

MOND medico

DOMENICA 23 NOVEMBRE 2014

L'EMERGENZA

FRAGILITÀ OSSEA BASTA FRATTURE

GIOVANNA GENOVESE

Fratture da fragilità ossea: una conseguenza dell'osteoporosi severa. Un fenomeno di grandi dimensioni ancora oggi sottovalutato: basti pensare che fra le donne over 65, una su due soffre di fragilità alle ossa e non sa di correre questo rischio, e che per una donna in post-menopausa, la probabilità di morire per una frattura del collo femorale è sovrapponibile a quella del tumore della mammella. L'osteoporosi consiste per l'appunto nella perdita della massa ossea ed è una conseguenza dell'estrema fragilità dell'apparato scheletrico. La menopausa fa da propulsore proprio per le alterazioni ormonali che avvengono nel corpo di una donna. Dunque un importante problema sanitario e sociale, destinato ulteriormente a crescere per effetto dell'invecchiamento della popolazione.

Da una recente indagine si stima infatti che la percentuale di donne over 65 tenderà a crescere nei prossimi 4 anni con un ritmo più sostenuto in Sicilia (+7,1%) rispetto alla media del Paese (+2,5%). In parallelo aumenterà il numero di ultra sessantacinquenni con prima frattura del femore associata ad osteoporosi: l'incremento dal 2012 al 2017 in Sicilia si attesta all'8% contro la media nazionale del 6,8%.

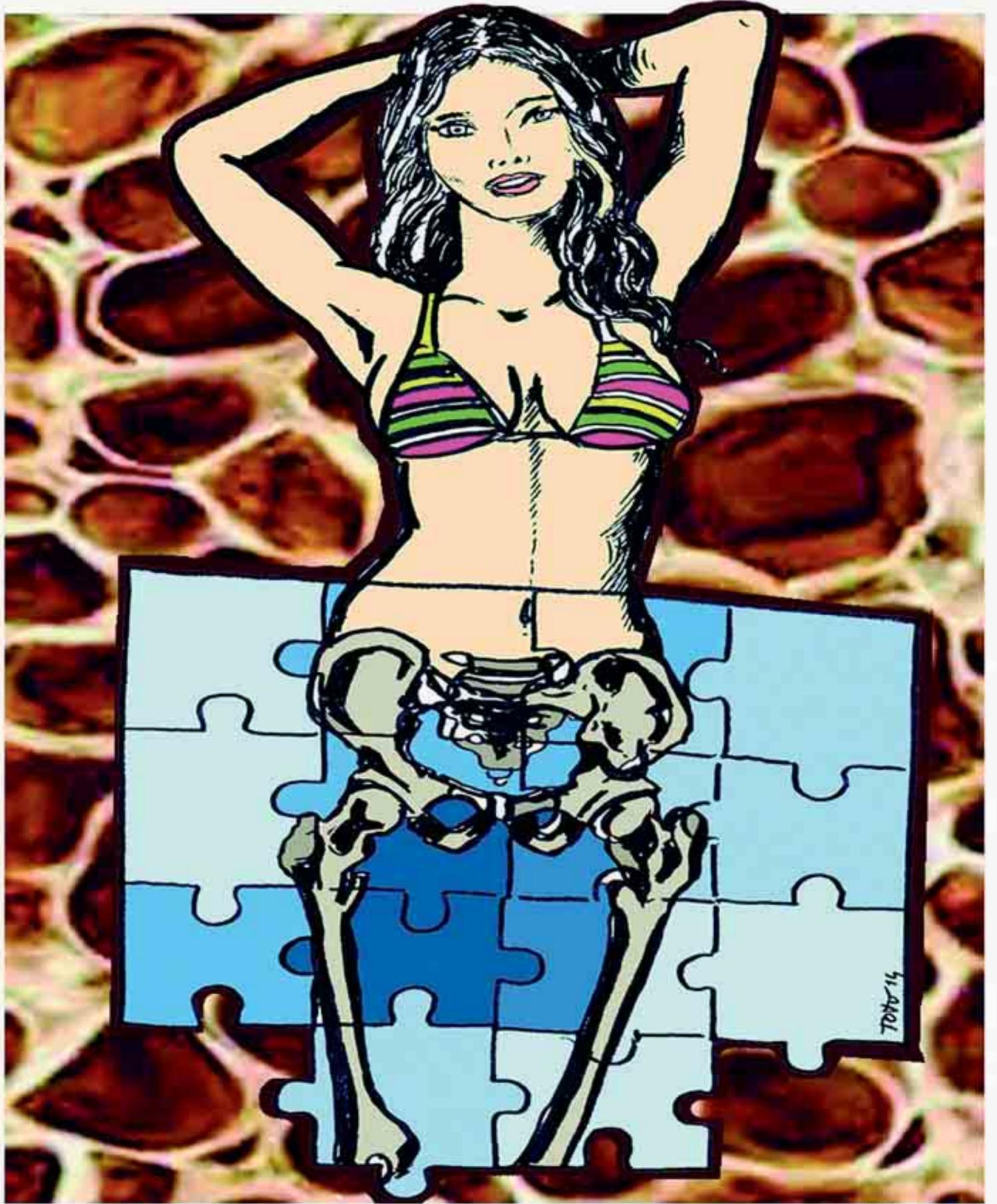
L'osteoporosi è pertanto un problema medico-sociale talmente serio da aver indotto l'Oms (Organizzazione mondiale della Sanità) a includerla fra le maggiori sfide sanitarie dell'ultimo millennio assieme alle malattie degenerative del cervello.

Ma torniamo alla fragilità ossea, conseguenza dell'osteoporosi nella sua forma severa. Essa è causa di dolore cronico per fratture, come il crollo o lo schiacciamento delle vertebre, del polso, dell'omero e, nei casi più gravi, del femore.

C'è da tenere presente però che nella maggior parte dei casi è asintomatica e quindi difficile da riconoscere nelle sue fasi iniziali. In assenza di accertamenti specifici il primo sintomo manifesto può essere infatti rappresentato proprio da una frattura anche in assenza di traumi. Fondamentale, pertanto, è la conoscenza dei fattori di rischio, ma anche l'individuazione precoce delle fratture da fragilità, in modo tale da avviare un adeguato iter diagnostico-terapeutico che riduca decisamente il rischio per l'appunto, fratture.

Stante a quanto sostengono reumatologi e ortopedici una diagnosi precoce, nonché una più diffusa e regolare aderenza al trattamento farmacologico da parte delle donne con una pregressa frattura, potrebbero evitare circa 2.500 casi all'anno di ri-fratture, di cui oltre 190mila in Sicilia. I costi assistenziali si ridurrebbero di conseguenza, garantendo così un risparmio annuale di quasi 2 milioni di euro per le casse regionali e di 25 milioni per quelle statali.

Dati che inducono a una riflessione ancora più profonda se si considera che gli ultimi rapporti evidenziano una bassissima percentuale di pazienti con frattura di femore o di vertebra in trattamento per osteoporosi severa e tra questi una esigua aderenza al trattamento (46,9% nel 2011).



Hertz®

Carlasia Rent Mandatario Hertz
Noleggio auto e furgoni.

☎ 095 341133 ☎ 393 9184037

✉ res.hertz@gmail.com



EasyMover

il noleggio Hertz per il trasporto disabili.



[ORTOPEDIA]

Oltre 206 ossa da maneggiare con cura

Reggono il corpo e si rompono a causa di traumi diretti o indiretti. L'embolia adiposa una delle complicanze precoci

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 (come per una caduta) o indiretto (per esempio, la frattura della gamba di uno sportivo che entra in torsione per il piede bloccato da qualcosa) e altre volte si presenta in seguito a microtraumi ripetuti (frattura da stress): 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. La frattura si definisce composta se le parti dell'osso interessate 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 (se la linea di rottura attraversa l'osso perpendicolarmente all'asse longitudinale), obliqua (se attraversa l'asse maggiore dell'osso in maniera obliqua), spiroide (se forma una spirale intorno all'osso), da compressione (quando una parte dell'osso si arresta contro un ostacolo di una parte del corpo), da trazione o da strappo (provocate dalla trazione esercitata da un legamento o da un tendine sul punto di inserzione nello scheletro), comminuta 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. Nei bambini le ossa, che non hanno completamente ancora il processo di calcificazione, in ri-

sposta a una forza esterna possono piegarsi e fratturarsi solo parzialmente: in questo caso si parla di frattura a legno verde e i principali fattori di rischio ambientali sono i pavimenti scivolosi, tappeti, scale non protette da corrimano, uso di scarpe inadatte, impervietà stradali e fattori atmosferici mentre quelli relativi al paziente sono le patologie che compromettano l'equilibrio del paziente, che provochino ipoperfusione cerebrale, malattie a carico dell'apparato locomotore, deficit visivi, uso di farmaci che alterino lo stato di vigilanza e abuso di alcol. Le complicanze delle fratture si dividono in generali e locali e possono essere immediate, precoci e tardive. Complicanze generali immediate, come lo shock traumatico: si verifica soprattutto nei politraumi con interessamento soprattutto di cranio, torace e addome ed è caratterizzato da pallore, tachicardia e riduzione della pres-

L'anamnesi e l'esame obiettivo per scoprire le cause che hanno portato alla frattura. Quindi la diagnostica per immagini: le radiografie vanno effettuate in almeno due proiezioni e consentono di evidenziare la sede e la tipologia del danno. Nei casi dubbi possono essere utili anche la Tac e la Risonanza magnetica

sione arteriosa.

Complicanze generali precoci come l'embolia adiposa: si verifica in genere a distanza di 12-72 ore dalla frattura ed è dovuta al passaggio di particelle di grasso che entrano nella circolazione generale e vanno a dare complicanze polmonari o neurologiche. Trombosi venosa profonda e embolia polmonare: è la formazione di un trombo in una vena profonda soprattutto agli arti inferiori. Quando un frammento si stacca dall'embolo viene portato nel circolo sanguigno fino al cuore e poi ai polmoni. La prevenzione farmacologica viene attuata con farmaci che riducono la capacità coagulativa del sangue. Le complicanze generali tardive sono rappresentate da patologie respiratorie, problemi cardiaci, problemi urinari e piaghe da decubito. Complicanze locali immediate: Lacerazioni di vasi che possono essere compresi da un frammento osseo o dall'ematoma/edema che si forma in seguito alla frattura. Nei casi più gravi si può avere la lacerazione o la dissecazione di un'arteria e queste condizioni vanno immediatamente corrette per evitare una condizione di ischemia critica che può condurre alla cancrena e all'amputazione dell'arto. Le lesioni nervose vanno sempre ricercate e, dove presenti, corrette. La compressione di un nervo a causa dell'edema/ematoma o perché intrappolato da un frammento osseo può provocare una scomparsa della sensibilità o l'impossibilità a muovere la parte interessata. Il nervo può essere lesionato a seguito del trauma.



Nelle foto: a sinistra, risonanza magnetica; sopra una frattura al malleolo del piede destro

avvolge il muscolo). Quando il muscolo aumenta di volume per un ematoma rimane compresso all'interno della fascia aponeurotica. Vasi e nervi si schiacciano, il paziente avverte un grande dolore, non riesce a muovere le dita, avverte prima formicolii, poi la sensibilità scompare del tutto. I vasi compressi non lasciano passare il sangue e il muscolo va in ischemia e rapidamente in necrosi se non si interviene tempestivamente, rimuovendo il gesso o incidendo la fascia aponeurotica che intrappola il muscolo. Se non si prendono provvedimenti immediati, la sindrome compartimentale può portare ad amputazione dell'arto interessato. Le infezioni si verificano più frequentemente nel caso di una frattura esposta con fuoriuscita del moncone osseo dalla cute lacerata o per introduzione di germi nel corso di un intervento chirurgico.

Complicanze locali tardive: disturbi trofici come l'algodistrofia (Morbo di Sudeck), caratterizzata da dolori acuti e da demineralizzazione localizzata dell'osso; ritardo di consolidazione, caratterizzato da un allungamento del tempo di guarigione della frattura; pseudoartrosi, caratterizzata dall'assenza di consolidazione della frattura per arresto dei fenomeni riparativi dell'osso; viziosa consolidazione, una guarigione della frattura in posizione non corretta; necrosi ossea, una complicanza che si verifica quando l'apporto vascolare è insufficiente. Il segmento colpito deve essere protetto dalle sollecitazioni eccessive fino alla guarigione; artrosi secondaria, una comune conseguenza delle fratture guarite con viziosa consolidazione e si verifica soprattutto nelle fratture articolari.

Il medico cercherà innanzitutto di appurare le cause che hanno condotto alla frattura attraverso l'anamnesi e l'esame obiettivo. La diagnostica per immagini completerà la diagnosi. Le radiografie vengono effettuate in almeno due proiezioni e consentono di evidenziare la sede e la tipologia della frattura. Nei casi dubbi o per eseguire una diagnosi differenziale possono essere utili anche la Tomografia computerizzata e la Risonanza magnetica.

L'arteriografia può essere necessaria nel caso in cui si sospetti un'ischemia o un'emorragia nella zona interessata dalla frattura.

OSTEOPOROSI: RIDUZIONE DELLA QUANTITÀ E ALTERAZIONE DELLA QUALITÀ DELLE OSSA

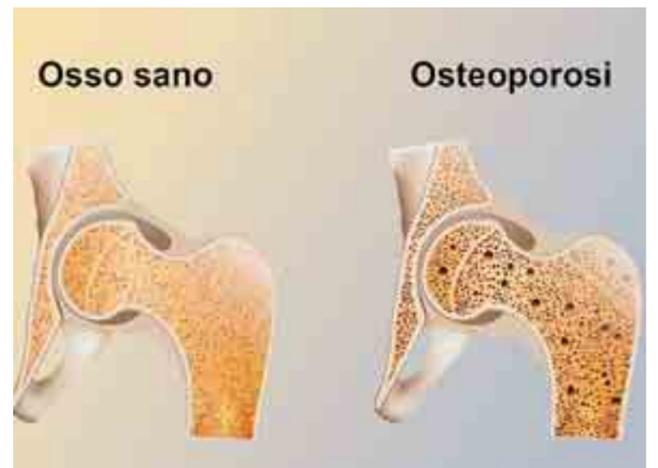
Se la fragilità prende il sopravvento diventa concreto il rischio di fratture

L'osteoporosi è una malattia caratterizzata da una riduzione della quantità di ossa e da un'alterazione della sua qualità: questo 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. Molto spesso questo impoverimento progressivo dell'osso si verifica senza sintomi, così che la malattia viene frequentemente diagnosticata in occasione di una frattura, che può derivare da un trauma di lieve entità. 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, secondo i dati del ministero della Salute.

L'osteoporosi può essere prevenuta, diagnosticata e trattata per ridurre il rischio di incorrere in una frattura. L'osteoporosi viene distinta in primaria (post-menopausale o senile) e secondaria (legata a diverse patologie e ad assunzione di farmaci). 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 entrambi i sessi e si verifica a un'età più avanzata interessando fino al 6% della popolazione. Interessa tanto la colonna vertebrale che le ossa lunghe (come il femore), il bacino e altre sedi, provocando fratture a carico delle vertebre, del collo femorale, del polso e dell'omero.

L'osteoporosi secondaria si verifica in corso di malattie endocrine, di neoplasie, di malattie croniche, di alcune malattie reumatiche e gastroenteriche e per assunzione cronica di alcuni farmaci. I principali fattori di rischio per l'osteoporosi sono età, genere, familiarità, presenza di frattura vertebrale o di osteopenia evidenziate alla radiografia, uso protratto (per più di tre mesi) di terapie corticosteroidi o impiego di farmaci in grado 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. Bisogna costruire delle ossa sane e robuste durante gli anni dell'adolescenza e proseguire per tutta la vita tenendo sotto controllo i fattori di rischio e adottando tutte le misure che favoriscano la salute dell'osso proteggendo dall'osteoporosi. L'impoverimento dell'osso comincia intorno ai trent'anni, ma nelle donne subisce un'accelerazione dopo la menopausa. 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 attraverso 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



A SINISTRA OSSO SANO; A DESTRA OSSO COLPITO DA OSTEOPOROSI

indicato. La prevenzione passa soprattutto attraverso la prevenzione delle cadute che espongono al rischio di fratture. Negli anziani anche i difetti della vista e le turbe dell'equilibrio possono contribuire alle cadute e anche l'uso di sedativi e tranquillanti può facilitare le cadute.

LU. SI.



UNA PROTESI DI ULTIMA GENERAZIONE

PASSI DA GIGANTE NELLA CHIRURGIA ORTOPEDICA

Protesi hi-tech, bioingegneria e cellule staminali

FRANCESCO MIDOLO

Protesi di ultima generazione, bio-ingegneria e il recente utilizzo delle cellule staminali, hanno fatto compiere alla chirurgia ortopedica notevoli progressi. Oggi, che ci si trovi davanti a una malattia degenerativa o a un incidente con fratture gravi, è possibile salvare qualsiasi parte dello scheletro coinvolta o nei casi di amputazione, ricostruire il segmento osseo mancante, ricorrendo all'applicazione di protesi speciali o tramite un trapianto osseo.

Partendo da quest'ultimo caso, la Banca dell'osso è un'istituzione che si è affiancata al Centro naziona-

le trapianti. Con gli anni, è diventata una struttura all'avanguardia in Europa sia per numero di prelievi sia per disponibilità, sicurezza e certificazione. L'evoluzione tecnologica ha fatto fare un balzo in avanti alla chirurgia ortopedica, mettendo a disposizione delle protesi sempre più raffinate e perfezionate. Come non pensare agli arti inferiori applicati all'atleta Pistorius o alle imprese di Alex Zanardi aiutato da "gambe artificiali".

Tutto questo senza trascurare il design. Forme, colori ed elasticità vanno al passo con i tempi. Per quanto riguarda la ricostruzione, la microchirurgia è in grado di affrontare e risolvere situazioni che comportano anche gravi perdite di massa os-

sea. I reimpianti di segmenti di tessuto osseo o muscolare prelevato dallo stesso corpo dell'individuo in cui vengono impiantati, sono all'ordine del giorno. Anche le nuove protesi sono realizzate con materiali bioattivi in grado di legarsi all'osso senza problemi di rigetto. I tempi in cui per una frattura si rimaneva zoppi o le cicatrici erano visibili per tutto il resto della vita, sembrano essere passati. Naturalmente, come tutte le discipline in corso di evoluzione, anche le tecniche di ricostruzione chirurgica devono affrontare diversi problemi. In ogni caso l'uno è diverso dall'altro e a ogni ortopedico è richiesta una professionalità sempre più approfondita.

[ORTOPEDIA]

MONDO
medico

Malattie reumatiche tra sfide della ricerca e accesso alle terapie

Sono oltre cento e colpiscono circa 6 milioni di italiani

ANGELO TORRISI

Sono oltre 100 – nella loro suddivisione che contempla anche le forme piuttosto rare – le malattie reumatiche e sono all'incirca sei milioni gli italiani che ne soffrono ricavandone, in un'alta percentuale, compromissione della qualità di vita, disabilità progressiva e conseguente perdita di autosufficienza: con una spiccata prevalenza per le donne.

Al primo posto indubbiamente l'artrosi cui fanno seguito nella classifica i cosiddetti reumatismi extrarticolari nonché l'artrite reumatoide, la spondilite anchilosante e l'artrite psoriasica. Orbene: mentre per l'artrosi (che è la più diffusa coi suoi quattro milioni di casi) gli unici rimedi terapeutici sono rappresentati dalla somministrazione di farmaci antinfiammatori, per le artriti è avvenuta in questi ultimi anni una vera e propria rivoluzione della terapia grazie alla scoperta e all'uso di farmaci biotecnologici che agiscono in maniera tanto mirata quanto potente sulle patologie, presentando quali elementi negativi soltanto l'alto costo (dove la loro distribuzione unicamente affidata alle strutture reumatologiche individuate e autorizzate) e taluni effetti collaterali.

Siamo come si vede al cospetto di un progresso nel settore e soprattutto a una più profonda conoscenza dei meccanismi cellulari e molecolari attraverso i quali avviene l'aggressione alle articolazioni e anche agli organi interni: un traguardo importantissimo e diremmo "storico" questo che com-

porta la necessità di coinvolgere anche i medici di medicina generale, il pronto soccorso, gli specialisti ortopedici e i fisioterapisti per un impegno comune.

Quali dunque le novità? Oggi conosciamo per molte malattie reumatiche i meccanismi cellulari e molecolari attraverso i quali avviene l'aggressione articolare e sistemica. Il riferimento è, in particolare, alle artriti (artrite reumatoide, artrite psoriasica, spondilite anchilosante) e alle altre malattie autoimmuni sistemiche (lupus eri-

Disabilità progressiva e qualità di vita compromessa

tematoso sistemico, e sclerodermia). La ricerca ha fatto notevoli passi in avanti anche per quel che concerne patologie una volta considerate associate all'invecchiamento e, pertanto, ineluttabili, come l'artrosi e l'osteoporosi. Per queste condizioni sono oggi meglio noti i meccanismi determinanti e, conseguentemente, più specifiche le opportunità terapeutiche. L'avanzare delle conoscenze si traduce, infatti, in un vantaggio pratico per la cura delle malattie reumatiche fondamentalmente attraverso la preparazione di farmaci che hanno come bersaglio cellule o molecole responsabili della malattia.

