

MOND medico

DOMENICA 15 NOVEMBRE 2015

IL PUNTO

REGOLE D'ORO "ANTI CRACK"

GIOVANNA GENOVESE

Ossa deboli, il tallone d'Achille degli italiani. Soprattutto delle donne. Una su 4 dopo i 50 anni e una over 60 su 3 è colpita da osteoporosi post meno-pausale e senile, secondo gli ultimi dati sarebbero oltre 5 milioni i malati in Italia. Si tratta in prevalenza di anziani e il dato è destinato a crescere visto che attualmente la popolazione over 65 è circa il 25% e nel 2050 sarà oltre il 35%. Inoltre in Italia circa 2 milioni di anziani non sono autonomi perché affetti da disabilità, spesso provocata da fratture, anche queste destinate a crescere. basti pensare che ogni anno in Italia si registrano oltre 230.000 fratture da fragilità molte delle quali provocano disabilità, perdita di autonomia e un aumento del rischio di mortalità. Dati drammatici per una malattia trasversale che in Italia non ha uno specialista di riferimento ma diverse figure come ortopedici, reumatologi, fisiatristi, internisti, endocrinologi e ginecologi. Un trend dunque negativo che si può arginare solo nutrendo le ossa con una corretta alimentazione e un esercizio fisico regolare, controllando i livelli di vitamina D e "fissandola" stando al sole.

Vediamo dunque qualche piccola regola anti crack dettata dagli esperti. E partiamo da una dieta equilibrata ricca di proteine, fibre, frutta, calcio e vitamina D. Il calcio - ricordano gli specialisti - abbonda in latticini, in alcune acque e nella frutta fresca, mentre la vitamina D è presente in molti pesci come aringa, tonno e salmone. Anche l'esercizio fisico "nutre" l'osso ed è importante a tutte le età. Gli ortopedici consigliano di fare sport almeno 3 volte a settimana. L'ideale è il nuoto, ma via libera anche al ballo: le piccole spinte verso il terreno producono un effetto stimolante per le ossa.

L'esposizione al sole è necessaria alla salute delle ossa. Per attivare un quantitativo adeguato di vitamina D sono sufficienti 10-20 minuti al giorno.

Abolire il fumo di sigaretta, ammoniscono gli ortopedici. Ha molti effetti nocivi sul nostro organismo. Le tossine che produce interferiscono con l'attività osteoblastica con effetti negativi sia sul metabolismo dell'osso sia sulla sua guarigione dopo una frattura. Il consumo dell'alcol invece deve essere controllato. Bere 1-2 bicchieri di vino al giorno non ha effetti negativi sulle ossa, anzi ha dimostrato di rallentare il turnover osseo. Vietato però esagerare: l'abuso di alcol può danneggiare gli osteoblasti e ridurre l'assunzione del calcio nel tratto gastrointestinale.

Occhio alle cadute: un terzo degli over 65 cade ogni anno, e un decimo di questi riporta una frattura al femore. Le cadute rappresentano il 10% degli ingressi in pronto soccorso e il 6% dei ricoveri d'urgenza tra gli anziani. A farli cadere possono contribuire il calo della vista, sindromi vestibolari che causano vertigini, l'urgenza minzionale e l'ipovitaminosi D. Fra le cautele da adottare: indossare calzature ad hoc, possibilmente con tacco basso e con soles antiscivolo. Infine gli esami giusti per chi soffre di osteoporosi o ha già avuto una frattura: test ematici per escludere un'osteoporosi secondaria; radiografia della rachide dorsale e lombare in laterale, con valutazione morfometrica per individuare la presenza di crolli vertebrali ed esame DEXA del collo femore e del rachide lombare ogni 2 anni per valutare l'efficacia della terapia farmacologica e della progressione della patologia.



PharmEvolution
Crescere con la Farmacia

PharmEvolution ringrazia gli oltre 3.500 visitatori e dà appuntamento al prossimo anno



Protesi inversa di spalla una valida opzione a interventi tradizionali

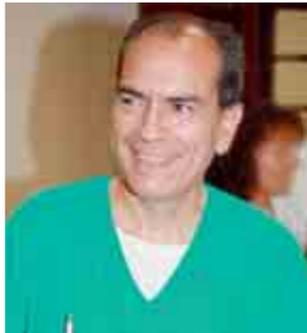
Le fratture complesse dell'epifisi prossimale dell'omero

PIERANGELA CANNONE

La protesi inversa di spalla è una valida opzione terapeutica per il trattamento delle fratture complesse dell'epifisi prossimale dell'omero che non è possibile sottoporre a intervento chirurgico ricostruttivo di osteosintesi. Negli ultimi anni il reparto di Ortopedia e traumatologia del presidio ospedaliero Garibaldi Centro di Catania ha registrato un aumento esponenziale degli interventi di protesi alla spalla. L'incidenza maggiore è negli anziani, per lo più donne, con problemi di osteoporosi. Fattori rilevanti sono l'allungamento della vita media e la sempre più frenetica attività delle donne over 65-70. «È possibile intervenire - dice il dott. Giovanni Restuccia (nella foto), direttore dell'Uo complessa di Ortopedia e traumatologia dell'ospedale Garibaldi Centro di Catania - sia per un problema degenerativo artrosico dell'articolazione della spalla sia a seguito di una problematica post-traumatica dove è impossibile una sintesi chirurgica. Oggi la chirurgia si sta orientando verso la protesi inversa di spalla, sebbene esistano tipologie di intervento tradizionali».

Dott. Restuccia, perché si predilige la protesi inversa?

«Occorre fare un riferimento all'anatomia. La regione prossimale dell'omero, chiamata testa dell'omero, ha la forma di una emisfera piena. Nella scapola, invece, la parte che si articola con la testa del femore ha una forma emisferica cava che consente l'accoppiamento delle due parti e, quindi,



l'articolazione. Una protesi convenzionale o anatomica della spalla cerca di riprodurre e quindi di imitare la normale anatomia della spalla: una "coppa" di plastica viene montata nella regione ossea della scapola corrispondente alla glenoide, e una "palla" metallica è collegata alla parte superiore dell'osso del braccio (omero) con uno stelo endomidollare. La protesi inversa si chiama in tal modo proprio perché avviene tutto all'inverso: la coppa e la palla di metallo sono invertite. Al posto della testa dell'omero si impianta una protesi con forma concava e non convessa; mentre nel glenoide della scapola si impianta una protesi con forma sferica. Quindi, sfera piena contro sfera vuota.

La sfera di metallo è fissata alla glenoide (glenosfera) e la coppa di plastica è fissata all'estremità superiore dell'omero. Il vantaggio della tecnica di protesi inversa è che, da un punto di vista meccanico, il centro di rotazione del-

l'articolazione scapola omerale si medializza; cioè si porta verso il centro del corpo. In tal modo si ottiene un fulcro più stabile che favorisce il movimento articolare, pertanto, l'effetto di un movimento del braccio con minore sforzo. Poiché la maggior parte dei pazienti sono anziani con patologie sia traumatiche sia degenerative, quindi, con elementi muscolari e tendinei molto spesso insufficienti, lesionati e degenerati; la non funzionalità dei tendini provoca una cattiva movimentazione dell'arto superiore. La protesi inversa, per il principio delle leve di Archimede, facilita meccanicamente il movimento».

Come si risolve un problema traumatico importante negli over 65?

«Facendo sì che il periodo di immobilizzazione sia breve e il recupero funzionale dell'articolazione danneggiata sia rapido e completo. La protesi inversa risponde a questi requisiti. Il paziente dovrà iniziare la riabilitazione già il giorno dopo l'intervento e, in genere, sarà dimesso dopo quattro giorni. Negli esiti chirurgici della spalla, un corretto programma di riabilitazione assume una figura di primo piano. È importante che non si crei rigidità nella spalla, che si abbia un precoce recupero funzionale muscolare e che ci si avvalga di un valido personale fisioterapico. I tempi di recupero vanno dai 30 ai 40 giorni».

È sempre possibile intervenire chirurgicamente?

«Sì. Ma come ultima soluzione. Nei giovani si fa l'impossibile per ricostruire con mezzi di sintesi l'articolazione propria e le possibilità di guarigione sono maggiori rispetto a quelle di un anziano. Solo nei casi in cui la sintesi non è possibile o si prevede che la frattura non andrà a una guarigione soddisfacente, si sceglie l'indirizzo protesico. Oggi assistiamo a un enorme aumento delle fratture complesse della spalla. Spesso su base osteoporotica: l'allungamento della vita media e una maggiore attività degli over 65 porta a un aumento della traumatologia complessa, difficile e a volte impossibile da sintetizzare. In casi del genere la protesi alla spalla è l'unica soluzione per ridare al braccio il giusto movimento».



