosamente dal pedale del freno. Un pericolo reale di impedimento nell'utilizzo del freno si riscontra anche se si calzano ciabatte, infradito o scarpe con tacco 10, che potrebbe incastrarsi sotto il pedale. E questo evento è stato in passato censurato dalla Cassazione con la sentenza n. 6401 del 24/5/78: «lo slittamento del piede dal pedale del freno non costituisce caso fortuito, ma imperizia del conducente e quindi trattasi di condotta sicuramente colposa».

I RISCHI DELL'ESPOSIZIONE SENZA SCUDI

Tintarella sì, ma con protezione

Nessuno deve rinunciare alla tintarella «perché fa bene da tanti punti di vista, aiuta la sintesi della vitamina D e ha un risvolto psicologico non da poco: ci fa stare bene con noi stessi», ma quando si va al mare «è necessario proteggersi dai rischi dei raggi del sole, e soprattutto iniziare con la prevenzione fin dai primi anni di vita». Lo afferma Sergio Chimenti, direttore della Clinica Dermatologica dell'Università Tor Vergata di Roma.

«I maggiori rischi dell'esposizione senza scudi al sole sono due - continua Chimenti - le cheratosi attiniche, il tumore più frequente a livello del volto e cuoio capelluto, dovuto ad un accumulo di raggi ultravioletti. E il melanoma, cancro della pelle molto più pericoloso, che è ormai noto essere causato anche dai gravi eritemi in età giovanile».

Secondo l'esperto «la fotoprotezione preventiva deve partire sin dai primi anni di vita e deve anche passare attraverso ciò che mangiamo. Inoltre

per gli adulti può essere di notevole aiuto integrare la dieta un mese prima di iniziare a prendere il sole con complessi vitaminici 'ad hoc' (come il selenio, il betacarotene e le vitamine A e E)».

«L'utilizzo di creme contenenti filtri solari è fortemente raccomandato per ridurre gli effetti dell'invecchiamento della pelle e le patologie dovute alle scottature ripetute - conclude Chimenti - Oggi è nettamente migliorata l'informazione e la conoscenza degli italiani rispetto a questi prodotti: sanno leggere le etichette, riescono ad associare lo scudo protettivo al fototipo e a capire che se sono già aperte le creme antisolare non devono essere riutilizzate a distanza di mesi o peggio da un anno all'altro».

Quello che ancora manca - suggerisce l'esperto - è la visita annuale dallo specialista, per sapere come sta la nostra pelle ovvero per fare una mappa dei nei. Ecco, su questo aspetto della prevenzione purtroppo c'è ancora tanto da lavorare».

J. N.

TOSSE E LARINGITE A CAUSA DEI CONTINUI SBALZI DI TEMPERATURA

Malati per abuso di aria condizionata

Febbre, mal di gola, tosse e laringite: i malanni tipici dell'inverno rischiano di rovinare il Ferragosto a causa di una nuova categoria di malattie che sta emergendo proprio in questi anni, quella da abuso di aria condizionata. La colpa, dicono i medici, è dei continui sbalzi di temperatura. L'improvviso impatto con un'aria più fredda, come accade ad esempio quando si entra in un ufficio con l'aria condizionata, blocca le nostre difese ed espone il sistema respiratorio ai germi. Il risultato è che sono sempre più numerosi i vacanzieri con tosse e tracheiti, che nei casi più gravi possono anche trasformarsi in polmoniti. Cosa fare allora, per evitare i malanni da aria condizionata? Gli esperti, virologici e specialisti in medicina preventiva, sono concordi nell'affermare che basta qualche accortezza e un po' di buon senso per non farsi rovinare la vacanza tanto attesa per un anno intero. «Bisogna - spiega Fabrizio Pregliasco dell'Università degli Studi di Milano - prima di tutto evitare i passaggi caldo-freddo come ad esempio quando usciamo dalla macchina o entriamo in un ufficio con l'aria condizionata. Il consiglio

è di compensare nel passaggio da un ambiente all'altro, abituandosi gradualmente alla temperatura più fredda o in un luogo intermedio, ad esempio l'atrio dell'ufficio. Rimane comunque valido il buon senso, come l'uso di sciarpette, o più in generale il restare ben coperti dove c'è l'aria condizionata. Uno sbalzo sotto i 4-5 gradi va bene, anche se ultimamente ci sono state modificazioni del clima anche intense, e non ci si può fare molto».

I luoghi più pericolosi? Il supermercato, specialmente nella zona vicino ai banchi frigo, il ristorante specialmente dopo una lunga passeggiata in un centro storico sotto il sole e naturalmente gli uffici.

Ma un altro nemico inaspettato è il viaggio last minute: nel giro di pochi giorni i turisti vengono catapultati in luoghi esotici, dove si possono contrarre malattie che non siamo abituati a contrastare, e contro cui non abbiamo il tempo di seguire l'intera profilassi perché la partenza è immediata. Occhio quindi alle mete. Passare dalla calda estate sicula al fresco agosto scandinavo o norvegese, potrebbe trasformarsi in un viaggio insidioso.

FRANCESCO MIDOLO

[ESTATE]

MONDO
medico

Mare, monti o collina se l'organismo è sano una scelta vale l'altra

Decisione oculata in caso di patologie e per gli anziani

ANGELO TORRISI

L'estate: a chi fa bene e a chi, di contro, risulta controproducente. Bisogna dunque fare un distinguo. Occorre, cioè, permettere che un organismo sano e giovane può tranquillamente affrontare la bella stagione con assoluta serenità. In tal caso valgono soltanto le raccomandazioni che sono volte a evitare le insidie comuni rappresentate dalla esposizione troppo prolungata ai raggi solari (occhio in particolare ai bambini) dalla frequente ingestione di bibite eccessivamente 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, 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. Il discorso, invece, si fa diverso per coloro che soffrono di patologie o che sono in età avanzata. In tal caso il primo comandamento è rappresentato dalla ragionevole scel-

ta 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 a volte gravi di una scelta sbagliata, e di trarre, di contro, il massimo beneficio dalla vacanza. Ed è qui che s'innescia, in pratica, il capitolo della "climatoterapia", ovvero della influenza terapeutica esercitata sull'organismo umano dai vari tipi di clima.

E cominciamo dal mare che rappre-

Sole con moderazione no a bibite ghiacciate occhio alle tossicosi

senta 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 in quelli affetti dalla cosiddetta "diatesi linfatica pastosa". Sono soggetti piuttosto grassi, pigri, svogliati, con scarso appetito, che sono 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, oticaria, pruriti vari. Utilità anche per i soggetti della prima infanzia reduci da patologie dell'apparato respiratorio quali bronchiti, bronchioliti e polmoniti. Però niente stress né eccessi di caldo né di umidità. 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 del clima medesimo 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 osteoporosi, i soggetti con affezioni reumatiche quali l'artrosi o con esiti di fratture che stentano a consolidarsi.

Giovanotto, infine, hanno coloro che sono affetti da forme tubercolari extra polmonari, a carico, cioè, delle linfogliandole, 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 incontro 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, da nevrosi in climaterio, da tbc in fase acuta, da 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 non ne ha proprio. Esso rappresenta l'ideale per i cardiopatici, per i bronchitici cronici, per chi soffre di malattie dell'apparato digerente, per i neurodistonici, per chi presenta grave deperimento organico, per i bambini linfatici e disappetenti, e anche per chi è affetto da forme tubercolari in fase evolutiva.

MONTAGNA. Il clima montano, invece, presenta indicazioni e limiti. Bisogna innanzitutto fare una distinzione tra media montagna (quella cioè intorno ai 1000 e 1500 metri) e alta montagna, a quote più alte cioè. Ebbene, a godere dei benefici della media altitudine sono 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 gastroenterite piuttosto 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 iper-

tiroidei, per coloro che sono reduci 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.

I CONSIGLI SU COME SCEGLIERE AL MEGLIO LA META, IL MEZZO DI TRASPORTO E LE CURE APPROPRIATE DA DARE AL PICCOLO ANCHE IN VACANZA

I neonati, contrariamente a ciò che si pensa, possono affrontare ogni tipo di viaggio, purché si presentino le condizioni necessarie al loro comfort. È comunque preferibile aspettare, se possibile, dopo la prima decina di giorni di vita, periodo nel quale alcune condizioni potrebbero essere talvolta da monitorare, col supporto del pediatra scelto. In prossimità delle vacanze estive la Sin, la Società Italiana di Neonatologia ha redatto un vademecum per scegliere al meglio la meta, il mezzo di trasporto e le cure migliori da dare al piccolo, anche in vacanza. «Non c'è differenza sulla tipologia del luogo da scegliere, va bene sia il mare sia la montagna o la campagna, ideale, per trascorrere le vacanze con un neonato di poche settimane», sottolinea la Sin.

I bebè possono viaggiare in auto se

Viaggiare sicuri con i bebè a bordo vademecum stilato dai neonatologi

condizioni climatiche favorevoli sono garantite all'interno dell'abitacolo. È meglio - osservano i neonatologi - viaggiare nelle ore più temperate della giornata e posizionare l'auto all'ombra. Il neonato deve essere alloggiato nel suo "ovetto", conforme alla normativa europea e opportunamente fissato al sedile. È vietato posizionarlo sul sedile anteriore per gli effetti potenzialmente lesivi dell'airbag; In auto non abusare con l'aria condizionata, ma posizionarla a temperature non molto

inferiori a quelle esterne e comunque non inferiori a 22-23 gradi. Occorre inoltre prevedere una sosta ogni due ore circa e ogni volta che il piccolo deve essere alimentato; non lasciarlo mai solo, poiché, ad esempio, la temperatura interna dell'auto potrebbe raggiungere livelli elevati e il piccolo potrebbe disidratarsi con facilità.

Una soluzione comoda è sicuramente il treno - spiega il vademecum della Sin - poiché, anche se il neonato non occupa un posto a sedere e quindi po-

trà viaggiare in braccio alla mamma. Se strettamente necessario il neonato può anche prendere l'aereo, ma sarà sottoposto ad uno stress dovuto ad eventuali sbalzi di temperatura, di pressione, a luce e rumori che possono disturbarlo. Nel caso di una località di mare è fondamentale garantire al neonato le condizioni climatiche più adatte che implicano l'uscire nelle ore più fresche, l'essere posto in ambienti temperati e arieggiati, non essere mai esposto direttamente ai raggi solari, soprattutto

nelle ore centrali della giornata. Occorre tenere a mente che il neonato risulta particolarmente vulnerabile in caso di temperature troppo elevate e fortemente a rischio di disidratazione, rilevabile attraverso una scarsa emissione di urine (pannolino spesso asciutto), secchezza delle mucose, avvallamento della fontanella anteriore, irritabilità o sopore, talvolta alterazioni della temperatura corporea.

L'ideale è scegliere spiagge a misura di bambino, stabilimenti ben attrezza-

ti per la tranquillità dei genitori e la salvaguardia dei piccoli. È possibile anche la scelta di una località montana, ma sempre con le dovute precauzioni. Le temperature, che in estate sono generalmente più miti che in città, sono assolutamente idonee ad una vacanza con un piccolo di poche settimane. La campagna infine è la destinazione ideale: il bambino, che dorme ancora per la maggior parte del tempo, ha bisogno di un ritmo regolare e la campagna offre un clima temperato e tutta la calma che si possa desiderare, evitando se si può aree in prossimità di stagni e stalle, nelle quali vi sia una concentrazione eccessiva di insetti così detti ematofagi (cioè che si nutrono di sangue) quali zanzare e pappataci, potenziali portatori di malattie anche gravi.

P. C.

VEDERE
OTTICA & CONTATTOLOGIA
CENTRO SPECIALIZZATO PER LENTI PROGRESSIVE
CON GARANZIA DI ADATTAMENTO

In questo centro ottico
RADDOPPI LENTI
LE TUE LENTI

Entra e chiedi
il tuo secondo paio
di lenti specializzate
in promozione!

ACICASTELLO VIA RE MARTINO, 152
ACIREALE VIA VITT. EMANUELE, 135
ACI S. ANTONIO VIA ROMA, 66/C

Villa Sant'Isidoro
residenza per anziani

al servizio dei nostri ospiti

Via Mariannina Coffa, 6 - Giarre (nei pressi del C/C CONFORAMA)
Tel. 095 7794331



[ORTOPEDIA]

Chirurgia spinale, addio a viti e barre?

Nuova tecnica mini invasiva presentata dal prof. Stephen Ritland all'ortopedia dell'ospedale Guzzardi di Vittoria

GIORGIO LIUZZO

Il futuro è già qui. Anzi, è meglio chiamarlo presente. Parola di Tullio Russo, direttore dell'Uo di Ortopedia e traumatologia dell'ospedale Guzzardi di Vittoria che ha presentato a Ragusa le caratteristiche della nuova tecnica di stabilizzazione Midlif rivolta ai chirurghi spinali. Una rivoluzione per le patologie della colonna vertebrale. Fondamentale il supporto tecnico-scientifico arrivato dagli Usa con la presenza di Stephen Ritland, chirurgo vertebrale al Flagstaff Medical center nello stato dell'Arizona. Ritland è considerato un luminare. È stato lui ad avere messo a punto la tecnica, i cui studi preliminari sono stati avviati circa 20 anni fa, e che sta conoscendo un'applicazione sempre maggiore. Per la prima volta in Italia, Ritland sta portando avanti una serie di verifiche sul campo dopo che, come nel caso di Russo, medici provenienti da tutto il mondo hanno appreso a Flagstaff le particolarità dei nuovi protocolli operativi.

Che cosa cambia? "La tematica fondamentale – afferma il prof. Russo – ha a che vedere, intanto, con l'evoluzione della chirurgia vertebrale verso interventi sempre più mini-invasivi. Vale a dire portare a compimento gli stessi interventi che abbiamo sempre fatto con viti e con barre ma cercando, al contempo, di limitare più che si può le lesioni, i danni ai tessuti. Infatti, è indispensabile rapportarsi con questo modus agendi per impiantare i suddetti sistemi. Parliamo, però, nel nostro caso e grazie all'intuizione di Ritland, di chirurgia mini-invasiva". Le problematiche legate alla colonna vertebrale risultano essere sempre più in aumento. Per quale motivo? "È semplice da spiegare – aggiunge Russo – l'incremento è determinato dal fatto che la patologia è correlata all'età. Visto che l'età media della popolazione risulta in crescita, ecco che aumenta anche il numero dei casi. Ma non possiamo fare a meno di considerare che tutto ciò è pure legato all'esigenza di potere contare su una minore invasività per non parlare del fatto che tutto ciò è destinato a consentire recuperi più veloci rispetto a qualche anno fa".

Ma in cosa consiste la novità di Ritland? "In pratica, attraverso studi meticolosi portati avanti sulla colonna vertebrale – aggiunge il direttore di

Ortopedia a Vittoria – è stata messa a punto una tecnica che consente di arrivare sulle vertebre creando una minima apertura dei tessuti e attraverso ciò impiantare i sistemi che servono per la cura della patologia. Tutto ciò che finora si è fatto con delle incisioni, delle aperture abbastanza demolitive, il dott. Ritland è riuscito a fare in modo che si potesse contenere, mettendo a punto tecniche speciali con ottimi risultati anche per quanto riguarda il miglioramento post-operatorio che è velocissimo. Basti pensare che ci sono pazienti che riescono a mettersi in piedi già il giorno dopo e parliamo di interventi molto importanti. Addirittura Ritland li dimette dopo 48 ore dall'intervento".

Tecniche che risultano essere già operative all'ospedale Guzzardi di Vittoria. E che lo stesso luminare americano ha avuto modo di verificare complimentandosi con il prof. Russo per il modo in cui la stessa è gestita. Dice il prof. Ritland: "Ave-

Obiettivo: limitare più che si può le lesioni, i danni ai tessuti e alla muscolatura adiacente alla colonna vertebrale. Il prof. Russo «Come tutti i cambiamenti non è affatto facile. Ci vorrà, riteniamo, del tempo. Noi, però, questa tecnica la stiamo già attuando e tutto ciò che stiamo portando avanti è consono ai protocolli»

vo già pensato a questa tecnica una ventina di anni fa. Ho lavorato in maniera proficua col microscopio per ottenere risposte sulla discotomia lombare. Mi sono posto il problema soprattutto per i pazienti che necessitavano della fusione lombare. Mi sono chiesto, in particolare: è possibile intervenire senza disturbare la muscolatura adiacente? Ecco, mi sono mosso soprattutto in questo ambito. E devo dire che, nel corso degli anni, le risposte ottenute sono state considerevoli".

Quale la novità?

"Per quanto riguarda il nostro operare – aggiunge Ritland – il fatto che le viti applicate sono più corte e quindi consentono un approccio differente e migliore. Tra l'altro, ciò ci consente di lavorare al di sotto delle fasce muscolari, tenendo la stabilizzazione dei nervi della colonna. Cerchiamo di effettuare questo tipo di chirurgia senza disturbare l'anatomia muscolare della colonna. E i risultati finora arrivati sono da ritenersi lusinghieri".

Ritland effettuava le dimostrazioni per gli altri chirurghi spinali direttamente nel Medical center di Flagstaff. Da qualche tempo, però, anche lui ha cominciato a girare per rendersi conto se le istruzioni impartite siano applicate nella maniera corretta nei vari ospedali del mondo. Quindi attività di teaching per Ritland, oltre che in Italia,

in cui, comunque, è arrivato per la prima volta, anche in Giappone, Australia, Corea, Sud Africa. Anche in questo caso, Ritland ha avuto modo di apprezzare l'attenzione con cui i propri protocolli sono stati attuati.

"Si arriva addirittura al punto – aggiunge – in cui si desidera intervenire sulla colonna vertebrale senza toccare un muscolo. Talvolta tutto ciò può risultare insidioso perché occorre comunque considerare che la muscolatura è presente e il modo di agire potrebbe disorientare gli operatori e i pazienti. Ma diciamo che rispetto agli al-

tri approcci, questo mio metodo, negli Usa è quello che, in percentuale, ormai, viene di gran lunga applicato per interventi di questo tipo".

Il prof. Russo spiega di essersi recato, come altri chirurghi spinali, in Arizona proprio con l'intento di apprendere sul posto le tecniche che consentono approcci più moderni alle esigenze del paziente. "Voglio chiarire un concetto – afferma Russo – e cioè che come tutti i cambiamenti non è facile. Ci vorrà, tempo. Noi, però, questa tecnica la stiamo già attuando a Vittoria e la presenza di Ritland dalle nostre parti ci ha consentito di verificare che tutto ciò che stiamo portando avanti in questo ambito è assolutamente consono ai suoi protocolli. Abbiamo operato avendo chiari in mente quali gli obiettivi che ci eravamo prefissati, quali le mete da raggiungere e concretizzare. E possiamo senz'altro affermare di avere avuto dei riscontri notevoli che ci hanno fatto comprendere come la strada giusta sia senz'altro questa. Ecco perché parlo di un futuro che, in realtà, è già presente".

Il prof. Ritland precisa, dunque, che "la tecnica mediale, quella di cui ci stiamo occupando, è un modo migliore per preservare il muscolo rispetto agli approcci tradizionali. Abbiamo già detto – aggiunge – che questa metodologia è di gran lunga la più applicata, nel mio Paese, rispetto ad altri approcci altrettanto buoni ma più esigenti e impegnativi dal punto di vista tecnico e operativo. Abbiamo operato e continuiamo ad operare per fare in modo che tale applicazione possa trovare un riscontro sempre crescente. Finora le risposte avute negli altri Stati in cui tale tecnica è stata esportata si possono considerare positive. Così come, del resto, è accaduto in Italia. Ecco perché mi chiedono di girare il mondo proprio per avere la contezza della piena applicabilità di tutti i protocolli operativi messi a punto a Flagstaff. Voglio ribadire che si tratta di una tecnica molto facile per qualsiasi chirurgo spinale e che la stessa può considerarsi naturalmente anatomica. E' da vent'anni che lavoro per questo. E, finalmente, una serie di obiettivi degni di nota sono stati raggiunti. Andrete avanti a diffondere sempre più questa metodologia operativa. Il fatto di potere contare quasi da subito sul pieno recupero del paziente è un aspetto che non va trascurato".



Tullio Russo, direttore Uo di Ortopedia e traumatologia del Guzzardi di Vittoria e Stephen Ritland, chirurgo vertebrale

UNA TEMPESTIVA RADIOGRAFIA DELLA FRATTURA SERVE A CAPIRE LE SOLUZIONI DA APPLICARE

Come e perché si rompono le ossa diagnosi e trattamento terapeutico

LUCA SIGNORELLI

La frattura è la rottura parziale o completa di un osso. Le ossa, per quanto solide e robuste, possono rompersi in risposta all'applicazione di una forza esterna che superi la loro capacità di resistenza. Una frattura può verificarsi a causa di un trauma diretto o indiretto e altre volte si presenta in seguito a microtraumi ripetuti: è quanto accade ad esempio negli atleti che sottopongono a sollecitazioni ripetute le ossa dei piedi. Altre volte, però, le

fratture compaiono in seguito a un traumatismo minimo, in presenza di una grave forma di osteoporosi che rende l'osso meno resistente e più pronto alle rotture. Le fratture possono anche comparire spontaneamente, come accade nelle ossa interessate da tumori o da metastasi e in questo caso si definiscono "patologiche".

Nel descrivere una frattura, oltre a indicare il nome dell'osso fratturato, si specifica se la frattura è chiusa o esposta, nel secondo caso l'osso fratturato ha attraversato la pelle ed è a

contatto con l'ambiente, in una condizione che favorisce la comparsa di infezioni a carico dell'osso stesso. La frattura si definisce composta se le parti dell'osso interessate dalla frattura rimangono nella loro posizione anatomica originale, scomposta è invece quella caratterizzata dallo spostamento dei monconi ossei rispetto alla sede originale. In base al meccanismo traumatico che provocano, le fratture vengono divise in trasversa, obliqua, spiroide, da compressione, da trazione o da strappo, comminata è la frattura se l'osso è rotto in tante piccole parti e ingranata quando i due frammenti si incastrano l'uno con l'altro. Le complicanze delle fratture si dividono in generali e locali e possono essere immediate, precoci e tardive. Com-

plicanze generali immediate, come lo choc traumatico; precoci come l'embolia adiposa; tardive rappresentate da patologie respiratorie, problemi cardiaci, urinari e piaghe da decubito. Dopo la diagnosi, il trattamento iniziale per la terapia, al momento dei soccorsi, consiste generalmente nell'immobilizzare la parte interessata dalla frattura. Nel caso di fratture alle estremità si provvederà anche ad applicare la borsa del ghiaccio e a tenere alzato l'arto interessato.