In campo farmacologico l'evidenza

che alcune citochine (come, ad esempio, Tnf- α , interleuchina-1, interleuchina-6, BlyS, Rankl) sono essenziali per attivare e mantenere i processi distruttivi di natura infiammatoria tipici di molte malattie reumatiche, è stata la base conoscitiva per la produzione con metodiche di bioingegneria dei farmaci biologici, disponibili dalla fine dello scorso millennio. I farmaci biologici sono, per l'appunto, agenti molto selettivi, altamente tecnologici e in grado di intercettare e neutralizzare le citochine.

Oggi, la disponibilità dei farmaci biologici mette in condizione i reumatologi di trattare casi prima intrattabili di artrite reumatoide, artrite psoriasica e spondilite anchilosante. Tuttavia, l'armamentario degli specialisti prevede oggi anche altri farmaci innovativi per altre specifiche patologie: a esempio, l'acido ialuronico a alto peso molecolare per l'artrosi, il paratormone e il denosumab per l'osteoporosi, l'anti-blyS per il lupus, il febusostat per l'iperuricemia, i COX-2 inibitori specifici per il trattamento sintomatico dell'infiammazione, i nuovi oppioidi per il controllo del dolore.

E il futuro? Il futuro prossimo è rappresentato dalle "small molecules", composti chimici in grado di interferire con i processi di attivazione e di trasmissione dei messaggi all'interno delle cellule coinvolte nel processo immunoflogistico. Restano comunque molto vivi e ineludibili taluni problemi che coinvolgono sia la popolazione sia gli organismi governativi quali a esempio la diligenza del



malato nel sottoporre al medico prima e allo specialista reumatologo dopo la esatta descrizione dei sintomi e della loro eventuale persistenza, l'individuazione del tipo di malattia reumatica, la diagnosi tempestiva, le terapie appropriate (con relativa precisione dell'interessato nell'osservarla) e l'accesso alle cure: un momento questo che trova giustificazione nel costo molto alto dei farmaci biologici e che perciò impone provvedimenti tali da conciliare la spesa con il diritto del paziente alle cure.

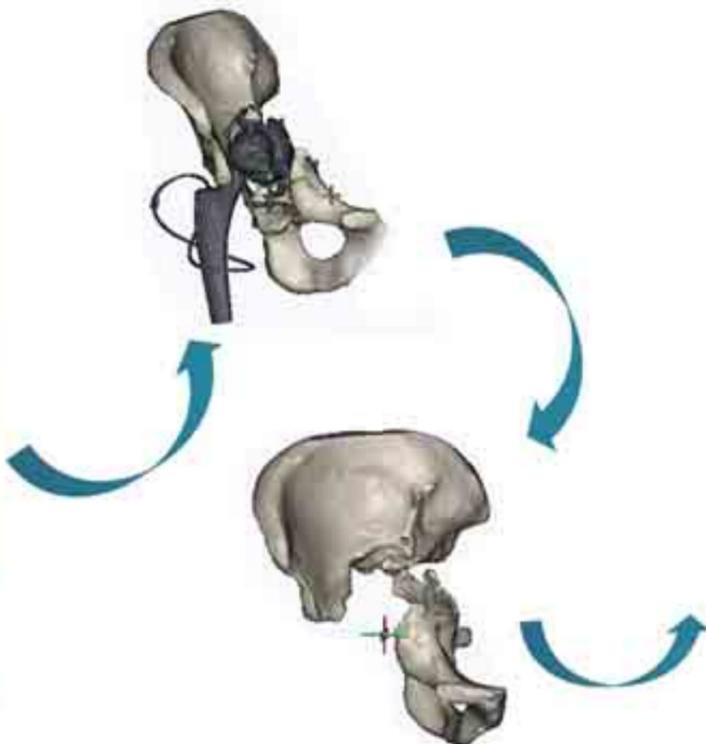
Infine: non sono ammissibili la riduzione indiscriminata del numero di specialisti reumatologi sul territorio, la mancanza di una rete assistenziale reumatologica e la grave insufficienza di posti letto oggi disponibili cui fanno riscontro i tagli irrazionali della spesa attuati senza il parere degli esperti del settore e in quanto tali privi di efficacia economica e assistenziale.

UN NEONATO SU 3.000 NASCE CON MALATTIE METABOLICHE

Un neonato su 3.000 nasce con una malattia metabolica ereditaria, eppure solo 3 bambini su 10, nel 2013, hanno avuto accesso allo screening allargato, una sorta di fotografia che consente di individuare e trattare precocemente patologie di questo tipo. «Solo cinque Regioni offrono una copertura totale per tutte le malattie individuabili: Toscana, Umbria, Emilia Romagna, Sardegna e Trentino Alto Adige. Di recente è stata estesa anche in Veneto, mentre in Lazio e Sicilia varia a seconda delle Province», spiega Costantino Romagnoli, presidente della Società italiana di Neonatologia. Le altre forniscono solo i tre screening previsti oggi per legge: fibrosi cistica, ipotiroidismo fenilalaninemia. Eppure sono moltissime, circa 400, le malattie rare che si manifestano già nei primi anni di vita o a poche ore dalla nascita e che incidono spesso pesantemente sulla qualità della vita. Di queste, circa 60 sono identificabili precocemente attraverso lo screening neonatale allargato. In questo caso, se contrastate con efficacia, possono consentire una vita normale. «Lo screening allargato - spiega Giovanni Corsello, presidente della Società Italiana di Pediatria - è una opportunità che va assicurata a tutti i neonati del nostro paese. Le differenze di offerta da parte delle varie Regioni creano disparità che hanno conseguenze rilevanti non solo sul piano clinico e assistenziale, ma anche sociale ed etico». «La regionalizzazione del sistema sanitario seguita alla modifica del titolo V ha creato falle che continuiamo a pagare. Dobbiamo chiedere con forza che alcuni obiettivi primari come la prevenzione siano soggetti alla variabilità delle risorse disponibili».



MT ORTHO SRL



Tecnologia additiva: il processo rapido per il Custom Made

www.mtortho.com



[ORTOPEDIA]

«Nuova tecnologia microchirurgia raffinata e feeling col paziente»

Il neurochirurgo Romano: «Soltanto così ottimi risultati»

PIERANGELA CANNONE

Innovazione tecnologica e microchirurgia raffinata. Ma anche grande attenzione alla relazione col paziente. Questo è il segreto per ottenere buoni risultati in neurochirurgia. Infatti, tenere in considerazione l'atteggiamento del paziente verso la malattia genera effetti positivi sulla prognosi, almeno quanto alcune terapie farmacologiche. «Il medico deve avere la capacità – dice Alberto Romano, responsabile dell'Unità funzionale di neurochirurgia dell'Istituto ortopedico Villa Salus di Augusta e consulente dell'Usnaval hospital di Sigonella - di ascoltare il paziente. L'istaurazione di un buon rapporto è il primo passo per favorire l'alleanza terapeutica e l'aderenza alle terapie. Prendersi cura del paziente va oltre l'intervento chirurgico in senso stretto affinché ci sia una "guarigione". Mi occupo di persone con patologie degenerative come l'ernia del disco cervicale e lombare; la stenosi del canale vertebrale; le spondilolistesi; i tumori della colonna vertebrale; i traumi e le scoliosi dell'adulto. Ma anche di pazienti con tumori cerebrali; idrocefalia; emorragie e traumi cerebrali. Il mio è un mestiere che richiede grandi capacità tecniche, ma che non può trascurare l'aspetto relazionale. Per questo da 4

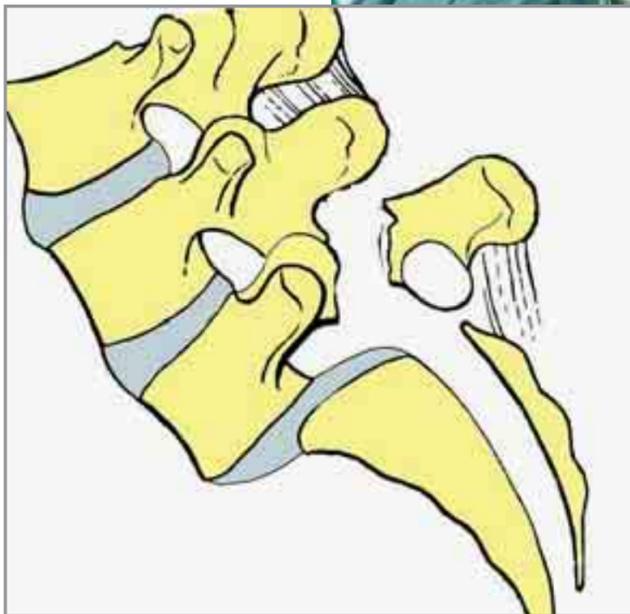


anni ho sposato la causa di Olos centro studi, un progetto culturale che promuove una visione integrata della salute e della malattia in cui lo studio del corpo è in costante correlazione con quello della mente».

Dott. Romano, in quale tra le patologie da lei trattate si sono avute le più interessanti innovazioni tecnologiche?

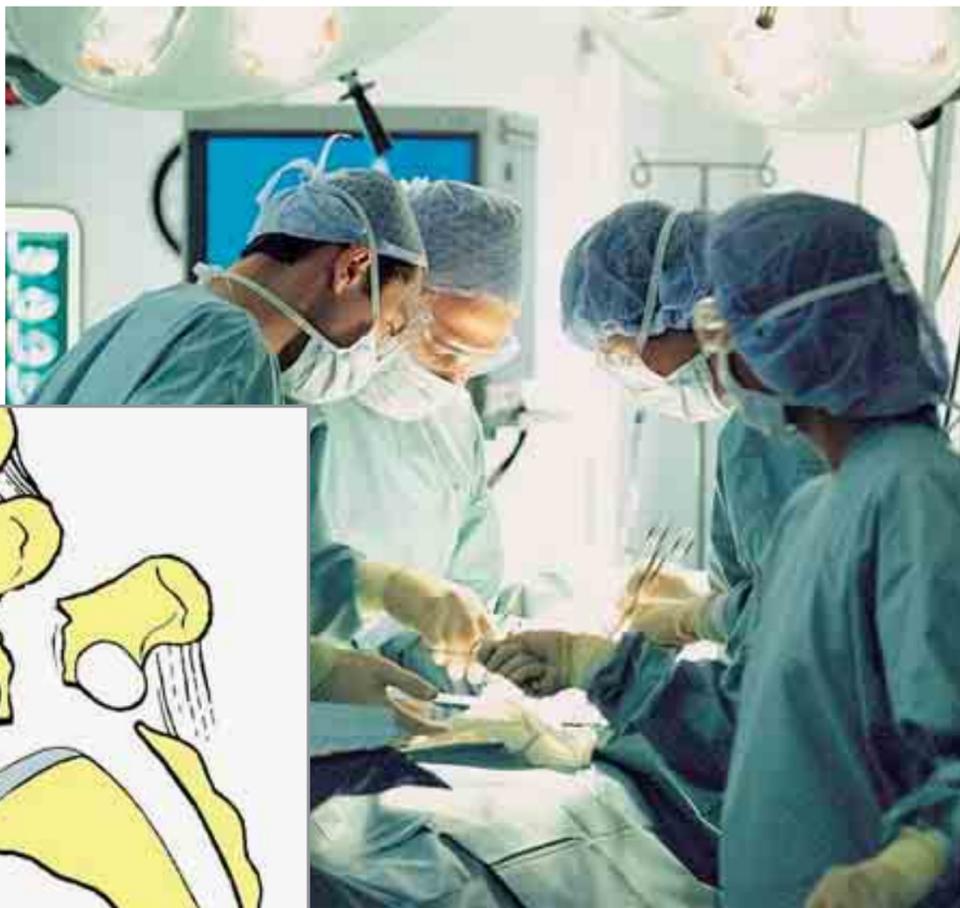
«Nel trattamento delle spondilolistesi lombari, ovvero lo scivolamento di una vertebra della colonna. Consiste nello spostamento anteriore di un corpo vertebrale su quello sottostante. Esistono 5 tipi diversi di spondilolistesi, ma le più comuni sono l'istmica e la degenerativa. La prima è più frequente nei giovani e si manifesta nel 6% della popolazione. È dovuta a un difetto dell'istmo, una parte dell'arco posteriore della vertebra. Il corpo vertebrale rimane così separato dall'arco posteriore e tende a scivolare in avanti. Un grande numero di malati non ha alcun sintomo e il riscontro della listesi è occasionale. Il sintomo principale è il mal di schiena, che può mantenersi modesto anche per molti anni. Nella fase conclamata il dolore lombare diviene molto intenso e può comparire la sciatalgia. La listesi degenerativa, invece, è la conseguenza di fenomeni degenerativi correlati all'invecchiamento ed è, quindi, frequente negli

anziani. Lo scivolamento comporta un severo restringimento del canale vertebrale e la compressione delle strutture nervose che può comportare deficit neurologici. Chi ne è affetto è costretto a fermarsi dopo brevi tratti di cammino. Nei casi più severi il disturbo può interessare i genitali e la regione anale e accompagnarsi a incontinenza o impotenza».



Come si interviene sulla spondilolistesi lombare?

«Il trattamento iniziale dei pazienti che non presentano deficit neurologico è sempre conservativo, costituito da un programma multidisciplinare personalizzato. Ne soffre circa il 35% dei pazienti e a ciò si associa una progressione radiografica della malattia. Circa il 20%, invece, non risponde al trattamento conservativo. In questo caso o in presenza di un deficit neurologico severo è indicato il trattamento chirurgico. Da



Nelle foto: a sinistra, il neurochirurgo, Alberto Romano; accanto la spondilolistesi, ovvero lo spostamento di una vertebra rispetto al segmento sottostante. Non sempre occorre ricorrere alla chirurgia ma quando è necessario rappresenta l'unica via per la guarigione; sopra, medici in sala operatoria

tempo sono utilizzate tecniche mininvasive che consentono di decomprimere le strutture nervose e posizionare i sistemi di fissazione mediante piccole incisioni alla cute riducendo le perdite di sangue, il trauma dei muscoli della colonna e il dolore post-operatorio. Siamo tra i primi in Italia a usare un nuovo sistema di fissazione della colonna vertebrale, "Midlf", che consente di ridurre l'incisione chirurgica, il trauma-

matismo dei muscoli e le perdite di sangue. Il confronto continuo con la comunità scientifica nazionale e internazionale mediante la partecipazione a meeting e a corsi di formazione e l'utilizzo di interconnessioni offerte dalla tecnologia; ci permettono di portare in prossimità le innovazioni dei grandi centri di riferimento, riducendo al minimo il numero di persone che lasciano la Sicilia per curarsi».

UNA METODICA SEMPRE PIÙ IN USO

Piede diabetico, in soccorso arriva anche l'angioplastica

Anche l'angioplastica (e cioè a dire la metodica di rivascularizzazione percutanea tramite piccolo catetere, con palloncino nella parte terminale, introdotto nell'arteria femorale) viene incontro al soggetto con grave arteriopatia periferica che sta per sfociare (o è già sfociata) nel piede diabetico: ovvero sia in quella drammatica complicanza del diabete mellito che altera in maniera grave e progressiva circolazione sanguigna. Infatti l'angioplastica percutanea alorché trova la opportuna indicazione rappresenta una valida alternativa all'altra storica soluzione che è rappresentata dall'intervento di rivascularizzazione chirurgica, evitando oltretutto l'anestesia totale nonché lo stress e qualche complicanza legata all'intervento chirurgico specie se coesistono, nel paziente, altre patologie.



IL DOTT. SALVATORE GARIBALDI

L'angioplastica nei casi particolarmente complessi può essere realizzata in più sedute: criterio, questo, che oltretutto consente una riduzione del mezzo di contrasto somministrato e consente anche di valutare via via il risultato clinico raggiunto. In un recente incontro tra specialisti e medici di famiglia svoltosi a Taormina sotto la presidenza del dott. Rosario Evola e la direzione del dott. Salvatore Garibaldi rispettivamente primario e dirigente medico primo livello della divisione di Cardiologia dell'ospedale San Vincenzo di Taormina, la metodica dell'angioplastica ai fini appunto della rivascularizzazione è stata ampiamente illustrata in tutti i particolari evidenziando anche le indicazioni e i risultati raggiunti a oggi.

denza del piede diabetico mentre è stata sottolineata l'importanza di una diagnosi quanto più precoce attraverso la segnalazione dei sintomi da parte del paziente e la tempestività del medico di famiglia nell'inviare lo stesso allo specialista.

A esserne colpito è circa il 15% dei pazienti diabetici. All'interno di questa percentuale, circa il 50% va incontro a una amputazione maggiore (a livello della gamba, sopra o sotto il ginocchio) o minore (al di sotto della caviglia).

Quali sono i sintomi che dovrebbero far scattare il campanello d'allarme per un piede diabetico? Il primo segnale, in genere, è la forma-

zione di importanti callosità sulle zone più esposte del piede (creste ossee), dovute a traumatismi provocati dalla calzatura, questi pazienti, essendo neuropatici, non avvertono alcuna sensazione dolorosa, il che fa sì che tendano a trascurare la situazione. Il callo, a poco a poco, tende a ulcerare la cute sana sottostante, determinando lesioni più o meno gravi, a cui si sovrappone l'infezione.

E' possibile una prevenzione. Quella primaria La prevenzione primaria consiste essenzialmente nella diligente terapia del diabete. Altrettanto utile inoltre l'utilizzo di speciali calzature che evitano, quanto più possibile, gli sfregamenti e la conseguente formazione di calli prima e di ulcere poi.

Quando invece le lesioni si sono già formate, il fattore patogenetico da aggredire per primo è l'infezione. Il trattamento prevede varie fasi: molto importante a questo punto un approccio multidisciplinare e un'attenta valutazione dello stadio delle lesioni. Si procede quindi con una rivascularizzazione del piede con tecniche di angioplastica simili a quelle che di solito si eseguono a livello coronarico oppure con chirurgia vascolare. Nei casi estremi, invece, sarà necessaria l'amputazione più o meno estesa dell'arto. Nel diabete giovanile, di tipo 1, in genere questo tipo di complicanza a carico del piede, per l'appunto, compare dopo parecchi anni. Nel caso di diabete di tipo 2, la situazione è più complessa: la malattia può restare misconosciuta per molto tempo e si arriva a diagnosticarla proprio in base alla presenza di ulcerazioni al piede.

A. T.

LA SICILIA È ANCHE QUESTO.

COPERTA CON LE MANICHE KANGURU LAVATELLI

solo €19,99

Scopri La Sicilia Store: più di 20.000 prodotti on line selezionati dal quotidiano La Sicilia. Il meglio della nostra isola e del made in Italy da scegliere comodamente a casa tua. Con pagamenti sicuri e tracciabilità dell'ordine.

E IN PIÙ, 5 EURO DI SCONTO ALLA REGISTRAZIONE E 5% DI RISPARMIO CON IL NOSTRO BORSELLINO

WWW.LASICILIASTORE.IT
L'ISOLA CHE C'È.
NUMERO VERDE 800 58 69 04

la sicilia store
dal quotidiano **LA SICILIA**

[ORTOPEDIA]



EGIDIO RECUPERO*

La plasticità neuronale è la capacità del sistema nervoso centrale (Snc) di modificarsi e adattarsi agli stimoli ambientali, comportamentali, alle lesioni o alla malattia. L'evidenza clinica e sperimentale ha confermato questa abilità del cervello a modificare la sua struttura e la sua funzione in risposta a una varietà di pressioni interne ed esterne. Ciò è la base dell'apprendimento di nuove competenze e di nuovi comportamenti con interventi orientati dal compito, confermando di conseguenza la efficacia della riabilitazione. Il recupero e lo sviluppo di funzioni cognitive di aree non corticali, come il cervelletto, rappresenta un difficile obiettivo della riabilitazione e una sfida.

Riabilitazione cognitiva

La riabilitazione è un processo complesso finalizzato alla migliore qualità di vita possibile per i pazienti e per le loro famiglie. La riabilitazione neuropsicologica migliora le risorse adattive e gli adattamenti funzionali in situazioni cliniche, è una fase specifica di un intervento clinico più ampio, coordinata con altri programmi educativi o rieducativi (Gagliardi, 2007). Dovrebbero essere considerate all'inizio le caratteristiche del trattamento: peculiarità, attenzione alle specifiche caratteristiche, integrazione in contesti diversi, e progressivi aggiustamenti degli obiettivi. Karmiloff-Smith nel 2006 ha suggerito la significativa differenza tra il cervello in età evolutiva e il cervello adulto; alla nascita nel cervello esiste un'elevata interconnessione tra le regioni che possiedono una ridotta localizzazione e specializzazione, cosa che consente interazioni con l'ambiente espletando un ruolo importante nella espressione genica e nella determinazione del fenotipo cognitivo definitivo.