«Si procede con un'incisione sulla parte anteriore o laterale della spalla di circa 10 cm. Arrivati sull'osso, si eliminano le parti danneggiate per poi posizionare le nuove componenti protesiche e così ripristinare la funzione della spalla, non trascurando, ove possibile, la ricostruzione o la

Quali sono le tecniche di intervento?

«Si procede con un'incisione sulla parte anteriore o laterale della spalla di circa 10 cm. Arrivati sull'osso, si eliminano le parti danneggiate per poi posizionare le nuove componenti protesiche e così ripristinare la funzione della spalla, non trascurando, ove possibile, la ricostruzione o la

reinserzione degli elementi motori dell'articolazione. È possibile intervenire sia in anestesia generale sia utilizzando una anestesiadi plesso. Quest'ultima è la più utilizzata poiché prevede che si addormentino solo i nervi che vanno verso spalla e braccio. In questo modo il soggetto resta sveglio durante tutto l'intervento chirurgico. La maggior parte dei pazienti, infatti, sono anziani e oltre al trauma alla spalla soffrono di tante altre malattie. Il vantaggio di non operare in anestesia generale è dato dalla riduzione dei rischi: non solo il paziente non sente dolore, ma partecipa all'intervento e, quindi, sarà possibile affrontare eventuali problematiche con maggiore serenità. La durata dell'operazione varia a seconda dei casi, ma in genere non supera le due ore. La perdita ematica è molto ridotta tanto che nella gran parte dei casi non richiede una trasfusione. Oggi la tecnologia consente di intervenire con pro-

tesi modulari, cioè di passare da una protesi parziale a una protesi anatomica totale o a una protesi inversa, secondo le necessità che il chirurgo rileva.

Ogni anno il nostro reparto interviene con protesi alla spalla su circa 50 soggetti, in gran parte protesi inverse. Grazie ai nuovi materiali utilizzati, il titanio in particolare, si possono impiantare sempre più protesi biologiche che permettono all'osso di integrarsi con la protesi formando un corpo unico. Se le condizioni dell'osso, invece, sono molto scadenti bisogna ricorrere per la fissazione dello stelo della protesi all'interno del canale diafisario dell'omero ad una resina, chiamata volgarmente cemento osseo».

(Nella foto la radiografia post operatoria di una paziente operata con protesi inversa per grave frattura complessa "epifisi prossimale omero")

UN TREND NEGATIVO CHE SI POTRÀ FERMARE SOLO CON LA PREVENZIONE, UNA CORRETTA ALIMENTAZIONE E UN SANO STILE DI VITA

«Ogni anno nel nostro Paese si registrano oltre 230 mila fratture da fragilità e molte provocano disabilità, perdita di autonomia, aumento del rischio di mortalità. «Solo con una corretta alimentazione - dicono gli esperti - e uno stile di vita sano fin da bambini, insieme a opportune misure di prevenzione secondaria e terziaria, si potrà fermare questo trend negativo». «La fragilità dell'osso dipende spesso dall'osteoporosi post-menopausale e senile che in Italia colpisce una donna su 4 dopo i 50 anni e una over 60 su 3», spiega Umberto Tarantino, professore ordinario e primario di Ortopedia e Traumatologia al Policlinico di Tor Vergata di Roma. Questa malattia causa un indebolimento progressivo dello scheletro e quindi una ridotta resistenza dell'osso, predisponendo a un più alto rischio di frattura anche

Gli italiani sono sempre più fragili ogni anno oltre 230mila fratture

per traumi di lieve entità. I crack possono colpire qualsiasi segmento scheletrico, ma «le sedi più spesso coinvolte sono il femore, le vertebre, il polso, l'omero prossimale e la caviglia», elenca lo specialista. E ad aggravare il problema c'è l'insidia ricadute. «Se si ha la sfortuna di incorrere in una frattura da fragilità - precisa Tarantino - il rischio di un'altra frattura è di oltre il 20%. Le donne con una frattura vertebrale hanno una probabilità 5 volte maggiore di andare incontro a nuove rotture vertebrali,

e un rischio raddoppiato di frattura del femore prossimale. Questo dato è destinato a crescere nei prossimi anni per il progressivo aumento dell'età media della popolazione, che non interessa soltanto il sesso femminile, bensì sempre più anche gli uomini». Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, ogni anno nel pianeta si registrano circa 9 milioni di fratture da fragilità di cui 1,6 milioni a livello del femore prossimale. E per il 2050 è previsto «un vertiginoso aumento»: si potrà arrivare fino a 33 milioni di

casi, oltre 6 milioni dei quali interesseranno il femore. Solo in Italia sono circa 95 mila i ricoveri annuali per fratture di femore, e quasi il 70% riguarda pazienti ultra 80enni. «La frattura di femore prossimale è sicuramente un evento invalidante: oltre alla necessità di un intervento chirurgico immediato nella quasi totalità dei casi - ricorda Tarantino - spesso l'evento espone a conseguenze anche gravi. Solo una volta su 5 (20%) il paziente riesce a tornare al livello di

attività precedente alla frattura». Quando si rompe un femore, proseguono gli ortopedici della Siot, «l'aumento di mortalità è equivalente a quello causato dal cancro al seno, arrivando a raggiungere nel primo anno dopo l'evento fratturativo un'incidenza del 20%». Non solo: «Nel 35% dei casi - continua il docente - il paziente avrà una disabilità permanente e una riduzione della capacità di camminare in maniera autonoma. La frattura di femore risulta essere di grande interesse anche da un punto di vista eco-

nomico, poiché aggrava il sistema sanitario nazionale in maniera importante». E femore a parte? La Siot definisce «abbastanza complicato e difficile» calcolare il numero delle altre fratture da fragilità, «poiché non tutte necessitano di ricovero e quindi non vengono registrate nelle schede di dimissione ospedaliere - osserva Tarantino - Molte altre non vengono nemmeno diagnosticate come le fratture vertebrali, di cui solo un terzo viene ospedalizzato e meno della metà individuata. Proprio per questo è in via di realizzazione il Registro italiano delle fratture da fragilità promosso dal ministero della Salute, che potrebbe consentire di identificare tutte le fratture dovute a fragilità ossea e di definire le persone più esposte così da progettare campagne preventive mirate».

PAOLO FRANCESCO MINISSALE

CONCORSO VIDEO E FOTOGRAFICO
ISCRIVITI ADESSO

tu come stai?
IMPARIAMO A STAR BENE

PREMIATO EXPO2015
BEST PRACTICES RISE2UP

SCOPRI IL PROGETTO
www.tucomestai.net

Medico? Fisioterapista? Architetto? Psicologo? Dai vita al tuo SOGNO con...

UNI TEST "Copernico"
PREPARAZIONE AI TEST UNIVERSITARI

MEDICINA - ODONTOIATRIA - SCIENZE BIOLOGICHE
PROFESSIONI SANITARIE - FARMACIA - ECONOMIA
VETERINARIA - SC. MOTORIE - ARCHITETTURA

APERTE LE ISCRIZIONI AI CORSI

NUMERO LIMITATO DI STUDENTI PER OGNI CORSO - DOCENTI DI RUOLO - AULE CLIMATIZZATE

"Iniziate oggi a costruire le certezze del domani"

Via V. Giuffrida, 103 CATANIA TEL. 095 - 44 27 93 CELL. 342 - 62 06 983
www.uniTestCopernico.it

[ORTOPEDIA]



FRANCESCO ZAIORO

Una delle complicanze più frequenti negli esiti di lesione midollare è la spasticità. Ed è questo uno degli aspetti maggiormente valutati dagli specialisti nella loro attività nell'Unità Spinale Unipolare dell'Azienda ospedaliera Cannizzaro di Catania, prima e tuttora unica struttura del genere del Sud Italia destinata alla cura delle persone mielose. Alla dott. ssa Maria Pia Onesta, direttore dell'U-su, chiediamo di approfondire questo argomento, oggetto peraltro di un recente convegno da lei presieduto, con la responsabilità scientifica della dott. ssa Tiziana Di Gregorio, medico fisiatra della stessa Unità.

Dott. ssa Onesta, la spasticità che relazione ha con la lesione midollare?