Nel caso di fratture della colonna, questa dovrà essere immobilizzata per evitare lesioni a carico del midollo spinale: per le fratture della colonna dorsale o lombare viene utilizzata una speciale barella rigida alla quale il paziente viene assi-



BRACCIO INGESSATO IN SEGUITO A UNA FRATTURA

curato con cinghie. Per fratture della colonna cervicale si utilizza invece uno speciale collare. Dopo aver acquisito la radiografia delle ossa fratturate, l'ortopedico deciderà se è necessario ridurre la frattura in modo progressivo o se può essere semplicemente immobilizzata. Il trattamento delle fratture

composte è in genere il gesso, in quelle scomposte o aperte il trattamento è chirurgico e consiste nella riduzione della frattura e nell'immobilizzazione dei monconi con mezzi di sintesi quali viti, chiodi endomidollari, placche, fissatori esterni o nella sostituzione della parte interessata con una protesi.



BUSTO PER BAMBINI

LE CALZATURE SU MISURA MIGLIORANO MOLTE PATOLOGIE DEL PIEDE

Plantari e rialzi per correggere la postura

Giovani e non solo possono prevenire i problemi ortopedici attraverso strumenti semplici e, talvolta, invisibili. Ma spesso è necessario rivolgersi agli specialisti, perché il modo in cui si distribuisce il peso del corpo sul terreno è molto importante. È fondamentale rilevare se l'appoggio dei piedi è corretto o affetto da patologie temporanee o permanenti che possono influire sull'arto e creare difetti della postura da correggere prima di aggravare i disturbi, potenzialmente cronici. Da qui l'importanza di calzature, plantari e rialzi. Le calzature predisposte per plantare sono scarpe realizzate per estrarre il plantare

già all'interno e inserire quello realizzato su misura per la correzione della patologia del piede e della postura. Le calzature su misura correggono la postura, migliorano molte patologie del piede, attenuano dolori muscolari e articolari e servono durante la riabilitazione motoria. Le calzature sportive predisposte all'accoglimento del plantare su misura sono un aiuto fondamentale per chi pratica sport a qualsiasi livello e ha bisogno di una correzione dell'appoggio del piede. La funzione di plantari e rialzi è di sistemare la funzionalità dell'arto durante l'appoggio, non solo per la cura di patologie specifiche ma an-

che per il miglioramento di prestazioni sportive. Notevoli anche le difficoltà sulla colonna vertebrale e quindi gli affetti da scoliosi, cifosi e lordosi. I risultati migliori si possono avere se si viene seguiti da un team di specialisti: il fisiatra ovvero l'ortopedico che prima diagnostica la patologia posturale e quindi prescrive il tipo di busto necessario per la sua correzione, il tecnico ortopedico che materialmente realizza il tipo di busto prescritto dallo specialista e segue, con il medico, l'evoluzione della scoliosi nel processo di guarigione.

[ORTOPEDIA]

MONDO
medico

EGIDIO RECUPERO*

La paralisi periferica idiopatica del nervo facciale o paralisi di Bell si riferisce a una paralisi del motoneurone inferiore ad esordio acuto (paralisi completa) o a una paresi (paralisi parziale), che conduce a una incapacità del controllo dei muscoli facciali del lato colpito. La paralisi di Bell è la forma più frequente di paralisi periferica del nervo facciale, e interessa ogni anno 11 - 53.3 nuovi casi per 100.000 persone. E' responsabile di considerevoli difficoltà nelle attività sociali.

La eziologia non è nota, ma è ampiamente accettata la ipotesi di una riattivazione del virus latente herpes simplex tipo 1 all'interno del ganglio genicolato, seguito dal meccanismo eziopatogenetico che coinvolge la infiammazione e l'intrappolamento del nervo nel forame meatale, che conduce alla demielinizzazione degli assoni e alla possibile ischemia per interruzione dell'apporto ematico. Gli obiettivi del trattamento in fase acuta sono rappresentati dal promuovere

un veloce recupero e prevenire le sequele. Una considerevole conoscenza è stata accumulata sul significato del trattamento farmacologico basato sulla presunta fisiopatologia della paralisi di Bell, in particolare sulla infiammazione e sull'infezione virale.

I medici prescrivono corticosteroidi come primo trattamento per la loro capacità di ridurre il rigonfiamento e l'infiammazione, mentre il trattamento antivirale inibisce la replicazione del virus herpes simplex tipo 1 attraverso il Dna polimerasi virale. Alcuni studi hanno mostrato risultati conflittuali sulla efficacia dei corticosteroidi da soli o combinati con il trattamento antivirale.

L'American College of Neurology in atto raccomanda solo l'uso di corticosteroidi orali. La maggior parte degli studi precedenti hanno valutato gli effetti della fisioterapia e della farmacoterapia separatamente. L'effetto combinato della fisioterapia, dei corticosteroidi e degli antivirali è stato poco investigato. Inoltre, bisogna specificare che la paralisi di Bell ha una elevata probabilità di recupero spontaneo, rendendo difficile stabilire una forte associazione causa-effetto, anche in trial controllati. Petersen et al. nel 2002 ha descritto una prognosi favorevole con recupero spontaneo in tre settimane nel 85% dei pazienti, e il 70% ha avuto un recupero completo in sei mesi. Comunque, i pazienti che hanno ricevuto un trattamento non appropriato possono presentare paralisi di lunga durata e sviluppare sequele, contratture, recupero parziale della funzione motoria e sincinesie nel 31% dei pazienti con paralisi di Bell. Sebbene il trattamento farmacologico standard sembra ridurre l'edema e il danno infiammatorio secondario, non influenza l'entità del danno a lungo termine. In assenza di trattamento farmacologico, la fisioterapia sembra essere efficace nel migliorare la espressione facciale e la funzione. Le strategie di fisioterapia sono state sviluppate per controllare la simmetria della fac-

La paralisi di Bell tra fisioterapia e farmacoterapia

Quando non si riescono a controllare i muscoli facciali

Il neurologo Recupero: «La eziologia non è nota, ma è ampiamente accettata la ipotesi di una riattivazione del virus latente herpes simplex tipo 1 all'interno del ganglio genicolato»



Gli obiettivi del trattamento in fase acuta: promuovere un veloce recupero e prevenire le sequele



Paralisi di Bell. I medici prescrivono corticosteroidi come primo trattamento per la loro capacità di ridurre il rigonfiamento e l'infiammazione mentre il trattamento antivirale inibisce la replicazione del virus herpes simplex tipo 1 attraverso il Dna polimerasi virale. Nella foto in alto a destra il dott. Egidio Recupero

conservativo nello stadio precoce della paralisi di Bell. Tre studi sistematici pubblicati negli anni 2010 e 2011 hanno dimostrato che la modalità ideale di fisioterapia non è stata ancora definita o che non esiste alcun chiaro accordo. Altri tre studi pubblicati nel 2009, 2010 e 2013 indicano che la riabilitazione facciale associata al trattamento farmacologico standard è lievemente superiore nel recupero della funzione motoria rispetto al solo trattamento farmacologico. I corticosteroidi riducono il processo infiammatorio nella paralisi di Bell, e ciò facilita la rimielinizzazione dei nervi facciali. Questa teoria fa riferimento alla lunghezza del canale, al calibro relativamente piccolo e alla conseguente decompressione del nervo. L'aggiunta del trattamento antivirale come acyclovir o vacyclovir è indicato alla eradicazione dell'infezione da herpes simplex tipo 1. Questa terapia è basata sulla eziologia primaria; è plausibile perché coinvolge gli agenti virali herpes simplex tipo 1 o varicella zoster.

Inoltre, le spiegazioni possibili per gli effetti di potenziamento della fisioterapia posso-



no includere: tecniche di feedback esterno adiuvanti per il controllo del corretto pattern di risposte che il paziente impara ad autoregolare; mobilizzazione dei tessuti molli e impacchi caldi per mantenere il trofismo muscolare, aumentare la circolazione, e ridurre la contrazione involontaria indotta dal rilassamento; la stimolazione elettrica non è consigliata negli stadi precoci della paralisi di Bell per evitare la potenziale interferenza con la rigenerazione neurale.

E' difficile provocare una contrazione isolata dei muscoli facciali utilizzando la stimolazione elettrica a causa delle loro piccole dimensioni e della loro estrema vicinanza. La contrazione provocata genera una contrazione massiva, che rinforza i pattern motori anormali e può essere dolorosa; la riabilitazione neuromuscolare, la riabilitazione secondo metodica Kabat e Chevalier, comprende il movimento attivo assistito per guidare il pattern di movimento e promuovere la rigenerazione assonale migliorando la connessione neuronale e facilitando nuovi pattern motori.

A causa della perdita delle afferenze che costituiscono il feedback intrinseco principale nell'apprendimento dei movimenti, diventa importante la facilitazione degli input propriocettivi mediante fisioterapia; l'allungamento può influenzare la relazione lunghezza-tensione dei muscoli, evitando pattern di movimenti di massa e sincinesie. Queste modalità combinate di paralisi di Bell dovrebbero essere orientate nella lesione degenerativa del nervo facciale, che possono essere il più importante fattore di rischio per un recupero incompleto.

Il tempo nel decorso e nella quantità di recupero sono diversi in modo significativo in pazienti che presentano una paresi (incompleta) all'esordio della paralisi di Bell. I pazienti con una paralisi di Bell incompleta dovrebbero iniziare a migliorare la loro funzione facciale entro 1-2 settimane dopo l'esordio della paralisi con la possibilità di recuperare completamente entro tre settimane. Questi pazienti hanno un recupero spontaneo della paralisi di Bell; non sembra che qualche trattamento aggiuntivo a causa della isolata degenerazione parziale e blocco della conduzione nervosa.

La terapia ottimale rimane una controversia cruciale per il 30% dei pazienti che presentano vari gradi di complicità, come paresi permanente, dolore, e sincinesie, che possono essere molto stressanti. Tre studi dimostrano che la fisioterapia associata alla farmacoterapia sembrano essere più efficaci negli stadi precoci/acuti e negli stadi gravi della paralisi di Bell. Comunque, esiste poca evidenza qualitativa da trial controllati, dati insufficienti per decidere se il trattamento combinato sia efficace nella gestione della paralisi di Bell. E' necessario continuare con ulteriori ricerche per valutare l'efficacia della fisioterapia associata al trattamento medico standard.

*Specialista in Neurologia - Direttore sanitario Csr Catania e Viagrande



www.ortopediacatanese.it

OFFICINA TECNICA
Ortopedica Catanese



Al Tuo benessere pensiamo noi.

PROMOZIONE BENESSERE

ESAME DEL PIEDE
con pedana stabilometrica

GRATUITO +

Imperdibili offerte sulle calzature

per tutto il mese di Luglio

Forniture ASP Servizio Sanitario Nazionale INAIL



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



[ORTOPEDIA]

“Vsp”, a Ragusa la chirurgia del futuro

Il Visiting surgeon program, una nuova tecnica sulla protesi di spalla inversa eseguita all'ospedale Civile

GIORGIO LIUZZO

Il “Visiting surgeon program” è una grande opportunità per i medici. Basta chiedere ai chirurghi ortopedici che venerdì scorso, all'ospedale Civile di Ragusa, hanno partecipato al Vsp sulla protesi di spalla inversa. L'evento, promosso dal dott. Giorgio Sallemi, direttore dell'Unità operativa complessa dell'Ortopedia di Ragusa, ha contemplato la presenza di uno dei luminari più quotati d'Italia in questo ambito, il dottor Leonardo Maradei, responsabile dell'Unità di ortopedia e traumatologia dell'istituto clinico Humanitas di Rozzano, nel Milanese. Gli interventi, eseguiti nella sala operatoria al secondo piano del nosocomio ibleo, sono stati trasmessi nella biblioteca all'interno del Civile alla presenza di specialisti provenienti da tutta la Sicilia sud-orientale.

«È stato un privilegio – sottolinea Sallemi – avere avuto l'opportunità di contare su una presenza eccellente come questa anche perché Maradei, all'interno dell'Humanitas, è il responsabile della chirurgia protesica della spalla. Ha eseguito due interventi su due pazienti siciliani, provenienti entrambe da Bagheria, che abbiamo avuto modo di seguire dal vivo, tra l'altro interagendo con la sala operatoria. In biblioteca, abbiamo ospitato numerosi chirurghi ortopedici che sono venuti a vedere ma soprattutto a chiedere i trucchi, i particolari». E in questo senso, durante gli interventi, si è cercato di animare un costruttivo scambio di esperienze e di opinioni.

«È una protesi particolare quella di cui stiamo parlando – sottolinea ancora il dott. Sallemi – rispetto ad un percorso che abbiamo avuto modo di seguire in tutti i suoi aspetti. Infatti, il Vsp ha previsto che il chirurgo fosse microfonato oltre alla presenza, in sala operatoria, di tre telecamere, una fissa sulla lampada che illumina il campo operatorio, una mobile che riprende le varie fasi dell'intervento e una terza che fa vedere cosa succede nell'ambiente. Per cui abbiamo avuto l'opportunità di ottenere immagini molto nitide, in alta definizione, anche grazie a un cavo che ci ha permesso di collegare la biblioteca con la sala operatoria. Devo dire che siamo abituati a questo tipo di esperienze, essendo la sesta “li-

ve surgery” che organizziamo. Iniziative del genere, ospitate in passato al Civile, hanno conquistato una grande attenzione dei colleghi i quali, quando mi incontrano mi chiedono quando ci saranno altre occasioni simili. Perché, lo spiego a scanso di equivoci, assistere a un intervento del genere dal vivo o comunque attraverso le immagini riprese dalle telecamere è molto più istruttivo che assistere a una relazione frontale di slide. In questo ultimo caso, infatti, stiamo parlando di qualcosa di freddo e per nulla interattivo. Mentre, come accaduto venerdì scorso, io e tutti gli ospiti siamo intervenuti per porre interrogativi o per esprimere opinioni su un passaggio operatorio piuttosto che un altro. Maradei è stato supportato, nell'intervento, da tutti i miei aiuti che sono comunque abituati ad eseguire operazioni del genere».

Giorgio Sallemi, poi, si sofferma a citare una frase in greco che subito traduce in italiano: “Invec-

La “live surgery” ha previsto che il chirurgo fosse microfonato oltre alla presenza, in sala operatoria, di tre telecamere: una fissa sulla lampada che illumina il campo operatorio, una mobile che riprende le varie fasi dell'intervento e una terza che fa vedere cosa succede nell'ambiente. Nitide e in alta definizione le immagini ottenute

chio imparando sempre nuove cose. E' questa massima che muove, da sempre, la mia attività professionale. Bisogna sempre essere umili, accettare che c'è chi ha più esperienza, anche solo dal punto di vista numerico. E questa è una circostanza che presuppone il fatto che chi ha eseguito un numero tale di interventi possiede una serie di segreti in più che può senz'altro trasferire oppure il chirurgo dovrà cercare di “rubarlo” questo segreto per poi applicarlo. Uscendo fuori di metafora, sappiamo che Maradei ha eseguito qualcosa come un migliaio di interventi che fanno impallidire, ad esempio, la mia già ampia casistica con oltre duecento protesi di spalla. Ed è quest'ultimo un numero comunque interessante visto che stiamo parlando di una patologia estremamente rara».

Ma quali sono le novità legate all'applicazione di questa nuova tecnica che ha a che vedere con la protesi inversa? Sallemi spiega: «Se entriamo nel dettaglio ci è stata presentata questa nuova realtà in cui praticamente la parte rotonda della protesi anziché essere nella testa dell'omero è nella scapola mentre la parte concava che normalmente risiede nella scapola si trova, invece, nell'omero. E' una genialata venuta in mente e ideata da un chirurgo francese, uno dei massimi geni dell'ortopedia mondiale. Ha capito che in alcune situazioni estreme, quando non funzionano i tendini, riprodurre la stessa forma dell'anatomia del paziente porta dei risultati soddisfacenti. Invertendo le componenti, grazie all'azione del deltoide, permette al paziente di muovere la spalla e di non avere dolore. E quindi diciamo il vero motivo. E cioè che mentre le protesi anatomiche, come si chiamano quelle che riproducono l'anatomia, sono gestite con una consuetudine maggiore da parte di tutti noi che le usiamo sia nell'artrosi sia nelle fratture, la protesi inversa ha ricevuto meno occasioni applicative. Ecco perché invece di portare la

montagna da Maometto, cioè fare in modo che venti chirurghi si recassero all'Humanitas di Rozzano per cercare di vedere quello che fa Maradei, abbiamo portato Maometto alla montagna. Il luminare è venuto qui e tutti abbiamo potuto, così, assistere al suo modus operandi senza spostarsi troppo».

Sallemi, però, fa riferimento anche alla questione del viadotto interrotto sulla Palermo-Catania. «Purtroppo, questa situazione, tra le mille altre difficoltà che sta determinando – aggiunge – sta dando vita anche a una divisione culturale. In molti i colleghi che hanno deciso di non partecipare proprio perché le distanze tra Palermo e Ragusa sarebbero diventate incalcolabili nell'arco della stessa giornata».

Il direttore dell'Uoc di Ortopedia a Ragusa sostiene, altresì, che “questa protesi inversa di certo servirà a risolvere numerosi problemi. Il mio scopo personale è cercare di ridurre la fuga verso le strutture sanitarie esistenti in altre parti d'Italia. Ci rivolgiamo a quei pazienti che, a causa delle insufficienze delle strutture e degli operatori delle stesse, sono costretti a mettersi sull'aereo e a farsi operare altrove. Invece è molto più comodo subire un intervento del genere vicino a casa, a maggior ragione quando si è malati. E, soprattutto, è molto meno dispendioso. Quindi diciamo che, per quanto ci riguarda, il traguardo da raggiungere è cercare di chiudere la forbice tra la buona organizzazione della Sanità del Nord e quella un poco meno buona del Sud. Con una certa umiltà, però, bisogna riconoscere che questa forbice si sta pian piano assottigliando».

Ma i casi presi in esame, con riferimento alla spatlologia, risultano essere in aumento? «Sì – chiarisce il dott. Sallemi – perché la gente che soffre di queste patologie, prima della diffusione delle nuove tecniche di chirurgia protesica di cui stiamo parlando, si teneva il dolore e non muoveva la spalla. Dava vita, insomma, a quella situazione clinica che noi chiamiamo pseudoparalisi dell'arto superiore. Una situazione difficile da risolvere a meno che non si intervenga in maniera radicale così come abbiamo dimostrato di saper fare con la chirurgia protesica di cui stiamo parlando. Un tipo di chirurgia che ci proietta direttamente verso il futuro».



Intervento chirurgico alla spalla in Vsp; il dott. Giorgio Sallemi, direttore Uoc di Ortopedia a Ragusa

L'IMPOVERIMENTO DELL'OSSO COMINCIA INTORNO AI 30 ANNI. LE DONNE SONO PIÙ A RISCHIO

Dieta, poco sale, sport e niente fumo le strategie per battere l'osteoporosi

LUCA SIGNORELLI

L'osteoporosi è una malattia caratterizzata da una riduzione della quantità di ossa e da un'alterazione della sua qualità: ciò porta a una maggior fragilità dell'osso e lo espone al rischio di fratture. Le regioni più frequentemente coinvolte sono l'anca, il rachide toracico e lombare, il polso e la spalla. Spesso l'impoverimento progressivo dell'osso si verifica senza sintomi di sorta, in modo tale che la

malattia viene frequentemente diagnosticata in occasione di una frattura, che può derivare anche da un trauma di lieve entità. L'impoverimento dell'osso comincia intorno ai trent'anni, ma nelle donne subisce un'accelerazione dopo la menopausa quindi sono più a rischio rispetto agli uomini. Sarebbe bene tenere a mente dunque una serie di misure generali aiutano a contrastare l'osteoporosi: seguire una dieta ricca di frutta e verdura, che preveda anche un adeguato apporto di calcio attra-

verso l'assunzione di latte, yogurt, formaggi, alimenti arricchiti di calcio, acque minerali ricche di calcio, limitare l'assunzione di sale, adeguata assunzione di vitamina D (ricorrere se necessario a supplementi vitaminici al di sopra dei 50 anni o in presenza di carenza di vitamina D), esporsi ogni giorno al sole (per almeno 10 minuti), fare attività fisica regolare per rinforzare i muscoli, migliorare l'agilità, la postura e l'equilibrio, smettere di fumare, moderare l'assunzione di bevande alcoliche, sottoporsi agli esami clinici e radiografici quando indicato. La prevenzione passa soprattutto attraverso la prevenzione delle cadute che espongono al rischio di fratture.

Nelle persone di una certa età anche i difetti della vista e le turbe dell'equilibrio, nonché l'uso di sedativi e di tranquillanti possono contribuire alle cadute. L'incidenza dell'osteoporosi e le fratture correlate aumentano con l'aumentare dell'età fino a colpire una donna su tre e un uomo su cinque nell'arco della vita. L'osteoporosi può essere prevenuta, diagnosticata e trattata per ridurre il rischio di incorrere in una frattura. L'osteoporosi viene distinta in primaria e secondaria. La prima è legata al calo degli estrogeni che si verifica in menopausa e colpisce dal 5 al 29% delle donne in questo periodo della vita, interessando soprattutto le vertebre. L'osteoporosi senile colpisce



OSTEOPOROSI, OVVERO RIDUZIONE DI QUANTITÀ E QUALITÀ DELLE OSSA

entrambi i sessi e si verifica a un'età più avanzata interessando fino al 6% della popolazione. I principali fattori di rischio sono età, genere, familiarità, presenza di frattura vertebrale o di osteopenia evidenziate alla radiografia, uso protratto di terapie corticosteroidi o impiego di farmaci in gra-

do di contribuire alla perdita della massa ossea, abuso di bevande alcoliche, fumo di sigaretta, artrite reumatoide, patologie endocrine, da alcune patologie dell'apparato gastro-intestinale, magrezza eccessiva, perdita di peso superiore al 10% dall'età di 25 anni e immobilità protratta.