Comunque, in accordo con una prospettiva "neurocostruttiva", lo sviluppo è la chiave per la comprensione dei disturbi evolutivi. Una precoce valutazione neuropsicologica non solo consente una migliore comprensione di queste caratteristiche ma permette anche di esprimere un valido giudizio sulla modificabilità delle caratteristiche cliniche, al fine di proporre obiettivi realistici. Le valutazioni neuropsicologiche, comunque, sono insufficienti da sole a fornire tutte le informazioni necessarie, poiché non è possibile identificare la natura dei problemi di ogni giorno incontrati dal bambino e dalla famiglia; i deficit cognitivi non sono solo una funzione della lesione cerebrale, ma anche il risultato di una interazione dinamica tra il bambino e l'ambiente per i bambini con la paralisi cerebrale (Bottcher, 2010).

La partecipazione (coinvolgimento a casa, a scuola, nella vita in comunità) è un importante strumento di apprendimento per i bambini e per le loro famiglie. Attraverso la partecipazione, i bambini costruiscono rapporti di amicizia, aumentano la loro conoscenza, apprendono diverse abilità, ed esprimono creatività.

La classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (Icf) ha aumentato la consapevolezza della partecipazione come esito finale dei servizi di riabilitazione (Palisano, 2013). Per questi motivi, è essenziale porre attenzione al contesto dove vivono i bambini, le loro famiglie compreso il benessere delle loro famiglie (Rosebaum, 2011).

Nelle due decadi trascorse, la consapevolezza del ruolo della famiglia nella vita del bambino è aumentata e il termine "servizi orientati verso la famiglia" è stato introdotto per facilitare l'assistenza dei bambini con necessità speciali e delle loro famiglie (Dirks & Hadders-Algra, 2011).

La riabilitazione delle funzioni cognitive di aree non corticali

Il cervelletto: sfida dell'intervento abilitativo in età evolutiva



La tecnologia in riabilitazione

L'impiego della tecnologia gioca un ruolo importante nel nuovo concetto di riabilitazione cognitiva. La tomografia ad emissione di positroni e la risonanza magnetica funzionale possono aiutare a rivelare la efficacia del trattamento. Inoltre, la realtà virtuale può essere usata per stimolare situazioni di vita reale ed essere di beneficio per la valutazione e il trattamento (Wilson, 2008). Molti giochi interattivi sono stati sviluppati per l'uso in riabilitazione per migliorare l'esito motorio in bambini con compromissioni congenite o acquisite, come l'uso del sistema "cattura-movimento" per consentire l'interazione con oggetti virtuali all'interno di un ambiente virtuale (Levac, 2012).

Funzioni cognitive del cervelletto

Negli ultimi 20 anni, l'evidenza ha dimostrato il coinvolgimento cerebellare in molte funzioni cognitive. L'attivazione del cervelletto è stata osservata nei compiti che implicano attenzione, memoria verbale, linguaggio, problem solving, memoria visuo-spaziale, apprendimento di abilità e apprendimento associativo (Stoodley, 2012). Le lesioni cerebellari acquisite possono indurre disturbi delle funzioni esecutive, alte-

rata cognizione spaziale spesso associata a distrazione, perseverazione, perdita della organizzazione visuo-spaziale, deficit di memoria procedurale, deficit nelle sequenze, disprosodia, lieve agrammatismo, lieve anomia, modifiche della personalità, comportamento disinibito o inappropriato. Questi dati suggeriscono che il cervelletto ha un ruolo importante nel monitoraggio dell'ingresso delle informazioni sensoriali e nel fornire l'adattamento delle funzioni motorie e non-motorie per operare comportamenti contestualmente adeguati.

Programmi di riabilitazione

Questa nuova prospettiva delle funzioni cerebellari ha ripercussioni significative sulla pianificazione dei programmi riabilitativi. L'addestramento specifico per il compito dovrebbe prevedere l'insegnamento di tecniche compensatorie che consentano l'uso di approcci problem-solving alternativi. Si può fare riferimento a strategie metacognitive, alla correzione dell'errore, all'algoritmo delle sequenze comportamentali per raggiungere una maggiore efficacia dell'intervento riabilitativo. Programmare anche tutte le modifiche ambientali per semplificare le attività della vita quotidiana

e garantire il funzionamento più autonomo possibile (Eslinger, 2013). Nuovi trattamenti prevedono gli esercizi cerebellari per il controllo motorio cerebellare, possono essere efficaci nel rilevare altre potenziali manifestazioni della disfunzione cerebellare, e possono dare un beneficio nella disturbi dell'attenzione e nella dislessia (Schmahmann, 2010). Altri recenti approcci si basano sulla terapia cognitiva comportamentale (Schweizer, 2008). L'approccio basato sulla teoria della "dismetria del pensiero" si basa sul ruolo del cervelletto di modulare il comportamento, mantenendolo adeguato al contesto. La stimolazione cerebellare fa capo alla stimolazione magnetica transcranica. La grande similitudine tra le caratteristiche cliniche della sindrome frontale e delle malattie cerebellari prevede la riabilitazione delle funzioni esecutive come approccio possibile nella gestione di deficit cerebellari: addestramento dell'attenzione e della memoria di lavoro, terapia del problem-solving, e il neuro feedback, tecnica non invasiva, derivata dal Biofeedback, che si propone di intervenire a livello neuro cognitivo.

*Medico specialista in Neurologia, direttore Sanitario del Csr di Catania e Viagrande



In accordo con una prospettiva neurocostruttiva, lo sviluppo è la chiave per la comprensione dei disturbi evolutivi

LOMBALGIA

Quella fitta acuta altrimenti detta colpo della strega

La lombalgia (cioè il dolore alla colonna vertebrale, il complesso funzionale che fa da pilastro all'organismo umano) non è una malattia ma un sintomo di diverse patologie, aventi in comune la diffusione del dolore in regione lombare. È un disturbo frequente in età adulta, con massima incidenza in soggetti di 40-50 anni di entrambi i sessi. Circa l'80% della popolazione ne è colpito almeno una volta durante la vita. Può presentarsi in forma acuta, subacuta e cronica, con diversi gradi di disabilità. È tra le più frequenti cause di assenza dal lavoro ed ha perciò un'elevata incidenza socio-economica. La lombalgia è distinta in due grandi gruppi, a seconda che derivi o no dai segmenti ossei sovrapposti (le vertebre) che la compongono, ed è di origine vertebrale o extravertebrale. Appartengono al primo gruppo le forme da patologie congenite, come la sacralizzazione dell'ultima vertebra lombare, la quinta, che in questo caso risulta fusa con la prima vertebra sacrale; la spondilolistesi, ovvero la mancata fusione di parte dell'arco posteriore di una vertebra; la spondilolistesi, quando avviene lo scivolamento in avanti di un corpo vertebrale e la sinostosi, deformità congenita dovuta alla fusione di due o più vertebre.

Le forme, molto 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 (o anche dopo un movimento banale, uno starnuto o uno sforzo fisico) di una violenta fitta in regione lombare, talvolta così intenso da portare ad un brusco cedimento degli arti inferiori (il cosiddetto colpo della strega). L'episodio lombalgico ha durata varia, solitamente da 2 a 3 settimane e la remissione è spontanea, facilitata dalle cure. Il trattamento della lombalgia degenerativa è puramente 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 da sconsigliare 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. Un rilassamento muscolare antalgico può essere ottenuto con il massaggio manuale o con bagni in piscina termale, le manipolazioni del rachide richiedono estrema cautela per il pericolo di ernia discale. Efficaci, anche se poco attuate, le trazioni vertebrali. Forme particolari di trattamento sono quelle mediante agopuntura e iniezioni di corticosteroidi, la ginnastica vertebrale è finalizzata al potenziamento dei muscoli deputati alla stabilità rachidea e contribuisce a vincere la paura del movimento. Nelle lombalgie secondarie a patologie vertebrali ben definite, quali ernia del disco, scoliosi e spondilolistesi, possono rendersi necessari interventi chirurgici ortopedici. Nelle forme di discopatia degenerativa cronica altamente invalidante sono stati recentemente introdotti vari modelli di protesi discale, che però non sono esenti da insuccessi e complicazioni. Per il trattamento delle lombalgie di origine extravertebrale, da patologie neuromeningee, vascolari e degli apparati digestivo e urogenitale, si richiede l'intervento specialistico.

LU. 51.



OFFICINA TECNICA
Ortopedica Catanese
www.ortopediacatanese.it

25°
anni di esperienza

Al Tuo benessere pensiamo noi.

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

A Natale fai un regalo... ai tuoi piedi!

PROMOZIONE mese di dicembre

SCONTO 20%

sull'acquisto del secondo paio di calzature



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



[PROFILASSI]

Lorenzin: «Vaccinazioni e corretti stili di vita in difesa della salute»

«Promozione e prevenzione per una società sostenibile»

FRANCESCO MIDOLO

Nell'era della globalizzazione, anche la salute della persona non ha confini geografici. Basta pensare a come sono cambiate le abitudini alimentari nel corso degli ultimi anni. Sulle tavole sono arrivati ortaggi, carne e pesce provenienti da tutto il mondo. Se a questo di aggiunge una propensione al "viaggio esotico" sempre più diffuso, si capisce come sui temi della vaccinazione e della prevenzione l'attenzione deve rimanere alta.

Di questo, il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin - alla guida del progetto mondiale di difesa dalle malattie infettive contagiose - nei giorni scorsi ha discusso con esperti internazionali intervenuti a Roma, nel corso della Conferenza «The State of Health of Vaccination in the EU» le linee del programma, ponendo le basi per le proposte al Consiglio dei ministri dell'Unione Europea di dicembre 2014.

«In un periodo di recessione come quello attuale - sottolinea l'Aifa - investire nella prevenzione e promozione di stili di vita attivi e salutari e nelle pratiche vaccinali, non solo è eticamente corretto, perché la salute è un diritto universalmente riconosciuto, ma anche un importante contributo verso la creazione di un modello più sostenibile della società. La minaccia sempre più pesante dell'Ebola sulla vita delle persone, non solo in Africa ma nel nostro mondo, ci fa capire quanto sia necessario un vaccino efficace, ancora di più, una risposta



BEATRICE LORENZIN

globale e consolidata del mondo sanitario. Oggi sappiamo che è fondamentale avere programmi efficienti per il controllo delle malattie croniche non trasmissibili, ma è ancora più drammatica la necessità di disporre di programmi efficienti con strategie in grado di diffondere e facilitare le vaccinazioni e la scelta di corretti stili di vita, secondo il principio della Salute in tutte le politiche». È per questo che, assieme ad Aifa, il ministro della Salute ha voluto inserire questa giornata nell'Agenda del semestre di presidenza italiana intendendo portare, insieme con le forze politiche e scientifiche dell'Unio-

ne Europea e non solo, il tema vaccinale nelle conclusioni del Consiglio di dicembre 2014.

Appare chiaro che il percorso efficace del vaccino non può fermarsi nel mondo degli operatori sanitari, ma deve entrare con forza nel percorso dell'economia per la salute che richiede una attenzione obbligatoria che esca dai confini del paese, del conglomerato dei paesi, dei continenti erroneamente e inefficacemente differenziati.

La salute della persona non ha quindi confini geografici. C'è piuttosto un altro obiettivo da raggiungere: sviluppare un atteggiamento di vita diverso, che consenta il coinvolgimento attivo della persona nella protezione della propria salute, iniziando già in famiglia e nel mondo della scuola. Proprio a questo proposito, preoccupa la diminuzione delle vaccinazioni fra gli anziani. Negli ultimi anni si è infatti registrato un calo notevole, soprattutto per la vaccinazione contro l'influenza stagionale, che per le sue complicanze uccide in media 8mila italiani l'anno, l'80% dei quali sono over-65.

A puntare i riflettori sul fenomeno del trend in discesa delle vaccinazioni nella popolazione anziana è ancora il ministro Lorenzin. «In Italia - dice - si registra un preoccupante calo dal 2001 ad oggi delle vaccinazioni tra gli anziani, che rappresentano una delle categorie sensibili a rischio».

«Con l'arrivo della stagione influenzale - continua il ministro della Salute - il consiglio è quello di vaccinare



Glioblastoma, nuova strategia

È in atto una nuova strategia contro il glioblastoma, un aggressivo tumore al cervello che in media, nonostante i progressi della ricerca, uccide in pochi mesi. Ricercatori della Thomas Jefferson University hanno lavorato a un vaccino che, attivando il sistema immunitario del paziente, lo spinge a combattere con più decisione il tumore

innanzitutto le categorie considerate a rischio, come appunto gli anziani e i bambini con patologie croniche. Siamo in piena fase delle vaccinazioni, che - ha precisato - dureranno fino a dicembre».

La vaccinazione, ricorda Lorenzin, «è uno strumento di prevenzione primaria fondamentale». Eppure, proprio gli anziani presentano spesso delle resistenze a vaccinarsi, nonostante i gravi rischi connessi alle

complicanze legate all'influenza stagionale.

«Ogni anno - spiega il direttore del dipartimento malattie infettive dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss), Giovanni Rezza - l'influenza uccide in media in Italia 8.000 persone, e l'80% è rappresentato da anziani». Nonostante la vaccinazione anti-influenzale sia disponibile gratuitamente per le categorie a rischio (come appunto anziani over-65, malati cronici, donne

in gravidanza, i bambini con patologie particolari e operatori sanitari), la copertura in tali categorie non raggiunge ancora l'obiettivo minimo del 75% previsto dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms)».

In questo periodo infatti in molte regioni si è avuto un picco negativo: in Friuli Venezia Giulia ad esempio si è passati dal 71% al 55% delle vaccinazioni tra gli anziani. Toscana in controtendenza, dal 51 è salita al 58%.

PROGETTO PILOTA REALIZZATO IN SICILIA NELLE PROVINCE DI CATANIA ED ENNA

FRANCESCO ZAIORO

Prevenire tra gli immigrati la diffusione di malattie infettive, e in particolare dell'Aids, attraverso la formazione di "mediatori culturali in sanità" e l'attività di sensibilizzazione da loro svolta. Partendo da un duplice assunto di base: la scarsa conoscenza delle patologie infettive e delle loro modalità di trasmissione, nonché il basso livello di accesso ai servizi sanitari degli stranieri. E muovendo dallo scenario mondiale e locale: a dispetto degli allarmi sulla diffusione di altre infezioni, l'HIV resta una tra le grandi epidemie di questo secolo, verso cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità e le altre realtà internazionali hanno indirizzato gran parte delle loro campagne di sensibilizzazione; a livello epidemiologico, basti pensare che solo in Sicilia sono 6mila i casi accertati di Hiv, con oltre 200 nuovi casi di infezione ogni anno. Da queste premesse e con questi obiettivi si è sviluppato il progetto "Mediterraneo. Aids e mediatori tra le terre", realizzato nelle province di Catania ed Enna dall'associazione Terra Amica onlus con la collaborazione del Centro Astalli e dell'associazione Si. Ro. di Enna e con il contributo della Gilead. Il progetto (coordinatrice dott. ssa Graziana Coco, coordinatore dinamiche di gruppo dott. Salvatore Sapienza, valutatore dott. ssa Silvana Leonforte, progettiste dott. sse Chiara Desiderio e Patrizia Uccellatore) ha dato i suoi più evidenti risultati nella formazione di un gruppo di mediatori culturali specializzati in sanità, con adeguate conoscenze cliniche e psicologiche e spiccate competenze comunicative e relazionali. Si tratta della figura dei "Cultural Assistant Counselor (Cac)", che sono già all'opera in Sicilia per sensibilizzare gli immigrati alla conoscenza e alla prevenzione delle malattie infettive, costituendo in tal modo un valido supporto alle Aziende e alle strutture del Servizio Sanitario. In poco più di due mesi, attraverso la presenza di

Immigrati, prevenire malattie infettive tramite mediatori culturali specializzati

esperti, i venti corsisti hanno seguito un percorso affrontando aspetti che vanno dalle dinamiche di gruppo alla trasmissione e prevenzione dell'Hiv, dalle problematiche etno-psichiatriche e resistenze culturali alle rappresentazioni mediatiche dell'Aids, dalle patologie del migrante fino all'assistenza sanitaria agli sbarchi.

Spiega il dott. Mario Raspagliesi, direttore scientifico del progetto, dirigente medico dell'Unità Operativa di Malattie Infettive dell'Azienda Cannizzaro, nonché responsabile dell'Ufficio Assistenza Stranieri dello stesso ospedale: «Bisogna tenere in conside-

razione il peso delle barriere linguistiche e culturali nella comprensione dei concetti legati alla malattia e alla salute. Negli immigrati esiste una diversa idea della prevenzione, e spesso per molti di loro si tratta di un terreno sconosciuto. Dal punto di vista sanitario, il profilo di salute degli immigrati si caratterizza per condizioni di sofferenza dovuta a fragilità sociale, persistenti problemi legati all'accoglienza e all'accessibilità dei servizi». Gli immigrati con regolare documentazione, infatti, hanno accesso ai servizi assistenziali ma fanno meno prevenzione. Se, a maggior ragione, i documenti

non sono regolari, la prevenzione diventa un lusso per pochi e tutto si gioca sulla singola iniziativa di Asp, ospedali e associazioni. Di qui l'importanza delle strategie in grado di tener conto del "capitale di salute" degli stranieri, con o senza regolare documentazione.

A sostegno dell'impianto del progetto, alcuni risultati del questionario somministrato agli immigrati mostrano che più di metà dei soggetti non conosce la differenza tra HIV e AIDS e non ha mai fatto il test HIV, ha ridotta conoscenza delle modalità di trasmissione, mentre è molto incoraggiante

che il 90% dei soggetti si dichiara interessato a partecipare a gruppi di sensibilizzazione su HIV/AIDS. Tale scenario evidenzia la necessità di identificare gli elementi che favoriscono un'adeguata gestione assistenziale dell'infezione da HIV nella popolazione migrante. È infatti importante costruire una consapevolezza tra la popolazione immigrata, in grado di tradursi in metodi più efficaci per affrontare queste patologie, che richiedono un comportamento consapevole per contenere la diffusione e, nel caso di soggetti HIV+, un'elevata adesione agli schemi terapeutici.

In tal senso, il Cultural Assistant Counselor può rappresentare l'interfaccia tra l'ambiente di supporto e assistenza e i fruitori che, portatori di culture diverse, non sono in grado di utilizzare adeguatamente il servizio sanitario: conoscendo la cultura degli immigrati, può interpretarne i bisogni, fornendo risposte efficaci che permettano ai soggetti di comprendere la cultura, gli usi e i costumi italiani e le opportunità offerte dai diversi servizi pubblici presenti sul territorio, aiutando parallelamente le istituzioni ad avvicinarsi a loro. Ed è quello che il gruppo di venti mediatori culturali in sanità, formati nel corso del progetto Mediterraneo, di varie nazionalità, sta facendo oggi in Sicilia. E quest'attività avrà un ulteriore seguito: alla luce dei risultati ottenuti, il progetto "Mediterraneo. Aids e mediatori tra le terre" continuerà con la seconda progettualità, sostenuta sempre da Gilead.



Visita di stranieri all'ambulatorio immigrati del dott. Mario Raspagliesi, direttore scientifico del progetto, dirigente medico dell'Unità Operativa di Malattie Infettive dell'Azienda Cannizzaro di Catania, nonché responsabile dell'Ufficio Assistenza Stranieri dello stesso ospedale

ALLERGIE AI PET

Gatto più pericoloso col cane meno rischi

Con l'aumento degli animali in casa, crescono anche le relative allergie. Soprattutto in questi mesi rispetto a quelli più caldi, perché si sta più al chiuso e la nostra esposizione agli allergeni è maggiore. Il 10% dei soggetti allergici in Italia lo è agli animali domestici: i più "pericolosi" sono il gatto, che fa starnutire almeno un 5% di allergici e che provoca sintomi importanti; il cavallo, nonostante interessi meno dell'1% della popolazione allergica, e il coniglio. Il cane è un animale domestico molto diffuso: in base a questa proporzione, dai problemi di gran lunga minori, sia per quantità sia per gravità, rispetto al gatto, arrivando a interessare il 3-4% della popolazione allergica italiana.

Aumenti considerevoli di allergie si sono stati verificati negli ultimi anni per conigli e criceti, animali di nuova introduzione. Per gatti e cani ci sono vaccini appositi, ma si consiglia più generalmente ai soggetti allergici di evitarne la

convivenza. «Spesso una persona non ci pensa perché è sempre stata abituata a convivere con i "pet" - spiega Giovanni Passalacqua del dipartimento di Medicina interna e specialità mediche di Genova - i problemi iniziano quando i sintomi diventano complicati, come rinite grave e asma, allora si richiede l'intervento di uno specialista. Ma potrebbero verificarsi anche casi da trattare con urgenza. È anche possibile che una persona non abbia sintomi per un lungo periodo della sua vita, e poi si verifichino in maniera inaspettata e dirompente».

F. M.





[MATERNITÀ]

Bimbi in pericolo e tecniche salvavita

Il supporto di base in caso di arresto respiratorio o cardiaco per prevenire il danno cerebrale da mancanza d'ossigeno

FRANCESCO DI PIETRO*

Il supporto di base delle funzioni vitali in età pediatrica non prevede l'utilizzo di attrezzature sanitarie (ad eccezione del defibrillatore semiautomatico) né di farmaci: tutti possono impararlo ed essere così in grado di prestare il primo soccorso a un bambino in arresto respiratorio e/o cardiaco, allo scopo di prevenire il danno cerebrale da mancanza d'ossigeno.