«È una evoluzione cui può arrivare la lesione midollare nella fase successiva allo shock spinale, cioè nella fase della stabilizzazione, quando può verificarsi un ammento del tono, dei riflessi e della reattività neuromuscolare. La spasticità può anche diventare una complicanza, nel senso di problematica che può determinare deformità o ulcerazione, complicanza a livello polmonare o a livello vescicale per un'evoluzione in iperattività del muscolo detrusore della vescica. Ma nelle fasi iniziali della lesione midollare si possono attuare tutta una serie di elementi per prevenire la comparsa di questa complicanza».

Quali sono questi elementi e quando bisogna individuarli?

«L'input fondamentale per trattare in maniera adeguata una lesione midollare è costruire il percorso di riabilitazione il più precocemente possibile, prendendo in carico il paziente quando arriva in Pronto Soccorso, seguendolo nel successivo passaggio in area intensiva e accompagnandolo nel passaggio in Unità Spinale. Ed è questa la vocazione del nostro reparto, che si trova inserito in un Dipartimento di emergenza di III livello con la possibilità, il privilegio di prendere in carico il paziente precocemente, in PS, dove attuare una serie di manovre che risparmiano al paziente complicanze successive, riospedalizzazioni o allungamento dei tempi di ricovero».

Di quali complicanze parliamo?

«Una delle più temibili, ai cui fattori di rischio il paziente mieloso è esposto, è la lesione da decubito, che dilata i tempi e aumenta i costi del ricovero perché implica medicazioni giornaliere avanzate, uso di ausili o intervento chirurgico. In area intensiva è già possibile usare ausili e procedure per prevenire questa e altre complicanze, quali quelle di tipo respiratorio. L'approccio precoce e multispecialistico è considerato "best medical practice", come hanno scritto Fehnings e altri sul Journal of Neurotrauma e Parent e altri su Spine».

A proposito di personale qualificato, quali competenze e professionalità intervengono in questa fase del trattamento del paziente?

«Sin dalla prima fase, ovvero quando il paziente arriva in ospedale, è necessario che sia seguito da un'équipe multidisciplinare costituita da un intensivista, anestesista rianimatore, chirurgo, fisiatra che prende in carico ed è responsabile del progetto riabilitativo, neurologo, urologo, fisioterapista, terapeuta occupazionale, infermiere, operatore socio-sanitario e psicologo. L'approccio multispecialistico è prerogativa di una Unità Spinale Unipolare, la cui caratteristica consiste nel prendere in carico il paziente precocemente e seguirlo fino alla domiciliatura e anche dopo, nel follow-up. Per schematizzare, la persona con lesione midollare viene seguita dal team dell'Unità Spinale: nella fase acuta a ponte con l'area intensiva; nella fase di stabilizza-

Lesione midollare il trattamento precoce evita complicanze

Onesta: «Iter specifico dal pronto soccorso al domicilio»



Cannizzaro e mielosi

L'Unità Spinale Unipolare dell'Azienda ospedaliera Cannizzaro di Catania è prima e tuttora unica struttura del genere del Sud Italia destinata alla cura delle persone mielose. La dott. ssa Maria Pia Onesta (nella foto) è direttore dell'U-su

zione nel reparto di USU; e nella fase di domiciliatura quando si attivano tutti quei percorsi che dovrebbero esistere sul territorio per permettere al paziente di usufruire a casa di sistemi quale l'ADI per fare, ad esempio, le medicazioni».

Il percorso in Unità Spinale si caratterizza per alcuni ausili e aspetti, ad esempio la riabilitazione in acqua.

«Questo è un elemento fondamentale, perché il paziente mieloso, soprattutto nelle forme con evoluzione in spasticità, ha un notevole vantaggio dall'utilizzazione del mezzo-acqua, in quanto quella utilizzata nella nostra piscina, a 33 gradi circa, già di per sé determina un abbattimento dell'aumento del tono muscolare. Inoltre, associata alla manovra del fisioterapista, permette di inibire l'ipertono, ottenere uno svincolo di quelle componenti muscolari che, sotto l'effetto della forza di gravità, non riescono a produrre un movimento ef-

ficace. E quindi riuscire a ottenere degli schemi motori che fuori, a secco, il percorso di riabilitazione non permetterebbe di ottenere. Chiaramente questo implica risorse umane notevoli e personale specializzato».

L'Unità Spinale come cura i pazienti una volta rientrati a domicilio?

«La lesione midollare lascia esiti che bisogna seguire nella fase post-dimissione, come la gestione della cannula o del ventilatore, la valutazione di una lesione da decubito o della spasticità, oppure la gestione di un'eventuale infiltrazione della tossina botulinica che si effettua nella fase post-dimissione. Ancora: ci occupiamo di pazienti con complicanze dal punto di vista neurologico attraverso il nostro ambulatorio di neurofisiologia, un altro ambulatorio quotidiano con un fisiatra [dedicato alla valutazione degli ausili, che possono essere modificati o sostituiti quando il paziente

cambia la postura, o sviluppa una spasticità più marcata, o intraprende un'attività sportiva. Oppure ancora, ci occupiamo della gestione in day hospital di pazienti con lesione midollare o spina bifida; anche questo tipo di lesione infatti è trattato da noi, soprattutto per quanto riguarda il confezionamento dei tutori».

Nel futuro il ricorso alla robotica può cambiare qualcosa nel trattamento delle lesioni midollari?

«L'ambito della robotica nella gestione della lesione midollare ha uno spazio importante. Vero è che oggi si arriva a leggere di alcuni sistemi che permettono di ottenere la deambulazione, ma in realtà la robotica, allo stato, è da intendere quale ausilio di terapia, per esempio utile a ottenere la riacquisizione di alcuni schemi del passo. Si tratta di uno degli scenari di maggiore interesse, attualmente però pesano costi proibitivi e difficilmente accessibili».

SARCOPENIA

I muscoli "invecchiano" dai 40 anni

La sarcopenia è la riduzione della massa e della funzione muscolari, condizione correlata all'invecchiamento. Le persone fisicamente inattive possono perdere fino al 3-5% della loro massa muscolare per decennio, dopo i 40 anni. I sintomi della perdita della massa muscolare includono debolezza muscolo-scheletrica e perdita di forza e resistenza, che interferiscono con la qualità della vita. Per esempio, si è soggetti a una maggiore affaticabilità, la marcia è rallentata e c'è un rischio maggiore di caduta e di frattura del femore. Una ridotta attività fisica, a sua volta, comporta un'ulteriore riduzione della massa muscolare. Sebbene la sarcopenia sia riscontrata soprattutto nelle persone inattive, il fatto che si verifichi anche nelle persone che rimangono fisicamente attive per tutta la vita suggerisce che altri fattori sono coinvolti nello sviluppo della sarcopenia. I ricercatori ritengono che i seguenti fattori abbiano un ruolo: riduzione legata all'età delle cellule nervose responsabili dell'invio di segnali dal cervello ai muscoli per iniziare il movimento, diminuzione della concentrazione di alcuni ormoni, tra cui ormone della crescita, testosterone e fattore di crescita insulino-simile, diminuzione della capacità dell'organismo di sintetizzare proteine, inadeguato apporto di calorie o di proteine per mantenere la massa muscolare. L'invecchiamento di per sé comporta la perdita di massa e di forza muscolari. Tuttavia, alcune malattie possono accelerare il processo legato all'invecchiamento, come bronchite cronica, scompenso cardiaco, malattie neoplastiche e malattie endocrinologiche. Sicuramente la comorbidità caratteristica dell'anziano può aumentare il processo. Allo stato attuale sembra che l'esercizio fisico e una dieta equilibrata siano gli unici approcci promettenti per la prevenzione e il trattamento della sarcopenia. In particolare, l'allenamento di resistenza o l'allenamento della forza muscolare hanno dimostrato di essere utili sia per la prevenzione sia per il trattamento della riduzione della massa muscolare. L'allenamento di resistenza sembra influenzare molto positivamente il sistema neuromuscolare, le concentrazioni ormonali e il tasso di sintesi proteica. La ricerca ha dimostrato che un programma di allenamento di resistenza graduale può aumentare il tasso di sintesi proteica negli anziani in appena 2 settimane.

Una dieta equilibrata, che preveda carne magra, uova, latticini e pesce contrasta gli effetti della sarcopenia. La vitamina D, importante per l'osteoporosi, sembra essere preziosa anche per conservare adeguatamente la massa muscolare. Attualmente, è ancora dibattuta la quantità ottimale di proteine che i soggetti anziani devono assumere. Tuttavia, vi è un accordo generale sull'efficacia del consumo di proteine, in quanto possono aumentare l'anabolismo muscolare e ridurre la perdita progressiva della massa muscolare con l'età. Ma, dal momento che la funzione renale diminuisce con l'età, una dieta a più alto contenuto di proteine è controindicata nei soggetti con malattie renali. Per una terapia ottimale, con il minimo rischio di danni alla salute, è necessario rivolgersi a specialisti in nutrizione e in medicina dello sport.