LA LOMBALGIA È UN SINTOMO FREQUENTE IN ETÀ ADULTA

COLPISCE L'80% DELLA POPOLAZIONE ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA

La lombalgia, sintomo di diverse patologie

La lombalgia è sintomo di diverse patologie, un disturbo frequente in età adulta, con massima incidenza in soggetti di 40-50 anni di entrambi i sessi: l'80% della popolazione ne è colpito almeno una volta durante la vita. Può essere acuta, subacuta e cronica ed è tra le più frequenti cause di assenza dal lavoro. La lombalgia è distinta in due gruppi ed è di origine vertebrale o extravertebrale. Appartengono al primo gruppo le forme da patologie congenite, come la sacralizzazione dell'ultima vertebra lombare; la spondilolisi (manca fusione di parte dell'arco posteriore di una vertebra); la spondilolistesi (lo scivolamento in avanti di un corpo vertebrale) e la sinostosi, fusione di

due o più vertebre. Le forme più frequenti da patologie acquisite sono i processi degenerativi, tra cui discopatie, stenosi del canale, malattie reumatiche, infezioni, neoplasie, traumi e turbe metaboliche e del turnover osseo. Nel gruppo delle lombalgie extravertebrale figurano quelle da cause neuromeningee, viscerali e vascolari. Lombalgie particolari sono quelle da cause generali, quali stati febbrili, influenza, raffreddamento.

Un episodio acuto di lombalgia è caratterizzato dall'improvvisa comparsa spontanea di una violenta fitta in regione lombare, talvolta così intensa da portare al cosiddetto colpo della strega. L'episodio lombalgico varia da 2 a 3 settimane e la remissione

è spontanea, facilitata dalle cure. Il trattamento della lombalgia degenerativa è sintomatico, il riposo a letto va riservato alle sole fasi dolorose acute ed è da evitarsi nelle forme subacute e croniche.

Supporti lombari diurni possono dare sollievo al dolore, ma è sconsigliato l'uso protratto per non incorrere in una dannosa ipotrofia della muscolatura vertebrale. Eventuali dismetrie degli arti inferiori trovano soluzione in un rialzo nella scarpa dal lato affetto. Nella lombalgia acuta è utile la somministrazione di farmaci per via generale, nelle lombalgie croniche svolge un ruolo importante la fisioterapia.

[ORTOPEDIA]



Traumatologia dello sport, casi in aumento

Alta l'incidenza delle distorsioni dell'alluce soprattutto in chi gioca a calcio, a basket e a tennis

Negli ultimi 20 anni la traumatologia dello sport ha visto aumentare in modo quasi esponenziale i traumi a carico dell'avampiede. In particolare è nettamente aumentata l'incidenza dei traumi distorsivi dell'alluce soprattutto in alcuni sport come il calcio, il basket e il tennis. Importanti fattori predisponenti sono rappresentati dall'impiego di scarponi troppo flessibili ma soprattutto l'introduzione di superfici da gioco artificiali come tappeti erbosi sintetici. Per distorsione, uno degli incidenti di natura ortopedica più comuni, si indica una lesione a carico di un'articolazione provocata da un movimento anomalo, improvviso ed imprevisto che forza oltre i limiti fisiologici cioè "naturali" le strutture che compongono l'articolazione. La distorsione può provocare danni alla capsula ed ai legamenti articolari senza però essere accompagnata da una frattura dell'osso. Tutte le articolazioni del nostro corpo possono essere soggette ad un episodio di questo tipo. Nel caso in esame l'articolazione coinvolta è la prima articolazione metatarsofalanga cioè quell'articolazione che "connette" l'alluce al piede. Il meccanismo traumatico che conduce alla distorsione è generalmente rappresentato da un movimento in iperestensione forzata dell'alluce.

Nei casi più gravi si può arrivare alla rottura completa di queste strutture con conseguente sublussazione o lussazione dell'alluce cioè perdita incompleta o completa dei rapporti articolari esistenti tra la falange prossimale del primo dito e il primo metatarso. Talvolta anche le piccole ossa racchiuse nei tendini flessori che viaggiano sotto l'articolazione metatarsofalangea, possono fratturarsi e in questo caso i tempi di recupero ovviamente tendono ad allungarsi.

Gli amanti di sport che necessitano spostamenti brevi e repentini, come il calcetto, il basket e lo sci, hanno bisogno di una buona preparazione atletica per salvaguardare in particolare i legamenti del ginocchio. Il cosiddetto crociato, se viene sottoposto a sforzi bruschi e utilizzato a freddo rischia di rompersi. Ovviamente, un intervento in artroscopia permette di rimediare al danno subito.

L'età tuttavia incide sull'esito: un conto è romperlo a 20 e un altro a 50 anni. Più si è avanti con l'età e più i tempi di recupero si allungano. Ma at-

tenzione anche a spalla, braccia e polsi. Sono loro, infatti, quelli più esposti a lussazioni e fratture di una certa entità. A volte basta una banale caduta per compromettere seriamente l'uso della spalla. Non sottovalutare il dolore, meglio recarsi da un ortopedico ed effettuare una semplice radiografia anziché spostare in avanti un dolore che può nascondere qualche spiacevole sorpresa.

La pratica regolare di attività fisica e un corretto regime alimentare sono gli unici compartimenti in grado di limitare lo sviluppo e la progressione di patologie croniche e di incrementare l'aspettativa di vita. Un adulto di età superiore ai 65 anni dovrebbe praticare due tipi di attività fisica, durante la settimana, per ottenere vantaggi sostanziali sul proprio stato di salute: una per aumentare la capacità aerobica e una per rafforzare la capacità muscolare. Se affetto da una malattia cronica o se presenta altre condizioni che possano limitare la sua attività deve concordare con il suo

Si tratta di lesioni provocate da movimenti anomali, improvvisi e imprevisti che forzano oltre i limiti fisiologici, cioè "naturali", le strutture che compongono le articolazioni. Nei casi più gravi si può arrivare a rottura con lussazione. Fattori predisponenti sono gli scarponi troppo flessibili e i tappeti erbosi sintetici

medico di fiducia gli obiettivi e i limiti della sua attività fisica. Dovrebbe comunque evitare uno stile di vita inattivo ed aumentare in modo graduale la quantità di attività fisica praticata.

Per ottenere un vantaggio sostanziale sulla salute è necessario praticare circa 20 minuti al giorno di attività aerobica di intensità moderata, 10 minuti al giorno di attività aerobica intensa o una combinazione di attività aerobica intensa e moderata, equivalente in termini di tempo (10 minuti di attività moderata e 10 minuti di attività intensa al giorno).

Chi pratica attività moderata sentirà il cuore battere più velocemente e il respiro farsi più affannoso del normale. Coloro che praticano attività intensa, sentiranno battito e respiro molto più forti del normale. Alcuni esempi di attività fisica aerobica per gli anziani? Semplice: camminare, ballare, nuotare, corsa leggera, lezioni di aerobica, bicicletta o cyclette, giardinaggio e tennis.

L'attività muscolare dovrebbe essere svolta invece due o più giorni a settimana e si dovrebbero esercitare tutti i più importanti gruppi muscolari (gambe, glutei, dorsali, addominali, pettorali, spalle e braccia) con 8 o 12 ripetizioni per ogni gruppo muscolare. Quando un esercizio diventa facile da fare, si deve aumentare la resistenza (il

peso) o il numero di ripetizioni. Non ci sono raccomandazioni sul tempo da dedicare a questo tipo di attività, l'indicazione è che ogni esercizio andrebbe svolto fino al punto in cui diventa difficile fare un'altra ripetizione.

Gli anziani possono svolgere l'attività muscolare nello stesso giorno

in cui praticano attività aerobica o in giorni diversi, come si preferisce. L'attività fisica di rinforzo muscolare per gli anziani può variare da esercizi con elastici, macchine o manubri e quelli a corpo libero, dal solito giardinaggio ad alcuni

esercizi di yoga e pilates.

Sono molti i vantaggi che si ottengono dallo svolgimento di attività fisica regolare: riduzione del peso corporeo, in particolare se associata a dieta ipocalorica, quindi miglioramento della composizione corporea e del metabolismo, miglioramento della funzionalità cardiologica e polmonare, muscolare, ossea e dell'equilibrio e quindi prevenzione delle cadute. La pratica regolare di attività fisica diminuisce il rischio di cadute negli anziani. In particolare gli anziani a rischio di cadute dovrebbero praticare esercizi per mantenere o migliorare il proprio equilibrio almeno 3 giorni a settimana; ad esempio camminare all'indietro, camminare di lato, camminare sulle punte, camminare sui talloni, alzarsi in piedi da seduti.

Gli anziani così avranno minor rischio di ipertensione, ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, diabete tipo II, sindrome metabolica, osteoporosi, artrosi sintomatica, morte prematura, infarto ed altre patologie coronariche, ictus, cancro al colon, cancro alla mammella, depressione, demenza, fratture del collo del femore, del polso della spalla. Per gli anziani sedentari o con patologie croniche intenzionati ad iniziare attività fisica è meglio consultare il proprio medico di fiducia e uno specialista in patologie dell'apparato locomotore (ortopedico, fisiatra, reumatologo, medico dello sport), un fisioterapista e un preparatore atletico affinché venga stilato un programma di ripresa dell'attività fisica il più possibile personalizzato per evitare di incorrere in incidenti di percorso.

A proposito di sport, uno dei consigli che ancora oggi viene dato alla donna in gravidanza, per qualsiasi tipo di disturbo riferisca, è quello di stare a riposo. In realtà questo consiglio non solo non ha basi scientifiche a favore, ma è anche dannoso, poiché le più moderne ricerche hanno ormai dimostrato che l'inattività fisica è fonte di numerose patologie, dannose per la madre e di conseguenza anche per il bambino: aumentato rischio tromboembolico, obesità, stipsi, osteoporosi, atrofia muscolare, ipertensione arteriosa. Recentemente è stato dimostrato che l'inattività favorisce anche l'insorgenza del diabete gestazionale.

L. S.



CONSIGLI E PICCOLI ACCORGIMENTI PER EVITARE CHE LE FERIE SI TRASFORMINO IN INCUBO

Vacanze in montagna, infortuni dietro l'angolo ginnastica presciistica per essere pronti in pista

Bella l'estate, ma i patiti della montagna? Piccola annotazione, quindi sugli sport tipici invernali sia per chi decide di lasciare il mare per trasferirsi altrove al fresco sia per chi è già proiettato alla stagione invernale. Ebbene, basterebbe dedicare qualche ora alla ginnastica presciistica, prima di avventurarsi sulle piste da sci, per evitare il rischio di incorrere in infortuni che in alcuni casi possono essere anche molto gravi. Negli ultimi anni, infatti, si assiste a un aumento delle distorsioni e delle contusioni che molto spesso costringono a rimanere

bloccati per un lungo periodo di tempo. Evitare di avventurarsi nelle discese fuoripista, sincerarsi delle condizioni del manto nevoso e controllare la funzionalità degli sci, regolando gli attacchi e i ganci degli scarponi. Quindi evitate di fare gli sprovveduti. L'invito rivolto agli amanti dello sci è quello della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia (Siot), che suggerisce piccoli accorgimenti per evitare di trasformare la vacanza in montagna in un incubo.

Secondo i dati della Siot, la scorsa stagione invernale gli incidenti da sci

hanno provocato circa il 45% di distorsioni, il 22% di forti contusioni, il 15% di fratture e il 18% tra lussazioni e trauma cranico. Un aumento, rispetto allo scorso anno, di circa il 10% che si sarebbe potuto evitare con una piccola dose di buon senso. Lo sci non è affatto uno sport pericoloso, ma va praticato con disciplina e nel rispetto degli altri. Correre con sci e snowboard su piste ad alta densità di persone può provocare scontri molto spesso dolorosi e traumatici. In questi casi, l'uso del casco, per esempio, è indispensabile per tutti soprattutto per chi ama le di-

scese libere. La fascia di età più colpita da incidenti da sci è quella dei 30/50enni, composta al 70% da uomini e al 30% da donne. I maschi sono un po' più spavaldi quindi è più alto il rischio di traumi.

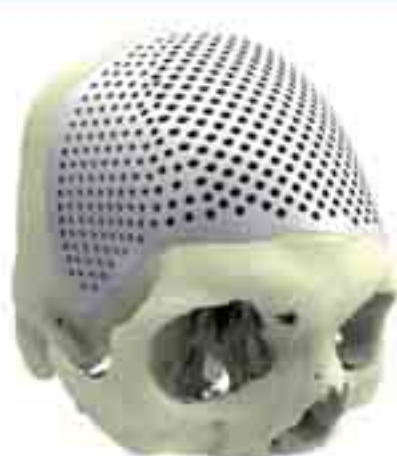
Mentre per quanto riguarda gli incidenti di snowboard la fascia dei 20/30enni è quella sottoposta a rischio maggiore per l'alta competitività, sebbene si tratta di giovani abbastanza allenati. Ma in questo caso i traumi sono provocati da cadute che coinvolgono spalla e arti superiori, mentre per chi pratica sci non è necessario cadere per



riportare una lesione del legamento crociato. E non è il solo arto a rischio. Le lesioni da sport invernali più comuni includono distorsioni, strappi, lussazioni e fratture. La maggior parte delle lesioni si verificano a fine giornata,

quando le persone sono stanche e insistono nel fare l'ultima corsa. La maggior parte di queste lesioni possono essere facilmente evitate se vi preparate bene per lo sport durante tutto l'anno.

L. S.



Custom 3D: ripristino dell'anatomia e della funzionalità





[GINECOLOGIA]

Pronti per la Pma a chilometro zero?

Le nuove frontiere della procreazione assistita: esperti a congresso al monastero dei Benedettini a Catania

LUCA SIGNORELLI

Quali sono le nuove frontiere della Procreazione Medicalmente Assistita (Pma), alla luce delle sentenze della Corte Costituzionale che hanno demolito la legge 40? Quali e più agevoli vie appaiono oggi percorribili per le coppie sterili? Come supportarle nel cammino per la realizzazione del loro progetto di genitorialità? È davvero finita nel Sud d'Italia la migrazione verso le Regioni del Nord, o all'estero? Eterologa, omologa, diagnosi preimpianto estesa alle coppie fertili: ci sono voluti anni di battaglie per il riconoscimento di questi diritti. Come assicurare oggi ai pazienti assistenza, informazione, sostegno, già nelle strutture di base del territorio di appartenenza, a partire dal medico di famiglia, dai consultori, dalle strutture ospedaliere? Siamo dunque pronti per la PMA a chilometro zero?

Se ne parlerà il 2, 3, 4 luglio, al Monastero dei Benedettini nell'Auditorium «De Carlo», che ospiterà il congresso «Il centro di medicina della riproduzione e l'integrazione nel sistema sanitario territoriale». Una tematica dettata appunto dal nuovo quadro normativo e ulteriormente sviluppata nel sottotitolo del congresso «Il percorso metodologico per la coppia sterile, che tutela la salute riproduttiva e migliora i risultati».

Obiettivo dichiarato è individuare e strutturare l'inserimento della Pma in un sistema integrale e integrato, a tutti i livelli, nel Sistema Sanitario Nazionale come nei Sistemi Regionali. Ad affrontare i vari aspetti saranno illustri specialisti, tra gli altri i ginecologi Carlo Flamigni, Nino Guglielmino, Riccardo Felberbaum, Antonio Cianci, Aldo Calogero. E ancora i presidenti di importanti sodalizi, come la Società Italiana di Medicina Generale, le Associazioni dei ginecologi territoriali, dei ginecologi ospedalieri e dei ginecologi universitari, la Federazione nazionale Collegi Ostetriche e l'Associazione di pazienti Hera. Sempre al Monastero, nella prima mezza giornata del 2 luglio nel «coro di notte» avrà luogo il pre-congresso «Biological and clinical per-

spectives in assisted reproduction. The time-lapse monitoring and donated gamete donation». Interverranno nomi di spicco, tra altri Sandrine Chamayou, Alison Campbell, Kirstine Kirkegaard.

La manifestazione è a cura di Umr, Unità di Medicina della Riproduzione-Istituto di Medicina e Biologia della Riproduzione e dello Sviluppo Umano; Hera Associazione Onlus per la Ricerca, la Prevenzione e la Cura dell'Infertilità; Fondazione Hera; Clinica Ostetrica e Ginecologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria «Policlinico-Vittorio Emanuele» di Catania-Presidio «Gaspard Rodolico»; Università degli Studi di Catania. Con il patrocinio di: Comune di Catania, Regione siciliana -assessorato della Salute, Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Catania; Federazione Nazionale Collegi Ostetriche, Società Italiana di Fertilità e Sterilità e Medicina della Riproduzione.

Nel Pre-Congress saranno discussi e approfonditi due temi di grande attualità. Il primo concerne l'introduzione del «time-lapse monitoring» (Tlm) nei laboratori di fecondazione in vitro, che ha rivoluzionato la modalità di selezione degli embrioni da trasferire. Il Tlm consente la possibilità di monitorare, permanentemente, con la visione diretta, la registrazione e l'analisi, l'intero sviluppo embrionale senza disturbare le sue condizioni di coltura e in modalità assolutamente non-invasiva.

Con il Tlm è stato introdotto un concetto nuovo, chiamato il parametro

«morfocinetico» che lega il tempo con ogni evento cellulare. Ad esempio siamo nelle condizioni di conoscere con precisione il tempo che intercorre tra la micro-iniezione dello spermatozoo nell'ovocita e la prima divisione cellulare. Inoltre, è possibile studiare il significato biologico di un fenotipo anomalo fugace, le sue conseguenze sullo sviluppo embrionale e il suo potenziale d'impianto. Nel corso del pre-congress, studieremo le potenzialità e i limiti nell'utilizzo di un singolo parametromorfocinetico o di un modello statistico complesso e l'aiuto che il biologo può trarne nel determinare le potenzialità dell'embrione a impiantarsi e dare una gravidanza. Si cercheranno le risposte alla domanda: come decodificare la cinetica dello sviluppo embrionale per migliorare le condizioni di coltura e aumentare, ulteriormente, i risultati della fecondazione in vitro?

Il secondo tema affrontato nel pre-congress, riguarderà le novità introdotte con l'eliminazione in Italia, in quanto incostituzionale,

del divieto di trattamenti riproduttivi assistiti con donazione di gameti. Saranno discussi i ruoli delle Regioni, le possibilità di donazione dei gameti e l'istituzione del registro nazionale dei donatori.

E veniamo all'articolato sviluppo del Congresso che si svolgerà a partire dal pomeriggio del 2 luglio. Nell'ultimo decennio la Procreazione Medicalmente Assistita (Pma) in Italia ha subito rilevanti cambiamenti sia sul versante normativo sia sul piano della qualità clinica e sanitaria nonché sul versante dell'assistenza fornita nei confronti delle coppie sterili e infertili. I mutamenti normativi sono stati determinati, principalmente, da due sentenze della Corte Costituzionale - le decisioni n. 151/2009 e 162/2014 - con cui sono state dichiarate incostituzionali alcune norme della legge 40/2004 e soprattutto è stato dato un quadro di riferimento più aderente ai principi costituzionali.

L'intervento demolitivo della Consulta ha rilegittimato la diagnosi genetica preimpianto, reintrodotto la possibilità di inseminare un numero adeguato, e non limitato a tre, di ovociti nella fecondazione in vitro, introdotto deroga al divieto di crioconservazione e ha eliminato il divieto della donazione dei gameti, ampliando le possibilità e garantendo standard di qualità elevati.

Le pronunce hanno chiarito in modo non equivocabile come rientrino nell'alveo dei diritti fondamentali protetti dalla nostra Co-

stituzione e siano incoercibili la decisione di formare una famiglia e avere figli, il principio di autodeterminazione nelle scelte sanitarie e il favorire e tutelare la salute riproduttiva.

Le novità normative introdotte hanno determinato da una parte la necessità di riorganizzare tutta la Pma e dall'altra di inserire le prestazioni nei livelli essenziali di assistenza. A tale riguardo sono state definite, finalmente, le tariffe di accesso alle cure, rendendole uniformi per tutte le Regioni italiane e sono stati attivati i percorsi per adeguare i centri di Pma ai requisiti indicati dalle direttive europee sotto il regime ispettivo delle Regioni. Quasi tutte le Regioni italiane hanno legiferato adeguando i propri Centri alle nuove disposizioni.

Anche in Sicilia, dopo numerose sollecitazioni da parte delle associazioni degli utenti e degli operatori del settore, si è giunti alla definizione di norme che, nonostante le contraddizioni e le eccessive complicazioni, cercano di affrontare in modo prospettico la problematica della Pma nella Regione.

Per tali ragioni, il Congresso avverte l'urgenza di affrontare in modo integrato e completo le modalità di inserimento della Pma all'interno del Sistema Sanitario Nazionale e dei Sistemi Regionali, con particolare attenzione all'organizzazione sanitaria del territorio e dei diversi ruoli che possono sussistere sinergicamente nella gestione della coppia infertile: dal Centro di Pma, al medico di Medicina Generale, al Consultorio e alle strutture di degenza Universitarie e Ospedaliere di Ginecologia e Ostetricia e Andrologia.

Il Congresso sarà l'occasione per costruire un sistema «patient-oriented», con percorsi e metodologie efficaci di collaborazione e di comunicazione tra le diverse strutture territoriali, delineando le funzioni e i ruoli all'interno del processo diagnostico-terapeutico della coppia che affronta il problema della infertilità e sterilità.

Il risultato sarà quello della stesura di una Carta degli intenti fra le diverse professionalità presenti sul territorio che sia utile a creare una rete di sostegno che tuteli il diritto alla salute riproduttiva delle coppie Italiane.



NINO GUGLIELMINO, DIRETTORE CENTRO HERA-UMR

INTERVISTA A GIUSEPPE BONANNO, DIRETTORE DELL'UO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA DELL'OSPEDALE

«Il parto-analgesia e in acqua presto sarà una realtà a Ragusa»

VALENTINA MACI

«L'Uoc di Ostetricia e Ginecologia di Ragusa è l'unità di secondo livello dell'Asp di Ragusa perché abbiamo afferente a noi l'unità operativa di neonatologia - spiega il dott. Giuseppe Bonanno, direttore dell'Unità Operativa di ostetricia e Ginecologia ormai da 10 anni. Dalla 34esima settimana, tutti i neonati, tutte le gravidanze a rischio vengono trasferite in questa unità operativa. Non ci occupiamo solo di ostetricia ma anche di ginecologia a 360°, dal punto di vista della patologia sia maligna sia benigna, sia i grossi interventi sia i piccoli interventi. Per quanto concerne l'ostetricia è chiaro che bisogna stare al passo con i tempi. Oggi

restano gravide donne che in altre occasioni non lo sarebbero mai state, donne con gravidanze gemellari, con patologie uterine, con patologie importanti in genere: in tutti questi casi vengono a partorire qui. Quindi ci siamo dovuti attrezzare con ambulatori specifici per la gravidanza a rischio e con un tipo di assistenza specifica per queste donne».