Rispetto all'adulto, il bambino è diverso non solo per le dimensioni, ma anche per la patologia specifica, l'anatomia, la fisiologia, la fisiopatologia e la psicologia. Nella gran parte dei casi, l'arresto della respirazione e del circolo nel paziente pediatrico non sono improvvisi, ma avvengono come momento terminale in un contesto di progressiva ipossipemia e acidosi nel corso di un trauma o di una patologia acuta, respiratoria, neurologica o infettiva, che è iniziata spesso già da ore o giorni ed è progredita nello scompenso respiratorio e/o nella fase di scompenso dello shock. Un'altra caratteristica dell'età pediatrica è la rapidità d'evoluzione dei quadri clinici, sia come aggravamento sia come miglioramento in risposta a un trattamento corretto.

La rianimazione cardio-polmonare (Rcp) garantisce un'ossigenazione d'emergenza al cervello rendendo possibile l'applicazione completa della "catena della sopravvivenza". La sequenza del Pbls prevede un'alternanza di valutazioni e azioni secondo lo schema dell'"CAB": 1. C. circolazione (circolo); 2. A. airways (vie aeree); 3. B. breathing (respiro).

Ogni azione va eseguita solo dopo una accurata valutazione dell'assenza dei parametri vitali. Le tecniche da applicare sono diverse a seconda dell'età del paziente per cui distinguiamo: 1. Lattante da 0 a 1 anno; 2. Bambino da 1 anno alla pubertà. Prima di avvicinarsi al paziente pediatrico ed iniziare la sequenza Pbls-d, è necessario accertarsi che non esistano rischi ambientali, sia per i soccorritori sia per la vittima. Per valutare lo stato di coscienza si chiama il bambino a voce alta e si pizzica tra la spalla e il collo bilateralmente; va evitato lo scuotimento del paziente valutando contemporaneamente l'attività respiratoria.

Quando far attivare o attivare immediatamente il sistema d'emergenza 118?

Se il bambino è incosciente, o immediatamente (aiuto + Dae) anche se presente un solo soccorritore,

in caso di collasso improvviso e/o anamnesi positiva per cardiopatia congenita o acquisita, o se presenti due soccorritori; o dopo 2 minuti di rianimazione cardiopolmonare se presente un solo soccorritore. Successivamente, valutare la presenza di segni di circolo (movimenti, attività respiratoria regolare, tosse, deglutizione) per non più di 10 secondi. Il personale sanitario deve ricercare il polso. Il polso va valutato in sede diversa a seconda dell'età del paziente: polso brachiale (terzo medio in posizione mediale del braccio) o femorale nel lattante; polso carotideo (o femorale) nel bambino.

Se i segni di circolo (o il polso) sono presenti: sostenere solo il respiro con 8-10 insufflazioni al minuto (1 ogni 5 secondi) rivalutando i segni di circolo ogni 2 minuti.

Se i segni di circolo (o il polso) sono assenti: iniziare il massaggio cardiaco esterno associandolo alle ventilazioni con rapporto compressioni: ventilazioni di 30:2 (15:2 per il personale sanitario).



Nelle foto: sopra, il dott. Francesco Di Pietro; sotto, la tecnica a due dita sul lattante



Sia nel lattante che nel bambino le compressioni toraciche vanno esercitate in corrispondenza del 1/3 inferiore dello sterno. Diverse le tecniche: nel lattante tecnica a 2 dita; nel bambino le compressioni toraciche vanno effettuate con 1 mano o con 2 mani perpendicolari allo sterno in rapporto alle dimensioni del paziente.

Ad ogni compressione il torace si deve abbassare di 5 cm (4 nel lattante) seguita dal ritorno alla posizione iniziale. Il rapporto fra compressioni e insufflazioni deve essere di 30:2 (15:2 i sanitari) con una frequenza di 100/min.

Per aprire le vie aeree nel lattante è importante mantenere la posizione neutra del capo; nel bambino si esegue una lieve iperestensione proporzionale all'età.

Se il paziente non respira, bisogna eseguire le insufflazioni lente e progressive della durata di 1 secondo ciascuna, con tempo d'inspirazione ed espirazione uguali. È necessario verificare che il torace e l'addome si espandano durante le insufflazioni e si abbassino tra un'insufflazione e l'altra.

Le tecniche sono quelle della respirazione bocca-bocca (bambino) o bocca-bocca/naso (lattante); o con mezzi aggiuntivi (pocket mask o pallone ambu). La conduzione successiva non differisce in base all'età.

Il polso non deve essere più rivalutato.

La sequenza si interrompe solo alla ricomparsa dei segni di circolo (MO. TO. RE. movimenti tosse o respiro). In tale caso si procede alla rivalutazione C-B-A.

Arrivo del soccorso avanzato.

Tralasciando i casi di ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo (che meriterebbero un trattamento a sé stante), conviene invece concludere con un accenno sull'utilizzo del DAE: la defibrillazione con DAE è consigliata in ogni fascia d'età anche nel lattante. Viene consigliata in particolare se il DAE è dotato di pads pediatriche o di programmi che riducono l'energia erogata a 50-75 J. La defibrillazione deve essere sempre eseguita in regime di assoluta sicurezza per la vittima e per i soccorritori. È fondamentale che nessuno sia a contatto diretto con il paziente sia durante l'analisi del ritmo cardiaco sia per evitare interferenze sia soprattutto durante l'erogazione dello shock.

* Responsabile Pronto Soccorso Pediatrico Azienda ospedaliera per l'emergenza "Cannizzaro"

GLI ESPERTI

Occhio ad abitudini e stili di vita scorretti

Gravidanza e allattamento sono momenti molto delicati per il benessere della mamma e del bambino. Non sempre però le donne assumono nutrimenti sufficienti al loro fabbisogno: le carenze spesso riguardano l'acido folico, il ferro, la vitamina D e il DHA, un acido grasso della famiglia degli Omega 3. A dirlo sono alcuni esperti, che in un incontro organizzato nei giorni scorsi a Milano hanno spiegato come queste carenze «siano spesso legate ad abitudini e stili di vita scorretti».

Durante il periodo della maternità, hanno detto, «è importante curare con più attenzione la propria dieta per soddisfare le specifiche esigenze nutrizionali». Le donne maggiormente a rischio per queste carenze nutrizionali, ha spiegato Irene Cetin, direttore della Ostetricia e Ginecologia all'Ospedale Sacco di Milano, «sono ad esempio le donne più giovani, che fumano, le donne con indice di massa corporea diverso dai valori normali o con gravidanze ravvicinate. Ma contribuiscono anche le diete sbilanciate per i ritmi lavorativi e la tendenza ad alimentarsi velocemente». Secondo uno studio di Cetin, «in media le donne gravide assumono pesce meno di una volta alla settimana, ossia la metà di quanto consigliato, e frutta e verdura in quantità medie inferiori alle due porzioni al giorno, mentre le raccomandazioni indicerebbero di prendere almeno 5-7 porzioni al giorno». Per sopprimere ad eventuali carenze, concludono gli esperti, è solo nei casi in cui la dieta non risulti sufficiente a correggerle, dietro consiglio del medico è possibile completare l'apporto di nutrienti con integratori alimentari, somministrati sulla base delle esigenze e delle condizioni individuali della donna. «Di particolare importanza è la presenza negli integratori del DHA, acido grasso di fondamentale importanza per lo sviluppo cerebrale del feto».

F. M

DALL'1 AL 3 DICEMBRE APPROFONDIMENTO SULLE NUOVE TECNICHE

La chirurgia ginecologica corso al Garibaldi Nesima

Dall'1 al 3 dicembre all'ospedale Garibaldi Nesima di Catania il II corso di Chirurgia Ginecologica organizzato dall'Uoc di Ginecologia e Ostetricia diretta dal prof. Giuseppe Ettore. Il corso vuole affrontare 3 temi importanti della chirurgia in merito alla formazione e le competenze, le evidenze relative ai migliori profili terapeutici e le nuove frontiere rappresentate dall'innovazione tecnologica.

I tre giorni saranno dedicati in particolare alla ginecologia chirurgica oncologica con l'utilizzo delle tecniche laparoscopiche più avanzate, alla chirurgia del prolasso utero-vaginale con il confronto tra le tecniche laparoscopiche e quelle per via vaginale e all'utilizzo della chirurgia robotica.

La formula "interattiva" del corso, con chirurgia dal vivo, letture e discussioni, vedrà in azione i maggiori esperti nazionali e internazionali del settore, come il prof. Giovanni Scambia dell'Università Cattolica di Roma, il prof. Enrico Vizza dell'Istituto dei tumori Regina Elena di Roma, i proff. Houvenaeghel ed Eric Lambaudie dell'Istituto oncologico di Marsiglia con i quali da tempo la ginecologia del Garibaldi è collegata. L'iniziativa è l'occasione per sostenere e promuovere le competenze in chirurgia con obiettivi prioritari volti a: rafforzare la formazione dei professionisti e dei giovani in particolare; ricercare le evidenze di efficacia dei trattamenti chirurgici per il miglioramento costante e continuo degli esiti di cura per le pazienti; ricercare attraverso l'utilizzo delle innovazioni tecnologiche le nuove frontiere per il miglioramento di qualità e sicurezza degli standard di cura; favorire la crescita del "team chirurgico" (chirurghi, infermieri, anestesisti); favorire in tutto il percorso innovativo la sosteni-



locandina del corso di chirurgia ginecologica

nibilità dei trattamenti. È in programma un dibattito sul ruolo della chirurgia vaginale oggi, considerati i numerosi vantaggi rispetto alla tradizionale via addominale laparotomica, in quanto non richiede necessariamente l'escissione dell'anestesia generale, ed eliminando il trauma chirurgico connesso all'apertura della parete addominale è attuabile anche in pazienti ad alto rischio chirurgico ed anestesologico come pazienti di età avanzata, pazienti affette da malattie sistemiche debilitanti come diabete e patologie cardiovascolari nonché pazienti affette da obesità severa. Nell'ambito del corso verrà affrontato an-

che il tema della chirurgia robotica, nuova frontiera della chirurgia mini-invasiva. Con il robot, che conferisce al gesto chirurgico una precisione non confrontabile con altre tecniche, si possono infatti superare i limiti legati alla difficoltà di trattare, con la laparoscopia, patologie in sedi anatomicamente difficili da raggiungere. Estendendo ad interventi complessi - con la stessa qualità ed efficacia della chirurgia tradizionale - i benefici della mini-invasività: nessuna cicatrice estesa dell'addome, ridotto tempo operatorio (minor anestesia), ridotte perdite di sangue, minor dolore postoperatorio, ripresa più rapida.

La versatilità dei movimenti degli strumenti robotici, che consente di raggiungere spazi anatomici ristretti e profondi, è una caratteristica vantaggiosa nella chirurgia pelvica ginecologica. Agli inizi del 1990 la chirurgia mini-invasiva laparoscopica iniziava a delineare i primi passi di quella che, dopo un decennio, sarebbe diventata lo standard della chirurgia ginecologica. L'evoluzione della chirurgia laparoscopica è sicuramente la chirurgia robotica, che, oltre ai vantaggi della chirurgia mini-invasiva, aggiunge una strumentazione che cerca di superare i limiti degli strumenti offerti dalla chirurgia laparoscopica. L'intervento con il robot evita il taglio sull'addome anche per interventi ginecologici oncologici. Inoltre bisogna sottolineare che è sempre il chirurgo che esegue l'intervento e non la macchina. Verranno focalizzate infine le tecniche mininvasive per la chirurgia endoscopica intrauterina come l'isteroscopia operativa che oggi rappresenta un presidio terapeutico efficace, di massimo comfort per la donna e finalizzato alla riduzione dei costi.

PAOLO F. MINISSALE

FON.CA.NE.SA. ONLUS
FONDAZIONE CATANESE PER LO STUDIO E LA CURA DELLE MALATTIE NEOPLASTICHE DEL SANGUE
(DIRETTORE MORALE RICOSTRUITO CON D.P.R. DEL 7 AGOSTO 1990)

Il Presidente
A. R. Zappalà Massimino

Come tutti sapete è da ventotto anni che la Fon.Ca.Ne.Sa. si è distinta nel territorio per il suo sostegno alla ricerca scientifica per le malattie oncologiche e per l'accoglienza offerta agli ammalati ed ai loro parenti attraverso le Case di accoglienza "Casa Santella". Queste case nate nel 1999 di fronte l'Ospedale Ferrarotto sono state frutto della mia forte volontà e determinazione a non far rivivere lo stesso percorso, da me purtroppo vissuto trent'anni fa, a tutti coloro che trovandosi fuori sede devono affrontare la malattia lontani da casa e dagli affetti. In quindici anni di attività le case di accoglienza hanno registrato oltre 34.000 presenze provenienti da tutto il territorio siciliano ed anche estero.

"Casa Santella" è un rifugio ed un conforto, ed è per tale ragione che a seguito del trasferimento del Dipartimento di Ematologia dell'Osp. Ferrarotto presso l'AOU Policlinico la FonCaNeSa sta costruendo e ristrutturando la terza casa di accoglienza con 15 posti letto e con confortevoli spazi di condivisione per coloro che provengono non solo dall'Ematologia ma anche da tutti quei reparti che richiedono periodi prolungati di ricovero.

Per realizzare questo sogno la Fondazione ha avviato come ogni anno le due lotterie di beneficenza una interamente sostenuta da Unicredit SpA e la seconda con la collaborazione del Credito Siciliano e di tutti i sostenitori della FonCaNeSa. Ma la raccolta fondi necessita di un aiuto più importante perché l'impegno economico da mettere in atto non è indifferente e la solidarietà di ogni singolo è un mattone al servizio di chi soffre. Aiutaci a sostenere questo nobile scopo versando il tuo contributo alla Fon.Ca.Ne.Sa. Onlus c/c postale 14197958

Recapiti FON.CA.NE.SA. onlus
Sede Legale: 95129 Catania - V.le Africa, 14/16 Presidente 348.0339446 - Segreteria 347.3333262 - Tel./Fax 095.418779
Casa d'accoglienza "Casa Santella": Via Salvatore Cialelli, 21 - Catania - Referente: 349.0535358
Sito internet: www.foncanesa.it E-mail: presidentefoncanesa@virgilio.it seguici su

XV LOTTERIA
a favore della FON.CA.NE.SA. onlus

Acquista i biglietti per la costruzione della 3ª casa di accoglienza "Casa Santella"

I biglietti sono acquistabili presso gli sportelli Unicredit SpA a cui è interamente dedicata una lotteria, e per la seconda lotteria è possibile acquistare i biglietti attraverso i sostenitori della Foncanesa Onlus e presso le agenzie del Credito Siciliano.

Unicredit s.p.a.
Estrazione il 7 maggio 2015, ore 17
presso Aula "Cumino" di Unicredit S.p.A.
di Via S. Euplio, 9 - Catania 5° Piano

FON.CA.NE.SA. Onlus
Estrazione il 20 maggio 2015, ore 17
presso Grand Hotel Excelsior
P.zza G. Verga - Catania

I numeri dei biglietti estratti saranno pubblicati sul quotidiano "La Sicilia" per l'estrazione Unicredit SpA l'8 maggio 2015 mentre per l'estrazione Credito Siciliano il 21 maggio 2015, oppure possono essere visionati presso le agenzie del Unicredit SpA, Credito Siciliano e presso Enti pubblici e privati, aziende ospedaliere, aziende, istituti scolastici pubblici e privati, club service, negozi, associazioni, sostenitori della fondazione che abbiano avuto l'autorizzazione alla vendita o sul sito della FON.CA.NE.SA. I premi estratti dovranno essere ritirati entro 60 giorni dalla data di estrazione.

www.foncanesa.it costo del biglietto **Euro 3,00**

[NEUROENDOCRINOLOGIA]



Lo stress, un nemico invisibile e insidioso

La psicoterapeuta: «Attività fisica, meditazione e un'alimentazione corretta le principali armi di difesa»

PIERANGELA CANNONE

Un nemico invisibile e insidioso. Lo stress mette in pericolo il benessere fisico e psicologico dell'individuo. Sono sempre più numerosi, infatti, gli studi scientifici che confermano il legame tra lo stress eccessivo e l'abbassamento delle difese immunitarie nell'organismo. «La visione dell'essere umano – dice Letizia Ferrante, psicoterapeuta esperta in tecniche di gestione dello stress e coordinatrice regionale della Sipnei, Società Italiana di Psiconeuroendocrinologia (Pnei) – come sistema integrato, basato sull'interazione tra il sistema nervoso, neuroendocrino e immunitario; sta alla base della Pnei. Questa disciplina considera l'organismo come un network che collega i propri sistemi di regolazione quali la psiche, il sistema nervoso, endocrino e immunitario. È il loro equilibrio che garantisce la salute dell'uomo. In presenza di malattia, invece, uno di questi sistemi può costituire la via d'accesso al ripristino dell'equilibrio. Questa visione è la base per promuovere nuovi approcci integrati alla prevenzione e alla cura delle più comuni malattie, soprattutto di tipo cronico. La disciplina può essere vista anche dal punto di vista della psichiatria, dove certi disturbi dell'umore sono associati a cambiamenti ormonali o neuroendocrini che influenzano il cervello. Ad esempio, disfunzioni cerebrali come quelle all'ipotalamo possono influenzare il sistema endocrino, che a sua volta può causare sintomi psichiatrici».

Dott. ssa Ferrante, come si manifesta il fenomeno stressante?

«A noi tutti capita di agitarci per un evento o una situazione psichico-fisica vissuti come una minaccia. Quando il cervello e gli organi di senso ci rendono consapevoli di un pericolo, l'organismo avvia una complessa serie di reazioni nervose, biochimiche e ormonali che preparano alla difesa. Il pericolo, tuttavia, può essere reale o immaginario. Ciò che conta è che l'organismo vive una minaccia alla propria incolumità e si prepara a reagire con un automatismo: la lotta o la fuga. In pochi secondi il corpo è teso e pronto ad agire. Nel momento in cui scatta il meccanismo d'allarme in risposta all'evento stressante, si manifestano cambiamenti a carico degli organi interni: il

pancreas, l'intestino, lo stomaco e la pelle vengono messi a riposo; mentre il cuore, il cervello e i muscoli, più interessati alla lotta e alla fuga, vengono attivati».

Lo stress, quindi, è sempre un fattore negativo per l'organismo?

«Occorre differenziare lo stress "buono", eustress; da quello "cattivo", distress. Il primo ci spinge a dare il meglio di noi di fronte a una necessità. Quando la situazione minacciosa volge al termine, anche le risposte fisiologiche del nostro organismo ritornano alla normalità. Il problema sorge sia nel momento in cui lo stress, non più acuto, diventa cronico sia quando la persona si trova nell'impossibilità di reagire o di evitarlo. Spesso modi di vivere, idee, atteggiamenti, comportamenti e stili di vita mettono l'individuo in una condizione di sovraccarico a cui l'organismo risponde con difficoltà, fino all'esaurimento di tutte le sue risorse. Gli stress cronici possono poten-

Alcuni sintomi possono essere cognitivi, come ad esempio la riduzione della capacità di concentrazione e di comprensione, nonché il deficit di memoria. Altri invece, sono comportamentali: irritabilità e aggressività. Paura, ansia e depressione intaccano la sfera emozionale

zialmente farci ammalare, aumentare il rischio di contrarre una malattia o il rischio che questa annienti le difese del proprio corpo. Infatti, nel tentativo di dare una risposta alle richieste provenienti dallo stress, l'organismo cerca di adattarsi. Ma quando le risorse vengono a mancare il prezzo è un abbassamento dei livelli di salute».

Come si palesa il problema?

«Alcuni sintomi possono essere di tipo cognitivo, come la riduzione della capacità di concentrazione e di comprensione e il deficit di memoria. Altri, invece, sono di tipo comportamentale come l'irritabilità o l'aggressività. Infine esistono conseguenze anche emozionali come la paura, l'ansia, la depressione e fisiologiche come l'incremento della pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la ventilazione, i sintomi somatici. Quando il sistema non riesce più a compensare, arriva la rottura: i sintomi reattivi allo stress lasciano il posto alla malattia. Seppure numerose evidenze scientifiche dimostrano l'esistenza di un collegamento tra lo stress e la possibilità di contrarre alcune patologie del sistema immunitario come le malattie cardiovascolari, le turbe gastro-intestinali e il cancro; è molto importante ricordare che, per quanto acuto e ripetuto possa essere l'evento, non può farci ammalare ma semmai aumenta il rischio di contrarre la malattia o ne peggiora il decorso».

Ci si può proteggere dallo stress?

«Non sempre, ma esistono molte tecniche e strategie per prevenirlo. Sarebbe opportuno imparare la gestione dello stress prima che esso si manifesti per evitare i disagi e le conseguenze che ne derivano. Come ci suggerisce la Pnei, l'approccio è sempre di tipo integrato. Abbiamo diversi strumenti, il primo è la nostra psiche. mente e corpo, infatti, si influenzano reciprocamente. Per avere una vita libera dallo stress, è opportuno lavorare sul proprio modo di percepire gli eventi, cercando di ridurre le fonti e pianificando meglio la vita di tutti i giorni. Inoltre, è impor-

tante fare attività fisica, curare l'alimentazione e praticare tecniche di respirazione e di meditazione».