P.A.

www.ortopediacatanese.it



OFFICINA TECNICA
Ortopedica Catanese

Al Tuo benessere
pensiamo noi.

AUSILI E TECNOLOGIE
INNOVATIVE
PER L'AUTONOMIA
PERSONALE.



Forniture ASP
Servizio Sanitario Nazionale INAIL

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



Artrite reumatoide devastante, dolorosa e soprattutto donna

Il paziente-tipo. Giovane, professionista e di ceto medio-alto

ANGELO TORRISI

Arrite reumatoide: devastante, dolorosa, senza fine. E un recente dossier rivela che è soprattutto donna. Per ogni uomo colpito, infatti, ci sono 4 donne. Di più le professioniste e le impiegate, di un ceto medio-alto. Le colpisce da giovani e le blocca per sempre. Arrivano a non poter più aprire una porta, fare un caffè, infilarsi le calze. Una vita da invalidi. Una condanna che si può evitare con una diagnosi precoce e con una terapia iniziata entro 3 mesi dal primo sintomo. La malattia prende il sopravvento. In pochi lo sanno. E le istituzioni lo dimenticano. Il "dossier artrite reumatoide" rivela anche che la malattia colpisce tanti bambini. Non si pensava che fossero così tanti, oggi se ne scoprono sempre di più: uno ogni mille ha una forma grave. In Italia l'artrite reumatoide affligge oltre 3.500 mila persone ma non è che la punta dell'iceberg. Dopo pochi anni dai primi sintomi la capacità lavorativa di uomini e donne diminuisce del 50%. In Italia, i posti letto non ci sono: siamo ultimi in Europa per numero di posti per la reumatologia. Ci sono le cure e funzionano. Ma per colpa delle liste d'attesa, accedere ai farmaci di ultima generazione, i farmaci biologici, è come vincere una lotteria. Il tempo è l'unica cosa che un malato di artrite reumatoide non deve sprecare: se inizia la terapia entro 3 mesi dai primi sintomi potrà concretamente sperare di vedere completamente regredire la malattia. Ma questa non è che una

delle "barriere invisibili" sul cammino dei malati: vedersi riconoscere l'invalidità richiede tempi e trafile inenarrabili. E pensiamo che sono malati che hanno difficoltà fisiche a muoversi. E le famiglie con bambini con artrite reumatoide non hanno nessun sostegno in questo processo di crescita sicuramente difficile del loro figlio. Sì, perché quando l'artrite reumatoide colpisce un bambino è un dramma nel dramma.

E sempre a proposito dell'artrite un particolare grido d'allarme giunge dalla Sicilia: «Siamo tanti nell'isola gli ammalati - riferisce Luigi Bruno, presidente dell'associazione siciliana malati reumatici (Asimar), molti non riusciamo a lavorare e siamo bloccati a casa, alcuni farmaci importanti ci vengono negati, scarseggiano i posti letto e sono lunghe le liste d'attesa. Ci sentiamo considerati ammalati di serie B e ci si ricordi di noi solo in occasione della Giornata mondiale delle malattie reumatiche. Ma stiamo male qualche solo giorno la settimana, ma 365». Non esiste un dato ufficiale per l'isola ma si calcola che i malati di tal genere rappresentino, come in campo nazionale, lo 0,5% della popolazione. La malattia non risparmia neppure i bambini: uno ogni mille ha una forma grave.

L'artrite reumatoide è una malattia infiammatoria autoimmune cronica, che determina una progressiva distruzione e la perdita della funzionalità delle articolazioni provocando deformità delle stesse con limitazioni funzionali e invalidità: donde il peggioramento della qualità della vita, perdita del-



la capacità lavorativa, necessità di spese mediche ingenti e rischio di intervento chirurgico. All'esordio la malattia si presenta con dolore e tumefazione delle articolazioni (per lo più quelle piccole) con rigidità mattutina delle stesse e magari sintomi aspecifici quali malessere generale, astenia, anoressia, febbre, dolori muscolari e difficoltà nei movimenti soprattutto dopo il riposo notturno. Dolore, gonfiore e rigidità si manifestano di solito in maniera simmetrica come a esempio in corrispondenza di entrambe le mani o delle ginocchia. Quali le



I SINTOMI

All'esordio la malattia si presenta con dolore e tumefazione delle articolazioni, perlopiù quelle piccole, con la loro rigidità mattutina e con altri sintomi aspecifici come malessere generale, astenia, anoressia, febbre, dolori muscolari e difficoltà nei movimenti soprattutto dopo il riposo notturno. Dolore, gonfiore e rigidità si manifestano di solito in maniera simmetrica, per esempio in corrispondenza di entrambe le mani o delle ginocchia. Il tempo è l'unica cosa che il malato di artrite reumatoide non deve sprecare perché se comincia la terapia entro 3 mesi dai primi sintomi potrà sperare di veder regredire la malattia

sciano citochine e altri mediatori dell'infiammazione che, a loro volta, stimolano la secrezione di altre citochine e di molecole coinvolte sia nell'infiammazione delle articolazioni che nei processi degenerativi delle ossa, delle cartilagini e degli altri tessuti connettivi. Il 45% dei pazienti diventa dopo dieci anni. Quale cura? I farmaci biologici hanno inaugurato una nuova era della terapia ma non sempre riescono a mantenere le promesse terapeutiche per cui o si procede a aumentare il dosaggio e la frequenza della somministrazione del farmaco

in uso oppure si ricorre all'alternativa che la scienza farmacologica ha da poco reso disponibile: una molecola biologica alternativa con un diverso meccanismo di azione l'abatacept che, in combinazione con il metotressato, va somministrata attraverso infusione lenta della durata di 30 minuti senza premeditazione a un dosaggio fisso stabilito in base al peso corporeo. Le modalità posologiche? Dopo 2-4 settimane dalla somministrazione iniziale, abatacept va iniettato ancora una volta e successivamente ogni 4 settimane.

LA PATOLOGIA DOVUTA A UN'IPERSECREZIONE CRONICA DELL'ORMONE DELLA CRESCITA CHE HA ORIGINE DA UN ADENOMA IPOFISARIO

L'acromegalia è una malattia causata nel soggetto adulto da un adenoma ipofisario che secerne quantità eccessive di ormone della crescita (GH), ed è caratterizzata da ingrandimento delle parti acrali (viso, mani, piedi) e da una serie di complicanze come cardiopatia e diabete mellito che causano, se la malattia non è ben controllata, mortalità precoce. Il gruppo degli endocrinologi guidato dal prof. Andrea Giustina, ordinario di Endocrinologia all'Università degli Studi di Brescia, ha dimostrato per la prima volta nella letteratura internazionale che i pazienti con acromegalia presentano anche un'elevata prevalenza di fratture vertebrali da osteoporosi. Successivi studi, condotti sia in Europa sia negli Stati Uniti d'America, hanno confermato questo dato e più recentemente due studi indipendenti, uno condotto a Brescia e l'altro all'Università di Leiden in Olanda, hanno definitivamente chiarito, con una rigorosa valutazione prospettica, che i pazienti affetti da acromegalia sono ad elevato rischio di sviluppare fratture vertebrali. Questi studi rappresentarono il punto di arrivo di numerose ricerche clinico-sperimentali che negli ultimi 30 anni hanno portato a caratterizzare, sotto vari aspetti, gli effetti scheletrici dell'eccesso di GH. Purtroppo, l'analisi dei singoli studi non ha consentito di fornire informazioni definitive e affidabili sulla fragilità scheletrica del paziente acromegalico a causa dell'eterogeneità degli endpoint clinici considerati nelle singole ricerche e soprattutto a causa della scarsa numerosità delle popolazioni studiate nei singoli studi, in relazione alla bassa incidenza e prevalenza della malattia acromegalica nella popolazione generale. Partendo da queste considerazioni, il gruppo del prof. Giustina in collaborazione con l'Istituto Mario Negri di Milano ha condotto una revisione sistematica della letteratura scientifica inerente gli effetti scheletrici dell'acromegalia, utilizzando la meta-analisi che