«Non dimentichiamo - aggiunge Bonanno - che la media dei parti in questa unità operativa è stata sempre all'incirca di 1.500 l'anno, ecco perché è un centro di secondo livello, affrontiamo tutte le problematiche dell'ostetricia moderna».

Avete un ambulatorio di procreazione assistita?

«E' attivo già da diverso tempo ed è, quindi, chiaro che afferiscono a noi

quelle pazienti che non potrebbero avere normalmente dei figli e che ci riescono, invece, grazie a noi».

Quali le maggiori criticità?

«Oggi c'è il grosso problema dei cesarei, che in un'unità di secondo livello hanno peculiarità diverse da quelle dei primi livelli dove i cesarei sono legati alle patologie comuni e ricorrenti; noi abbiamo anche tutte le gravidanze a rischio che spesso ci vengono trasferite dagli ospedali di Modica e Vittoria. C'è un ambulatorio dedicato alle patologie del collo dell'utero. Non dimentichiamo che le infezioni da HPV nella donna oggi sono in crescita, soprattutto a causa della promiscuità nei rapporti. L'ambulatorio ci serve come collettore delle pazienti ma queste donne vengono seguite e trattate per tutto il

periodo in cui è necessario, anche con un trattamento chirurgico specifico ove necessari. Sarebbe opportuno che i genitori vaccinassero i bambini e le bambine a partire dai 12 anni per l'HPV virus. Indispensabile è la corretta informazione sul vaccino. La prevenzione è al primo punto sia per le malattie sessualmente trasmesse sia prima della gravidanza. Fondamentale la diagnosi prenatale. Effettuiamo circa 8\10 amniocentesi alla settimana e abbiamo una stretta collaborazione con la genetica medica e presto partiremo con la villocentesi».

Che bilancio fa della sua attività?

«Sono profondamente legato all'ospedale di Ragusa, qui ho fatto il tirocinio, l'assistente volontario, l'assistente normale, ho fatto l'aiuto e il



IL DOTT. GIUSEPPE BONANNO, DIRETTORE DELL'UO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

primo aiuto, ora sono il direttore. Tengo tantissimo al fatto che tutte le funzioni nel migliore dei modi. Partiremo prestissimo con la laparoscopia. Abbiamo la necessità di fare partorire le donne in acqua e la parto-analgesia, il problema maggiore della parto-analgesia è legato soprattutto a una carenza di anestesisti ma il nostro obiettivo è che le donne

che lo richiedono possano partorire in parto-analgesia e in acqua grazie alle strutture ultramoderna già presente all'interno dell'ospedale dove abbiamo anche una stanza attrezzata in modo tale da far sentire la donna a casa, purtroppo servirebbe un'altra ostetrica in più per attivarla».

NELL'800 LA VITA FERTILE FINIVA IN MEDIA A 43 ANNI

Menopausa sempre più in ritardo

La menopausa segna la fine della vita fertile di ogni donna ma l'età della menopausa nel corso dei secoli ha subito un incremento. Basti pensare che nel 1800 l'età media delle donne coincideva con l'età della menopausa (43anni), dal XX secolo l'età media è aumentata sino ad arrivare nel XXI secolo a 83 anni e di conseguenza l'età della menopausa (51 anni). La donna oggi trascorre più di un terzo della vita in post-menopausa. Ma l'età menopausica varia anche in rapporto

all'area geografica: in Italia 51 anni, negli Usa 50 anni, in Sud Africa 49 anni. Esistono infatti fattori influenti sull'età di insorgenza della menopausa: razza, clima, altitudine, fumo. Entrare in menopausa significa per una donna non solo il termine dell'età riproduttiva, ma anche l'inizio dell'involuzione del fisico, per questo è importante potenziare e valorizzare il carattere evolutivo dello spirito. Le reazioni però sono molto diverse da donna a donna: reazione appropriata (60-70% dei

casi) con equilibrato adattamento allo stato e costruttiva analisi della realtà; reazione passiva (15-20% dei casi) con accettazione degli eventi, prevalente nelle donne di basso livello culturale e di città scarsamente urbanizzate; reazione nevrotica (8-15% dei casi) con opposizione agli eventi, nervosismo, irritabilità e depressione; reazione iperattiva (5-10% dei casi) con rifiuto e negazione degli eventi, tentativi di focalizzare altrove gli interessi.

L.S.

ESAMI DEL SANGUE PRIMA DI UNA TERAPIA ORMONALE

Niente contraccettivo senza test

La contraccezione ormonale è guardata ancora con grande sospetto dalle donne italiane. Solo il 16% delle donne in età fertile assume la pillola; una percentuale simile a quella di paesi come l'Iraq e il Botswana. Comunque, prima di iniziare una terapia contraccettiva ormonale è necessario effettuare alcuni esami del sangue, alcuni da ripetere periodicamente per il controllo. Iniziare una terapia contraccettiva ormonale è quasi diventato una tappa obbligata per alcune don-

ne, ma vale la pena ricordare che non tutti possono assumere contraccettivi ormonali e soprattutto che questi non proteggono dalle malattie sessualmente trasmissibili. Questa funzione è svolta esclusivamente dal preservativo, che comunque svolge una contraccezione cosiddetta meccanica. Impedisce l'ingresso degli spermatozoi in vagina. Non possono essere usati contraccettivi ormonali (pillola, cerotto, anello vaginale) in caso di gravidanza o allattamento in atto; emicrania;

storia personale, o anche solo familiare di trombosi venose; età superiore ai 40 anni o anche superiore a 35 anni se trattasi di donna forte fumatrice; malattie croniche del fegato con ridotta funzionalità epatica; tumori già diagnosticati, soprattutto se estrogeno-dipendenti come molti tumori della mammella; ipertensione, ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, diabete, obesità (controindicazioni non assolute di cui il ginecologo di fiducia, però, terrà conto).

O.G.

[ONCOLOGIA]



La psicologia in soccorso dei malati

Negli ultimi decenni è cresciuto l'interesse per l'influenza dei fattori psicosociali nel decorso delle patologie tumorali

Si chiama psiconcologia e negli ultimi decenni l'interesse per l'influenza dei fattori psicosociali nel decorso delle malattie tumorali è andato crescendo. Di pari passo è aumentata la richiesta di aiuto professionale agli psicologi da parte del personale oncologico. Compito dello psicologo è comprendere i bisogni del paziente ed intervenire in tutte le diverse fasi cronologiche della progressione del cancro. Nella fase pre-diagnostica, quando il problema viene affrontato per la prima volta, i pazienti si confrontano con la paura del dolore, della menomazione, dell'isolamento e della morte. Lo psicologo viene interpellato quando il comportamento del paziente interferisce con il piano terapeutico. I problemi più gravi sono quelli di una negazione di malattia, di un fatalismo paralizzante, di una rabbia incontrollabile, di una auto-consapevolezza eccessiva e di un'ideazione persecutoria. La fase di trattamento può richiedere un intervento di sostegno per le paure di dolore legate all'intervento, di perdita di controllo e di aumento di vulnerabilità. Le perdite riguardano le privazioni di un seno, dell'utero, di un arto, dei capelli, oppure il lavoro, i contatti sociali, la possibilità di muoversi liberamente e la funzionalità sessuale. Nella fase post trattamento i pazienti devono fare i conti con i timori di eventuali ricadute quando i medici non controllano direttamente il decorso e quando non c'è un trattamento in atto. Nell'eventualità di una ricaduta può insorgere una grave depressione o uno stato ansioso. Nella fase di progressione di malattia i pazienti cercano disperatamente nuove informazioni, medici e terapie alternative. Infine nella fase terminale/palliativa vi è la presa di coscienza della natura irreversibile della malattia.

Le preoccupazioni possono riguardare l'abbandono, la perdita di dignità del proprio corpo, il dolore fisico, l'angoscia per le aspirazioni non realizzate e i figli lasciati senza protezione. Il cancro, con il suo significato di importante stress emozionale, è in grado di produrre, nei diversi individui, una serie di reazioni psicologiche che si esprimono sotto forma di fenomeni di attivazione biologica, di vissuti soggettivi e di reazioni comportamentali. Tali reazioni

sono del tutto comprensibili se si tiene conto delle modificazioni che le emozioni provocano sia a livello somatico che a carico del sistema vegetativo, endocrino ed immunitario, oltre che delle modalità differenziate con cui le emozioni vengono preferenzialmente espresse dal singolo individuo, alcuni soggetti privilegiando, in questo senso, la scarica comportamentale dell'emozione, altri trasferendo la stessa sul piano somatico.

I meccanismi difensivi messi in atto dal paziente sono finalizzati all'elaborazione dei vissuti e delle emozioni suscitate dalla malattia: è fondamentale che il paziente riesca, alla fine di questo percorso adattivo, ad orientare diversamente la propria progettualità esistenziale, in modo che essa possa in qualche modo contenere la malattia neoplastica e le angosce di morte ad essa correlate. Nei pazienti oncologici ci sono alcune fasi inerenti la reazione psicologica, ac-

Lo specialista ha il compito precipuo di comprendere i bisogni del paziente e intervenire quando il suo comportamento interferisce con il piano terapeutico: come la negazione della malattia, la rabbia incontrollabile, un'autoconsapevolezza eccessiva

compagnate da corrispondenti meccanismi difensivi: una fase del dubbio, che si estende dalla comparsa dei sintomi iniziali di malattia alla definizione diagnostica; è caratterizzata da vissuti angosciosi correlati all'esecuzione degli esami e degli accertamenti clinici e durante tale fase nel paziente predominano meccanismi difensivi di negazione, di rimozione, di razionalizzazione; una fase diagnostica, particolarmente difficile per il paziente e i suoi familiari, oltre che per il curante, in cui dapprima operano massicciamente i meccanismi di negazione, con una successiva graduale presa di coscienza ed una possibile alternanza di vissuti d'angoscia e di fiducia nell'efficacia delle terapie; una fase di ospedalizzazione/fase terapeutica, nella quale si realizza, con l'ingresso nella struttura ospedaliera, una sorta di spersonalizzazione dell'individuo che si percepisce quasi esclusivamente come portatore di una patologia, piuttosto che come individuo nella sua complessità. In questa fase possono manifestarsi varie problematiche connesse con l'esecuzione di terapie più o meno complesse (chirurgiche, chemio- e radio-terapiche), sovente gravate da effetti collaterali particolarmente debilitanti e fastidiosi per il paziente; una fase di remissione, in cui il paziente riacquista fiducia ed ottimismo grazie al miglioramento clinico conseguito con le terapie, recuperando anche una certa capa-

rità progettuale; una fase di ripresa della malattia, che, qualora si manifesti, rappresenta il periodo di maggiore rischio per la comparsa di disturbi psichiatrici, particolarmente di tipo depressivo e ansioso; una fase terminale, nella quale vengono, in genere, attuate delle terapie palliative mirate ad alleviare le sofferenze del paziente nell'ultimo periodo della sua esistenza. In ambito psiconcologico è di primaria importanza, in questa fase, farsi carico delle esigenze psicologiche del paziente, oltre che dei familiari, aiutandoli ad elaborare la separazione ed il lutto imminenti.

Non appare più possibile a tutt'oggi il riferimento ad un solo modello psicoterapeutico, soprattutto in funzione dell'elaborazione di un programma terapeutico che deve tener conto di diverse variabili: le esperienze individuali del paziente, in questa fase, farsi carico delle esigenze psicologiche del paziente, oltre che dei familiari, aiutandoli ad elaborare la separazione ed il lutto imminenti.

All'interno di una presa in carico globale del paziente oncologico si intersecano obiettivi, manifesti o latenti, che condizionano l'utilizzo di modelli di intervento centrati su piani diversi, sostanzialmente classificabili in due principali categorie: psicoterapie individuali e di gruppo. Gli obiettivi possono essere ritenuti comuni a tali diversi modelli: chiarire al paziente l'influenza ed il peso delle determinanti psicologiche nell'ambito delle malattie "fisiche"; contenere lo stato di sofferenza incoraggiando i pazienti a verbalizzare pensieri e sentimenti negativi; aiutare il paziente a sviluppare atteggiamenti e comportamenti più adattivi, restituendogli il senso di controllo personale sulla propria vita; favorire la comunicazione tra il paziente, lo staff medico, la famiglia, favorendo la soluzione di problemi pratici connessi con la gestione della malattia; restituire al paziente ed alla famiglia il senso del futuro.

Naturalmente conducono al massimo grado di scarica somatica o psichica solamente conflitti di particolare intensità soggettiva. La neoplasia, sul versante somatico, e il deterioramento psicotico, su quello psichico, rappresentano il più alto grado di disorganizzazione ed alienazione.

L.S.



«IL CIBO PER PREVENIRE IL CANCRO E RIDURRE GLI EFFETTI DELLA CHEMIO»

Ospedale Cannizzaro, un ambulatorio dedicato alla consulenza nutrizionale

Secondo l'American Institute for Cancer Research, le cattive abitudini alimentari sono responsabili di circa tre tumori su dieci. Ma sono numerosi gli studi che dimostrano l'importanza di una sana alimentazione nella prevenzione del cancro. Non si tratta solo di "gestire" uno dei maggiori fattori di rischio, e cioè l'obesità: il tipo di alimentazione influisce sullo stato di infiammazione che può predisporre a ogni forma di cancro e sull'equilibrio ormonale che può favorire od ostacolare lo sviluppo dei tumori della prostata nell'uomo e del seno, dell'ovaio e della superficie interna dell'utero, l'endometrio, nella donna. Inoltre, durante la fase conclamata della malattia una corretta alimentazione può aiutare il malato a ridurre le recidive ed elimi-

nare una parte di effetti collaterali della chemioterapia.

È su queste premesse che si fonda l'attivazione nell'ospedale Cannizzaro di un Ambulatorio di consulenza nutrizionale e sullo stile di vita rivolto ai malati oncologici e alle loro famiglie, al fine di promuovere un programma di educazione alimentare in ambito ospedaliero ed extraospedaliero.

Nell'ambito del progetto denominato "NutriCare", promosso dall'associazione Meditare Onlus (Mediterranean Cancer Support Rehabilitation), sarà attivo dai prossimi giorni un ambulatorio di cui sarà responsabile la dott. ssa Serena Cubisino, biologa nutrizionista, affiancata dal dott. Giuseppe Banna, medico oncologo dell'Oncologia Medica, afferente al Di-

partimento materno-infantile diretto dal prof. Paolo Scollo. L'attività ambulatoriale prevede una prima e una seconda visita, e successive visite di controllo. La prima visita comprende un esame clinico con indagine anamnestica sullo stile di vita e valutazione plico-antropometrica (peso, altezza, circonferenze, pliche cioè pieghe dei tessuti), consegna e compilazione di un questionario sullo stato di salute, richiesta di analisi di laboratorio; queste saranno valutate nella seconda visita, nella quale sarà consegnato un programma alimentare personalizzato e un piano per l'attività fisica. Saranno seguite linee guida universalmente riconosciute quali: riduzione dell'apporto calorico con mantenimento del peso corporeo entro limiti ben stabiliti, dieta a basso indice gli-

cemico, miglioramento del profilo lipidico con riduzione dei processi infiammatori, contenimento dell'apporto proteico con preferenza a quello di natura vegetale, attività fisica.

«Il percorso di consulenza nutrizionale - spiega il direttore generale dell'Azienda Cannizzaro, Angelo Pelligrano - intende accompagnare, educare e guidare il paziente oncologico e la sua famiglia nelle scelte alimentari, nonché promuovere stili di vita salutari. L'iniziativa contribuisce in tal senso a migliorare e ampliare i servizi offerti dall'ospedale, con uno scopo di prevenzione e in un'ottica di partecipazione civica». L'ambulatorio sarà rivolto a tutti i malati oncologici e alle loro famiglie e sarà inoltre promotore e coordinatore di attività di educazione alimenta-



OSPEDALE CANNIZZARO: IL MONOBLOCCO

re in ambiti extraospedalieri, come le scuole. All'ospedale Cannizzaro, le visite nutrizionali saranno estese anche alle gravide seguite dall'Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia: durante l'attesa, infatti, l'alimentazione va pianificata fin dall'inizio, tenendo presente il grande impegno metabolico dell'organismo che richie-

de un apporto calorico adeguato ed equilibrato, fondamentale per la corretta crescita del bambino. L'ambulatorio di consulenza nutrizionale sarà attivo ogni martedì pomeriggio, a partire dal 30 giugno, dalle ore 14 alle ore 19. Per informazioni e prenotazioni, tel. 3477064563.

F.Z.

POSITIVO PROGETTO PILOTA "GRUPPO SALA D'ATTESA" IN GINECOLOGIA

Umanizzare le cure tramite il sostegno reciproco

«Cercavo da tempo il confronto con chi come me affronta e vive ogni giorno un nuovo modo di vedere le cose. Non mi sono chiesta, venendo all'incontro, cosa potessi darvi o cosa potessi ricevere da voi. Sentivo però che mi sarei arricchita e così è stato. Noi tutte ci siamo trovate dall'oggi al domani a fronteggiare qualcosa di cui tutti hanno sentito parlare ma solo che chi si trova dentro sa veramente cos'è».

È uno stralcio della lettera scritta da una paziente partecipante a un progetto pilota di sostegno a donne con patologia mammaria e patologia ovarica appena concluso all'Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia del Cannizzaro di Catania. Nella consapevolezza

che il cancro rappresenta una prova esistenziale sconvolgente, genera paura e sconforto, sentimenti spesso amplificati in ambienti poco "protetti" come la sala d'aspetto del luogo di cura, l'Azienda Cannizzaro ha infatti creato un gruppo di mutuo-aiuto, in cui le partecipanti potessero trovare conforto e sostegno reciproco. Così è stato per il primo gruppo pilota, composto da cinque donne, d'età compresa tra i 42 anni e i 72 anni. «All'inizio - spiega Sonia La Spina, psicologa coordinatrice del progetto - le pazienti sono state sottoposte a colloquio psicologico per valutare l'adesione. Alla conclusione, hanno compilato un questionario anonimo da cui emerge che incontra altre donne con lo stesso vissuto aiuta a sentirsi

meno sole nella lotta contro il cancro». Sei gli incontri, aperti dal prof. Paolo Scollo, direttore dell'Uo di Ginecologia e Ostetricia, e svoltisi con la presenza, oltre che della psicoterapeuta, del ginecologo Giuseppe Scibilia e dell'oncologa Giusy Scandurra. Tra i "compiti" assegnati, quello di scrivere una lettera. E una delle pazienti, medico, si è rivolta alle altre "compagne d'avventura": «La fortuna - ha scritto - è che finora nel mio difficile cammino ho incontrato belle persone che esprimendomi affetto e stima mi hanno dato la giusta carica e così ho capito che è di questo che devo nutrirmi». Visti i risultati positivi, l'esperienza potrà essere riproposta in seguito.

F.Z.



UNA STANZA DEL REPARTO DI GINECOLOGIA



[RICERCA]

La dimensione spirituale della cura

Ricerca sulla speranza in un contesto oncologico condotta da una équipe multidisciplinare

Arriva dall'Istituto Tumori di Milano un'innovativa ricerca sulla speranza e sui suoi impatti sulla qualità della relazione di cura. Pubblicata poche settimane fa su Tumori Journal (TJ), la ricerca intitolata "Hope in cancer patients: the relational domain as a crucial factor" ha coinvolto 320 pazienti malati di neoplasie gravi. A condurla, un'équipe di lavoro multidisciplinare composta da oncologi, statistici, psicologi clinici e - novità - un cappellano ospedaliero, don Tullio Proserpio, della cappellania ospedaliera della Fondazione Irccs - Istituto Tumori di Milano.

Nei prossimi mesi, la ricerca che ha suscitato molto interesse in ambito scientifico, verrà replicata su un altro campione di pazienti a Houston, in Texas, al Methodist Hospital Research Institute.

Da almeno due decenni, "speranza" è un concetto chiave sul quale si sono orientati la sensibilità e l'interesse della comunità scientifica, particolarmente nell'ambito delle cosiddette cure palliative. Da una considerazione della speranza in termini generali di filosofia della cura, come "proiezione del desiderio presente nell'attesa di un avvenire", si è però passati alla riflessione su un fattore che la comunità scientifica considera oggi estremamente concreto, ma di ancora difficile misurazione.

Tutti sanno che la speranza in un contesto oncologico influisce sulle relazioni di cura, ma come, quanto e, soprattutto, a comprendere quali elementi concorrono a far sì che una speranza si definisca come tale e come tale incida su quelle relazioni è la questione oggi più spinosa. Lo studio pubblicato TJ apre una strada nuova in tal senso. Lo studio evidenzia una correlazione determinante tra speranza e qualità della vita e della cura in un contesto oncologico, mostrando un nesso non sempre evidente: dalla ricerca emerge infatti che, oltre alla componente clinica, psicologica e sociale, anche quella religiosa e spirituale assume un ruolo cruciale nella configurazione della speranza come fattore determinante tanto nella relazione con i caregivers, quanto nella tenuta delle relazioni affettive, quanto nel miglioramento complessivo dell'efficacia di quella cura.

La misurabilità della speranza - in una pro-



spettiva fortemente critica e pertanto concreta come quella di un contesto clinico-oncologico di cura, non da intendere quindi come semplice "unrealistic optimism" - è un'altra novità della ricerca che ha dimostrato come questa si declini non in termini assoluti, ma spesso di piccoli obiettivi raggiunti: "oggi mi sento meglio", "questa cura andrà bene".

Fondamentale - si nota dalla ricerca - è l'impatto della dimensione relazionale, spirituale e religiosa sul rafforzamento della dimensione clinica.