Quanto sono importanti i legami familiari durante la fase di riequilibrio?

«Molto. Esistono diversi studi che documentano l'azione del sostegno sociale sia come fattore protettivo per uno stato di salute ottimale sia come modulatore dell'esperienza di stress. La presenza di una persona a cui siamo affettivamente legati, infatti, può aiutare a modificare la percezione dell'evento come meno minaccioso o stressante, tollerandone meglio gli effetti. In una visione dell'organismo e della malattia di tipo bio-psico-sociale, l'ambiente influisce sul nostro stato di salute psicofisico. I sentimenti di inadeguatezza, di rabbia, di esclusione; così come una vita condotta in uno stato di emergenza economica continua o all'insegna dell'incertezza economica e lavorativa costituiscono un fattore principale di rischio per lo stress e per i disturbi ad esso correlati. Sia che si tratti di giovani inoccupati sia se si guarda alla condizione dei disoccupati e dei tanti padri di famiglia che hanno perso il lavoro».

Chi è la "vittima preferita" dallo stress?

«Non c'è una "vittima preferita". Esistono, tuttavia, condizioni oggettive di tipo economico-sociale che pongono più a rischio. Ciò che fa la differenza è il modo in cui ciascuno percepisce l'evento come stressante. Questo dipende non solo dall'evento in sé, ma anche dalle risorse personali come la capacità che ci attribuiamo ed esterne di tipo sociale, economico e organizzativo. Non meno importanti sono le richieste provenienti dall'ambiente esterno e le aspettative, le motivazioni, i desideri e i bisogni a cui in un dato momento si è sottoposti. La situazione ottimale di equilibrio consente di sperimentare uno stato di "eustress" cioè un bilanciamento tra richieste e risorse. Se c'è uno squilibrio importante, ci troveremo di fronte a una situazione di "distress", con tutte le conseguenze di cui abbiamo già parlato».

Lo stress, quindi, può essere definito il male sociale del secolo?

«Non mi piace attribuire facili etichette, ma di certo c'è uno stretto legame tra stress e salute. Per questo è necessario avviare a tutti i livelli programmi sanitari di prevenzione, che è la strategia vincente per non essere colti impreparati».



Lo stress è un nemico invisibile. È confermato lo stretto legame tra stress e calo delle difese immunitarie

PIAZZA S. MARIA DI GESÙ E NESIMA: PARTITI I NUOVI PERCORSI DI ACCOGLIENZA

Garibaldi, un punto di primo intervento e un centro di accoglienza oncologico

Nei giorni scorsi, al presidio ospedaliero Garibaldi-Centro di Catania, sono stati inaugurati i nuovi percorsi di accoglienza per l'utenza, che hanno visto l'avviamento del nuovo punto di primo intervento, l'apertura alla città dell'ingresso storico di Piazza Santa Maria di Gesù, nonché i nuovi locali dell'Ufficio per le relazioni con il pubblico e dell'ufficio ticket.

Alla presenza dell'assessore regionale alla Salute, Lucia Borsellino, e del sindaco Enzo Bianco, il direttore generale dell'Arnas Garibaldi, Giorgio Santonocito, ha aperto la giornata nel luminoso atrio con le arcate in vetro prospiciente la piazza. La questione di maggiore rilevanza per l'ospedale e per la città, è rappresentata dall'apertura del punto di primo intervento nei locali adiacenti il Pronto Soccorso, un ambulatorio dedicato solo ai codici bianchi e verdi meno gravi, gestito da medici dell'Asp Catania.

In pochi giorni il nuovo servizio ha centrato l'obiettivo e ha ridotto del 15% l'afflusso dei pazienti, decongestionando il meccanismo tortuoso della sosta in ospedale.

«Da commissario dell'Asp di Caltanissetta – spiega Santonocito – avevo già introdotto per tempo l'idea di un ambulatorio per i codici bianchi, posto in prossimità del Pronto Soccorso, capace di ridurre gli accessi impropri e i tempi di attesa. Oggi riprendo quell'esperimento, grazie anche alla collaborazione con l'Asp di Catania e con i medici di medicina generale, in una dimensione più ampia e con la consapevolezza dell'importanza di un servizio efficiente al centro della città. In forza di un software informatizzato che permette lo smistamento delle urgenze, il nuovo servi-

zio consente di visitare e curare i pazienti inviati dal triage del Pronto Soccorso con maggiore celerità, snellendo di fatto il carico di lavoro nell'area emergenziale».

L'idea, che trova tra i maggiori estimatori anche l'assessore regionale alla Salute, potrebbe essere sperimentato in altri ospedali siciliani. «L'esperienza dei Punti di Primo Intervento – afferma Lucia Borsellino – sta già dando risultati importanti, soprattutto laddove essi siano stati istituiti negli ospedali. Si tratta di una soluzione da studiare attentamente per capire se possa essere riproposta in altre realtà».

«Con estrema soddisfazione – riprende il direttore generale del Garibaldi – comunico che, dopo anni di attesa e grazie all'interessamento dell'assessore, è stato pubblicato il decreto di finanziamento che permette di appaltare subito i lavori di costruzione del nuovo

Pronto Soccorso che sorgerà nella parte superiore dell'ospedale. Il progetto, seppur aggiornato e ammodernato, fu proposto nel 2006 dal compianto dott. Navarra e prevede la costruzione di un nuovo stabile, moderno e completo, su cui far confluire le attività di emergenza-urgenza. Intanto abbiamo programmato una ristrutturazione leggera dell'attuale Pronto Soccorso che, minimizzando i disagi per l'utenza, consentirà di adeguare la struttura vecchia, in attesa del trasferimento, ai moderni standard di sicurezza e ricettività».

Plaudendo all'iniziativa anche il sindaco di Catania, molto attento alle questioni sanitarie in città. Il lavoro sinergico tra la Commissione dei saggi della Sanità e la nuova governance del Garibaldi, riceveva nel comprendere il nodo delle urgenze nel Pronto Soccorso, sta dando i suoi frutti. Con la costruzione della nuova struttura si risponderà con effi-

cazia all'incremento del flusso di pazienti che si avrà dopo il trasferimento dell'ospedale V. Emanuele al presidio San Marco di Librino».

In tema di emergenza, il direttore generale del Garibaldi si sofferma anche su una questione rilevante. «Bisogna adesso comprendere – dice – che il Pronto Soccorso di un'azienda di rilievo nazionale come la nostra, collocata al centro dell'area metropolitana catanese non può non avere la dignità di hub o quantomeno spoke, oggi riconosciuta a Catania, nella proposta di rete ospedaliera presentata alla VI Commissione Sanità, solo al Cannizzaro e al Policlinico-V. Emanuele e negata, invece, al Garibaldi. Quello del Garibaldi è uno dei più importanti Pronto Soccorso della Sicilia, con oltre 60 mila accessi l'anno in quello generale, completa di un'offerta di discipline specialistiche connesse all'emergenza, 40 mila accessi al



Il direttore generale dell'Arnas Garibaldi, Giorgio Santonocito, con il sindaco di Catania, Enzo Bianco; in basso, Santonocito con l'assessore regionale alla Salute, Borsellino e l'ingresso dell'ospedale Garibaldi in piazza Santa Maria di Gesù

Pronto Soccorso pediatrico con rianimazione pediatrica attiva dedicata e terapia intensiva neonatale, che assorbe un bacino di utenza extraprovinciale nonché 10 mila accessi al pronto soccorso ostetrico che produce 1.600 parti l'anno, circa il 25-30% ad alto rischio. Oltre al Garibaldi-centro, altri progetti sono previsti anche per il presidio di Nesima Superiore.

«La missione che ci siamo dati – continua Santonocito – è di reingegnerizzare l'ospedale, ripensandolo quale centro oncologico.

Abbiamo, infatti, pensato di sperimentare uno specifico progetto di accoglienza, attraverso la istituzionalizzazione del centro di accoglienza oncologico che, grazie alla individuazione di professionisti interni nonché all'apporto delle forze del volontariato e dell'associazionismo, accompagna il paziente on-

cologico durante la sua degenza. Insomma, si tratta di avvolgere il paziente oncologico in una rete di assistenza in grado di ridurre al minimo i disagi di chi, apprestandosi ad affrontare un momento difficile della propria vita, deve pensare solo a curarsi. Altri progetti riguardano poi l'avvio della procreazione medica assistita, quello della stroke unit, e l'utilizzo della robotica operatoria».

«Tutto ciò – conclude il direttore – non potrà realizzarsi senza un profondo ripensamento dei percorsi assistenziali e organizzativi: la riduzione del rischio clinico, in primo luogo le infezioni ospedaliere, la reingegnerizzazione delle sale operatorie, il nuovo disegno dei processi di accettazione ed assistenza dentro il Pronto Soccorso, la riformulazione del prontuario terapeutico aziendale in chiave di appropriatezza prescrittiva al fine di abbattere i costi inutili, l'adeguamento strutturale dei presidi per una maggiore sicurezza dei lavoratori e degli utenti. Al centro di tutto ci starà sempre il concetto di umanità nelle relazioni con il paziente, la cordialità e semplicità nei rapporti coi propri dipendenti, la lealtà nei rapporti con le Istituzioni, che è tratto distintivo di questa Azienda e di questa direzione».





[TRASFUSIONI]

Servizi trasfusionali e unità di raccolta verso l'accreditamento

Sono tra gli obiettivi dei manager della Sanità appena designati

NUCCIO SCIACCA

Che il sangue fosse il primo tramite della vita lo sapevano anche gli uomini preistorici nei cui riti, controllabili attraverso quanto rimane di primordiale presso le popolazioni che ancora oggi sono rimaste all'età della pietra, ci si nutrivano di viscere e sangue di belve feroci per acquisirne le forze. Il sangue poi, come trasmissione di vita è stato indicato nella simbologia medievale attraverso il mito del Graal, che propriamente era il "gradale", la coppa dell'ultima Cena, dove fu raccolto il Santo Sangue versato sulla Croce, e che poi si rinnova consacrato nell'Eucarestia.

Con la donazione del sangue, si ripete il dono della vita. Un dono che parte dall'esempio sublime e di cui può essere ministro chiunque. Insomma il sangue ha avuto nella nostra cultura un altissimo valore simbolico e archetipico, una dimensione che si è però nei secoli modificata divenendo più pratica e legata a scopi terapeutici. I gruppi sanguigni e quindi la compatibilità trasfusionale tra il donatore ed il ricevente furono scoperti, del resto, solo nel secolo scorso.

Oggi l'organizzazione della donazione del sangue e degli emocomponenti nel nostro Paese ci pone all'avanguardia mondiale con alcune specifiche e significative peculiarità come quella di essere un sistema esclusivamente pubblico che persegue l'auto-sufficienza come obiettivo nazionale non frazionabile con forte coinvolgimento territoriale che parte dal mini-

sterio della Salute e attraverso il Centro nazionale sangue (insediato il primo agosto 2007) arriva ai Servizi di medicina trasfusionale e alle associazioni di volontariato con le loro unità di raccolta fisse e mobili.

Il sangue è una risorsa indispensabile e insostituibile nella terapia di molti stati morbosi. Il progresso scientifico e tecnologico ha portato da una parte, per l'affinarsi delle tecniche mediche e chirurgiche, ad una diminuzione della richiesta ma dall'altra, avendo aperto orizzonti una volta in-

"Sangue da esportare" Ragusa e Siracusa province virtuose

sperati con i trapianti d'organo, la chirurgia cardiovascolare, la terapia delle emoglobinopatie, solo per fare qualche esempio, ma soprattutto per l'allungamento della vita media, ha accresciuto la necessità di sangue. Nel 2013 il Global forum sulla donazione del sangue, indetto dall'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms) ha definito il modello italiano uno dei migliori possibili con il coinvolgimento del Sistema sanitario e delle Associazioni di volontariato. La donazione di sangue, come noto, è un atto volontario e gratuito, cioè non remunerato in alcun modo.

Ma la possibilità di usufruire nel giorno della donazione di una giornata di

esenzione dal lavoro, regolarmente retribuita, non potrebbe essere considerata un'alternativa alla retribuzione?

«Credo che esista una grossa differenza tra chi si reca a donare in maniera assolutamente gratuita e disinteressata, senza ricevere alcun beneficio in cambio, rispetto a chi invece dona usufruendo del giorno di riposo - dice Francesco Bennardello, responsabile del sistema qualità del Centro Trasfusionale di Ragusa - rimane aperta quindi la questione se la donazione di sangue nel nostro Paese, almeno in queste situazioni, debba essere effettivamente considerata come non remunerata».

La Sicilia, oltretutto, è l'unica regione italiana in cui è obbligatoria la donazione differita, cioè la necessità di un esame di idoneità prima della donazione di sangue. «Certamente la donazione differita rappresenta per l'aspirante donatore un rallentamento del percorso ed una scomodità - spiega Pietro Bonomo, coordinatore del tavolo tecnico del Centro regionale sangue - ma è una tecnica utile per saggiare le reali motivazioni e le vere intenzioni del nuovo adepto. Siamo tutti concordi nel valutare la periodicità e la volontarietà come requisiti che hanno una ricaduta positiva sulla sicurezza ma se è così la politica di reclutamento deve tendere alla fidelizzazione, scoraggiando donazioni occasionali che costituiscono, oltre che un pessimo investimento in termini di tipizzazione e qualificazione biologica, dei punti oscuri della nostra organizzazione sui quali nessuno



può garantire nulla».

In Sicilia l'85% del sangue che arriva negli ospedali proviene dalle Unità di raccolta associative ed in questo senso è importantissimo il percorso che tutte le associazioni di volontariato hanno intrapreso per raggiungere l'accreditamento entro il 31 dicembre.

«L'Avis ha aumentato nel 2013 di oltre 5 mila donazioni il totale arrivando a quasi 120 mila donazioni» sottolinea Salvo Mandarà, presidente dell'Avis regionale. «A Catania abbiamo costituito un tavolo tecnico e di interscambio tra le associazioni che si occupano di donazione del sangue - aggiunge Francesco Santocono, delegato del sindaco di Catania per le politiche sanitarie - servirà per coordinare e programmare in maniera opportuna le iniziative dei singoli gruppi». Il sistema sangue in Sicilia è diventato una priorità e lo dimostra anche l'aver inserito da parte dell'assessorato regionale alla Salute l'accreditamen-

to dei Servizi trasfusionali e delle Unità di raccolta tra gli obiettivi dei manager designati quest'anno. La Regione non ha più necessità di importare unità di sangue da altre regioni italiane e riesce ad attivare la cosiddetta "compensazione intraregionale" con le province che hanno sangue in eccedenza che lo cedono alle altre in carenza. Ragusa e Siracusa sono, in questo senso, tra le province più virtuose.

«Nella nostra provincia abbiamo raccolto nel 2013 oltre 21 mila sacche di sangue e dopo avere soddisfatto il nostro fabbisogno abbiamo contribuito con circa 4.500 unità alla compensazione intraregionale», precisa Dario Genovese, direttore del Centro Trasfusionale dell'ospedale Umberto I di Siracusa. Lo sforzo massimo è quindi finalizzato alla promozione della cultura della donazione considerato che il sangue artificiale è, e resterà, un miraggio.

Le unità di raccolta associative

In Sicilia l'85% del sangue che arriva negli ospedali proviene dalle Unità di raccolta associative e in questo senso è importantissimo il percorso che tutte le associazioni di volontariato hanno intrapreso per raggiungere

l'accreditamento entro il 31 dicembre. Il sangue artificiale è, e resterà, un miraggio. Lo sforzo massimo è quindi finalizzato alla promozione della

cultura della donazione. Nella foto, un donatore di sangue volontario con assistenza infermieristica al centro raccolta dell'ospedale Garibaldi di Catania. Nel 2013 il centro ha raccolto quasi 9 mila sacche di sangue. A questa unità di raccolta afferiscono tre associazioni: Avis-Morgagni, Fidas e Fratres con punti mobili e fissi

IL RUOLO FONDAMENTALE DELL'AVIS, LA VISITA MEDICA E GLI ESAMI EMATOCHIMICI DA ESEGUIRE PRIMA DELLA TRASFUSIONE

CARLO SCIACCHITANO*

La donazione di sangue e dei suoi componenti è definita per legge "volontaria, periodica, responsabile, anonima e gratuita". Da ciò si comprende come l'atto della donazione non solo ha un alto valore morale, ma è anche un grande vantaggio per il donatore. Donare sangue fa bene anche al donatore per almeno due motivi: perché l'azione del donare comporta una presa di coscienza dell'individuo che è stimolato a mantenere uno stile di vita sano e perché c'è una correlazione clinica tra donazione periodica di sangue e riduzione del rischio di malattie cardiovascolari e del diabete di tipo insulino-dipendente. La protezione nei confronti di tali patologie deriverebbe dai ridotti livelli di ferritina tissutale, e quindi di ferro, conseguenti alla donazione di sangue periodica. È

Donare il sangue: fa bene alla salute ed è un atto di grande valore morale

noto, infatti, che le donne sono più protette dall'aterosclerosi rispetto agli uomini in virtù dei più bassi livelli di ferro tissutale (dovuto al ciclo mestruale) e quindi dei più bassi livelli di perossidazione lipidica.

La salute del donatore viene monitorata attraverso due fasi: la visita medica e gli esami ematochimici.

LA VISITA MEDICA: il primo approccio con le organizzazioni che si occupano della raccolta di sangue (l'Avis in primis) avviene con la visita medica e un'anamnesi sullo stile di vita del do-



natore, le eventuali malattie, le sue abitudini sessuali. Un recente contatto con un partner occasionale e senza protezione, esclude il donatore. Purtroppo, i test che si eseguono oggi ci permettono di scoprire la presenza di infezioni anche se i contatti occasionali non vengono espressi dal donatore. Il nostro obiettivo comunque è instaurare un contatto diretto e sincero con il donatore, la migliore garanzia per un sangue sicuro.

GLI ESAMI EMATOCHIMICI: vengono effettuati i test per la sifilide, le epatiti e

l'Hiv perché è fondamentale non trasmettere infezioni al ricevente. I test vengono eseguiti ogni qual volta si vuole effettuare la donazione. Il donatore, viene sottoposto anche a esami ematochimici per il controllo della funzionalità epatica, renale e metabolica, con particolare attenzione al colesterolo, alla glicemia e ai trigliceridi. E' come avere un check-up gratuito e in caso di anomalie, invitiamo il donatore a consultare il proprio medico o a servirsi della nostra consulenza gratuita. La donazione di sangue (4 volte/anno

per l'uomo e 2 volte/anno per la donna), pertanto, non è pericolosa né per per il donatore (il materiale usato è monouso) né per chi la riceve.

Diventare donatore Avis (Associazione volontari italiani sangue) significa entrare a far parte di una delle più importanti organizzazioni di volontariato al mondo (più di un milione e mezzo in Italia e circa 6.000 a Catania), significa poter contare su una struttura competente, organizzata, certificata. Una grande famiglia capace di supportare praticamente la tua scelta solidale con il contributo di servizi efficienti, informazioni esaustive e personale preparato, ma soprattutto significa contribuire ad un progetto solidale che tutela il più grande valore umano: la vita.

* presidente Avis comunale Catania

Ogni malato di leucemia ha la sua buona stella.

6, 7 e 8 dicembre
aiuta la ricerca
e la cura delle leucemie,
dei linfomi e del mieloma.
Ti aspettiamo in tutte le
piazze d'Italia.

A I L
ASSOCIAZIONE ITALIANA
CONTRO LE LEUCEMIE-LINFOMI E MIELOMA
www.aill.it

25 ANNI
ANNIVERSARIO
DELLE STELLE

AVIS
COMUNALE CATANIA

COMUNICA
che dal 23 dicembre 2014 la sede si trasferirà

da Via Asiago, 10 → in Via Carini, 36
(facilmente raggiungibile da Viale Vitt. Veneto)

Tel. 095 373444 - avis@aviscatania.it
www.aviscatania.it

aviscomunalecatania

[SANITÀ]

MONDO
medico

Politiche sanitarie il presidente dei saggi «Maggiore sinergia»

Denaro: «Qualità e formazione in primo piano»

Il prof Enzo Denaro, già preside della Facoltà di Medicina del Campus Biomedico di Roma e figura professionale apprezzata in tutto il Paese, voluto fortemente dal sindaco Enzo Bianco quale presidente della Commissione di esperti del Comune di Catania, fa il punto sulla sanità etnea.

Con la scelta innovativa di formare un gruppo di saggi, il sindaco ha dimostrato grande attenzione per la salute pubblica.