Acromegalia, ossa in serio pericolo un alto rischio di fratture vertebrali

ha consentito di assemblare i risultati di tutti gli studi condotti negli ultimi 40 anni sugli effetti dell'eccesso di GH sul metabolismo osseo. Già in precedenza, il gruppo del prof. Giustina aveva portato a termine due importanti meta-analisi sugli effetti degli analoghi della somatostatina sul metabolismo glucidico e sulla crescita dell'adenoma ipofisario. Partendo dal successo delle precedenti indagini, si è voluto utilizzare lo stesso strumento per avere dei risultati cumulativi in grado di caratterizzare in maniera affidabile e definitiva la fragilità scheletrica dei pazienti acromegalici. Da una

revisione critica di circa 800 lavori scientifici pubblicati dal 1979, utilizzando rigorosi criteri clinico-statistici, sono stati selezionati 41 studi condotti su oltre 1700 pazienti. La meta-analisi ha consentito di dimostrare che l'eccesso di GH causa un aumento del turnover osseo con un effetto quantitativamente maggiore sul riassorbimento rispetto alla neoformazione ossea. Questo sbilanciamento del turnover osseo è direttamente responsabile della perdita di massa ossea che tuttavia non può essere misurata in maniera affidabile attraverso la valutazione della densità minerale ossea me-

diate esame Moc. Infatti, la meta-analisi ha dimostrato una certa eterogeneità dei dati MOC nei pazienti acromegalici con un'alta percentuale di pazienti con valori densitometrici normali o addirittura aumentati. Questi dati Moc hanno indotto la comunità scientifica internazionale a considerare per moltissimi anni l'acromegalia come una condizione favorevole per lo scheletro. Tale concetto è stato rivoluzionato nel 2005 quando il gruppo di ricerca del prof. Giustina, partendo da una semplice intuizione clinica derivante dall'osservazione che i pazienti acromegalici si presentano frequente-

mente con una marcata cifosi dorsale ed utilizzando un sistema di analisi radiologica-morfometrica già applicata in altri ambiti clinici, ha dimostrato per la prima volta la presenza di fratture vertebrali da fragilità in donne in post-menopausa affette da acromegalia. Mettendo insieme tutti gli studi condotti dal 2005 in poi sulle fratture causate dall'eccesso di GH, la meta-analisi ha dimostrato che circa il 40% dei pazienti con acromegalia sviluppa fratture vertebrali con un rischio 3 volte maggiore rispetto ai pazienti con acromegalia controllata, 2 volte maggiore nei maschi rispetto alle femmine e circa il 60% maggiore nei pazienti con ipogonadismo rispetto a quelli con normale funzione gonadica, a suggerire che quanto dimostrato per la prima volta nel 2005 nelle donne in post-menopausa era solo l'inizio di una lunga ed affascinante storia di ricerca clinica. Un ulteriore importante risultato della meta-analisi è stata la conferma che l'esame Moc non è in grado di individuare i pazienti ad alto rischio di fratture, in quanto l'analisi cumulativa degli studi ha concluso che i pazienti fratturati e pazienti non fratturati hanno valori di densità minerale ossea del tutto sovrapponibili, aprendo quindi la strada a futuri studi orientati alla definizione diagnostico-strumentale della fragilità scheletrica del paziente con acromegalia. La meta-analisi ha dimostrato che la fragilità scheletrica è una complicanza emergente dell'acromegalia e che si manifesta con un elevato turnover osseo ed un aumentato rischio di fratture vertebrali, anche in presenza di valori normali.

UNA CONDIZIONE RARA, GRAVE E INVALIDANTE: 40-70 CASI SU UN MILIONE DI ABITANTI

L'acromegalia è una condizione rara, grave e invalidante che comporta un rischio per la vita dei pazienti. Si stima che la prevalenza della patologia sia di 40-70 casi su un milione di abitanti, con un'incidenza annua di 3-4 nuovi casi su un milione di abitanti. È più comune negli adulti di mezza età. La patologia è causata da un'ipersecrezione cronica di ormone della crescita (GH), che, in oltre il 95% dei pazienti, ha origine da un adenoma ipofisario secerne GH. I pazienti con acromegalia non trattati hanno un'aspettativa di vita più breve, con un tasso di mortalità pari a circa il doppio rispetto a quello osservato nella popolazione generale e una riduzione media dell'aspettativa di vita di circa 10 anni. Si tratta di una patologia lenta e insidiosa. La diagnosi è tardiva rispetto all'esordio della malattia e gli effetti a lungo termine possono essere irreversibili. Il suo nome deriva da acros (estremità) e megalos (grandi). Come primi segni della malattia si possono notare: ingrandimento di mani e piedi, incapacità a infilare o sfilare gli anelli, aumento della misura delle scarpe, modificazioni dei tratti somatici del volto (allargamento del naso, aumento di volume di labbra e lingua), sporgenza bozze prefrontali, protrusione delle arcate zigomatiche e del mento (prognatismo), aumento dello spazio tra i denti (diastasi dentaria). Gli obiettivi terapeutici dell'acromegalia consistono nel ridurre la mortalità, prevenire le recidive del tumore, alleviare i sintomi, ridurre o stabilizzare le dimensioni del tumore ipofisario e preservare la funzionalità ipofisaria. L'intervento chirurgico ha limitate possibilità di successo (inferiore al 50%) quando l'adenoma supera il centimetro di diametro massimo (macroadenoma), cosa che purtroppo accade in oltre il 70% dei casi, dato il costante ritardo diagnostico della malattia. Vi è, quindi, una significativa esigenza non soddisfatta di ulteriori opzioni terapeutiche mediche sempre più efficaci per i pazienti con acromegalia, che nel 30-40% dei casi non raggiunge il controllo biochimico anche con le altre terapie standard (analoghi della somatostatina tradizionali, pegvisomant, radioterapia). Da poco è disponibile una molecola, pasireotide, un analogo della somatostatina di nuova generazione, che agisce sul tumore ipofisario somatotropo, causa dell'ipersecrezione di GH e conseguentemente della patologia acromegalica. Grazie al suo più ampio profilo di affinità di legame per i vari sottotipi recettoriali della somatostatina (ha elevata affinità per 4 dei 5 recettori), pasireotide ha dimostrato una maggiore efficacia rispetto agli analoghi della somatostatina di prima generazione. Pasireotide rappresenta un'opzione di trattamento che, negli studi clinici, si è dimostrata efficace e sicura per quei pazienti non adeguatamente controllati con le attuali opzioni terapeutiche.

LESIONI ARTICOLARI

Quando artroscopia e protesi non bastano

Le procedure chirurgiche attuali per il trattamento delle lesioni articolari, ginocchio e spalla in primis, hanno raggiunto un alto grado di avanzamento tecnologico: se fino a qualche anno fa un certo tipo di lesione comportava la fine di una carriera per uno sportivo, oggi possiamo parlare di un ritorno all'attività nel 90% dei casi anche dopo un danno particolarmente grave. Giancarlo Coari, presidente del congresso e Past President Sia dice: «Progressi scientifici di rilievo clinico si stanno inoltre verificando in una nuova branca di studio, quella della medicina rigenerativa che utilizza le terapie biologiche per ricostruire, riparare o promuovere la rigenerazione di tessuti malati o danneggiati». L'area di studio riveste particolare importanza nella chirurgia ortopedica applicata allo sport che oggi, più che in passato, deve tenere conto, ai fini della pratica clinica, delle potenzialità della biologia per la riparazione dei tessuti. Numerosi i campi di applicazione, come la riparazione dei difetti cartilaginei articolari dovuti a traumi o usura, la riparazione dei menischi, muscoli o tendini danneggiati. Un'area importante comprende le articolazioni precocemente artrosiche, spesso a seguito di attività legate allo sport, progressi traumi o interventi in pazienti ancora giovani o attivi. Per questa tipologia di pazienti si stanno sviluppando approcci terapeutici che passano attraverso i nuovi derivati del sangue. L'ultima innovazione è rappresentata dal plasma arricchito in piastrine che ha dimostrato di essere efficace nel modulare i processi infiammatori e indurre i processi rigenerativi, comportandosi come un bioreattore.

[ORTOPEDIA]

MOND
medico

Obesità e ossa fragili un binomio legato al "grasso-calamita"

Nel tessuto adiposo eccessivi precursori di vitamina D

Obesità e ossa fragili, un binomio legato all'effetto "calamita del grasso". A chiarire le ragioni del legame tra l'eccesso ponderale e l'ipovitaminosi D è uno studio condotto dal gruppo coordinato da Carlo Foresta, ordinario di Endocrinologia all'Università degli Studi di Padova.