Molte risposte rivelano una vera esigenza in tal senso: tra le esigenze di relazione, i pazienti rivelano che, accanto a quella con famigliari, medici e personale curante la relazione spirituale è determinante per la costituzione di un ambiente che vede il 92,8% dei pazienti - selezionati casualmente - ha dichiarato di "avere una qualche forma di fede religiosa", ma una percentuale molto alta, più del 60%, dichiara di "pregare per gli altri pazienti", segno che - come evidenziano altre risposte al questionario strutturato - la dimensione della speranza in un contesto di cura è fortemente comunitaria.

O. G.

Aria inquinata uccide più dell'Aids e della malaria

L'inquinamento dell'aria uccide più dell'Aids e della malaria. È quanto emerge da un recente studio americano pubblicato nella rivista Environmental Science and Technology. Secondo i dati, comparati con quelli dell'Oms, le vittime da inquinamento sono state, nel 2010, 3,2 milioni. Rispetto a 1,5 milioni e 1,2 milioni di persone morte per Aids e malaria. I ricercatori sono giunti a questi risultati analizzando, tramite un software, il rapporto tra particelle fini (quelle dal diametro inferiore a 2,5 µm che si trovano nei gas di scarico e industriali) e la demografia mondiale. Stimando, inoltre, che se venissero rispettate le raccomandazioni dell'organizzazione mondiale della sanità, secondo le quali non vanno superati i 10 microgrammi di particelle fini per litro d'aria, 750.000 decessi l'anno potrebbero essere evitati. Si può definire l'inquinamento atmosferico come la presenza nell'atmosfera di sostanze che causano un effetto misurabile sull'essere umano, sugli animali, sulla vegetazione o sui diversi materiali; queste sostanze di solito non sono presenti nella normale composizione dell'aria, oppure lo sono ad un livello di concentrazione inferiore. Gli inquinanti vengono solitamente distinti in due gruppi principali: quelli di origine antropica, cioè prodotti dall'uomo, e quelli naturali. I contaminanti atmosferici, possono anche essere classificati in primari cioè liberati nell'ambiente come tali (come ad esempio il biossido di zolfo ed il monossido di azoto) e secondari (come l'ozono) che si formano successivamente in atmosfera attraverso reazioni chimico-fisiche.

L'inquinamento causato da queste sostanze negli ambienti aperti viene definito esterno, mentre l'inquinamento nei luoghi confinati, come gli edifici, viene indicato come inquinamento interno. Finora sono stati catalogati circa 3.000 contaminanti dell'aria, prodotti per lo più dalle attività umane con i vari processi industriali, con l'utilizzo dei mezzi di trasporto o in altre circostanze. Le modalità di produzione e di liberazione dei vari inquinanti sono estremamente varie, allo stesso modo sono moltissime le variabili che possono intervenire nella loro diffusione in atmosfera.

L. S.

DA BRACCIALETTI A OROLOGI ELETTRONICI A LENTI A CONTATTO INTELLIGENTI Tecnologie in aiuto ai giocatori patologici

Tecnologie in aiuto ai giocatori patologici. Braccialetti e orologi elettronici, cerni con microchip, e si potrà arrivare perfino a lenti a contatto intelligenti, sempre dotate di chip. Tutti strumenti in grado di rilevare alterazioni fisiche per lanciare l'allarme e avvertire chi è stregato dal gioco che è ora di fermarsi. Aiutandolo così a controllarsi. Sono le soluzioni innovative allo studio dei ricercatori italiani delle università di Pavia e Trento che le stanno sperimentando con l'obiettivo finale di arrivare a dotare di sistemi di controllo le persone che vogliono uscire dalla spirale del gioco patologico. «Oggi -

spiega Gabriele Zanardi del Dipartimento di sanità pubblica, medicina sperimentale e forense dell'università di Pavia - esistono già strumenti che vengono utilizzati come sensori fisiologici, utilizzando diverse modalità: riflesso di conduttanza cutanea, frequenza cardiaca e pressione». Sono strumenti che possono intercettare le alterazioni fisiologiche riconosciute quali segnali di cambiamenti emozionali. Come accade anche nel gioco. «Le università di Pavia e di Trento hanno avviato una base di ricerca per applicare queste conoscenze al gioco patologico», dice Zanardi. In questa fase si sta valutando il metodo su

volontari in laboratorio «per capire se i sensori rilevano davvero quello che vogliamo». L'obiettivo finale è arrivare a dotare le persone di strumenti "discreti" che lanciano un segnale d'allarme ad una app, in caso di alterazioni emozionali del giocatore. L'idea, in questo caso, è interrompere l'emozione del gioco. «Una volta partito l'allarme, il telefonino - aggiunge Zanardi - chiama il giocatore ponendo una serie di domande (cosa succede? Da quanto tempo giochi? ecc)». Questo può essere un importante aiuto per bloccare il comportamento negativo», dice Zanardi.

L. S.

PHARMEVOLUTION, LA CONVENTION-EVENTO DAL 9 ALL'11 OTTOBRE AL CENTRO ETNAFIERE DI BELPASSO

I farmacisti in campo per il sociale un progetto etico per le fasce deboli

PharmEvolution, la convention-evento della farmaceutica, scende in campo per il sociale con un contest che vedrà protagonisti i farmacisti di tutta Italia. Dal banco ai social: i farmacisti saranno chiamati a ideare e realizzare un progetto etico rivolto alle fasce più deboli della popolazione, anziani, disabili, bambini, donne in gravidanza.

I dieci migliori progetti verranno selezionati da una giuria di esperti e messi on line su www.pharmevolution.com, dove potranno essere votati dagli utenti con un clic, semplicemente collegandosi al sito della convention ed esprimendo la propria preferenza. I primi tre classificati, quali risulteranno dalla som-

maria tra preferenze on line e graduatoria della giuria, vinceranno una vacanza-soggiorno per due persone.

Il contest non è l'unica novità dell'edizione targata 2015, in programma il 9, 10 e 11 ottobre al Centro Etnafiere di Catania (Belpasso). Tre giorni di eventi, anziché due come in passato, per dare ancora più spazio a convegni, dibattiti e corsi Ecm sui temi di maggior interesse per la categoria e per consentire ai visitatori di avere più tempo per conoscere da vicino e apprezzare tutte le novità proposte nell'esclusiva area fieristica.

E proprio in quest'ottica si inserisce l'altra novità di PharmEvolution 2015, la "cardway", una tessera che

sarà consegnata all'ingresso in fiera a tutti i partecipanti e timbrata in ognuno degli stand visitati. Chi porterà alla reception la tessera con tutti i bollini degli espositori avrà diritto a un esclusivo omaggio.

"Dopo il successo dello scorso anno, con migliaia di presenze nei due giorni della convention - afferma il presidente di Federfarma Catania e vicepresidente di Federfarma Nazionale Gioacchino Nicolosi - abbiamo deciso di fare un salto ulteriore con tre giorni di eventi e un forte investimento sui social. Il contest "PharmEvolution x il sociale" punta a far emergere le migliori energie dei colleghi che, da Bolzano a Siracusa, potranno mettersi in gioco con un progetto etico da realizzare nella

loro farmacia. Un po' come fanno quotidianamente erogando sempre più servizi ai cittadini, anche se stavolta ad animarli sarà non solo lo spirito di dedizione ma anche un pizzico di sana competitività".

"PharmEvolution x il sociale" prenderà il via a luglio in una sorta di percorso di avvicinamento alla convention, fino ad agosto i farmacisti potranno iscriversi al contest (il regolamento completo è sul sito www.pharmevolution.com) e presentare i loro progetti. La giuria ne selezionerà dieci che verranno messi on line per tutto il mese di settembre e votati dagli utenti. La cerimonia di premiazione si terrà nella giornata conclusiva di PharmEvolution.

FRANCESCO MIDOLO



ANNAROSA RACCA E GIOACCHINO NICOLISI



SCOPERTA LA VIA PER SOFFOCARE I TUMORI

RICERCATORE ITALIANO NEGLI USA: «COLPIAMO SOLO LE CELLULE MALATE» Scoperta la via per "soffocare" i tumori

MONICA NARDONE

«Soffocare» le cellule del tumore per distruggerle una ad una, colpendo esclusivamente le cellule malate: è possibile grazie a una proteina considerata finora «intoccabile». È sufficiente dimezzare la produzione della proteina, che è vitale per le cellule malate, per attivare la proliferazione dei radicali liberi, che finiscono per distruggerle. La scoperta, condotta sui topi, potrebbe aprire la strada a nuove cure. Pubblicata sulla rivista Cell, si deve al gruppo di ricerca coordinato dall'italiano Davide Ruggero, dell'università della California a San Francisco.

La proteina, chiamata eIF4E, è un ingranaggio impor-

ante delle macchine (i ribosomi) che all'interno delle cellule sane costruisce le proteine. «Per questo suo ruolo, pensavamo fosse intoccabile», ha detto Ruggero. Dal momento che precedenti ricerche hanno dimostrato che eIF4E è presente a livelli elevati nelle cellule tumorali e in qualche modo alimenta la loro crescita, i ricercatori hanno deciso di colpirla per vedere che succede. Hanno così ottenuto topi modificati geneticamente in modo da ridurre del 50% la produzione di questa proteina nelle cellule. In questo modo si riesce a bloccare la proliferazione delle cellule malate senza danneggiare quelle sane. L'esperimento è stato condotto anche su cellule umane coltivate in laboratorio e la strategia si è rivelata efficace, ha spiegato Ruggero, per molte forme di tu-

more, come quelli di polmone, prostata, cervello e alcuni linfomi. «Il nostro primo pensiero - ha osservato - è stato: non è possibile, e siamo stati molto meticolosi nel controllo e nella verifica dei risultati». Secondo gli autori, le cellule del tumore arruolano la proteina eIF4E per produrre grandi quantità di antiossidanti che tengono sotto controllo il livello di radicali liberi, molecole tossiche che si accumulano quando le cellule sono sotto stress. Se la proteina viene dimezzata, i radicali liberi proliferano nelle cellule del cancro intossicandole e uccidendole. Scoperto questo tallone d'Achille dei tumori, l'idea, ha osservato Ruggero, è mettere a punto terapie per bloccare la malattia, che colpiscono la proteina, senza intaccare le cellule sane.

[SANITÀ]



Bpco, patologia diffusa ma poco riconosciuta

Entro il 2020 sarà la terza causa di morte a livello mondiale. Oggi affligge circa 4,5 milioni di italiani

SALVO GANCI

Promuovere un confronto e un dibattito con i pazienti, la comunità medico-scientifica, gli operatori sanitari e le Istituzioni, finalizzato all'ottimizzazione dei percorsi di diagnosi e terapia delle malattie respiratorie e in particolare della Bpco - Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva, per trovare le strategie più idonee a migliorare la qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari, riducendo anche l'impatto socio-economico. Questo, in sintesi, ciò che si prefiggono gli esperti in particolare per la Bpco che secondo il Who sarà la terza causa di morte a livello mondiale entro il 2020, e che attualmente affligge in Italia circa 4,5 milioni di persone.

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva è una delle principali cause di mortalità e invalidità nel mondo con significative ripercussioni fisiche ed emotive per chi ne soffre. I suoi sintomi comprendono tosse, esecrato e dispnea sotto sforzo. Con il progredire della malattia, la funzionalità respiratoria diminuisce e lo svolgimento di attività fisiche può subire conseguenti gravi limitazioni, che impediscono ai pazienti di condurre una vita piena, lo svolgimento delle attività quotidiane e la partecipazione alle normali attività familiari e sociali.

Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) ci sono 70 milioni di persone che convivono con la Bpco, ed è probabile che questo dato sia sottostimato, in quanto la patologia, spesso, non è riconosciuta come tale e quindi non diagnosticata.

«Per la Bpco, da un lato è importante sensibilizzare l'opinione pubblica nei confronti delle sofferenze dei pazienti e dei loro familiari, perché ottengano il giusto riconoscimento e ricevano una maggiore solidarietà sociale - dice Francesco Tempesta, presidente dell'Associazione Italiana Pazienti Bpco Onlus - dall'altro, è essenziale proporre nuovi schemi di gestione della malattia al fine di garantire la continuità assistenziale, mettendo al centro della cura il paziente e integrando le competenze tra medicina di base e specialistica. E', tuttavia, fondamentale che in questo percorso tutte le parti interessate siano unite e collaborino per far sì che il pa-

ziente possa vivere meglio la propria condizione».

Da qui l'iniziativa di proporre un Audit per far emergere e portare alla luce le principali criticità che si trovano ad affrontare quotidianamente i pazienti con Bpco, per trovare insieme una soluzione.

«Tra le più importanti - prosegue Rosanna Franchi, Segretario dell'Associazione - vorrei ricordare il mancato riconoscimento della Bpco come malattia cronica ed invalidante. Altro problema sono le liste d'attesa per effettuare esami diagnostici o interventi chirurgici, che rallenta la frequenza dei controlli e causa un allungamento dei tempi di diagnosi e inizio della terapia».

In Italia, inoltre, esistono evidenti disomogeneità a livello regionale per quanto riguarda la continuità assistenziale, come interventi di riabilitazione e assistenza domiciliare.

«Non dimentichiamo, poi, che chi soffre di Bp-

I sintomi: tosse, esecrato e dispnea sotto sforzo. Con il progredire della malattia la funzionalità respiratoria diminuisce e lo svolgimento di attività fisiche può subire gravi limitazioni. Non è escluso tra l'altro che si sviluppino ansia, frustrazione, senso di isolamento e depressione. Un ulteriore problema: le comorbilità

co, può sviluppare timori, ansia, frustrazione, senso di isolamento e depressione - aggiunge Fausta Franchi, vicepresidente della Onlus - per questo noi stimoliamo i pazienti a uscire di casa, a muoversi e non restare soli. Ma ciò diventa difficile per chi, ad esempio, deve ricorrere a una ossigenoterapia continuativa, in quanto non esiste la possibilità di ricaricare le bombole portatili che hanno un'autonomia di poche ore e che sono caratterizzate da attacchi non omologati tra lo stroller e la bombola. Allo stesso tempo è assai complicato muoversi con mezzi di trasporto come treni o aerei».

Un'ulteriore problematica della Bpco è rappresentata dalle comorbilità, ossia dall'associazione con altre condizioni patologiche croniche, soprattutto di tipo cardiovascolare e metabolico.

«Da uno studio pubblicato sulla rivista Multidisciplinary Respiratory Medicine - afferma il prof. Claudio Sanguinetti - sull'incidenza delle comorbilità nella Bpco nell'ambito di alcuni ospedali romani, si è visto che in oltre il 90% dei pazienti esiste sempre un'altra patologia associata, prevalentemente nell'ambito cardiovascolare (aritmie, ipertensione, cardiopatia ischemica) o metabolico (diabete di tipo II o obesità), oltre ad alterazioni muscolo-scheletriche (osteoporosi). In questo contesto il tema della sicurezza dei farmaci ha un ruolo fondamentale e a questo proposito una parola importante arriva da Tio-

spirTM, uno studio pubblicato sul New England Journal of Medicine sul tiotropio bromuro, il capostipite dei broncodilatatori anticolinergici a lunga durata di azione, condotto su oltre 17.000 pazienti, anche cardiopatici - continua Sanguinetti - che ne ha confermato il positivo profilo di efficacia e sicurezza».

Nello studio della patogenesi della Bpco, un'attenzione crescente è stata riservata, negli ultimi anni, al ruolo dello stress ossidativo, una delle principali cause dell'invecchiamento cellulare. Questo consiste in un disequilibrio, dovuto alla disfunzione dei meccanismi antiossidanti di difesa, fra la produzione e l'eliminazione proprio delle specie chimiche ossidanti. In sostanza, quando l'organismo non riesce più a riequilibrare l'azione di ossidanti esogeni - come fumo di sigaretta e inquinanti ambientali - ma anche endogeni - come i sottoprodotti della respirazione cellulare - s'innescano conseguenze fisiopatologiche macroscopiche nell'area delle patologie bronco-polmonari.

E' assai importante che la Bpco sia gestita in modo multidisciplinare, creando una stretta relazione tra pneumologo, cardiologo, dietologo, oltre a un supporto psicologico, in quanto si è visto che un'alta percentuale di pazienti manifesta anche sindromi depressive.

Per migliorare la qualità vita di chi soffre di Bpco è importante che la diagnosi e l'intervento con farmaci adeguati siano precoci. Per questo diventa fondamentale attivare un processo costante di informazione nei confronti dei pazienti, affinché prendano consapevolezza della propria malattia e delle cause, modificando anche il proprio stile di vita, come l'eliminazione di una delle principali cause, quali il fumo. I pazienti con Bpco possono trarre beneficio, inoltre, da programmi di allenamento all'esercizio fisico.

Per quanto riguarda i trattamenti farmacologici, devono essere prescritti in base alle necessità del singolo paziente. Tra questi ricordiamo broncodilatatori, corticosteroidi inalatori o inibitori della fosfodiesterasi 4. La terapia di gestione con broncodilatatori a lunga durata d'azione, farmaci in grado anche di ridurre il rischio delle riacutizzazioni, è consigliata nella Bpco di grado da moderato a grave.



TEMPI RIDOTTI PER LE VISITE AMBULATORIALI, APERTURA DEL DAY SERVICE, TRATTAMENTI INNOVATIVI

Scleroderma Unit, nuova frontiera è in arrivo un presidio al Garibaldi

L'ampia casistica inerente la sclerosi sistemica, rilevata nel tempo tra le attività dell'unità operativa di Reumatologia dell'Arnas Garibaldi, appare come il presupposto fondamentale per la nascita di una Scleroderma Unit in grado di garantire tutte le prestazioni e le cure necessarie per il paziente, secondo uno schema già ampiamente collaudato a livello nazionale e supportato anche dal Gruppo Italiano per la Lotta alla Scleroderma, a cui anche l'Arnas Garibaldi affeziona con le proprie strutture e le proprie professionalità.

Il Gils, da anni impegnato a supportare pazienti affetti da sclerosi sistemica e scleroderma, si propone di sensibilizzare l'opinione pubblica e le istituzioni, puntando soprattutto sull'informazione per una diagnosi precoce e

favorendo la formazione di personale sanitario specificamente qualificato. La scleroderma è una malattia autoimmune sistemica caratterizzata da alterazioni del microcircolo, attivazione del sistema immunitario, fibrosi della pelle e degli organi interni. Si tratta di una malattia rara, progressiva, con elevata morbilità e mortalità, che richiede un'elevata competenza nella gestione delle complicanze.

Per quanto non esista una terapia univoca e definitiva, attraverso l'accesso a strutture appositamente dedicate di alta specializzazione e con un approccio multidisciplinare, può comunque essere ottenuto un miglioramento nella qualità di vita del malato.

L'idea di un presidio medico-infermieristico ultraspecialistico per la diagnosi e la cura della sclerosi sistemica,

quindi, potrà rivelarsi la giusta soluzione per migliorare l'assistenza al paziente nella sua completezza, favorendo i percorsi di cura e di diagnosi tramite la costituzione di un network specialistico capace di ottimizzare la prevenzione e il trattamento delle complicanze della malattia.

Inoltre, la cosiddetta Scleroderma Unit offrirà al paziente la possibilità di partecipare a studi clinici per incrementare le conoscenze sulla malattia da parte della comunità scientifica, avendo accesso a trattamenti particolarmente innovativi. I servizi erogabili nella nuova struttura spazieranno dalle visite ambulatoriali, su specifica richiesta e con tempi assai ridotti, alla possibilità di effettuare tutti gli accertamenti necessari per una diagnosi precoce, anche attraverso l'apertura di attività di

day service. Peraltro, un importante punto di riferimento diventerà il Day Hospital per l'infusione delle medicine, laddove si richiede una somministrazione continuata per periodi prolungati o relativa a farmaci immunosoppressori e chemioterapici necessari al trattamento dell'impegno sistemico della scleroderma.

Molto importante diventerà la presenza di un servizio ecografico dell'apparato articolare nonché la possibilità di infondere prodotti biotecnologici per la eventuale degenerazione degli organi. Nondimeno, nell'ambito della multidisciplinarietà delle attività relative, oltre alla collaborazione con le strutture specialistiche interne all'azienda, sarà di grande rilevanza anche quella con i centri reumatologici e immunologici regionali. La Scleroderma Unit sarà



G. SANTONOCITO, DG ARNAS GARIBALDI E E. BATTAGLIA, DIRETTORE UO DI REUMATOLOGIA

operante, all'interno dell'Arnas Garibaldi di Catania, sotto la supervisione e la responsabilità della dott. ssa Elisabetta Battaglia, nell'ambito di una collaborazione continua con il Gils, sia sulle specifiche attività ambulatoriali sia su quelle di promozione dei servizi. La nascita di una realtà appositamente dedicata al trattamento di tali patologie

è senz'altro motivo di orgoglio per il direttore generale dell'Azienda, Giorgio Santonocito, che vede nell'avviamento della Scleroderma Unit un'immane occasione di sviluppo nella pratica terapeutica, nella formazione del personale medico e nell'evoluzione della ricerca scientifica.

P. C.

AL GARIBALDI NESIMA DUE GIORNI DI APPROFONDIMENTO SULLE TECNICHE DI BASE

La chirurgia laparoscopica ginecologica

PIERANGELA CANNONE

Due giornate di chirurgia laparoscopica per le tecniche di base del trattamento delle patologie benigne uterine e annessiali, organizzate dall'unità operativa di Ostetricia e Ginecologia del Garibaldi-Nesima, diretta dal prof. Giuseppe Ettore, in collaborazione con l'Università cattolica del Sacro cuore di Roma, rappresentata dal prof. Giovanni Scambia, coinvolgeranno, da domani a martedì, 12 operatori sanitari tra ginecologi e strumentisti di sala operatoria. Tra gli obiettivi del corso la necessità di fornire gli skills di base per un'ottimale conoscenza della pratica chirurgica laparoscopica e dei relativi devices endoscopi-

ci a oggi in uso, anche tramite una partecipazione attiva in sala operatoria. L'evento prevede una parte teorica interattiva in cui verranno illustrate le basi anatomiche necessarie a un ottimale approccio chirurgico, le indicazioni al trattamento laparoscopico per mezzo di differenti tecniche, nonché i vantaggi dei nuovi devices che utilizzano elettrochirurgia a energia combinata, a cui farà seguito una seconda parte dedicata alla pratica di live surgery in sala operatoria. Grazie a una full immersion, i corsisti potranno assistere agli interventi e interagire con gli operatori al fine di migliorare i propri skills chirurgici e le conoscenze dei fondamenti dello strumentario. La provenienza dei Faculty chiamati a intervenire, cui sono affidati i contenuti del

corso, rileva l'alta specializzazione siciliana nel settore, dove emerge in particolare la competenza e la professionalità del dipartimento materno-infantile del Garibaldi-Nesima, sottolineata dalla presenza di Mara Blanco, Francesco Cannone, Michele La Greca, Emanuele Russo e Antonio Siscaro, ginecologi operanti al fianco del prof. Giuseppe Ettore all'interno dell'Arnas Garibaldi di Catania, azienda ospedaliera diretta da Giorgio Santonocito, che sarà presente all'apertura dei lavori. Al termine del percorso formativo verranno selezionati due operatori che accederanno a un corso intensivo di una settimana al mese per tre mesi, con la possibilità di eseguire le tecniche laparoscopiche apprese.