«Grazie all'efficace supporto del suo consulente, Francesco Santocono, Bianco ha puntato al confronto tra i migliori esperti che la sanità catanese può vantare, chiedendo a qualificati professionisti del settore di dare un contributo in una Commissione tecnico-scientifica capace di esprimersi su questioni sanitarie di interesse collettivo. Com'è risaputo, il sindaco è la massima autorità riguardo le politiche sanitarie locali e i suoi compiti riguardano la programmazione e l'attuazione dei servizi sanitari nonché il controllo di quanto messo in pratica nell'interesse della salute pubblica. Ovviamente, per il raggiungimento dei risultati, occorre una sinergica collaborazione con coloro che sono chiamati a compiere delle scelte, con l'assessorato alla Salute e con i direttori generali delle aziende ospedaliere e sanitarie».

Che idea vi siete fatti riguardo l'organizzazione delle urgenze e dell'emergenza nei presidi di pronto soccorso?

«Il concepimento di un piano emergenziale è cosa complessa per le varie implicazioni sul piano strutturale, organizzativo ed economico. Proprio per questo, anche tramite sopralluoghi nelle strut-

ture ospedaliere, abbiamo raccolto le informazioni che ci servivano, ponendo le basi per soluzioni a breve, medio e lungo termine. La recente apertura del Punto di Primo Intervento all'interno dell'ospedale di Piazza S. Maria di Gesù, per il quale ringraziamo il direttore generale del Garibaldi, Giorgio Santonocito, nata anche sulla scorta dell'esperienza pilota del V. Emanuele, rappresenta il primo successo di questa inedita forma di collaborazione con il territorio che, speriamo,

possa trovare un fruttuoso consolidamento».

A proposito di emergenza, cosa succederà al centro della città con il trasferimento del V. Emanuele al San Marco?

«Occorre puntare a rafforzare l'identità del Garibaldi-Centro, affinché il flusso di pazienti possa trovare una giusta e immediata risposta. L'ospedale dovrà essere dotato di quanto necessario per sopperire, dal punto di vista qualitativo e quantitativo, a una eventuale crescita esponenziale di domanda».

Oltre l'emergenza, quali altri temi ritiene indispensabili sottoporre alla Commissione?

«Innanzitutto il tema degli sbarchi e delle questioni sanitarie annesse, per il quale il Comune di Catania partecipa già attivamente, seguendo le linee guida previste dal governo. Poi, ritengo interessante approfondire la questione della rete ospedaliera in generale. Infine, mi soffermerei anche sulla qualità dell'assistenza e sulla necessità di una buona formazione. Per questo aspettiamo con ansia il completamento dei vertici dirigenziali delle aziende sanitarie catanesi».

PAOLO F. MINISSALE



IL PROF. ENZO DENARO



IL DIABETE, MALATTIA SOCIALE

«Il diabete è una delle principali cause di morbidità nel nostro Paese e può essere ritenuto a tutti gli effetti una malattia sociale perché, oltre alle sue dimensioni epidemiologiche, investe la famiglia, le strutture sanitarie, l'assistenza, il mondo del lavoro». Ad affermarlo è il ministro della Salute Beatrice Lorenzin. «La patologia - aggiunge Lorenzin - è cronica, evolutiva e ad alto rischio di complicanze. Una corretta informazione, un corretto trattamento possono però ridurre drasticamente l'insorgenza e la progressione delle complicanze, abbattendo notevolmente i costi della patologia. Tutti devono sapere che cosa è il diabete in modo tale da prevenirlo». «La diagnosi della malattia deve essere tempestiva e corretta - conclude il ministro - per arrivare ad un sistema in cui il vero "driver" è la persona e il valore aggiunto è l'accessibilità al sistema stesso». «Una rete fittissima - aggiunge - in cui, alla pratica clinica, è affiancata una ricerca di buon livello. Allo stesso tempo, i medici di famiglia devono assumere un ruolo determinante sul territorio, vicino alle esigenze del paziente, mentre gli ospedali restano il riferimento per gli acuti».

F. M.

GLI SPRECHI DELLA MEDICINA DIFENSIVA

Timore di azioni legali test e visite superflue in fumo 10 mld l'anno

Un medico su 2 dichiara di praticare la medicina difensiva e quasi tutti gli intervistati dichiarano che il fenomeno è destinato ad aumentare. Questo emerge da un'indagine che l'Agenas (agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) ha condotto su un campione di 1.500 medici ospedalieri di Sicilia, Lombardia, Umbria e Marche.

Lo studio pilota è stato presentato a Roma nei giorni scorsi in occasione di un workshop su "Medicina difensiva - Sperimentazione di un modello per la valutazione delle sue diffusione e del relativo impatto economico".

I costi della medicina difensiva ammontano al 10% (circa 10 miliardi) del totale della spesa sanitaria. Per ogni cittadino si spendono in media 1.847 euro per la sanità, 165 euro occupano la po-

sta della medicina difensiva. Le prestazioni più frequenti per cui la si pratica sono nel 33% gli esami laboratorio, sempre con il 33% gli esami strumentali, per il 16% le visite specialistiche e per il 6% il comportamento è fornire cure potenzialmente efficaci ma ad alto rischio di complicazioni. Secondo i medici intervistati le cause principali sono per il 31% la legislazione poco favorevole per il medico, per il 28% il rischio di essere citati in giudizio e per il 14% lo sbilanciamento del rapporto medico-paziente con eccessive richieste, pressioni ed aspettative di pazienti e familiari. Le azioni potenzialmente efficaci per ridurre la medicina difensiva sono per il 49% quello di attenersi alle evidenze scientifiche e per il 47% quello di riformare le norme che disciplinano la responsabilità professionale. Il direttore generale dell'Agenas, Francesco Bevere dice che «con il progetto, si affronta un tema controverso, di grande attualità approntando strumenti validi alla valutazione del fenomeno in tutte le sue sfaccettature; dai fattori economici, alle accuse legate essenzialmente ad una legislazione non sempre favorevole per i medici, agli aspetti emotivi del professionista sanitario». Bevere denuncia anche una situazione di disagio della classe medica. «Tutto ciò - dice - è un grave sintomo del profondo malessere ampiamente diffuso tra i medici, che genera gravi conseguenze sulla qualità e la sicurezza delle cure e delle organizzazioni».

Dello stesso parere anche Annalisa Silvestro, preside del collegio degli Infermieri. «C'è tensione - dice - tra gli operatori della sanità. Fra le azioni che possono modificare la situazione deve essere messo in primo piano il miglioramento della comunicazione tra gli operatori sia a livello multidisciplinare sia multiprofessionale. La medicina difensiva è un fenomeno che possiamo contenere. Ma è importante ragionare insieme».

Ma è importante ragionare insieme».

F. M.

www.nuovadiagnostica.net



Nuova Diagnostica
Neuroriabilitazione-Fisioterapia

Esperienza al servizio della salute

Responsabile radiologia
Dott.ssa Cristina Carboni

CATANIA Viale XX Settembre, 50-52
Tel. 095 317488 - Fax 095 313530
nuovadiagnostica.net@libero.it

RADIOLOGIA
Radiologia Digitale
Ecografia Multidisciplinare
Mammografia
con consulenza senologica
RM Aperta
TAC multistrato
MOC

FISIOTERAPIA
Neuroriabilitazione
Alter G (la riabilitazione di ginocchio,
anca e caviglia senza dolore)
Riabilitazione posturale
Terapia della colonna vertebrale
Analisi del cammino
Medical fitness
Pilates
Onde d'urto ad alta potenza (Storz)
Laser Yag ad alta potenza
Tear terapia (unibell)
Tens
Magnetoterapia

POLIAMBULATORI
Fisiatria
Ortopedia
Reumatologia
Terapia del dolore
Chirurgia generale
Senologia
Cardiologia
Chirurgia vascolare
Nefrologia
Osteopatia





[CARDIOLOGIA]

Infarto e angina, prevenzione in primo piano

Lo stress ossidativo, principale sistema di valutazione. Alla base una sana e corretta alimentazione

GIUSEPPE SCACCIANOCE*

Le malattie cardiovascolari sono causa più frequente di mortalità globale. La cardiopatia ischemica da sola è a sua volta responsabile del 35% dei decessi dovuti a malattie cardiovascolari. Si stima che la mortalità in Italia per angina, infarto e morte improvvisa sia 70.000-80.000 casi/anno.

La disfunzione endoteliale risulta il primus movens del processo aterosclerotico che viene oggi considerato un processo infiammatorio cronico. I fattori di rischio agiscono appunto causando una disfunzione endoteliale (rivestimento interno dei vasi sanguigni).

Lo stress ossidativo sta alla base di questo processo (ossidazione delle Ldl) ed è la condizione che si determina quando viene rotto l'equilibrio a favore dell'azione degli agenti ossidanti rispetto alle capacità di difesa degli agenti antiossidanti. In considerazione di questa relazione si intuisce come sia di importanza fondamentale regolare nel nostro organismo il cosiddetto stato ossidativo. Questo può essere attuato con una corretta alimentazione ricca di antiossidanti (vitamine, coenzima Q10, omega 3, etc).

Ma se normalmente il medico adegua il dosaggio degli ipoglicemizzanti orali (e/o dell'Insulina) in base ai valori di glicemia nel diabete o corregge il dosaggio delle statine in base ai valori ematici di colesterolo, spesso si ricorre a una dietoterapia antiossidante in maniera empirica, senza conoscere l'effettivo stato di stress ossidativo del proprio organismo e senza tanto meno immaginare quale possa essere il target utile da raggiungere per incidere efficacemente nei processi che comportano la genesi delle placche aterosclerotiche. Non ha molto senso assumere antiossidanti senza conoscere il "valore" dello stress ossidativo. Una alimentazione ricca di antiossidanti deve essere opportunamente modulata. È anche dimostrato che un abuso di antiossidanti può danneggiare l'organismo in maniera diretta e/o indiretta (componenti alimentari che veicolano gli antiossidanti).

Ciò avviene perché al contrario dei fattori di rischio, identificabili con un corretto esame cli-

nico e una serie di indagini ormai ben codificate, lo stress ossidativo è molto più subdolo: non dà luogo a sintomi caratteristici né a un quadro clinico particolare; non fornisce alcun elemento tale da suggerire al medico un approfondimento diagnostico. Inoltre, l'analisi diretta delle ROS/RNS è sempre stata considerata estremamente difficile a causa della loro elevata reattività e brevissima emivita. Di recente, però, sono state messe a punto delle tecniche che in maniera semplice e rapida consentono di stimare lo stress ossidativo di un individuo. Il Free Radical Analytical System è un apparecchio progettato per consentire la valutazione globale dello stress ossidativo attraverso l'esecuzione di due semplici test, il d-ROMS-Test ed il BAP-Test, su un piccolo campione di sangue, ottenuto mediante puntura di un polpastrello. Il d-ROMS-Test permette di determinare la concentrazione ematica dei de-

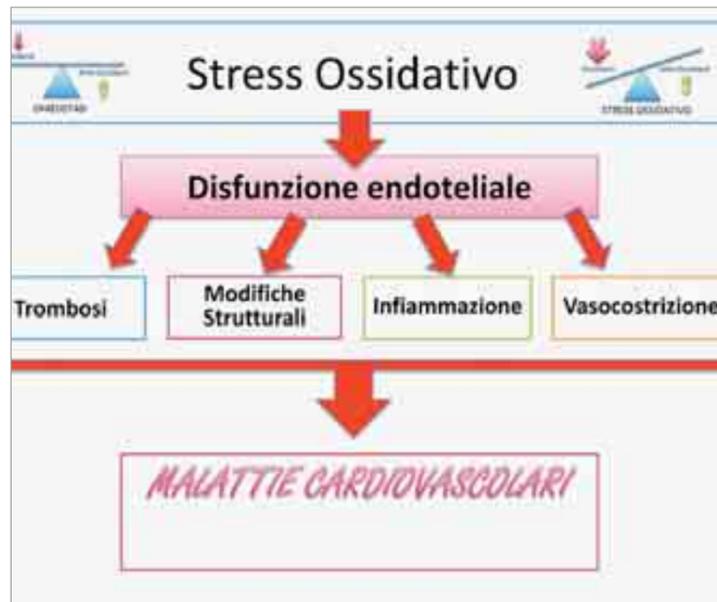
Due test, il d-Roms e il Bap eseguiti su un piccolo campione di sangue permettono di determinare la concentrazione ematica dei derivati reattivi dell'ossigeno e, in particolare, degli idroperossidi, nonché di stabilire l'efficienza della barriera antiossidante plasmatica

rivati reattivi dell'ossigeno e, in particolare, degli idroperossidi (marcatori ed amplificatori del danno cellulare da radicali liberi). I risultati del test sono espressi in unità convenzionali di facile uso nella pratica clinica, denominate U CARR (dal nome del chimico, Mauro Carratelli, inventore del test). I valori normali oscillano fra 250 e 300 U CARR. Valori più elevati identificano uno stato di stress ossidativo. Il BAP-Test consente di determinare l'efficienza della barriera antiossidante plasmatica (l'insieme delle proteine, vitamine e altre sostanze in grado di contrastare la reattività delle ROS/RNS, le prime sono specie reattive dell'ossigeno - RNS, le seconde sono specie reattive dell'azoto). Il valore ottimale del test è 2200 μmol/L. Valori inferiori indicano una ridotta efficienza della barriera antiossidante plasmatica. Grazie a questi due semplici test è possibile porre una diagnosi di stress ossidativo estremamente precisa ed affidabile, stabilendo in pochi minuti se lo So è dovuto ad un' aumentata produzione e/o ad una ridotta capacità di eliminazione dei radicali liberi. In questo modo anche il monitoraggio della terapia antiossidante può poggiarsi su basi più solide e uscire dalla fase empirica in cui spesso viene a trovarsi, permettendo di valutare e ottimizzare una specifica integrazione alimentare di anti-ossidanti.

*Cardiologo Ance - associazione cardiologia del territorio



Sopra il Free Radical Analytical System, un apparecchio progettato per consentire la valutazione globale dello stress ossidativo



MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Una donna su due è a rischio

Dai cardiologi un appello alle donne: "Pensate al vostro cuore. E protegetelo. L'infarto infatti non è solo maschile". In Italia una donna su due - avvertono gli esperti - è a rischio di sviluppare patologie cardiovascolari, soprattutto dopo la menopausa. Le malattie del cuore colpiscono ogni anno circa 150mila donne, anche se in età più avanzata degli uomini: tra i 50 e i 60 anni per lei, tra i 40 e i 50 anni per lui. Non solo - ricordano i cardiologi - dopo i 60 anni, infatti, il 30% dei casi di infarto riguarda una donna e la percentuale cresce con l'aumentare dell'età. I dati sono stati presentati nei giorni scorsi nel corso di un convegno su «Donne, protegete il vostro cuore: dal battito sospetto all'alimento giusto».

Le cause? Stress, vita sedentaria, ma anche fumo, troppo lavoro, dieta ipercalorica e pressione alta. Uomini e donne in questo si assomigliano. Eppure molte ancora considerano l'infarto, e il mal di cuore, roba da maschi. Trascurando così i rischi che corre il loro cuore, soprattutto dopo la menopausa, complici obesità, diabete e ipertensione. «Da sfatare anche la credenza secondo cui il cuore delle donne batte diversamente da quello maschile - spiega Antonio Rebuzzi, prof di Cardiologia presso l'Università Cattolica di Roma». «Si tratta - aggiunge Rebuzzi - di due organi anatomicamente identici, anche se il funzionamento del cuore femminile risponde a stimoli fisici e psichici diversi rispetto a quelli degli uomini. In particolare, gli ormoni sessuali esclusivamente femminili, estrogeni e progesterone, condizionano, regolano e proteggono il cuore delle donne in maniera peculiare». Come difendersi? «Basta un controllo costante della pressione - sottolinea il cardiologo - saper ascoltare il cuore per rendersi conto se il battito è troppo accelerato, se si fa uno sforzo eccessivo salendo le scale, se esiste una relazione tra stato d'animo e reazione del muscolo. Sintomi comuni ai due sessi, comunque, da sottoporre subito al proprio medico».

P. F. M.

LE MALATTIE CRONICHE DEL RESPIRO: CAMPAGNA INFORMATIVA PER MIGLIORARE L'ADERENZA ALLE CURE

«Solo un'emozione ha il diritto di lasciarti senza fiato. Le malattie respiratorie no». È con questo appello che gli specialisti si rivolgono agli oltre 7,5 milioni di italiani alle prese con malattie respiratorie croniche come asma e Bpco (broncopneumopatia cronica ostruttiva). Un invito, che diventerà una maxi campagna di sensibilizzazione, a non mollare le terapie, a seguirle correttamente e con costanza e consapevolezza: le 3 «C» dell'aderenza per rimediare a "una fotografia drammatica", spiega Walter G. Canonica, direttore della clinica di malattie dell'apparato respiratorio dell'università di Genova e presidente Siaaic (Società italiana di allergologia, asma e immunologia clinica). Secondo i dati disponibili la metà delle persone affette da queste malattie è senza diagnosi, e più della metà dei pazienti non aderisce correttamente

Dall'asma alle bronchiti all'enfisema oltre 7,5 milioni di italiani senza fiato

alle terapie e non si cura per più di 3 mesi in un anno. Sono più a rischio di terapie inadeguate e "intermittenti" i bambini, nei quali l'adesione alle cure dipende molto dai genitori - interviene Francesco Blasi, Ordinario di Malattie Respiratorie dell'Università Statale di Milano e presidente eletto SIMER. Altra categoria a rischio, gli adolescenti: spesso per ribellione evitano deliberatamente i farmaci, negando la malattia e rendendo la terapia un mezzo per vincere la propria personale guerra

verso l'indipendenza. Infine hanno una scarsa aderenza alle cure gli anziani, che dimenticano più spesso i medicinali e non di rado devono essere curati per più di una patologia, ritrovandosi a dover affrontare regimi terapeutici complessi e gravosi nei quali inevitabilmente finiscono per tralasciare qualcosa. Spesso si tratta degli inalatori, perché se i sintomi sono relativamente sotto controllo molti pensano di non averne bisogno; così li scordano, finché la prima ricaduta grave non di rado costringe a un ricovero».

Per abbattere le barriere all'aderenza alle terapie i massimi esperti di malattie respiratorie (di società scientifiche internazionali) si sono affidati a un manifesto. «Si è visto che semplicemente consigliare di tenere i farmaci sempre in uno stesso posto accresce del 44% l'aderenza, favorire una routine per l'assunzione della dose quotidiana associandola a un'altra attività consueta la aumenta del 33%. Servono colloqui regolari con il paziente - elencano Canonica e Blasi - momenti educazionali

ripetuti (che hanno mostrato di aumentare l'adesione alle cure dal 40 al 57%), semplificazione del regime terapeutico per quanto possibile: oltre il 60% dei pazienti preferisce una sola somministrazione giornaliera». Ma lo sforzo degli specialisti è anche per la diagnosi: «Il medico di medicina generale deve fare "case finding", porre le giuste domande per individuare i soggetti a rischio. Per esempio per la Bpco, malattia subdola che spesso allerta con i sintomi quando è già in stato avanzato, i fumatori over 40».

Da qui la decisione degli specialisti della Siaaic e della Simer (Società italiana di medicina respiratoria) di scendere in campo con una maxi campagna: uno spot d'effetto, con l'appello a curarsi, verrà trasmesso anche sui canali social di Facebook e Youtube. Sarà inoltre aperto un sito web (www.aderenza3c.it) e fino ai primi mesi del 2015 in un ampio campione di farmacie del Paese saranno a disposizione infermieri specializzati per aiutare a fugare i dubbi pratici che spesso assalgono i malati, in particolare sull'uso degli inalatori. Perché le conseguenze delle cure mancate non sono da poco: una ricaduta grave su 4 e 6 ricoveri su 10 sono imputabili proprio alla mancata o inadeguata aderenza alla terapia, con costi evitabili che secondo le stime degli esperti «arrivano a quasi 10 miliardi di euro l'anno».

DINAMIC Plus
30 Capsule

Go Q10 200mg
Selenio
VIT E

- CARDIOPROTETORE
- ENERGIZZANTE
- ANTI - OSSIDANTE
- ANTI - AGING

In Farmacia
a ogni specialista

www.mcstoneitalia.com

Diagnostica Cardiovascolare Integrata

DR. GIUSEPPE SCACCIANOCE
CARDIOLOGO

Presso lo Studio Medico del Dr. Giuseppe Scaccianoce è possibile eseguire tutte le indagini di diagnostica cardiovascolare di 1° livello nel rispetto di elevati standard di qualità.

PRESTAZIONI

- Ecg, Ecg dinamico secondo Holter
- Monitoraggio continuo della Pressione-MAPA
- Test ergometrico (Test da sforzo al cicloergom.)
- Ecocardiografia m-mode/2D e Color Doppler
- Ecocolor Doppler Vascolare

È possibile inoltre programmare in un'unica sessione (di un paio di ore) un **Check-Up Cardiovascolare** con determinazione del Rischio CV e specifico Programma di Protezione/Prevenzione.