Le ricerche condotte nella città veneta hanno dimostrato che nel tessuto adiposo umano si accumulano elevate concentrazioni dei precursori della vitamina D, con conseguenti ridotti livelli di vitamina D circolante.

«In pratica - spiega Foresta - il grasso si comporta da calamita, ma soltanto nei confronti dei precursori della vitamina D. Ecco dunque che la terapia per l'ipovitaminosi non si può attuare con i precursori».

Il riscontro dei ridotti livelli di vitamina D in Italia è sempre più frequente. I numeri parlano chiaro: l'80% della popolazione italiana, dicono gli esperti, è carente di vitamina D. Un problema, questo, all'origine non solo dell'osteoporosi, ma anche fattore che associa molte patologie come malattie degenerative, quali l'Alzheimer e il Parkinson, le malattie polmonari e il diabete.

Patologie insomma importanti. La vitamina D per l'80% si forma attraverso l'esposizione al sole ed è «contraddittorio che nei Paesi mediterranei, come l'Italia e la Spagna, si sia verificata una condizione generalizzata di ipovitaminosi D. In realtà, però - proseguono gli esperti - le abitudini di vita nei Paesi mediterranei si sono modificate nel tempo, riducendo di mol-



to l'esposizione al sole e utilizzando creme solari e cosmetici che impediscono l'attivazione della vitamina D». Le ricerche sono state condotte in due diversi modi: in vitro su cellule di tessuto adiposo e poi su due gruppi di pazienti obesi. Ed è stato riscontrato che le cellule del tessuto adiposo captano il precursore della vitamina D. Ecco dunque perché negli uomini obesi i livelli di vitamina D sono bassi.

Ma nel lavoro sui pazienti, somministrando a un gruppo la forma attiva e nell'altro i precursori della vitamina, è stato visto che i risultati si ottengono solo nel primo caso. Insomma, la terapia rischia di essere inutile se non

si tiene conto dell'effetto calamita e si utilizzano i precursori.

Ma la terapia da sola non basta. Il dimagrimento, riducendo la massa adiposa, normalizza le concentrazioni plasmatiche di vitamina D, impedendo che si determinino le patologie associate a questa deficienza come: osteoporosi, ipertensione e diabete. Ne è certo Foresta, professionista attivo proprio a Padova, una tra le più avanzate città in questo settore.

E a contenere la vitamina D ed avere un ruolo determinante sull'integrità delle ossa è il burro. «Un prodotto che, a buon diritto, rappresenta un elemento fondamentale della dieta mediterranea, e, come pure i formaggi, fa parte del capitale nutrizionale e gastronomico del nostro Paese». Parola di Pierluigi Rossi, medico specialista in Scienza dell'alimentazione, il quale spiega: «Per conoscere a fondo il valore nutrizionale del burro occorre conoscere il suo significato alimentare: ottenuto dal latte bovino, porta nel nome la sua origine mediterranea. Il focus nutrizionale del burro sta proprio nel complesso molecolare lipidico, cioè in quella parte che in passato era invece demonizzata. È una formula naturale utile per la crescita e integrità delle cellule dell'intero organismo, è un alimento naturale composto da centinaia di molecole, con un valore superiore ai suoi singoli componenti nutrizionali».

E gli esempi non mancano. A snocciolarli è proprio Rossi: «Il burro - precisa - è uno dei pochi alimenti a contenere la vitamina D, oggi definita un orme, che agisce sull'integrità delle



ossa e ha un ruolo cruciale nel sistema immunitario».

Non solo. Rossi aggiunge: «Mangiare il burro pensando solo al colesterolo è una scelta alimentare errata e non corretta scientificamente. Una porzione di burro, 10 grammi, contiene 24 milligrammi di colesterolo, pari all'8% della dose giornaliera consigliata di colesterolo alimentare che è pari a 300 mg. Il colesterolo è la molecola che il sole trasforma sulla cute in vitamina D, regina delle ossa e del sistema immunitario. L'organismo umano a ogni età ha bisogno di colesterolo e, se non lo si introduce con la alimentazione, le cellule lo producono da sé. Cioè abbiamo il colesterolo esogeno, introdotto con l'alimentazione e non deve superare la dose di 300 mg al giorno, e il colesterolo endogeno che il fegato e la cute soprattutto producono: circa 2 grammi al giorno».

Rossi insomma conclude: «Non introdurre con gli alimenti il colesterolo

stimola il fegato a produrne di più al fine di assicurare una sana e vitale risposta alla domanda "personale" che ogni organismo ha di colesterolo per trasformarlo in ormoni steroidei, estrogeni, progesterone, testosterone, cortisolo, essenziali per funzionalità e integrità dell'intero corpo».

Ma per migliorare la salute delle ossa e prevenire anche l'osteoporosi sin dalla pubertà è meglio bisogna ricorrere anche all'attività sportiva. Ma non tutti sanno, forse, che per raggiungere questi due preziosi obiettivi, migliorare cioè la salute delle ossa e prevenire l'osteoporosi, è decisamente meglio e consigliabile uno sport di squadra, come il basket o il calcio, rispetto al nuoto. È il questo risultato di uno studio dell'università di Castilla-La Mancha, pubblicato dal "Journal of Sport Sciences". I fatti parlerebbero chiaro. I ricercatori hanno infatti analizzato 200 ragazze spagnole tra i 9 e i 13 anni dividendole in cinque gruppi a se-

conda dello sport praticato (nuoto, calcio, basket, pallamano e un gruppo di controllo che non faceva esercizio). Durante il test, sono stati misurati lo sviluppo sessuale e la densità ossea. Dall'analisi è emerso che gli sport "osteogenici", che in questo gruppo sono basket, pallamano e calcio, favoriscono l'accumulo di massa ossea, un fattore che protegge dall'osteoporosi. Il solo nuoto, invece, sottolinea sempre lo studio, non ha questo effetto sulle ossa, perché praticato in un ambiente che alleggerisce il peso. In ogni caso, spiegano gli autori, non bastano due ore alla settimana di attività sportiva per ottenere l'effetto. «Questo studio dimostra - dicono gli autori - che il tipo di sport è una variabile che può avere influenza sulla salute delle ossa delle ragazze durante la pubertà. E proprio questo effetto può essere sfruttato per prevenire le malattie alle ossa dopo, in età adulta».

P. A.

MAGGIORE SUSCETTIBILITÀ AL RISCHIO FRATTURA E DOLORE CRONICO. I CONSIGLI DEGLI ESPERTI PER CONDURRE UNO STILE DI VITA ADATTO A GESTIRE LA PATOLOGIA

Oltre 400mila siciliani colpiti da osteoporosi dieta e moderata, ma costante, attività fisica

GIOVANNA GENOVESE

In Sicilia, sono presenti oltre 400.000 pazienti affetti da osteoporosi e ogni anno oltre 8.000 di questi subiscono una frattura di femore. L'osteoporosi, che colpisce il 30% di tutte le donne che vanno in menopausa, e la fragilità ossea, la sua forma più grave, causano una maggiore suscettibilità al rischio di frattura, per traumi anche minimi, nonché dolore cronico dovuto al crollo o allo schiacciamento delle vertebre, fino ad arrivare alla frattura del femore.

«Chi è affetto da fragilità ossea - dice il

prof. Giuseppe Sessa, ordinario di Ortopedia e direttore della Clinica dell'Università degli Studi di Catania oltre che vice presidente Siot, Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia - deve tenere sempre presente che la patologia rende le ossa più deboli e che, andando in viaggio, non si hanno gli ambienti sicuri della propria abitazione oppure che i mezzi di trasporto, come un treno, possono costituire un pericolo per cadute o sobbalzi improvvisi. Per questo, noi specialisti abbiamo creato un leaflet con 7 consigli pratici».

«Per chi è affetto da fragilità ossea - ag-

giunge il prof. Michele D'Arienzo, Ordinario e direttore della Clinica Ortopedica dell'Università di Palermo - è importante continuare a condurre uno stile di vita adatto a gestire nel modo ottimale la patologia, ad esempio, mantenendo una moderata ma costante attività fisica e seguendo una dieta che favorisca la salute delle ossa. Consumare dunque alimenti freschi e leggeri, ricchi di calcio, nonché frutta e verdura, che sono un'importante fonte di vitamina D. Ricordiamoci, però, che questo non basta e, per chi ha avuto una diagnosi di fragilità ossea o ha riportato una frattura di femore, è assoluta-

mente necessario aderire alla terapia farmacologica poiché serve a rendere le ossa più resistenti e quindi a fratturarsi meno, e al rientro, effettuare le visite specialistiche di controllo programmate». Infine dagli esperti qualche consiglio pratico: calzare sempre le scarpe adatte; viaggiare in modo confortevole; scegliere bene la camera da letto: verificare se l'hotel o la casa in cui si alloggia dispone di camere ben illuminate, con letti facilmente accessibili (non troppo alti, né troppo bassi) e bagni con vasca o doccia dotate di maniglie di sostegno. E non sottovalutare mai l'importanza del movimento.