GIUSEPPE ETTORE, DIRETTORE DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE DELL'ARNAS GARIBALDI



[CARDIOLOGIA]

Colesterolo, acerrimo nemico

Per il bene di cuore e vasi è essenziale non sospendere le farmacologiche adeguate

ANGELO TORRISI

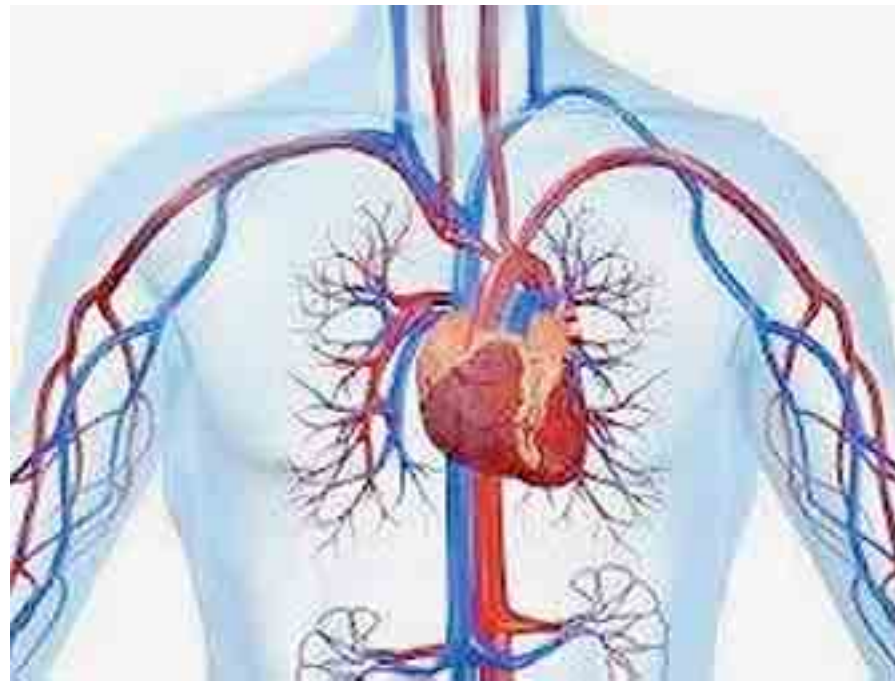
Agli italiani fa più paura l'idea di avere il primo infarto che la concreta possibilità di averne un secondo. È la malattia dei paradossi. Diminuiscono le morti in ospedale ma aumentano quelle a un anno dalla dimissione, perché spesso i pazienti interrompono le terapie anche a causa degli effetti collaterali. Perché aumentano i decessi a un anno dall'evento cardiovascolare? Come migliorare la comunicazione medico-paziente? Come favorire l'aderenza terapeutica? Questi, assieme a molti altri gli interrogativi al centro di un congresso nazionale dell'Anmco e volti a approfondire le teorie già esposte dal presidente dell'Associazione dott. Gulizia nonché dai professori Claudio Rappazzi e Gaetano Maria De Ferrari.

Questa la premessa. In Italia negli ultimi 10 anni la mortalità intraospedaliera dell'infarto si è progressivamente ridotta dall'11,3% al 9% mentre le nuove ospedalizzazioni fatali dalla dimissione a 60 giorni sono aumentate dello 0,13% e quelle dalla dimissione a 1 anno dello 0,53%. Ebbene: viene da chiedersi, a questo punto se il paziente segua un percorso post ospedaliero sufficientemente virtuoso. Il percorso solitamente compiuto è a luci e ombre e un tallone d'Achille è sicuramente rappresentato dall'integrazione tra ospedale e territorio.

Una volta dimesso dall'ospedale, con la prescrizione terapeutica e qualche raccomandazione su come cambiare gli stili di vita, il paziente a casa si trova da solo e spesso non riesce a restare ben aderente agli obiettivi raccomandati, non allontanando quindi adeguatamente i fattori di rischio che sono stati causa dell'infarto o, ancor peggio, non seguendo correttamente la terapia assegnata.

Oggi sappiamo quale strada percorrere; abbiamo appreso cioè con ragionevole certezza che alla correzione degli stili di vita e all'aderenza alla terapia dobbiamo affiancare strumenti farmacologici in grado di abbattere la soglia di LDL. Possiamo affermare con certezza che non solo dobbiamo abbassare la soglia del colesterolo LDL, ma addirittura dobbiamo abbatterla sotto il limite di sicurezza di 70 mg/dL.

Un recente studio a largo raggio è stato compiuto



da un gruppo di scienziati su 18mila pazienti con l'utilizzo di una molecola nuova quale l'ezetimibe in associazione con la vecchia simvastatina e proprio questa strategia supportata da una piena aderenza e diligenza da parte del paziente ha ridotto del 48% il colesterolo cattivo, del 13% gli infarti miocardici acuti, del 21% gli ictus cerebrali e del 6,4% gli eventi cardiovascolari in genere.

Quello derivante da tale associazione già esistente è un beneficio di gran lunga più ampio di quello che si può ottenere con qualsiasi altra strategia e senza avere gli effetti indesiderati che si avrebbero con l'utilizzo di statine a alti dosaggi.

Essenziale è purtroppo dovere che compete al paziente di continuare - con la dovuta precisione posologica - il trattamento farmacologico che raggiunge i risultati sperati riducendo ai minimi termini il colesterolo Ldl che non a caso viene chiamato così. Specialmente nei soggetti a alto rischio. Perché sopravvivere a un evento cardiovascolare è già di per sé un evento. Ma passata la paura per molti cala l'attenzione e le terapie farmacologiche si "diluiscano", spesso addirittura s'interrompono. Niente di più errato.

LE NUOVE PROCEDURE

Riparazione valvolare, minima invasività

Piccolo, anzi 'minimo' è bello; questo il leitmotiv del 2015 per quanto riguarda la riparazione valvolare. Largo dunque a procedure come la TAVI, che viene impiegata negli Usa dal 2011, per riaprire valvole aortiche stenotiche di pazienti non operabili e dal 2012 per quelli ad elevato rischio; guadagna posizioni anche MitraClip, altra procedura trans catetere approvata in Italia dal 2013, per riparare mitrali 'slabbrate'. Tutti i pazienti sottoposti a queste procedure di riparazione valvolare mini-invasive vengono seguiti nel Registro STS/ACC TVT. L'esame dei dati di questo registro da parte

delle autorità sanitarie e degli esperti cardiologi potrebbe portare, già dal prossimo anno, ad un ampliamento delle indicazioni. E intanto si stanno per affacciare sul mercato altri device per riparare 'in punta di piedi' altre patologie cardiache. In tempi recenti, si è assistito a una graduale, ma sempre più rilevante tendenza a sostituire le tecniche chirurgiche tradizionali con procedure meno invasive e traumatiche, definite nel loro insieme come tecniche mininvasive, consistenti nell'inserimento nell'organismo, attraverso piccole incisioni cutanee, di strumenti chirurgici coi quali eseguire interven-

ti senza ricorrere a tecniche chirurgiche tradizionali. I vantaggi della chirurgia cardiaca minimamente invasiva sono molteplici: innanzitutto, permettendo di evitare l'apertura dello sterno e di limitare l'estensione delle incisioni cutanee, provocano un minore trauma, determinano una diminuzione delle complicanze post-operatorie, facilitano una più rapida ripresa dall'intervento, favoriscono una più precoce dimissione dall'ospedale e una più rapida convalescenza. Inoltre, la chirurgia mini invasiva consente di evitare antiestetiche cicatrici post-operatorie.

F. M.

NELLA MODERNA E ATTREZZATA STRUTTURA INTERVENTI A LIVELLO CORONARICO, VASCOLARE E CARDIACO

L'Hub and Spoke cardiologico ragusano una rete per battere l'infarto sul tempo

VALENTINA MACI

Virtualizzazione e capillarizzazione della rete ospedaliera ragusana, l'Hub and spoke ibleo modello regionale grazie al team del dott. Antonino Nicosia, responsabile della struttura complessa di Cardiologia di Ragusa. Un centro che ha la caratteristica principale di essere una cardiologia interventistica in cui vengono effettuati interventi a livello coronarico, vascolare e cardiaco.

"L'infarto - evidenzia il dott. Nicosia - è una patologia acuta dovuta all'occlusione di una coronaria, la sua apertura tempestiva significa salvare una vita, ma per farlo bisogna intervenire nel più breve tempo possibile. I sistemi sanitari più moderni hanno cercato di organizzare il territorio in modo da

consentire a tutti di raggiungere i centri che fanno le angioplastiche coronariche d'urgenza. Noi trattiamo l'infarto da dieci anni, quello che c'è di nuovo è che il 118 è stato attrezzato con elettrocardiografo».

«Quando il paziente ha un dolore toracico e chiama il 118 che si trovi a Ragusa, a Comiso, Modica o Vittoria - continua il dott. Nicosia - il 118 arriva dal paziente e fa l'elettrocardiogramma che viene trasmesso in tempo reale all'ospedale, noi vediamo subito se quel dolore corrisponde a un infarto, in quel caso il paziente viene subito trasferito subito alla sala operatoria saltando i passaggi intermedi rischiosi. È la perdita di tempo che fa perdere il cuore, l'infarto si batte sul tempo e la provincia di Ragusa è stata la prima ad applicare la rete dell'infarto che fun-

ziona già da due anni. Oggi riceviamo circa 100 tracciati al mese, 10-15 sono infarti che arrivano direttamente in sala operatoria».

«Adesso - continua - si stanno attrezzando anche le altre province siciliane sul modello che abbiamo creato noi. I sistemi di telemedicina sono stati installati su 80 ambulanze in tutta la Sicilia, l'hub and spoke però funziona a pieno regime solo a Ragusa, da alcuni mesi anche a Palermo e Trapani. Per quanto concerne l'organizzazione del reparto abbiamo un'ala dedicata al pronto soccorso e alle patologie croniche ma buona parte dell'attività di reparto è per le patologie acute».

Anche per quanto riguarda le nuove tecnologie d'intervento la cardiologia ragusana risulta tra i centri di spicco in Sicilia. «La cardiologia interventistica

è la branca della medicina che ha fatto i più grossi passi in avanti - dice il dott. Nicosia - perché si sono miniaturizzati i cateteri con tecniche endovascolari sempre più alla portata di tutti e grazie alle quali si possono effettuare molti interventi in anestesia locale. Noi le abbiamo sviluppate un po' tutte queste tecnologie. Grazie ai cateteri riusciamo a evitare anche amputazioni a tempo obbligatorie».

Un centro, quello del capoluogo ibleo, all'avanguardia anche per l'elettrofisiologia che permette con ablazioni di bloccare alcune aritmie anche nei pazienti più giovani. Il dott. Nicosia sarà il responsabile scientifico, il 25 e il 26 giugno, di una due giorni, che si terrà all'Hotel Villa Carlotta di Ragusa, sul "Rischio emorragico in cardiologia". «Il grande avanzamento della cardiologia



ANTONINO NICOSIA, RESPONSABILE STRUTTURA COMPLESSA DI CARDIOLOGIA DI RAGUSA

gia interventistica - sottolinea il dott. Nicosia - è andato di pari passo con il miglioramento delle terapie antiaggregante e anticoagulante cruciali per i pazienti che vengono trattati. Il rischio è che migliorato il rischio ischemico per il cuore i pazienti continuano a vivere un rischio emorragico. È il primo corso accreditato E. C. M., ideato su

questo tema per cercare di mettere cardiologi ed ematologi attorno ad un tavolo per discutere di vari casi clinici e vedere quali sono i pazienti che hanno il più alto rischio emorragico e con i quali dobbiamo stare più attenti».

Il congresso è patrocinato dall'Asp 7 e dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Vittorio Emanuele.



LE CURE ANTICANCRO PASSANO ANCHE DAL CUORE

LO STUDIO. RISULTATI MIGLIORI SE IL NOSTRO ORGANISMO MOTORE È SOTTO CONTROLLO

Le cure anticancro passano anche dal cuore

Le cure anticancro passano anche dal cuore e danno risultati migliori se il nostro organo motore è sotto controllo. Uno studio dell'Istituto europeo di oncologia e del Centro cardiologico Monzino di Milano conferma il ruolo chiave della cardiologia per aumentare l'efficacia delle terapie antitumorali. In particolare, i medici dei due Ircs hanno scoperto che la cardiotoxicità da antracicline - farmaci chemioterapici utilizzabili contro molti tumori del bambino e dell'adulto, in particolare neoplasie del seno e linfomi - non è irreversibile.

«Se la diagnosi è precoce e il trattamento cardiologico è tempestivo, è possibile ottenere un comple-

to recupero della funzione cardiaca», assicurano gli scienziati. «La cardiotoxicità da antracicline - ricorda Daniela Cardinale, direttore dell'Unità di cardiologia e primo autore del lavoro - è una temibile complicanza dei trattamenti antitumorali che può pesare negativamente sulla prognosi del paziente oncologico indipendentemente dal problema tumorale di base. Ancora oggi è considerata irreversibile perché ritenuta poco responsiva ai farmaci cardiologici». Una «convincenza arcaica» che la ricerca italiana mette in discussione.

Lo studio prospettico è durato 19 anni e ha coinvolto 2.625 pazienti trattati con antracicline. L'incidenza della cardiotoxicità è stata del 9% e si è evi-

denziata nella quasi totalità dei casi (98%) durante i primi 12 mesi dalla fine del trattamento antitumorale. Un attento monitoraggio della funzione cardiaca durante questo periodo ha consentito la diagnosi e il trattamento precoce della cardiopatia, permettendo di ottenere la normalizzazione della funzione cardiaca nella maggioranza dei casi (82%). «Questi risultati - continua Cardinale - mettono in discussione l'attuale classificazione che distingue la cardiotoxicità in precoce e tardiva, a seconda del tempo di insorgenza dei sintomi del decompensazione cardiaca: entro un anno o dopo un anno dalla fine della chemioterapia.

P. F. M.

[PSICHIATRIA]



Salute mentale, oggi meno di un bimbo su 4 può accedere alle cure

Aumentano le richieste, diminuisce il numero degli operatori

In Italia un quinto dei bambini e adolescenti soffre di problemi di salute mentale: dall'autismo all'epilessia, dalla depressione ai disturbi del linguaggio, dalla dislessia alla disabilità intellettiva, dalle paralisi cerebrali alle sindromi genetiche rare, dalle malattie neurodegenerative a quelle neuromuscolari e molte altre. Ma meno di un paziente su 4 riesce oggi ad accedere alla cura e alla riabilitazione di cui ha bisogno all'interno dei servizi pubblici di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza: non più di 600 mila utenti, su 3,6 milioni di giovanissimi colpiti.

Non solo: un paziente pediatrico su 3 non viene ricoverato per mancanza di letti e uno su 5 finisce in reparti psichiatrici per adulti. Nel nostro Paese gli inserimenti in comunità terapeutiche aumentano quindi del 16%, mentre risulta stabile la prescrizione di psicofarmaci. A livelli tra i più bassi d'Europa.

La fotografia scattata dall'8° Rapporto di monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, preoccupa la Sinpia (Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza): «Negli ultimi 10 anni il numero dei pazienti seguiti dai servizi dedicati è quasi raddoppiato, con un +5% di nuove richieste all'anno dal 2004 a oggi - avvertono gli esperti - mentre il numero degli operatori continua a diminuire (-10%). Il risultato è che ogni utente riceve sempre meno interventi e le famiglie devono ricorrere sempre di più al privato, con costi rilevanti che in tempi di crisi economica sono sempre meno in grado di so-

stenere». «Il Rapporto conferma quanto già diciamo da tempo», commenta Antonella Costantino, presidente Sinpia: «L'Italia ha buoni modelli, normative e linee di indirizzo, ma assai poco applicate e con ampie disuguaglianze interregionali. Lo stanziamento di risorse da parte delle Regioni continua a essere insufficiente per garantire alle Asl e ai Servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Npia) di diffondere e consolidare la necessaria rete di strutture territoriali, semiresidenziali, residenziali e di ricovero, che

Il grido d'allarme dei neuropsichiatri dell'infanzia

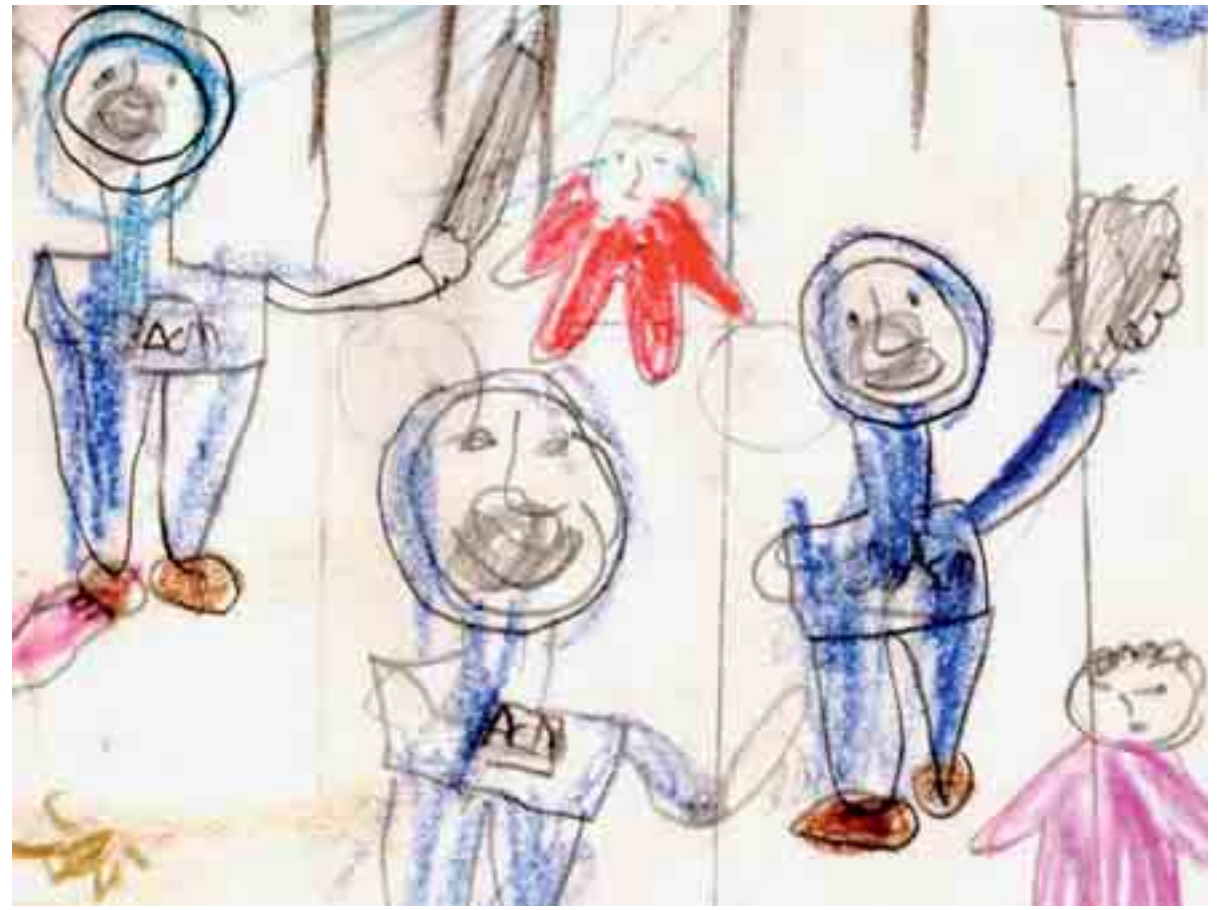
in alcuni ambiti appare addirittura in significativa diminuzione. Continuano a esserci regioni in cui mancano gli stessi servizi territoriali, o il personale è gravemente insufficiente o non sono previste tutte le figure multidisciplinari necessarie».

«Particolarmente critica è la situazione relativa ai posti letto di ricovero - rileva Bernardo dalla Bernardina, past president Sinpia - Oggi ci sono in Italia solo 325 posti letto di neuropsichiatria infantile, contro più di 5 mila di area pediatrica e altrettanti in psichiatria degli adulti. Otto regioni sono sprovviste di posti letto e solo un terzo dei ricoveri ordinari riesce ad avvenire in un reparto di neuropsichiatria

infantile. Gli altri avvengono in reparti non adatti, compresi quelli psichiatrici per adulti. Il Regolamento degli standard ospedalieri prevede che possa esserci un reparto di Npia ogni 2-4 milioni di abitanti, che in alcune regioni porterebbe al dimezzamento delle strutture complesse e del numero di letti attuali, con un grave peggioramento della situazione soprattutto per gli adolescenti con acuzie psichiatriche».

Gli specialisti evidenziano inoltre l'aumento degli inserimenti in strutture residenziali terapeutiche, «che spesso avvengono lontano dalla residenza dei ragazzi a causa della carenza di strutture, con lunghe attese e difficoltà nel reinserimento nel proprio territorio. Dal 2011 al 2013 la crescita è stata di oltre il 10% all'anno». Il problema è che «le criticità nelle possibilità di risposta dei servizi territoriali e di ricovero e la carenza di strutture diurne rischiano di rendere l'inserimento residenziale l'unica soluzione percorribile».