Via G. Leopardi 91 - 95127 Catania
Tel 095 8364154 - Fax 095 8361748

[CARDIOLOGIA]



La riabilitazione oggi non è la Cenerentola del servizio sanitario

Sempre più determinante l'apporto delle strutture private

ANGELO TORRISI

Quando moltri anni addietro la Sanità venne rivoluzionata in tutti i suoi settori attraverso la istituzione del Servizio Sanitario Nazionale vennero subito privilegiati i due momenti della diagnosi e della terapia mentre fu relegata al ruolo di Cenerentola la riabilitazione. E così fu per parecchi anni. Poi via via la svolta: talune imprenditorie private cominciarono a organizzarsi attraverso la creazione di strutture specializzate nel settore e lo Stato, da parte sua si convinse che era meglio usufruire di tale apporto. E fu così che venne allentata la morsa dell'accreditamento e anche quella delle tariffe al fine appunto di riempire un vuoto pauroso che non poteva trovare un'adeguata rispondenza operativa nelle palestre riabilitative di questo o quell'ospedale. Adesso la mappa di tali strutture risulta se non proprio rispondente, sotto il profilo quantitativo, alle esigenze di una massa di soggetti bisognosi di questo tipo di assistenza, perlomeno bastevole anche se in taluni casi le liste d'attesa persistono. E negli ultimi anni anche questo tipo di specialità è andata incontro a quel profondo cambiamento metodologico che accomuna tanti altri settori dell'assistenza. E' emersa sempre più, cioè, la consapevolezza che, di fronte ai moltiplicarsi delle conoscenze e ai progressi scientifici e tecnologici, la maggior parte dei processi di cura prevede l'intervento coordinato e integrato di diversi operatori. Così, almeno nelle intenzioni, il lavoro di gruppo è diventato una

delle modalità prevalenti di operare in ambito sanitario, in contrasto con approcci di tipo individuale o di tipo gerarchico.

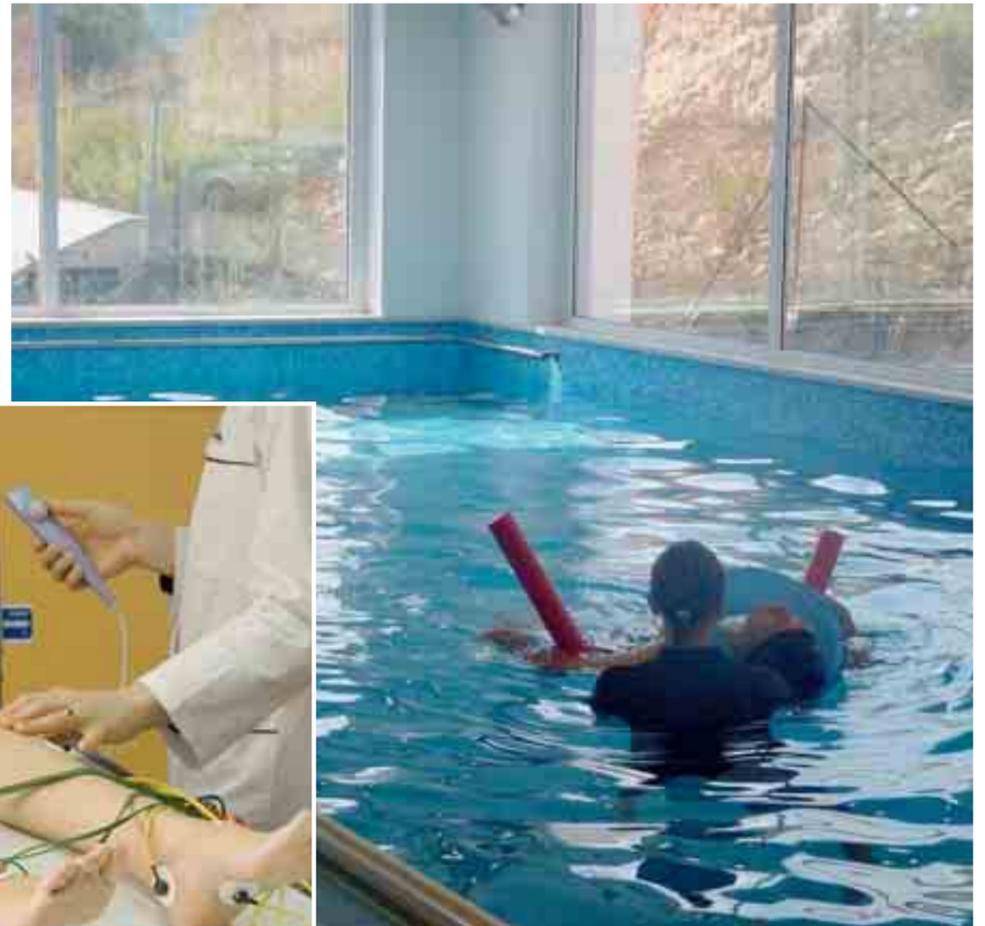
La riabilitazione a carattere ortopedico e neuromuscolare, insomma, si connota fortemente come un processo di "problem solving", oltre che come un processo di cura basato sulla sequenza diagnosi-prognosi-terapia; inoltre l'attenzione ai fattori extra-biologici che influenzano la malattia e la cura è parte integrante dei suoi modelli concettuali di riferimento, come quello degli eventi morbosi della Organizzazione Mondiale della Sanità. La tecnologia in continuo sviluppo offre possibilità sempre più al riguardo.

La riabilitazione cardiologica è la somma degli interventi che permette ai pazienti con cardiopatia cronica o post-acuta di migliorare le proprie condizioni di vita. La riabilitazione non è più limitata a un intervento su pazienti dopo un evento acuto, ma anzi ha un'importanza fondamentale nelle cardiopatie croniche perché questa tipologia di malattie ha un decorso di lunga durata con improvvisi episodi di riacutizzazione potenzialmente letali (infarto acuto, instabilità dell'angina con necessità di rivascolarizzazione, instabilizzazione dello scompenso, ecc.) che solo un'efficace strategia a lungo termine può prevenire e controllare adeguatamente.

Gli obiettivi della riabilitazione cardiovascolare sono: migliorare la capacità funzionale, ridurre o controllare i sintomi propri della malattia, ridurre le disabilità, favorire il reinserimento lavorativo, identificare e modificare i



fattori di rischio nel tentativo di ridurre la conseguente morbidità e mortalità da malattia cardiovascolare. Tutti i pazienti affetti da patologia cardiaca dovrebbero essere coinvolti in un programma di riabilitazione al momento dell'evento acuto o quando la cardiopatia si manifesta ed in particolare i pazienti con cardiopatia ischemica, pazienti con ridotta o inadeguata tolleranza allo sforzo, pazienti con angina o ischemia da sforzo che non



Negli ultimi anni anche la riabilitazione è andata incontro a quel profondo cambiamento metodologico che accomuna tanti altri settori dell'assistenza. Nelle foto: accanto, riabilitazione vascolare; sopra, riabilitazione in piscina

cessitano di rivascolarizzazione miocardica, pazienti con infarto miocardico che hanno subito una rivascolarizzazione mediante by pass o ptca, pazienti dopo chirurgia valvolare cronica, pazienti con scompenso cardiaco cronico e pazienti con trapianto cardiaco e cuore-polmone. Il processo riabilitativo nei pazienti affetti da patologie cardiovascolari prevede una valutazione clinico funzionale accurata che comprende una visita semiologica

completa, gli esami di routine di laboratorio (o esami più specifici se necessario), esami strumentali (esame elettrocardiografico, ecocardiografico tradizionale, transeofageo o sotto stress, il test ergometrico su cyclette o tapis roulant, il six minutes walking test, test spiro-ergometrici che valuta in modo complessivo gli apparati cardiovascolare e respiratorio), il monitoraggio ambulatoriale dell'elettrocardiogramma secondo la tecnica holter e il

monitoraggio continuo della pressione arteriosa.

Successivamente, alla luce dei risultati, viene stabilito un programma di riabilitazione "ad personam" che viene eseguito nella palestra del reparto, sotto stretto controllo di personale qualificato. Inoltre ogni paziente, viene inserito in un gruppo di educazione sanitaria che viene svolto dai medici cardiologi, fisiatristi, psicologi, fisioterapisti, e dietisti.

LA CASA DI CURA DEL GRUPPO CARMIDE È UNO DEI POLI DELLA SICILIA

La riabilitazione cardiologica della Casa di Cura Villa L'Ulivo del gruppo Carmide sotto la sapiente regia del direttore Daniele Amato e della dott. ssa Vittoria Denti responsabile della qualità, da 10 anni rappresenta uno dei poli della Sicilia. Il prof. Antonio Circo - collaborato dai cardiologi Nidal Tourkmani, Maria Fichera, Serena Fassari, Miriam Cumbo, dai fisiatristi Luciana Ippolito, Alessandra Papalia e dai fisioterapisti Mauro Biondi e Rosalba La Manna - ha portato avanti un'attività che oggi si può definire di ottima qualità.

Obiettivo primario della riabilitazione cardiologica, come sancito e riassunto nella Carta europea per la salute del cuore, è ridurre l'impatto delle malattie cardiovascolari, ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari e migliorare la qualità della vita, incidendo in modo positivo sulla sopravvivenza, al fine di favorire il recupero funzionale dopo la malattia d'organo e mantenere il più a lungo possibile l'autonomia funzionale e una buona qualità di vita del paziente.

Gli obiettivi della riabilitazione cardiologica, a breve-medio termine, sono: ottenere la stabilizzazione del quadro clinico; limitare le conseguenze fisiologiche e psicologiche conseguenti alla malattia cardiovascolare; migliorare globalmente la capacità funzionale; valutare il rischio cardiovascolare globale del paziente ed Iniziare un programma di prevenzione secondaria allo scopo di ridurre i fattori di rischio e limitare la progressione della malattia. A lungo termine, oltre al rinforzo periodico dell'intervento valutativo-terapeutico effettuato a breve-medio termine, gli obiettivi comprendono anche quelli della prevenzione cardiovascolare, volti a: ridurre il rischio di recidive; ritardare la progressione del processo aterosclerotico e della cardiopatia sottostante; ritardare il deterioramento clinico; ridurre la morbidità e la mortalità. Del programma di riabilitazione cardiologica usufruiscono con successo i

La riabilitazione cardiovascolare fiore all'occhiello di "Villa L'Ulivo"

pazienti nell'immediato post-infarto o dopo angioplastica coronarica, anche in presenza di complicazioni e, sistematicamente, i pazienti che sono stati sottoposti ad interventi di bypass aortocoronarico o di sostituzione valvolare e quelli sottoposti ad interventi di rivascolarizzazione centrale e periferica (Aocp prevalente).

Inoltre, è aumentato considerevolmente il numero di anziani avviati a riabilitazione cardiologica, molti dei quali affetti da coronaropatia severa, patologia vascolare diffusa e da gravi comorbidità e disautonomie. Infine, l'implementazione della riabilitazione car-

diologica è risultata particolarmente utile nei pazienti con scompenso cardiaco cronico, portatori di stimolatori cardiaci (pacemaker, stimolatori per la resincronizzazione ventricolare, defibrillatori impiantabili).

I programmi di riabilitazione cardiologica devono prevedere le seguenti componenti essenziali: assistenza clinica volta alla stabilizzazione; valutazione del rischio cardiovascolare globale e identificazione di eventuali fattori di rischio aggiuntivi per recidive (già presenti o di nuova comparsa); identificazione di obiettivi specifici per la riduzione di ciascun fattore di ri-

schio; formulazione di un piano di trattamento individuale che includa: interventi terapeutici finalizzati alla riduzione del rischio; programmi educativi strutturati dedicati e finalizzati ad un effettivo cambiamento dello stile di vita (abolizione del fumo, dieta appropriata, controllo del peso, benessere psicologico); prescrizione di un programma di attività fisica finalizzata a ridurre le disabilità conseguenti alla cardiopatia, migliorare la capacità funzionale e favorire il reinserimento sociale e lavorativo; interventi di mantenimento allo scopo di consolidare i risultati ottenuti e favorire l'aderenza a

lungo termine, garantendo la continuità assistenziale.

L'attività fisica è importante per il recupero della buona funzionalità del cuore dopo un intervento grave come l'infarto, l'applicazione di bypass o comunque un intervento cardiocirurgico. Esercizi fisici fanno parte quindi dei programmi di riabilitazione cardiologica, che è una delle grandi novità degli ultimi decenni. E' proprio grazie alla riabilitazione, infatti, che oggi si può tornare a condurre una vita normale dopo aver superato eventi anche gravi per il cuore.

In questi casi, però l'attività va svolta con un rigoroso e costante controllo medico. Il programma fisico è stabilito sulla base di esami sotto sforzo, come l'elettrocardiogramma e l'ecocardiogramma. Il paziente viene sottoposto a un test da sforzo per valutare la soglia fino a cui spingere di esercizio fisico: vengono misurati la frequenza cardiaca e i valori di pressione mentre cammina o pedala. Sulla base delle valutazioni verrà improntato un programma di attività fisica che copre tutta la degenza, con un buon impegno fisico, per migliorare la capacità cardiaca e muscolare dell'organismo. I progressi ottenuti possono essere valutati confrontando il test fatto all'inizio del programma con quello fatto alla fine.

F. M.



A sinistra e a destra riabilitazione cardiologica nella Casa di Cura Villa L'Ulivo del gruppo Carmide. Il prof. Antonio Circo - collaborato dai cardiologi Nidal Tourkmani, Maria Fichera, Serena Fassari, Miriam Cumbo, dai fisiatristi Luciana Ippolito, Alessandra Papalia e dai fisioterapisti Mauro Biondi e Rosalba La Manna - ha portato avanti un'attività che oggi si può definire di ottima qualità

LA STRUTTURA

Dalla neuropsichiatria alla riabilitazione

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

tologico che comprenda gli aspetti organici psicologici e sociologici della personalità. Oggi la casa di cura è a indirizzo riabilitativo polispecialistico (riabilitazione neurologica, neuropsichiatrica, ortopedica, cardiologica, vascolare-angiologica), accreditata con il sistema sanitario nazionale per l'intera sua capacità ricettiva di

80 posti letto. Da maggio 2010 infatti, la casa di cura è stata rimodulata in struttura ospedaliera a orientamento riabilitativo. Dal gennaio 2012 la casa di cura può erogare anche prestazioni ambulatoriali a carico del Ssr al fine di garantire al paziente la corretta presa in carico e la continuità assistenziale. Dal 2005 la casa di cura ha attivato il percorso per il conseguimento della certificazione di qualità. Il direttore sanitario è il dott. Daniele Amato.





[NEUROLOGIA]

Sclerosi multipla, poche luci tante ombre

Fattore vincente la scelta del trattamento farmacologico più adatto e l'aderenza allo schema posologico prescritto

Trovare la chiave per decifrarla e sconfiggila è l'obiettivo a lungo termine. Oggi, però, la sclerosi multipla pone un'emergenza diversa: combattere gli effetti, frenare la progressione delle disabilità e limitare i danni al sistema nervoso.

Un fattore vincente nella gestione della patologia è la scelta del trattamento farmacologico più adatto e l'aderenza allo schema posologico prescritto. I malati, infatti, hanno a disposizione diversi trattamenti approvati dalle autorità sanitarie e somministrabili per via iniettiva o per via orale. Inoltre sono ancora in corso numerosi studi, finalizzati a delineare strategie terapeutiche sempre più efficaci per gestire la malattia. Ma quali sono le luci e le ombre di una patologia invalidante?

Innanzitutto la sclerosi multipla è una malattia neurologica infiammatoria cronica, demielinizante e auto-immune. Colpisce il sistema nervoso centrale bersagliando maggiormente il cervello e il midollo spinale. Fra le malattie di origine neurologica, la sclerosi è quella che provoca il maggior numero di disabili; è una frequente causa di disabilità acuta e cronica in persone di giovane e media età. Generalmente si manifesta per la prima volta tra i 15 e i 50 anni con una massima incidenza in giovani adulti, colpendo due volte di più le donne che gli uomini. È dovuta alla nascita spontanea di placche su cui il sistema immunitario promuove un attacco verso la mielina del sistema nervoso centrale. L'infiammazione acuta rallenta la trasmissione degli impulsi elettrici lungo le connessioni nervose, preservandone comunque la struttura.

Nei primi anni della malattia l'infiammazione spesso regredisce in modo spontaneo, con un conseguente miglioramento o una remissione completa dei sintomi. Per questa dinamica la forma clinica più frequente è quella a "ricadute e remissioni".

La grande variabilità dei sintomi che la caratterizzano è conseguenza di un processo di degenerazione della mielina, ovvero della guaina che riveste parte del corpo e degli assoni dei neuroni permettendo la trasmissione rapida e integra degli impulsi nervosi. La mielinizzazione degli assoni è un processo che comincia nel quinto mese di vita fetale. Nell'individuo adulto in seguito a di-

struzione delle guaine mieliniche, il processo è inesistente. Nel corso della malattia la distruzione delle guaine mieliniche causa il blocco o il rallentamento degli impulsi che vanno dal sistema nervoso centrale verso le diverse parti del corpo e viceversa. Le lesioni distruggono la mielina ma lasciano essenzialmente intatte le strutture nervose.

Gli assoni dei neuroni possono presentare delle deformazioni, come ispessimenti, alternati a tratti con spessore regolare, ma non vengono mai interrotti. I vasi sanguigni che si trovano in corrispondenza o alla periferia della placca presentano quasi sempre alterazioni della permeabilità e un successivo ispessimento parietale accompagnati dalla presenza di trombi. La modifica della permeabilità dei vasi determina, quindi, un'alterazione locale della permeabilità della barriera ematoencefalica che favorisce il passaggio di cellule del sistema immunitario dal sangue al tessu-

Fra le malattie di origine neurologica è quella che provoca il maggior numero di disabilità in persone di giovane e media età. In genere si manifesta per la prima volta fra i 15 e i 50 anni di età e colpisce le donne due volte in più degli uomini. Un frequente sintomo iniziale è un transitorio annebbiamento della vista

to cerebrale.

Le lesioni sono localizzate prevalentemente a livello periventricolare (circostritto alla zona in cui le vene subependimali circondano i ventricoli), al corpo calloso e alla sostanza bianca del cervello.

Altre strutture più colpite sono i nervi ottici, il chiasma ottico e il midollo spinale. Quest'ultima area colpita è la causa della disabilità motoria nei pazienti.

I sintomi dipendono dalla localizzazione dei focolai infiammatori. Possono essere colpite tutte le regioni del sistema nervoso centrale che contengono la mielina come il cervello, i nervi ottici e il midollo spinale. Un frequente sintomo iniziale è un transitorio annebbiamento della vista.

Altri sintomi frequenti sono la visione doppia, disturbi dell'equilibrio e della coordinazione dei movimenti, nausea e vertigini. Tremori e incapacità di coordinare i movimenti di locomozione sono, invece, segni e sintomi dovuti all'interessamento cerebellare.

Nelle forme avanzate della malattia si possono presentare tremore, disturbi dell'articolazione delle parole, paralisi, spasticità muscolari e disturbi della sensibilità con un'alterazione della sensibilità cutanea spesso accompagnata da formicolio o sensazioni sgradevoli al tatto. Mentre una parte dei pazienti ha poche ricadute e si stabilizza spontaneamente con scarsi sintomi o nessuno; in altri la malattia progredisce causando una graduale disabilità con la minaccia di una grave compromissione o perdita della capacità di deambulazione. Possono, inoltre, verificarsi difficoltà del controllo della vescica e disturbi della funzione sessuale. E' presente una facilità all'affaticamento nei lavori anche non impegnativi dovuta alla debolezza muscolare, che è il più frequente sintomo d'esordio della malattia. I pazienti spesso trovano giovamento con una diminuzione della

temperatura ambientale che determinerebbe un miglioramento della velocità di conduzione nervosa. La febbre, invece, come pure le temperature ambientali elevate, peggiorano la sintomatologia.

Spasticità, rigidità possono determinare, nei casi gravi, alterazioni tendinee per ridotta motilità degli arti fino all'anchilosi delle articolazioni. Lo spasmo può interessare i muscoli del tronco provocando difficoltà nella respirazione e limitando i movimenti del paziente che, se allettato, potrà sviluppare piaghe da decubito per la tendenza a rimanere sempre in posizioni compatibili con lo spasmo muscolare. Quando i danni si estendono alle vie piramidali, possono comparire paralisi. A livello gastrointestinale possono presentare costipazione e, più di rado, perdita di controllo dello sfintere. Tra le cause della costipazione frequente è la riduzione del riflesso gastrocolico, la riduzione di forza della muscolatura addominale che normalmente funge da torchio durante il pompataggio, tempo di transito intestinale aumentato per riduzione dell'attività fisica.

Si possono verificare la contrattura della muscolatura del viso, di un arto, di metà corpo scatenati da un atto volontario come un movimento o uno sforzo; ma anche crisi epilettiche di breve durata che si manifestano improvvisamente e ricompaiono a breve distanza di tempo.

Recenti studi hanno evidenziato la ricorrenza frequente di cefalea nei pazienti affetti da sclerosi multipla recidivante-remittente con un picco di insorgenza della sintomatologia dolorosa in corrispondenza dell'inizio della terapia con interferone. Frequenti anche le lumbalgie croniche, soprattutto da posture anomale, e gli spasmi muscolari, soprattutto notturni.