MT ORTHO S.r.l.



La soluzione più vicina alla naturale cinematica del ginocchio

MT ORTHO S.r.l.



[PEDIATRIA]

Allattamento materno primo passo in difesa della salute del bimbo

E aiuta la donna a perdere il peso preso in gravidanza

PIERANGELA CANNONE

Allattare è un gesto naturale, certo. Ma sfatiamo un mito: può non essere né facile né immediato. Anche perché negli ultimi 40 anni diverse generazioni di mamme hanno allattato artificialmente così da perdersene la consuetudine. Ma allattare al seno è, prima di tutto, un gesto d'amore. È il modo più naturale per continuare quel rapporto speciale e unico che si instaura durante la gravidanza tra madre e figlio. E poi è il primo passo in difesa della salute del bambino. Il latte materno, infatti, è il migliore alimento per un bambino: lo nutre in modo completo e lo protegge da molte malattie e infezioni. Contiene, infatti, anticorpi che combattono enteriti, otiti, infezioni respiratorie e urinarie; molto più frequenti nei bambini alimentati con latte artificiale. La maggior parte dei bambini, infatti, non ha bisogno di altri alimenti o bevande fino a sei mesi compiuti. Allattare è naturale, anche se, soprattutto nei primi giorni, occorre sapere cosa fare e, se necessario, ci si deve lasciare aiutare.

I vantaggi dell'allattamento al seno, comunque, non sono legati solo all'alimentazione del neonato, ma anche al suo sviluppo fisico, contribuendo a una migliore conformazione della bocca. Alla mamma, invece, aiuta a perdere il peso accumulato durante la gravidanza; riduce il rischio di sviluppare osteoporosi; previene alcune forme di tumore al seno e all'ovaio; è gratuito e pratico.

Occorre osservare che i bambini non sono tutti uguali e poppano in modo molto diverso l'uno dall'altro. Nei primi giorni alcuni sembrano disinteressati. In seguito, invece, le poppate possono diventare molto frequenti, soprattutto nelle prime settimane. Questo è del tutto normale. Se il bambino viene sempre allattato quando lo chiede, la madre produrrà latte sufficiente per le sue necessità. Ogni volta che si attacca al seno, infatti, vengono inviati dei segnali a una ghiandola del cervello chiamata ipofisi. Questa, a sua volta, manda stimoli al seno che per produrre

più latte. Perciò più poppate, più segnali, più latte allattando: è un errore saltare una poppata, pensando di risparmiare il latte per quella successiva.

«Durante l'allattamento - dice Giovanni Corsello, professore ordinario di Pediatria all'Università di Palermo e presidente della Società italiana di Pediatria - bisogna dare spazio ai ritmi del neonato e del lattante, lasciargli scegliere le pause e gli orari più consoni alle sue esigenze. Naturalmente se il lattante non cresce bene perché si attacca poche volte o per poco tempo bisogna favorire un allattamento più frequente e completo, per esempio con la suzione di entrambi i seni ad ogni poppata. Non esistono pertanto regole rigide e la cosa più importante è valutare la crescita e lo sviluppo del lattante».

C'è un aspetto da non sottovalutare: alcune neomamme hanno il timore che, allattandoli non possano più tornare alle proprie abitudini. Va detto, quindi, che è possibile allattare quasi ovunque. Se si indossano vesti piuttosto ampi, inoltre, non occorre nemmeno mostrare il seno. Una delle domande più frequenti che ogni mamma si pone è quella della durata dell'allattamento al seno. Fino a quando, cioè, bisogna allattare il proprio bambino? La risposta è semplice: quanto più a lungo possibile. Non esiste un momento in cui è giusto smettere di allattare, soprattutto se la produzione di latte continua. Nel corso dei primi mesi il latte tende a modificarsi rispetto a quello prodotto nei primi giorni dopo la nascita del bambino: assume un aspetto più fluido quasi acquoso e questo, spesso, inganna le madri che credono che improvvisamente il latte non sia più ricco di tutti gli elementi di cui ha bisogno il bambino e, quindi, non sia più buono.

Secondo alcune teorie, l'eccessiva protrazione dell'allattamento al seno creerebbe una eccessiva dipendenza psicologica verso la madre. Altri studi, invece, non hanno rivelato alcuna controindicazione all'allattamento anche protratto, anzi.

«La scelta migliore - dice il prof. Lorenzo Pavone, maestro della Pediatria siciliana - è allattare fino a



un anno di vita del bambino. Questo, tuttavia, dipende dalla produzione di latte della mamma. Le donne moderne preferiscono mettersi subito a dieta, a discapito dell'allattamento. In linea di massima ormai è possibile prolungare l'allattamento fino agli 8-10 mesi dopo il parto, anziché 6. Occorre, quindi, che la madre segua un'alimentazione ricca di proteine, capace di arricchire il proprio latte. È vero che prolungare l'allattamento, crea un forte senso di attaccamento del bambino alla mamma, ma i vantaggi di un'alimentazione sterile e dello stesso genere, sono senza dubbio maggiori. Occorre aggiungere che le madri lavoratrici fanno un uso eccessivo del tiralatte che permette loro di conservare l'alimento in frigo per 24 ore. Ma non bisogna abusarne, anzi. Occorre evitarlo. Basta organizzarsi con il lavoro e sfruttare le pause».

Tuttavia, dopo il sesto mese è possibile integrare il latte materno con i primi cibi solidi. È molto difficile che un bambino, dopo aver sperimentato le prime pappe, non voglia più succhiare al seno della mamma; ma in alcuni casi, spesso in concomitanza con una riduzione della produzione di latte da parte della madre, il lattante in maniera del tutto naturale smette di richiedere una esclusiva alimentazione materna. E poiché non esistono regole precise sulla durata dell'allattamento, sembra giusto interrompere nel modo meno traumatico possibile sia per il neonato sia per la mamma, così da non provocare stress ingiustificati al bambino e sensi di colpa alla mamma.

A CATANIA DAL 19 AL 21 NOVEMBRE

Esperti a congresso sinergia su ospedali e interventi primari

Il Congresso siciliano congiunto di Pediatria che si svolgerà a Catania dal 19 al 21 novembre, coinvolgerà per la prima volta cinque società scientifiche afferenti alla pediatria, che celebreranno allo stesso tempo i loro appuntamenti regionali annui. La cerimonia inaugurale dell'evento si terrà alla Scuola Superiore di Catania, mentre tutti i lavori scientifici si svolgeranno al Centro Congressi dello Sheraton Hotel.

Il programma scientifico presenta una sinergica integrazione a carattere multidisciplinare su tematiche importanti sia a livello delle cure primarie sia a livello ospedaliero. L'iniziativa e il progetto posto in essere dai consigli direttivi delle cinque società scientifiche coinvolte collocano la Sicilia in un contesto avanzato di integrazione multidisciplinare pediatrica.

Nel corso delle giornate dei lavori, si celebreranno anche gli Stati Generali della Pediatria 2015 e per tre delle cinque società coinvolte, si svolgeranno le elezioni per il rinnovo del consiglio direttivo regionale. Le società in questione sono Sip, Sin e Sinp. Presidenti del congresso i presidenti regionali delle cinque società coinvolte: il dott. Alberto Fischer, presidente SIP Sicilia; il dott. Marcello Vitaliti, presidente Sin Sicilia; il dott. Domenico Cipolla, presidente Simeup Sicilia; il dott. Francesco Guglielmo, coordinatore Siaip Sicilia e il dott. Maurizio Elia, coordinatore Sinp Sicilia. Presidente onorario del congresso il prof. Lorenzo Pavone, maestro della Pediatria siciliana.

Il comitato scientifico, infine, è arricchito dalla presenza del prof. Giovanni Corsello, presidente Sip e del dott. Raffaele Falsaperla, presidente Sinp. Il programma scientifico parte la mattina del 19 durante la quale si susseguiranno diversi corsi pre congressuali che trattano argomenti specifici, legati ai diversi ambiti della pediatria: "Il dolore nel neonato"; "Approccio e valutazione del bambino con convulsioni febbrili"; "Le malattie respiratorie del neonato e del bambino"; "Percorsi di gastroenterologia e nutrizione pediatrica dal sintomo alla diagnosi".