Per quanto riguarda la prescrizione di psicofarmaci a bambini e adolescenti, «non sempre utilizzati in modo appropriato a differenza che nel resto del mondo occidentale», sottolineano gli esperti, i dati più recenti evidenziano che nella Penisola non ci sono stati sostanziali cambiamenti negli ultimi anni. Gli ultimi dati sono riferiti al 2011, con una percentuale di prescrizioni nella popolazione 0-17 anni dell'1 per mille per gli antidepressivi, dello 0,7 per mille per gli antipsicotici e dello 0,2 per mille per i farmaci contro la sindrome da deficit dell'attenzione e



iperattività (Adhd).

«Le difficoltà di accesso e la frammentazione dei percorsi - aggiunge Maurizio Bonati, a capo del Dipartimento di salute pubblica dell'Irccs Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano - sono confermate anche dai dati del Registro lombardo per l'Adhd: per questo disturbo l'accesso ai centri di riferimento avviene solo per un utente su 4 che ne avrebbero necessità, e che soltanto una piccola parte degli utenti riesce poi a ricevere gli interventi terapeutici prescritti».

Spesso sottovalutata nei bambini, l'Adhd o sindrome da iperattività e deficit dell'attenzione è quasi ignorata negli adulti. Eppure non è una malattia solo pediatrica: colpisce dal 3 al 4,5% dei grandi, che solo in Italia significa almeno 2 milioni di pazienti stimati. Over 18, più maschi, che manifestano tutta la gamma dei sintomi tipici del disturbo - l'agitazione, l'ansia di sentirsi sempre sotto pressione, i

problemi di concentrazione, la difficoltà nel portare a termine i compiti affidati, l'incapacità di organizzarsi - uniti a pesanti ripercussioni personali e sociali. Perché il disagio che da ragazzini si esprime soprattutto a scuola, da adulti invade tutte le sfere della vita quotidiana. Il lavoro, la coppia, gli amici. Risultato: problemi economici, boom di divorzi, tendenza al suicidio e più rischio di incidenti, uso di droghe, reati. «L'Adhd nell'adulto rappresenta ancora oggi una sorta di cenerentola nell'ambito delle diagnosi psichiatriche», spiega il presidente della società italiana di psichiatria, Emilio Sacchetti. L'esperto rileva «da una parte la scarsa abitudine degli psichiatri a porre ex-novo questa diagnosi, dall'altra il mancato riconoscimento del disturbo da parte dei neuropsichiatri infantili al momento del suo esordio nella fanciullezza». Ma «tenendo conto che la diagnosi può essere effettuata in maniera agevole e della validità delle

opzioni terapeutiche a disposizione - avverte - è evidente che non prestare attenzione a questo disturbo si qualifica come una vera e propria negligenza medica».

Persone con difficoltà nel prestare e mantenere l'attenzione, o nell'ottemperare alle istruzioni. E ancora con la propensione a evitare impegni che richiedono uno sforzo mentale protratto, la facilità a distrarsi in presenza del minimo stimolo esterno, la sbadattaggine patologica, l'incapacità anche solo di stare seduto. Questo l'identikit dei Gianburrasca cresciuti. «Oltre a una storia di scarso rendimento scolastico - evidenziano gli psichiatri - presentano un eccesso di separazioni e divorzi, più elevate probabilità di difficoltà lavorative, più sfavorevoli condizioni socio-economiche e un maggior rischio di andare incontro sia a incidenti stradali sia a eventi traumatici in genere».

SA. GA.

ANDREA VENTIMIGLIA, DIRETTORE SANITARIO DELLA CASA DI CURA VILLA DEI GERANI, COMMENTA DUE RECENTI STUDI EPIDEMIOLOGICI

L'epidemiologia è un settore di ricerca importante in psichiatria e si basa molto sulla ricerca dei fattori sociali che determinano la prevalenza e l'incidenza della malattia mentale.

Due articoli di recente pubblicazione - afferma il dott. Andrea Ventimiglia, direttore sanitario della casa di cura Villa dei Gerani - su questo argomento appaiono interessanti.

Il primo studio è stato condotto in alcuni quartieri di Berlino a maggiore tasso di immigrazione e di povertà. Basso reddito, età avanzata, varietà etnica della comunità, appartenenza ad una minoranza sono i fattori di rischio identificati, ma già conosciuti, a cui si aggiunge la appartenenza a un background di migrazione quale fattore di rischio.

Gli autori della pubblicazione concludono che l'emigrazione in connessione con l'urbanizzazione aumenta la possibilità di effetti aggiuntivi o interattivi sui fattori di rischio conosciuti.

Un secondo recente studio epidemiologico è stato condotto in Cina, paese con caratteristiche socio-economiche e culturali notevolmente diverse dalla Germania.

La Cina nelle ultime decadi ha conosciuto uno sviluppo economico e un processo di urbanizzazione di livelli mai visti in precedenza. Nel 1990 il 26,4% dei suoi 1,1 miliardi di abitanti viveva nelle aree urbane, nel 2010 il 49,7% di 1,3 miliardi vive in aree urbane.

Nel 1990 vi erano 3 milioni di individui affetti da schizofrenia, il 27% dei quali nelle aree urbane, il che corrisponde alla percentuale degli abitanti le zone urbane. Nel 2010 il numero di persone affette è più che raddoppiato: 7 milioni. E la percentuale di malati provenienti dalle aree urbane è salita al 62%. Ben oltre la percentuale degli abitanti le città (50% circa).

Da notare dunque che all'inizio del processo di industrializzazione e di

Processi di urbanizzazione e migrazione fattori di rischio per la malattia mentale

urbanizzazione la prevalenza di schizofrenia era simile nelle aree rurali e nelle aree urbane ed uguale a quella di tutti i paesi a basso sviluppo economico, ove è sempre bassa. Le conclusioni a cui portano questi studi epidemiologici è che non è tanto il basso reddito importante fattore di rischio per la malattia mentale quanto i processi di urbanizzazione e migrazione. Processi che hanno effetti comparabili avvengano in Germania o in Cina.

Gli autori cinesi suggeriscono che lo stile di vita cittadino sia determinante nello sviluppo della malattia

mentale. Ma pare semplicistico parlare di "stile di vita", cose come modalità e tipo di lavoro, orari, ritmi di sonno e veglia, alimentazione, abbigliamento ecc.

Lo "stile di vita" per una persona migrante da altri paesi o dalle campagne significa spesso perdita della propria identità e conseguente disagio sociale e personale.

Il disagio cronico nell'ambiente in cui si vive si accompagna al disagio con se stessi e si fa malattia. I sintomi comuni a malattie quali schizofrenia, malattia maniaco-depressiva e depressione sono proprio quelli

che indicano maladattamento con l'ambiente e maladattamento con se stesso.

Il senso di sé oscilla tra il delirio di grandezza e l'odio di sé, fino alla completa perdita del sé. La cultura moderna, in cui si ritrovano le popolazioni rurali della Cina migrate nelle megalopoli o ai contadini turchi in Germania, ha tre elementi istitutivi: sistema aperto di stratificazione sociale, forma impersonale di governo, economia orientata verso una crescita economica continua.

Queste istituzioni si basano sul principio dell'eguaglianza. Poiché sia-

mo uguali, ciascuno ha il controllo del proprio destino, non può aspettarsi di sistemare le cose nell'aldilà, così come avveniva nelle società antiche ove a nessuno veniva chiesto "cosa vuoi fare da grande?", poiché uno era quello che era alla nascita. La cultura moderna vuole che ciascuno si sforzi di raggiungere uno stato sociale più alto perché siamo tutti uguali; ma ognuno vuole essere uguale a quelli che gli sono superiori. Questo rende la formazione dell'identità individuale problematica, più la società insiste sull'uguaglianza più offre scelte di possibili identità. Il senso d'identità è la conditio sine qua non per un adeguato funzionamento mentale, il suo malfunzionamento porta alla malattia mentale, ma la cultura moderna non può aiutare l'individuo ad acquisirne un senso chiaro, essa è in se stessa confusa.

L. S.



Nelle foto: a sinistra una immagine esterna della casa di cura Villa dei Gerani; sopra l'equipe di Villa dei Gerani

Enti accreditati rilasciano la "certificazione" valida in campo nazionale ed internazionale.

La Casa di Cura è circondata da un ampio spazio di verde privato, ben curato ed alberato, e la qualità dei servizi offerti è garantita dalla esistenza di un "Sistema Qualità" rispondente alle linee guida ed alle prescrizioni della norma ISO 9001, in base alle quali gli

VILLA DEI GERANI

Struttura accreditata per le malattie neurologiche e psichiatriche

La Casa di Cura "Villa dei Gerani", della Carmide srl, è una struttura accreditata col Servizio Sanitario Regionale per la riabilitazione post-acute neurologica, neuromotoria, e neuropsichiatrica, dotata di 45 posti letto di cui 5 per Day Hospital. L'immobile dove svolge la sua attività, sito in Catania alla Zona Industriale 8ª strada, è stato, nei primi anni '90, profondamente ristrutturato per adeguarlo alle moderne esigenze della cura delle malattie neurologiche e psichiatriche. Dal 1994 la Direzione sanitaria della Casa di Cura è stata assunta da Dott. Andrea Ventimiglia. Nel 2002, l'organizzazione dei reparti è stata modificata aggiungendo, alle esistenti unità operative di neurologia e neuropsichiatria, una unità di riabilitazione; successivamente, nel maggio 2010 la Casa di cura modificava ulteriormente l'organizzazione dei propri reparti per assumere l'attuale conformazione ad indirizzo interamente riabilitativo.

La Casa di Cura è circondata da un ampio spazio di verde privato, ben curato ed alberato, e la qualità dei servizi offerti è garantita dalla esistenza di un "Sistema Qualità" rispondente alle linee guida ed alle prescrizioni della norma ISO 9001, in base alle quali gli



[NEUROLOGIA]

Il tumore encefalico in età pediatrica

Sempre più casi vengono individuati in fase precoce, modificando le possibilità di cura e di sopravvivenza

GIUSEPPE PETRALIA

Il tumore encefalico nel bambino rappresenta una problematica di particolare rilievo considerato che la sua incidenza è seconda solo alle leucemie ed inoltre rappresenta la prima causa di morte per tumore nell'età evolutiva, come riferiscono i dati statistici forniti dal ministero della Salute. Secondo questi dati circa cinque bambini su centomila si ammalano ogni anno di tumore encefalico e la loro prognosi risente notevolmente della precocità di diagnosi e dei trattamenti chirurgici ed oncologici. Il 20% dei tumori che colpiscono l'età pediatrica ha origine nel sistema nervoso centrale. L'incidenza di questi tumori sembra aumentata negli ultimi anni, in parte per il miglioramento delle tecniche diagnostiche che oggi permettono di individuare un maggior numero di casi in fase sempre più precoce, aumentando quindi le possibilità di cura. Lo sviluppo delle metodiche diagnostiche di neuro immagini, quali la Risonanza Magnetica e le tecniche chirurgiche e dei trattamenti oncologici e radioterapici, ha significativamente modificato la prospettiva di guarigione e di sopravvivenza rispetto al recente passato.

Un ruolo chiave nel diagnosticare, in tempi brevi, il tumore spetta al pediatra a cui è affidato il compito del primo sospetto dell'insorgere della patologia e di indirizzarlo verso gli specialisti che programmeranno il percorso dell'iter diagnostico e terapeutico.

Come in tutte le malattie la prevenzione può portare alla diagnosi precoce che serve ad aiutare i sanitari ad intervenire e a scongiurare l'evolversi della malattia che può causare forme invalidanti o addirittura la morte del piccolo paziente.

Il prof. Giovanni Nicoletti, da dieci anni direttore della Struttura Complessa di Neurochirurgia dell'Arnas Garibaldi di Catania, presso il presidio ospedaliero di Nesima, ha al suo attivo circa 4.000 interventi neurochirurgici cranio-encefalici e spinali e 150 pubblicazioni scientifiche in riviste neurochirurgiche nazionali ed internazionali, come quella di

particolare interesse che descrive l'ideazione e la realizzazione di una sua personale tecnica microchirurgica per l'asportazione delle ernie discali lombari, che ha meritato la pubblicazione nel 2005 nella prestigiosa rivista statunitense "The Surgical Neurology". Su questo argomento il prof. Nicoletti ci ha dato risposte decisamente esaurienti.

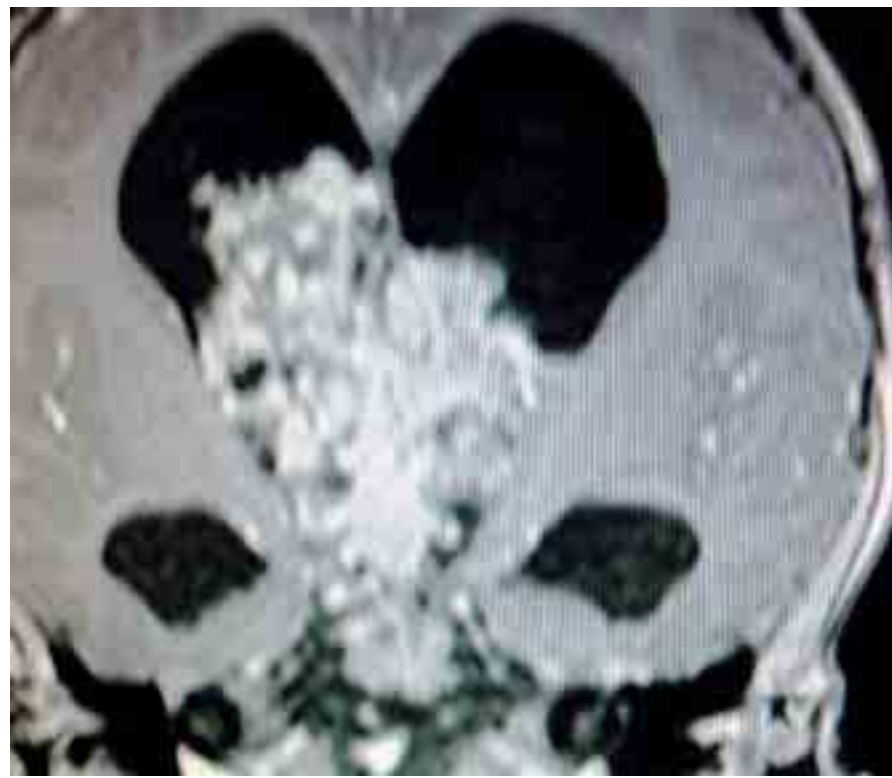
Quali tipi di tumori pediatrici si conoscono?

«Vi sono diversi tipi di tumori encefalici pediatrici, distinti in base al tipo istologico, cioè al tipo di tessuto che li compone, e alla localizzazione, cioè alla sede in cui si sviluppano. Un tumore viene detto primitivo se ha origine, primariamente, in un dato organo, oppure metastatico se invece proviene da un altro organo per disseminazione di cellule tumorali qui insorte».

«I tumori primitivi encefalici dell'età pediatrica



IL PROF. GIOVANNI NICOLETTI



trica più frequenti sono i gliomi (del cervelletto, del tronco encefalico e dei nervi ottici), i tumori della ghiandola pineale, i craniofaringiomi peratomi e medulloblastomi. Quest'ultimi rappresentano il 15 per cento di tutti i tumori pediatrici».

«Nel primo anno di vita il 90 per cento dei tumori encefalici sono di origine neuro ectodermica ed il più comune fra questi è il peratoma. Molti di questi tumori non vengono diagnosticati sino a quando non raggiungono un volume notevole e ciò è dovuto all'elasticità del cranio del neonato e alla capacità di adattabilità che caratterizza il sistema nervoso nei primi anni di vita».

Quali sono i sintomi che si manifestano per questo tipo di tumori?

«I segni ed i sintomi con cui inizialmente si manifestano possono essere molto vari e talora difficili da interpretare. La cefalea con nausea e vomito, i sintomi frequenti della neoplasia, sono spesso presenti in malattie molto più comuni quali una gastroenterite o un'emisferia infantile; un "banale" torcicollo, disturbi della deambulazione, della vista, disfunzioni endocrine o episodi convulsivi». «Questi non devono mai essere sottovalutati, così come l'aumento del volume del cranio, una spiccata irritabilità o, per contro, una letargia. In presenza di tali sintomi, il passo successivo è quello di sottoporre il bambino ad uno studio di neuroimmagini, e la Risonanza Magnetica rappresenta certamente la metodica più affidabile nella diagnostica strumentale, essendo tuttavia ancora incapace di definire con precisione la natura della neoplasia, compito assegnato esclusivamente all'anatomopatologo dopo una biopsia o la resezione della neoplasia».

«E' quest'ultimo accertamento che identificherà la precisa natura del tumore nell'ampio spettro possibile che va da neoplasie assolutamente benigne sino a quelle ad altissimo grado di malignità. Dopo questi accertamenti spetta al neurochirurgo intervenire e programmare il tempo di intervento chirurgico da mettere in atto per offrire al bambino una possibilità di guarigione».

Qual è la tecnica chirurgica che viene messa in

atto per questo tipo di tumore?

«L'intervento chirurgico ha come obiettivo l'asportazione completa della neoplasia nell'assoluto rispetto delle strutture encefaliche normali. Ma tale obiettivo non è sempre realizzabile e neanche per quelle neoplasie benigne la cui sede nell'encefalo è "critica" ed obbliga a resezioni parziali o solo biopsie, onde evitare danneggiamento di strutture vitali o di notevolissima importanza neurologica».

«L'Ospedale Garibaldi Nesima di Catania, grazie alla formidabile collaborazione sviluppata nell'ultimo decennio tra le diverse équipe, quali quella dei neurochirurghi, sotto la mia direzione, di quella degli anestesisti, diretta da Giuseppe Pappalardo e di quella dei medici della Rianimazione Pediatrica, diretta da Giuseppe Ferlazzo, offre oggi all'utenza un servizio difficilmente eguagliabile nel trattamento delle neoplasie encefaliche in età pediatrica così come nell'adulto».

«La disponibilità di studi con la Risonanza Magnetica, ma anche con la spettroscopia e la trattografia, il formidabile "arsenale interventistico" della sala operatoria di Neurochirurgia, con disponibilità di microscopi operatori di ultima generazione, neuronavigatori, aspiratori ad ultrasuoni, sistemi di monitoraggio "elettrico" del sistema nervoso, hanno consentito di ottenere eccezionali risultati chirurgici anche in neoplasie di elevatissima difficoltà tecnica».

«Il limite purtroppo è ancora quello delle neoplasie ad alta malignità nelle quali anche l'asportazione completa della malattia ed i trattamenti oncologici successivi, non riescono a modificare significativamente il destino del bambino».

Allo stato attuale quali speranze ci sono per la cura di queste patologie?

«Allo stato dell'arte per questi tumori le speranze della terapia sono sostanzialmente riposte nella ricerca genetica e farmacologica che ha l'obiettivo di elaborare strategie che possano agire con efficacia su quelle cellule "poco differenziate" che resistono dopo l'intervento ai trattamenti chemioterapici o radianti e sono in grado di determinare la ricomparsa della malattia anche a breve termine».

IL DOTT. EMANUELE CAGGIA, RESPONSABILE DELL'UO DELL'OSPEDALE SINTETIZZA I CAMBIAMENTI IN ATTO

La "Neurologia 3.0" approda a Ragusa tecnologie avanzate e diagnosi accurate

La Neurologia 3.0 parla ragusano. «Le neuroscienze si rinnovano attraverso i continui avanzamenti tecnologici, che permettono una maggiore accuratezza diagnostica, ma non si può prescindere dalla ricerca dei segni clinici che ci permettono di localizzare la lesione». Così il dott. Emanuele Caggia, neurologo e responsabile dell'Unità Operativa Semplice di Neurologia di Ragusa, coordinatore regionale uscente della Società di Neuroscienze Ospedaliere, sintetizza i cambiamenti in atto in campo neurologico.

Quali sono le più frequenti patologie neurologiche?

«Dobbiamo fare una netta distinzione tra patologie acute e croniche. Nel primo caso sicuramente l'ictus,

che costituisce la terza causa di morte, ma la prima di invalidità. Oggi siamo in condizioni, grazie alle moderne tecniche radiologiche ed alle terapie trombolitiche, di limitare in maniera importante i danni causati da questa patologia, che colpisce anche soggetti molto giovani. Bisogna ancora lavorare molto sulla cultura, similmente a quanto è stato fatto per l'infarto, in modo da ridurre drasticamente i tempi di arrivo in ospedale. Per quanto attiene alle patologie croniche, le demenze e le sindromi extrapiramidali sicuramente rappresentano la quota maggiore. Non va dimenticata peraltro la sclerosi multipla, che colpisce spesso i giovani».

Parlando di malattie neurodegenerative, quali sono i sintomi più frequenti?

«Anche in questo caso bisogna fare le dovute distinzioni. Nel caso delle demenze il sintomo che più frequentemente porta i pazienti a consultarci è il deficit della memoria recente, con dimenticanze ed errori che insospettiscono i parenti. Ovviamente, il quadro clinico è molto più variegato, comprendendo anche disturbi dell'orientamento, disturbi del comportamento, difficoltà ad eseguire compiti abituali. Per questo motivo è necessario porre una diagnosi accurata. A Ragusa, già dal 2000, è attiva, oltre al Centro di Riferimento Regionale per le malattie extrapiramidali, un'Unità di Valutazione Alzheimer che si occupa proprio di questi pazienti. Per quanto riguarda, appunto, le malattie extrapiramidali, tipo Parkinson, i sintomi

più caratteristici, anche se non gli unici, sono il tremore, la rigidità, e l'acinesia, cioè un blocco del movimento che può avere vari gradi. Anche in questo caso una diagnosi precoce e corretta è condizione obbligatoria».

Quanto è importante la diagnosi precoce?

«Direi che è fondamentale. Come per l'ictus "time is brain", così per tutte le altre patologie una diagnosi precoce ci permette di mettere in campo tutti i provvedimenti terapeutici di cui oggi disponiamo. Non ha senso, ai giorni nostri, aspettare che il corteo dei sintomi si manifesti completamente, dobbiamo ricercare i segni precoci».

Qualche esempio?

«Si è evidenziata una correlazione



IL DOTT. EMANUELE CAGGIA

tra un disturbo del sonno denominato Rem Behavior Disorder e la comparsa successiva di malattie neurodegenerative. Il Rbd è caratterizzato da un'alterazione del sonno Rem (la cosiddetta fase dei sogni) per cui il soggetto presenta un sonno particolarmente violento, tanto che i pazienti che ne sono affetti sono stati

ribattezzati guerrieri della notte».