La durata della malattia è estremamente variabile. La sopravvivenza media oggi è superiore ai 30 anni. Una statistica retrospettiva ha evidenziato come la sopravvivenza a 25 anni sia solo quasi l'85% di quella attesa. Al termine dei 25 anni un terzo dei pazienti lavorava ancora e due terzi conserva comunque la capacità di camminare. I casi di mortalità sono legati per il 50% a disabilità di grado elevato o problematiche infettive; mentre nell'altra metà dei casi dipendono dalle stesse cause che la provocano in tutte le persone.

P. C.



nella foto una lesione al microscopio della guaina mielinica del sistema nervoso centrale

LE STRATEGIE

Fatica e disturbi del sonno due nemici da fronteggiare

La fatica nella sclerosi multipla è un sintomo invisibile. È presente nell'80% dei casi e può comparire in maniera precoce, talvolta anche prima della diagnosi stessa. Le ipotesi principali riguardano un'alterazione dell'equilibrio neuroendocrino e metabolico cerebrale, oppure un rallentamento della conduzione nervosa dovuta alla demielinizzazione.

La fatica, comunque, ha un impatto importante sulla quotidianità, interferendo sulla vita personale e di relazione e sulle attività abituali come lavarsi e vestirsi, cucinare e accompagnare i figli a scuola. Si tratta di un disturbo vissuto con intenso disagio, anche per il timore di essere giudicati pigri o svogliati.

È tuttavia possibile distinguere la fatica "primaria" da quella "secondaria": la prima è causata dal danno al sistema nervoso centrale; la seconda non è direttamente correlata alla malattia, ma peggiora a seguito di disturbi emozionali come ansia e depressione; dolori di varia natura; problemi respiratori come asma e allergie; sedentarietà e disturbi del sonno. Proprio quest'ultimo è un sintomo da non sottovalutare.

I disturbi del sonno, infatti, sono dovuti a vari motivi. Possono essere collegati ad alcuni sintomi della malattia dovuti alle lesioni patologiche, ma anche a situazioni di ansia e stress. A prescindere dalla causa scatenante, se non trattati, possono aumentare la condizione di fatica frequente con ripercussioni negative sulle attività di vita quotidiana. Chi soffre di sclerosi, inoltre, può trarre seri benefici sulle funzionalità

cardiovascolari e sulla forza fisica, controllando il peso corporeo e sviluppando effetti positivi sull'umore. Lo sport, inoltre, previene disturbi posturali con il rafforzamento dei muscoli e delle ossa e con l'aumento dell'elasticità, riducendo il senso di fatica. Se eseguita con costanza, è di supporto anche per affrontare momenti di sconforto e depressione.

Si possono scegliere svariati tipi di esercizi in base anche allo stile di vita, ai gusti personali oltre che allo stato fisico e di salute. Lo stretching, ad esempio, permette di lavorare sull'elasticità dei muscoli per prevenire l'irrigidimento. La ginnastica in acqua non causa sforzi eccessivi sulle articolazioni, ma tonifica la muscolatura migliorando il movimento e la sensibilità. Il nuoto, infatti, è tra gli sport più indicati per i malati di sclerosi multipla, anche nel caso di

disabilità serie, utile anche ai più termosensibili che vanno incontro a un peggioramento dei sintomi con l'aumentare della temperatura corporea. In alternativa al nuoto si possono praticare altri sport in acqua, come l'acquagym e l'idrobike che migliorano la coordinazione. La rinuncia all'attività fisica, inoltre, comporta l'instaurarsi di un circolo vizioso che rende la fatica ancora più insostenibile.

È importante, inoltre, che si bilanci il tempo dedicato all'attività e quello spettante al riposo, programmando a priori frequenti tempi di stop. Ciò permette di conservare un residuo energetico che migliora il recupero e aumenta la resistenza. Programmando in anticipo le attività, inoltre, è possibile ripartire i carichi di lavoro evitando che vengano concentrati in uno stesso momento. La persona deve



imparare a rispettare la propria soglia di fatica: ciò significa riconoscere i segnali dell'affaticamento e fermarsi prima di raggiungere il completo esaurimento delle energie. In questo modo si sarà in grado di recuperare in tempi più brevi. È importante riuscire a richiedere il supporto esterno e abituarsi a dividere l'attività in momenti diversi. Occorre anche imparare a riorganizzare le pro-

prie attività giornaliere sulla base dei criteri di importanza e di soddisfazione. Questa tecnica evita di sprecare le energie disponibili per attività poco rilevanti, concentrando sui compiti più significativi. Inoltre, è importante organizzare l'area di lavoro predisponendo gli strumenti e i materiali in posizioni accessibili per facilitare l'esecuzione dell'attività stessa.

P. C.

LO STUDIO

C'è un nesso fra cambio di stagione e ricaduta

Trovare un nesso di causalità tra l'alternanza delle stagioni e le ricadute della sclerosi multipla: è la nuova sfida dei ricercatori. Una ricerca internazionale ha studiato un certo numero di persone provenienti da tutto il mondo, con l'obiettivo di valutare se il numero di ricadute varia in base all'alternarsi delle stagioni. La ricerca ha mostrato una maggiore frequenza in primavera e una minore incidenza in autunno. Sembra esserci, quindi, una relazione tra la stagione, la quantità di luce solare e il rischio di ricadute. Ma lo studio,

essendo osservazionale, non ha dato risposte certe sulla causalità del rapporto di correlazione. La ricerca ha utilizzato le informazioni provenienti dal registro internazionale denominato "MsBase", un database che raccoglie informazioni dagli ospedali di tutto il mondo circa le statistiche sulle ricadute, la data in cui essa si è verificata, il tipo di ricaduta e l'eventuale trattamento con corticosteroidi. Utilizzando queste informazioni, i ricercatori hanno identificato 33mila ricadute, di cui 9mila persone con sclerosi multipla. All'80% dei partecipanti

è stata diagnosticata una patologia recidivante-remittente e al 20% una forma secondaria ma progressiva. Inoltre, l'89% delle ricadute apparteneva a 8mila persone con sclerosi multipla residenti nell'emisfero settentrionale; mentre il restante 11% è stata relativa a 2mila persone con sclerosi provenienti dal Sud del mondo. I ricercatori hanno anche ottenuto informazioni sulle radiazioni ultraviolette giornaliere medie, per ogni mese e per ciascuna delle zone geografiche presenti nello studio.

P. C.

LA SICILIA
www.iasicilia.it

Direttore responsabile
Mario Ciancio Sanfilippo

Editrice
Domenico Sanfilippo Editore SpA



In redazione:
Giovanna Genovese

Hanno collaborato:
Totò Cali
Pierangela Cannone
Francesco Di Mauro
Francesco Di Pietro
Francesco Midolo
Paolo F. Minissale
Egidio Recupero
Giuseppe Scaccianoce
Nuccio Sciacchitano
Carlo Sciacchitano
Luca Signorelli
Angelo Torrisi
(consulente medico)
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

Marzia Maccarrone
095.7306353
368.3032936
336.699395

[ORTODONZIA]



Costi bassi e tempi rapidi ma il "dentista low cost" non è sinonimo di qualità

Un decalogo per scoprire pregi e difetti delle protesi dentali

Quando si pensa al mercato del "low-cost" la mente va subito a biglietti aerei e capitali europei. Ma in un mondo attanagliato dalla crisi, molta gente cerca "il prezzo più basso" anche in settori su cui non si dovrebbe badare a spese. In Italia, più di 600 mila persone si sono affidati al "dentista low cost", spesso affrontando viaggi all'estero nelle vicine Ungheria o Romania. Eppure l'Italia rappresenta un'eccellenza nel panorama odontoiatrico internazionale. Pensare al portafoglio in questo caso, potrebbe avere conseguenze da prendere in considerazione.

Gli esperti dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Protetica spiegano come riconoscere una protesi eseguita a regola d'arte e tutelarsi da prestazioni a basso costo, il cui risparmio è solo apparente. Attenzione anche ai necessari tempi biologici, ordine e pulizia degli studi, certificazioni e assistenza post intervento.

«È ormai palese la crescita degli utenti che realizzano impianti, ponti e protesi dentarie in Paesi dell'Est Europa», dichiara Alessandro Amato, vice Presidente Codacons. «Basti pensare - dice - ai risultati ottenuti digitando sui motori di ricerca le parole "dentista low cost" o "turismo dentale". Alla base del fenomeno i costi ridotti, inferiori fino al 60% rispetto alle tariffe praticate in Italia. Tuttavia, è necessario far comprendere al cittadino attirato da prezzi contenuti e tempi rapidi di esecuzione che questi due elementi non possono convivere in trattamenti a elevato contenuto specialistico. Agire sui costi, riducendo il tempo dedicato alle cure, è

controproducente perché mette in pericolo il successo a lungo termine della terapia. Altra criticità riguarda i materiali utilizzati, spesso prodotti scadenti e a basso costo che possono determinare l'insorgere di nuovi problemi».

Gli fa eco Leonello Biscaro, Presidente Aiop (Accademia italiana di odontoiatria protetica). L'odontoiatra - dice Biscaro - è il garante della correttezza della diagnosi e di tutte le procedure cliniche, all'odontotecnico spetta il fondamentale compito di assicurare la qualità dei materiali utilizzati, ottemperando alla direttiva europea 93/42 che l'Italia ha recepito in maniera più rigorosa di altri Paesi europei, specialmente quelli oggetto del cosiddetto turismo odontoiatrico. Il nostro obiettivo è sensibilizzare il cittadino-paziente sul fatto che, se è difficile riportare la qualità al prezzo, è invece possibile riportare la non qualità al costo di produzione: al di sotto del costo di produzione è verosimile ricevere una prestazione di non qualità».

Anche nell'ambito della salute dentale, quindi, sembra valere la vecchia regola del "Chi più spende meno spende": una protesi dentale realizzata con materiali di alta qualità e metodiche innovative, durerà sicuramente di più nel tempo, evitando al paziente di doversi sottoporre a futuri interventi correttivi e consentendogli così un risparmio nel lungo termine.

Ma la qualità di una protesi spesso non viene percepita. Come riconoscere allora la non qualità? E cosa può succedere se il lavoro protesico non è preciso sia sui denti sia sugli impianti? Qui



di seguito ecco dunque alcuni consigli utili per capire se la corona protesica ha qualche problema.

Dopo gli opportuni e quasi sempre necessari aggiustamenti in fase di controllo, la corona non deve risultare più alta degli altri denti, non deve "toccare prima". Non c'è bisogno di "abituarsi". I contatti con i denti vicini devono essere precisi, né troppo stretti (si deve poter usare il filo interdentale), né troppo larghi (il filo interdentale deve incontrare una buona resistenza). La mancanza di contatti adeguati è molto pericolosa, in quanto i residui alimen-



essere segno di imprecisione del margine della corona o di posizione non corretta del margine stesso (troppo dentro alla gengiva) o della presenza di piorrea che non era stata diagnosticata prima.

La corona non deve staccarsi accidentalmente, se è stata cementata con un materiale definitivo, così come il provvisorio non dovrebbe staccarsi o rompersi facilmente. Se il vostro provvisorio era instabile, verosimilmente lo sarà la corona definitiva.

Se non è stato programmato e non vi è stato comunicato previamente, non dovrebbero essere effettuati ritocchi (limate) dei denti naturali, sia dei vicini che dell'arcata opposta. In alcuni casi è necessario un ritocco dei denti naturali o di vecchi restauri, ma dovrebbe essere stati avvisati prima.

Il colore della ceramica deve essere simile a quello dei denti vicini, in caso di differenze o di inestetismi dovete poterli esprimere e trovare una soluzione adeguata. Dovreste, su vostra richie-

sta, poter parlare anche con l'odontotecnico che ha realizzato la vostra corona.

Se non riuscite a masticare bene con la nuova corona, se c'è sensibilità alla pressione, o addirittura al serramento dei denti, o se il cibo fibroso rimane intrappolato nel nuovo dente, c'è qualcosa che non funziona. A parte un primo momento di adattamento, una corona ben fatta deve entrare subito a far parte della bocca e deve funzionare bene. Ricordate che la fine di una terapia protesica in realtà è l'inizio del percorso che vi consentirà di mantenere sia i risultati delle cure effettuate, sia la salute dei vostri denti naturali. Il programma di igiene professionale e di controlli periodici dovrà essere personalizzato in base alle condizioni dei vostri denti, alle abitudini di vita (per esempio, se siete dei forti fumatori dovrete farvi controllare più spesso) e alle vostre capacità di effettuare un'igiene domiciliare adeguata.

FRA. MI.

LA PERDITA TOTALE O PARZIALE DEI DENTI

La chirurgia implantare soluzione all'edentiulia

FRANCESCO DI MAURO*

L'edentiulia, cioè la perdita totale o parziale degli elementi dentali, ha conseguenze non solo sulla masticazione e sullo stato di salute delle ossa e della bocca, ma si ripercuote negativamente sulla digestione ed anche sull'espressione del viso. La chirurgia implantare permette di ripristinare la funzione masticatoria ed estetica con l'applicazione di denti fissi mediante il posizionamento di impianti. Ciò può essere realizzato con due differenti metodiche: l'implantologia a carico differito e l'implantologia a carico immediato. La differenza tra le due tecniche si riferisce solo ai tempi di realizzazione dell'intervento.

L'implantologia a carico immediato consente l'inserimento degli impianti e l'applicazione della protesi in un'unica operazione con il vantaggio di riacquistare immediatamente la funzione masticatoria, minima invasività e rapidità dell'intervento, oltre che un risparmio economico.

Tra le nuove tecnologie l'implantologia computer guidata consente un rapido carico masticatorio con denti fissi anche in 24 ore.

Le nuove tecnologie odontoiatriche permettono anche di risolvere casi di edentiulia completa. Questi casi risolvibili con protesi mobili spesso fastidiose ed instabili con difficoltà alla masticazione, oggi possono essere affrontati con successo mediante l'utilizzo della tecnica implantologica "All on four".

Tale metodologia sostituisce i denti mancanti con una protesi completa, supportata da quattro impianti en-



Dott. FRANCESCO DI MAURO
Chirurgia implantare, Protesi fissa - mobile, Protesi con carico immediato, Conservativa Estetica dentale Via Gigi Macchi 12 - 95125 Catania Tel 095 382263 - 388 9581487 - 335 6861261 cicciodocent@gmail.com

dossei per ciascuna arcata garantendo così una maggiore stabilità ossea e l'ancoraggio del manufatto protesico. La protesi può essere posizionata nel corso della stessa seduta operatoria soddisfacendo così la necessità masticatoria ed estetica. Presso il mio studio ci dedichiamo alla cura del sorriso ed alla riabilitazione masticatoria offrendo prestazioni odontoiatriche all'avanguardia, in grado di soddisfare le esigenze del paziente.

*Odontoiatra

BAMBINI: SOLO IL DENTISTA NON BASTA

Ortodontista e pediatra per la cura dei dentini

Una domanda che di frequente viene rivolta ai pediatri e ai dentisti di famiglia è: "quando devo portare il mio bambino dal dentista?". Una domanda in apparenza semplice a cui vengono spesso date risposte contrastanti: "il più presto possibile" "aspetta che abbia cambiato tutti i denti da latte" "portalo solo se ha male" "mettilo al più presto l'apparecchio per evitare problemi futuri" fino anche a: "non serve curarlo adesso tanto poi i dentini li cambierà".

In realtà a queste domande ci sono risposte precise, circostanziate e sostenute da una solida letteratura scientifica; vediamo di fare un po' di chiarezza.

I denti da latte (decidui) hanno una grande importanza: guidano lo sviluppo osseo e masticatorio e mantengono lo spazio per i denti permanenti; è un grave errore quindi trascurare la cura, sottoponendo inoltre il bambino a possibili inutili sofferenze. I denti posteriori restano in bocca fino a 12 anni prima di essere sostituiti e pertanto fino a quell'età vanno controllati e curati. Fin dalla più tenera età va attuata la prevenzione delle carie e l'insegnamento di una corretta igiene orale e alimentare: il fluoro va somministrato dalla nascita o meglio ancora durante la gravidanza, vanno evitati dolciumi inutili e frequenti e biberon di sostanze dolcificate, va introdotta l'abitudine a cibi ricchi di fi-

bre con pochi carboidrati e si deve iniziare a condizionare il bambino a lavare i dentini come ultima azione della giornata.

Allo spuntare dei denti permanenti (intorno ai 6 anni) questi vanno protetti con lacche sigillanti e già dalla prima infanzia (3-4 anni) bisogna far familiarizzare il bambino con lo stu-



diario in uno spazio che non ha ancora smesso di svilupparsi è molto aleatorio e rischia di dover poi essere ripetuto a crescita terminata, con dispendio di tempo ed energie, perdendo invece l'opportunità di fare qualcosa di più utile per lo sviluppo della masticazione. Infatti i denti non crescono storti per sfortuna o per un difetto di natura, ma per adattarsi ai tessuti mascellari che non stanno crescendo a sufficienza o in modo equilibrato, per cui spostare i denti non equivale a correggere la causa del problema ma solo il suo effetto.

Ma a questo punto bisogna chiedersi qual è questa causa e se è possibile correggerla. Le risposte sono variabili da individuo a individuo, ma quelle più comuni, oltre all'ereditarietà, sono le abitudini scorrette, come la deglutizione atipica e la respirazione orale e i

vizi come il succhiamento. Molto spesso correggendo questi problemi con apparecchi ortopedici o funzionali e con rieducazione alle corrette abitudini, si intercettano delle malocclusioni anche importanti, rendendo poi più semplice e a volte non necessario il trattamento correttivo con apparecchi fissi durante l'adolescenza. Per ottenere questi risultati il dentista non può essere solo, deve collaborare con l'ortodontista, il pediatra, un buon logopedista e spesso anche altre figure professionali ben coordinate tra loro.

Tranne alcune eccezioni, la posizione dei denti non va mai corretta prima della fine della crescita facciale e del cambio (o permuta) dei denti da latte; questo non avviene quasi mai prima dei 12-13 anni. Ma perché? E' intuitivo che spostare denti che non hanno ancora il numero e la dimensione de-

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

Negli ultimi dieci anni i sistemi acustici sono diventati molto più potenti e molto più piccoli. Una nuova frontiera è Oticon Nera il "sistema acustico" più piccolo offerto da Microfon e prodotto dall'azienda danese Oticon (tra le prime nel settore). È una tecnologia controllata autonomamente da un'intelligenza artificiale e da sistemi Bluetooth™. Nonostante le sue piccole dimensioni contiene un gruppo di sofisticate tecnologie per esaltare l'udito: cattura la voce e la protegge fino a quando raggiunge l'orecchio, chiara e forte. È in grado di ridurre i rumori di fondo e, pur conservandoli, li attenua in modo che non disturbino mantenendo anche tutti quegli indizi acustici intorno a noi, che al nostro cervello servono per ricostruire lo spazio e capire la direzione dei suoni.



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

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

I nuovi sistemi si distinguono anche per la tecnologia Bluetooth™ che consente di connetterli direttamente a televisori, telefoni fissi e mobili, sistemi informatici, MP3, Tablet, iPod, iPad e qualunque fonte di segnale audio. Tutto senza fili. Guardare la TV in famiglia o con gli amici, ridiventa un piacere perché non esistono più i disagi e le discussioni per il volume troppo alto: l'audio viene trasmesso direttamente all'apparecchio acustico, senza interferenze... e il suo volume è indipendente rispetto a quello generale del televisore.



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

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%

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

Noi sentiamo con entrambe le orecchie, ed è proprio grazie a questa interazione che possiamo localizzare la provenienza dei suoni e distinguere un interlocutore da un altro in presenza di più voci. I sistemi acustici di nuova generazione Oticon Nera usati in Microfon sono in grado di ripristinare un udito stereofonico: ovvero, un udito bilanciato a 360° che offre una percezione tridimensionale del suono. Con queste tecnologie si possono contrastare i suoni indesiderati, mettendo in primo piano suoni specifici e la voce umana.



Oticon Nera: ogni suono si trova dove ci si aspetta

INIUM: un microchip con Intelligenza Artificiale che gestisce tutto automaticamente

Il microchip INIUM è il cuore di Oticon Nera ed è dotato di una sofisticata Intelligenza Artificiale che gestisce tutto il sistema in automatico. Per esempio, adatta il funzionamento dei microfoni direzionali per contrastare il rumore ed esaltare la voce dell'interlocutore; oppure automaticamente cambia il volume in base all'ambiente in cui si trova l'utilizzatore in modo che l'ascolto sia chiaro e confortevole. L'uso combinato della tecnologia Bluetooth™ consente a Oticon Nera la trasmissione a distanza di segnali e dati senza l'uso di fili.



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

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

Tra le caratteristiche più importanti di Oticon Nera c'è la quasi invisibilità quando è indossato. È un risultato che consente serenità nell'uso quotidiano e la difesa della privacy personale. La prima ragione, più evidente, è nella dimensione ridotta del sistema e nel peso di pochi grammi. La seconda, ma non certamente meno importante, è che il guscio viene modellato esattamente sul canale uditivo di chi lo indossa. Tutto ciò significa che è quasi invisibile allo sguardo e nessuno si accorgerà di questo piccolo segreto.



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

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/N - Tel.: 0932 1972520

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



www.microfon.it

Microfon
Apparecchi Acustici Digitali