A proposito di sonno. Quanto è importante dormire bene?

«Mi occupo di sonno da oltre 25 anni e posso affermare che il sonno costituisce ancora oggi, nonostante il gran numero di studi condotti, una galassia pressoché inesplorata».

PAOLO FRANCESCO MINISSALE



ALZHEIMER, LA ZONA OSCURA DELLA RICERCA

NEGLI ULTIMI DECENNI FALLITI PIÙ DI 200 TRIAL

Alzheimer, "zona oscura" della ricerca mondiale

«Negli ultimi decenni sono stati investiti decine di miliardi di dollari nella ricerca farmaceutica contro l'Alzheimer, con un tasso di insuccesso fra i più alti di tutta la storia della medicina. Più di 200 trial sono falliti. E in più, siamo di fronte non certo a una malattia con pochi casi, ma all'epidemia del secolo. La nostra preoccupazione è che gli investitori possano rinunciare alle sperimentazioni. Potrebbe essere un vero e proprio tsunami, soprattutto per l'Italia che, dopo il Giappone, è il Paese più interessato». A tracciare il quadro oscuro della ricerca mondiale sull'Alzheimer è Luca Pani, direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa). Le stime dell'Alzheimer International

Association indicano che nel 2013 erano più di 44 milioni i pazienti con demenza in tutto il mondo. Un numero destinato a raggiungere oltre i 75 milioni nel 2030 e a superare i 135 milioni nel 2050, con costi globali elevatissimi che ammontano a centinaia di miliardi di dollari. «Bisognerebbe - dice Pani - pensare ad es. a dossier unici per l'approvazione di futuri nuovi farmaci e a un servizio di scientific advice in fase precoce: se devono fallire, i trial devono fallire subito, non al termine degli studi».

Il costo dei cicli di ricerca e sviluppo per nuove molecole in neurologia, e in particolare nelle demenze, è superiore rispetto ad altre aree terapeutiche. Questo dipende da vari fattori, ma in particolare dalla

lunghezza dei cicli e dalla complessità dei modelli di malattia rispetto ad esempio alle malattie infettive che hanno misure di esito certe e tempi brevi: «Potremmo trovarci di fronte a uno scenario simile a quello delle epatiti - avverte il dg Aifa - ma su scala maggiore: terapie da decine di migliaia di euro a paziente, ma non per un singolo ciclo, bensì all'anno». «Fra il 2018 e il 2022 - aggiunge Valentina Mantua, psichiatra e dirigente medico dell'Ufficio Assessment Europeo dell'Aifa - arriverà un paio di molecole mirate alle fasi precoci di malattia». Poche, rispetto al fatto che «tre grandissime aziende hanno fallito» in questo campo, «con una perdita di 30 miliardi di dollari».

[ORTODONZIA]



Pulizia accurata per non perdere i denti

La gengivite espulsiva (o piorrea) oggi può essere curata con trattamenti mini-invasivi ed evitando estrazioni

GIOVANNA GENOVESE

Denti mobili, sanguinamento delle gengive, alitosi... chi non ha sentito parlare della parodontite o non ne ha subito gli effetti? Questa malattia cronica, conosciuta anche come gengivite espulsiva o piorrea è la principale causa di perdita di denti nel mondo occidentale. Gli ultimi anni hanno portato un'accesa consapevolezza sulla parodontite e sui suoi possibili effetti.

Mentre un tempo si soleva dire "aspettiamo che i denti cadano", o "la parodontite non si può curare", le cose sono adesso notevolmente cambiate.

Ma come si cura la parodontite? Lo abbiamo chiesto al dott. Luigi Nibali, catanese, specialista in Parodontologia e insegnante all'University College London, recentemente premiato dall'International Association for Dental Research a Boston con il prestigioso premio "Socransky" per la ricerca parodontale.

«La parodontite - spiega il dott. Nibali - è una malattia infiammatoria che colpisce gengive e osso alveolare e che causa il progressivo riassorbimento osseo con conseguente mobilità dentale e perdita dei denti. E' causata dall'azione di batteri che agiscono in soggetti predisposti geneticamente, ed è tra le malattie infiammatorie più comuni, basti pensare che forme avanzate di parodontite colpiscono almeno il 10% delle persone».

«L'accumulo di batteri - aggiunge il dott. Nibali - causa lo scollamento delle gengive e la conseguente perdita ossea. La ricerca parodontale nel corso degli ultimi decenni ha inequivocabilmente chiarito le cause della parodontite ed ha posto i presupposti per degli efficaci protocolli di trattamento».

Negli ultimi anni è stato anche messo in evidenza lo stretto rapporto tra parodontite e malattie sistemiche.

«Sì, dirò di più. In particolare, soggetti con parodontite hanno un rischio elevato di avere anche diabete, malattie cardiovascolari e sindrome metabolica. La migrazione di batteri dalle gengive alla circolazione sanguigna e la conseguente risposta infiammatoria sono anche associate ad altre patologie, quale artrite reumatoi-

de e tumore al pancreas. In sostanza, avere gengive infiammate potrebbe in teoria aumentare il rischio di sviluppare altre patologie».

Cosa si può fare quindi se si ritiene di avere la parodontite?

«Innanzitutto rivolgersi a un dentista che confermi o no la diagnosi. Questo è possibile dopo un accurato sondaggio delle tasche tra denti e gengive e radiografie localizzate. Vorrei sottolineare che è sbagliato aspettare che i denti cadano per poi mettere degli impianti dentali. La parodontite è una malattia e come tale va curata, innanzitutto spiegando al paziente come spazzolare i denti in maniera corretta, utilizzando anche strumenti per la pulizia interdentale (preferibilmente gli scovolini), e poi instaurando un programma di scaling (pulizia sottogengivale) delle radici dei denti (dove le gengive si sono scollate)».

«Fino a pochi anni fa - continua Nibali - si ri-



teneva che questo fosse solo un passaggio prepedeutico alla terapia chirurgica. Recentemente, il mio gruppo di ricerca ha evidenziato che, con uno specifico trattamento non-chirurgico minimamente invasivo, è possibile non solo migliorare la salute gengivale ma anche fare ricrescere l'osso attorno ai denti anche in casi avanzati, con aumento della stabilità dentale. L'utilizzo di laser o antibiotici può essere associato a questo trattamento mini-invasivo quando indicato. Anche l'estetica compromessa a causa della parodontite (denti "allungati", "spazi neri" tra i denti) può essere facilmente migliorata tramite trattamenti poco invasivi (protesi gengivale) o più complessi (ortodonzia)».

Per riassumere, le verità che anni di ricerca ci hanno consegnato sulla parodontite sono le seguenti: 1) la parodontite è molto comune, 2) è associata ad un rischio elevato di sviluppare alcune malattie sistemiche, 3) può essere curata.

«E nella maggior parte dei casi può essere curata con trattamenti mini-invasivi ed evitando estrazioni. E' quindi tempo di sfatare certi miti sulla parodontite non curabile e di aumentare la consapevolezza dei pazienti e degli stessi dentisti sulla parodontite. Questo principio è stato alla base di recenti campagne della Efp (European Federation of Periodontology), con

l'obiettivo di migliorare la salute orale e generale ed evitare la perdita dei denti».

Nelle foto, a corredo di quanto spiegato dal dott. Nibali, vediamo, in grande, un paziente con parodontite avanzata, con spostamento di alcuni denti e notevoli recessioni gengivali. Nella foto più piccola lo stesso caso dopo 10 anni di trattamento parodontale (senza perdita di denti) e miglioramento dell'estetica tramite protesi gengivale.



In alto, Luigi Nibali, catanese specialista in Parodontologia, docente all'University College di Londra

MEDICALMED

Competenza e avanguardia Terapie e uso delle risorse punto di forza è l'efficienza

Competenza e avanguardia al servizio dell'utenza odontoiatrica. La Medicalmed dal 2001 svolge un'attività efficace, sicura e appropriata, forte delle più recenti acquisizioni scientifiche e tecnologiche. Punto di forza è, infatti, l'efficienza sia nell'esecuzione delle terapie sia nell'uso delle risorse anche nei campi dell'ortodonzia e della chirurgia orale e implantare.

La Medicalmed, inoltre, opera anche per la promozione del progresso scientifico nel settore tramite la formazione, l'attività tecnologica organizzativa nonché la fornitura di attività didattica sia interna sia esterna con corsi di educazione continua in medicina. Ma adesso entriamo nella struttura. Scopriamo così che è dotata di un laboratorio odontotecnico interno per interventi rapidi e assistenza ininterrotta; di una sala chirurgica; di moderne e avanzate attrezzature come il tomografo volumetrico digitale tridimensionale e si avvale di uno staff di odontoiatri, igieniste dentali, odontotecnici, un anestesista rianimatore, assistenti alle poltrone e personale amministrativo.

La qualità delle prestazioni di Medicalmed è monitorata tramite controlli sulle procedure cliniche attuate secondo i protocolli dell'Evidence Based Medicine e tramite controlli clinici e strumentali alle terapie somministrate all'utenza. L'ambulatorio è certificato Uni En Iso 9001 per la qualità, è "Qualified Center Nobel Biocar" ed è centro autorizzato all'utilizzo di materiali Osstem.

P. C.

Denti "ritrovati" con le staminali

Una terza dentizione a cent'anni per ognuno di noi dopo i denti da latte e quelli permanenti, come si legge nell'"Autunno del Patriarca", romanzo di Gabriel Garcia Marquez? L'ipotesi fantascientifica potrebbe diventare realtà grazie alla coltura in vitro delle staminali: cellule indifferenziate che si dividono asimmetricamente e spiegano diversi gradi di potenza, cioè a dire di abilità a trasformarsi in questa o quella cellula specializzata. Delle sperimentazioni più recenti e dei loro successi nel far ricrescere il dente "da zero" parlano i principali esperti internazionali di Odontoiatria. Tra loro la georgiana Mariam Margvelashvili dell'università di Boston. «È grande l'entusiasmo generato dalle "stem cells". La condizione di pluripotenza - afferma Margvelashvili, che ha studiato anche in Italia - consente alle cellule staminali primitive di svilupparsi, trasformandosi in qualsiasi tipo di cellula. Risultato: le cellule staminali consentono di generare un numero illimitato di cellule funzionali per le terapie ricostruttive e riparative. Dove oggi estraiamo un dente e rimediamo alla perdita utilizzando impianti con corone, domani le cellule staminali offriranno una possibilità unica di rivitalizzare il dente e rigenerare i tessuti duri e molli, includendo quello periodontale che consente di fissare il dente e conferire la forza masticatoria».

Queste cellule offrono una chance unica per far ricrescere il dente in laboratorio e impiantarli al paziente. In alternativa, il germe del dente delle staminali può essere direttamente impiantato nella cavità. Occorre tuttavia molto lavoro per

determinare in pieno l'efficacia clinica, l'affidabilità e a sicurezza delle terapie. Come per altre innovazioni, solo un'attenta investigazione scientifica e indagini cliniche possono attestare il potenziale reale delle cellule staminali umane pluripotenti».

Intanto dalla Lombardia arriva la notizia che la Regione sosterrà l'utilizzo della sedazione cosciente con protossido d'azoto per le cure odontoiatriche rivolte ai pazienti disabili o comunque critici, cosiddetti non collaboranti. Un'alternativa all'anestesia generale per un'assistenza meno invasiva e meno rischiosa per la salute. A corredo dovrà essere istituito un gruppo di approfondimento tecnico che elaborerà le linee guida per l'applicazione del protocollo d'impiego di questo tipo di sedazione nel sistema sanitario regionale in campo odontoiatrico.

Il protossido d'azoto è un metodo collaudato da tempo all'estero e sperimentato con successo anche in Lombardia, dove però non è attualmente sostenuto dalle Asl. Se la proposta verrà attuata avrà l'effetto benefico di facilitare manovre mediche altrimenti difficoltose da eseguire, evitando inoltre i costi che comportano altri tipi di anestesia. Potrebbe inoltre essere un punto di partenza verso nuove prospettive in questo ambito, andando oltre il protossido d'azoto, valutando e studiando la possibile implementazione di altre tecniche che, in sicurezza, potrebbero consentire di raggiungere ottimi risultati. Non soltanto con i pazienti affetti da disabilità ma nei riguardi di tutta la popolazione.

ORAZIO VECCHIO

Ambulatorio di Odontoiatria, Ortodonzia e Chirurgia Orale Monte S. Giuliano

Direttore Sanitario: Dr. Ivo Maria Giarratana

Via F. Paladini 81/A Caltanissetta Tel 0934552913

e-mail info@medicalmed.it web site www.medicalmed.it

LA SICILIA
www.lasicilia.it

Direttore responsabile
Mario Ciancio Sanfilippo

Editrice
Domenico Sanfilippo Editore SpA



In redazione:
Giovanna Genovese

Hanno collaborato:
Pierangela Cannone
Salvo Gangi
Ottavio Gintoli
Giorgio Liuzzo
Valentina Maci
Francesco Midolo
Paolo Francesco Minissale
Monica Nardone
Jessica Nicotra
Giuseppe Petralia
Luca Signorelli
Angelo Torrisi (consulente scientifico)
Orazio Vecchio
Francesco Zaioro

Pubblicità
PK Sud srl
Sede di Catania
Corso Sicilia 37/43
95131 Catania
Centralino 095.7306311
Fax 095.321352

Giacomo Villa
095.7306336
347.3718229

Maria Maccarrone
095.7306353
368.3032936
336.699395



[ALIMENTAZIONE]

Sperimentata da un italiano la dieta che mima il digiuno e rallenta l'invecchiamento

Un ridotto contenuto proteico e un mix speciale di grassi

Una dieta che assomiglia al digiuno, ma digiuno non è. Grazie a un ridotto contenuto proteico e a un mix speciale di grassi, carboidrati e micronutrienti abbatta l'apporto calorico giornaliero fino a dimezzarlo. E seguita sotto controllo medico per 5 giorni al mese non solo fa dimagrire, ma aiuta a prevenire malattie cardiovascolari, diabete, obesità e tumori, riuscendo a rallentare i processi di invecchiamento che accorciano la vita.

Si chiama Dmd - o dieta mima-digiuno - ed è stata sperimentata da Valter Longo, scienziato italiano in forze alla University of Southern California (Usc). Lo studio, pubblicato su "Cell Metabolism", ha testato il particolare regime alimentare sui lieviti, nei topi e nell'uomo. Longo compreso.

La Dmd, in pratica, produce sull'organismo gli stessi effetti della privazione di cibo e si è dimostrata in grado di rafforzare vari sistemi dell'organismo tra cui quello immunitario e nervoso, riducendo i fattori di rischio per varie patologie incluso il cancro. «Si tratta di riprogrammare il corpo in modo tale da farlo entrare in una modalità di invecchiamento più lento, ma anche di ringiovanirlo attraverso una rigenerazione che si basa sulle cellule staminali», spiega Longo. «Il digiuno totale è difficile da rispettare e può rivelarsi pericoloso», avverte. «Abbiamo quindi sviluppato una dieta complessa che induce gli

stessi effetti nel corpo». Un anno fa Longo aveva dimostrato come la periodica privazione strategica di alcuni nutrienti svolga una funzione anticancro, "affamando" le cellule tumorali e proteggendo il sistema immunitario e le cellule sane dagli effetti tossici della chemioterapia. La nuova ricerca riguarda ora uno schema alimentare specifico, che seguito periodicamente sposta indietro non solo l'ago della bilancia, ma anche le lan-



DIETA ED ESERCIZI PER UNA PANCIA PERFETTA

cette del tempo. Un risultato verificato su più piani sperimentali. Per primi i lieviti, organismi unicellulari che hanno in comune con l'uomo metà dei geni e hanno permesso allo scienziato di scoprire i meccanismi biologici innescati dal digiuno. Il ricercatore è passato quindi ai topi, la cui aspettativa di vita è di 2-3 anni: cicli di 4 giorni di Dmd 2 volte al mese durante la mezza età dei roditori hanno prolungato dell'11% la durata della vita, con riduzione dell'incidenza di cancro, ringiovanimento del sistema immuni-

tario, diminuzione delle malattie infiammatorie, rallentamento della perdita di densità minerale ossea e, nei topi più anziani, aumento del numero di cellule progenitrici e staminali in vari organi. Incluso il cervello, dove la dieta ha potenziato la rigenerazione neurale e migliorato apprendimento e memoria.

Infine il team ha cercato conferme nell'uomo, con uno studio su 19 persone definite «relativamente sane». È emerso che 3 cicli di una dieta mima-digiuno somministrata una volta al mese per 5 giorni hanno ridotto i fattori di rischio e i biomarcatori di invecchiamento, diabete, malattie cardiovascolari e cancro, «senza grossi effetti collaterali avversi».

Nelle cavie umane la Dmd ha ridotto l'apporto calorico del 34-54%. Il regime ha prodotto un calo dell'ormone Igf-I, necessario per la crescita durante lo sviluppo, ma promotore dell'invecchiamento e collegato alla predisposizione al cancro. La Dmd ha inoltre aumentato l'ormone Igfbp-1 e ridotto biomarcatori e fattori di rischio legati a diabete e malattie cardiovascolari (glucosio, grasso del tronco e proteina C-reattiva), senza influire negativamente sulla massa muscolare e ossea. Longo ritiene che per la maggior parte delle persone la dieta mima-digiuno possa essere seguita ogni 3-6 mesi, a seconda della circonferenza addominale e dello stato di salute.

O. V.



MICROFON: MAI SOTTOVALUTARE L'UDITO

L'importanza di sentire bene

Un video con un bimbo al quale viene applicato un impianto e, sbalordito, sente per la prima volta. Emozionante. Un video in cui una nonnina finalmente torna a sentire bene. Divertente. Sono virali sul web ma sono il segno di quanto sentire, o sentire bene, sia un patrimonio straordinario. «Sentire ma non capire le parole - spiegano dalla Microfon di corso Gelone a Siracusa - è il primo campanello d'allarme da non sottovalutare. Se trascurato l'udito va incontro a un peggioramento che danneggia la vita sociale e professionale. Il deficit uditivo si manifesta subito con una ridotta comprensione delle consonanti, fondamentali per capire le parole. La perdita di alcuni indizi sonori compromette la capacità di capire le parole. Dopo i 50 anni, si potrebbe avere difficoltà a capire le parole che contengono le consonanti come S, T o F. Questa perdita limita la capacità di capire i significati: per questo è importante risolvere il problema con moderne ed innovative tecnologie.

È sul fronte della ricerca sono stati enormi passi in avanti. Non più evidenti sistemi per migliorare l'udito ma strumenti piccolissimi e invisibili. Come l'Oticon nera, il sistema acustico più piccolo in assoluto. All'interno un microchip

di un grammo che riesce a gestire tutto l'impianto consentendo anche la connessione wi-fi con ogni fonte di segnale audio. Ma la vera innovazione sta proprio nelle dimensioni. «Sono molto piccoli - spiegano da Microfon - quasi invisibili perché costruiti "per il vostro orecchio". Una volta indossati scompaiono nel condotto uditivo». E così si torna a sentire, si torna ad avere una vita sociale senza momenti imbarazzanti legati alla mancanza di udito. Microfon si trova a Siracusa in corso Gelone 116, dove è possibile effettuare una prova gratuita della nuova soluzione Oticon nera.

PRENDERSI CURA DELL'UDITO

Cosa fare per il benessere e il miglioramento del nostro udito

Sento ma non capisco le parole

Oggi si può potenziare l'udito con Oticon Nera

Sentire ma non capire le parole è il primo campanello di allarme da non sottovalutare. Se trascurato, l'udito va incontro ad un peggioramento che danneggia la vita sociale e professionale. Il deficit uditivo si manifesta subito con una ridotta comprensione delle consonanti, fondamentali per capire le parole. La perdita di alcuni indizi sonori compromette la capacità di capire le parole. Dopo i 50 anni, si potrebbe avere difficoltà a capire le parole che contengono le consonanti come S, T o F. Questa perdita limita la capacità di capire i significati: per questo è importante risolvere il problema con moderne ed innovative tecnologie.



Le recenti tecnologie innovative che potenziano l'udito:

Oticon Nera

Ecco il sistema acustico Oticon Nera, più piccolo in assoluto di oticon

INIUM: un microchip con Intelligenza Artificiale che gestisce tutto automaticamente

Questo microchip che pesa meno di 1 grammo è il cervello di Oticon Nera

Oticon Nera: per dire basta al volume della TV troppo alto



Oticon Nera si connette wi-fi con ogni fonte di segnale audio

Un udito in 3D per sentire la voce, i suoni e lo spazio con Oticon Nera

Oticon Nera: ogni suono si trova dove ci si aspetta

Oticon Nera microCIC, molto piccoli e quasi invisibili perché costruiti per il "vostro orecchio"

Oticon Nera microCIC: una volta indossato è quasi invisibile perché scompare nel condotto uditivo

PROVA GRATUITA

SENZA LIMITI DELLA NUOVA SOLUZIONE QUASI "INVISIBILE" OTICON NERA



Non solo 30 giorni, ma tutto il tempo necessario

CHIAMA SUBITO PER PRENOTARE LA TUA PROVA GRATUITA

Il numero Verde fornisce informazioni di carattere tecnico

Numero Verde

848-800244

Se chiami entro questa settimana avrai anche uno Sconto

20%

Oticon Nera microCIC: nuova soluzione quasi "invisibile" quando indossata

www.microfon.it

Microfon

Apparecchi Acustici Digitali

I nostri Centri acustici

SIRACUSA: Corso Gelone, 116/A - Tel.: 0931.463536

CATANIA: V.le Africa, 132/134 - Tel.: 095.538199

CATANIA: Via V. Emanuele, 259/261 - Tel.: 095.7159945

CATANIA: V.le XX Settembre, 11/A - Tel.: 095.500641

ACIREALE: Corso Savoia, 108 - Tel.: 095.891622

AVOLA: Via Mazzini, 95/97 - Tel.: 0931.832890

LENTINI: P.zza dei Sofisti, 1 - Tel.: 095.7838570

AUGUSTA: Via Lavaggi, 57 - Tel.: 0931.513905

RAGUSA: Corso Italia, 180 - Tel.: 0932.623259

MODICA: Via del Risorgimento, 4/7 - Tel.: 0932.1972520