A conclusione della giornata del 19, si svolgerà la cerimonia Inaugurale alla scuola superiore di Catania con il saluto dei presidenti. Venerdì 20, oltre alle elezioni, si discuterà su diverse tematiche con sessioni dedicate: il bambino e le infezioni, la piramide alimentare in un contesto multi-etnico, l'alimentazione e allergie alimentari, le malattie immunoinfiammatorie. Sabato 21 si svolgeranno gli Stati generali della pediatria con tema "A scuola di vaccini". Alle 12,30 è prevista la chiusura del congresso.

Per avere maggiori informazioni sull'evento, consultare il programma completo e richiedere informazioni, è possibile consultare il portale www.pediatriasicilia.it.

P.C.

LE NUOVE LINEE GUIDA DEL MINISTERO DELLA SALUTE. DA OGGI BASTERÀ SOLTANTO UN ESAME DEL SANGUE



MANUELA CORRERA

Addio all'endoscopia, esame molto invasivo, per diagnosticare la celiachia nei bambini: da oggi basterà solo un test del sangue, senza alcun trauma per i piccoli potenziali celiaci, che in Italia si stima siano almeno 50mila. L'importante novità è introdotta dall'aggiornamento delle linee guida del Ministero della Salute presentato al IV Convegno Nazionale dell'Associazione Italiana Celiachia (AIC). Una novità rilevante a fronte di una patologia in costante crescita, come ha sottolineato lo stesso ministro Beatrice Lorenzin: «Nel 2014 - ha rilevato in un messaggio - in Italia sono risultati più di 170mila celiaci accertati; il dato è in continuo aumento e risultano ancora non diagnosticati più di 400mila celiaci». Tutelare questi pazienti «è un dovere, anche

Celiachia, diagnosi senza traumi addio all'endoscopia per i bimbi

perché così facciamo un'importante operazione di prevenzione e, quindi, di contenimento della spesa sanitaria», ha detto il ministro, annunciando il prossimo avvio di un tavolo ad hoc che dovrà individuare le soluzioni migliori a sostegno dei celiaci. Secondo le nuove linee guida, dunque, nei bambini con livelli di anticorpi specifici di 10 volte superiori i valori normali, non è più necessario fare l'endoscopia, che resta invece imprescindibile per la diagnosi nell'adulto.

«Se non diagnosticata in modo corretto e tempestivo, la celiachia espo-

ne il paziente a conseguenze anche gravi: dall'osteoporosi alla malnutrizione con ritardo di crescita nei bambini, dall'infertilità nelle donne fino all'aumento del rischio di tumori intestinali - spiega Gino Roberto Corazza, professore di Medicina Interna all'Università di Pavia -. Attualmente la celiachia viene diagnosticata in prima battuta attraverso i test degli anticorpi ma, in maniera certa e definitiva, solo attraverso l'endoscopia, esame invasivo e molto fastidioso con cui si preleva un pezzettino di tessuto intestinale in modo da valutarne i danni: se i villi intestina-

li sono atrofici è praticamente certa la diagnosi di celiachia». La novità per la diagnosi nei bambini è stata recepita dalle linee guida della European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN): «Questo nuovo approccio rapido, sicuro e meno invasivo - spiega Marco Silano, membro del gruppo di lavoro che ha definito le nuove raccomandazioni, e direttore del Reparto di Alimentazione, Nutrizione e Salute dell'Istituto Superiore di Sanità - semplifica la diagnosi e rende meno traumatico l'iter diagnostico per i bambini, agevolando l'in-

dividuazione della malattia e consentendo di ridurre le diagnosi errate». Le linee guida sottolineano con forza anche l'importanza di un attento follow-up con controlli e scadenze regolari: il primo a un anno dalla diagnosi, e successivamente ogni due anni, salvo complicanze, con particolare riferimento all'età adolescenziale, quando l'aderenza alla dieta senza glutine è spesso ridotta.

«Avere un iter chiaro e preciso per la diagnosi è fondamentale non solo per uniformare i percorsi diagnostici su tutto il territorio nazionale ma soprattutto per aiutare a riconoscere un maggior numero di casi - sottolinea Giuseppe Di Fabio, presidente AIC -. Nel nostro Paese si stima infatti che ci sia un'esercito di 400mila italiani, di cui 50mila bimbi, che non sa ancora di essere celiaco ma, nonostante le diagnosi siano ancora così poche, si calcola che ben il 20% siano errate».



per informazioni e iscrizioni:

pediatriasicilia.it



CONGRESSO SICILIANO DI PEDIATRIA

Molti idiomi, unico linguaggio

Catania / 19-21 novembre 2015

CONGRESSO REGIONALE CONGIUNTO



[PSICHIATRIA]



JESSICA NICOTRA

La storia della psichiatria insegna che nel corso del tempo le forme del disagio e del malessere evolvono e si modificano. Il disagio degli uomini acquisisce forme diverse nelle diverse culture e subisce continue metamorfosi nel tempo all'interno delle società.

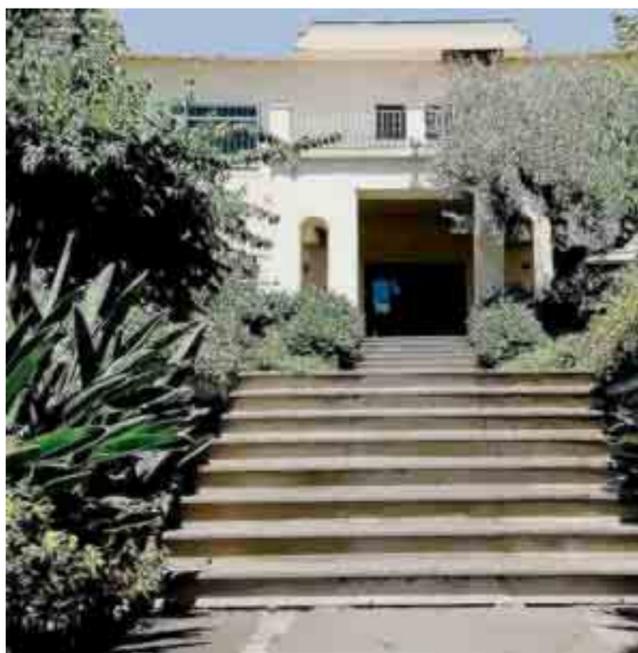
«Viviamo in un'epoca di accelerazioni, contraddizioni e disgregazione - dice il dott. Daniele Amato, responsabile della Riabilitazione psichiatrica della casa di cura Villa l'Ulivo Carmide. In questo periodo storico non solo sembrano mutare le forme del malessere ma si avverte un disagio che riguarda lo stesso tessuto sociale in cui siamo inseriti. All'interno del nostro contesto culturale alcune forme del disagio che riguardano le difficoltà che la gente ha nel vivere i rapporti personali, familiari, lavorativi e sociali rientrano in un'ampia categoria di disturbi psichiatrici che prende il nome ambiguo e generico di disturbi della personalità.

Nell'ambito della attuale psicopatologia, la dizione "disturbi di personalità" è legata all'introduzione nel DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) di un sistema di classificazione e valutazione dei disturbi psichici intesi come entità discrete. La diagnosi di disturbi della personalità è mirata alla possibilità di inquadrare clinicamente le condizioni di sofferenza stabili e strutturali dell'individuo. In generale nel DSM si definisce disturbo della personalità l'insieme di schemi radicati nelle modalità relazionali, nel modo di percepire e pensare che sia in grado di causare angoscia quotidiana o problemi cronici di disadattamento sociale e lavorativo. Questa definizione è chiaramente generica e soprattutto non esaustiva. Il DSM identifica tre grandi gruppi di disturbi della personalità in funzione del comportamento prevalente. Gruppo A: comportamento strano o stravagante; Gruppo B: comportamento drammatico, emotivo o imprevedibile; Gruppo C: comportamento ansioso o pauroso. Secondo il manuale è possibile identificare un disturbo della personalità quando i descrittori specifici di queste grandi classi di comportamento sono evidenti, perdurano nel tempo e soprattutto quando interferiscono con il normale funzionamento della vita quotidiana. Le forme del disagio sono innumerevoli ed ogni tentativo di classificarle risulterà parziale, limitato ed incompleto. L'obiettivo di ogni clinico è dare spazio, ascolto, nome al dolore ed al disagio, per tentare dove e quando possibile, utilizzando gli strumenti a sua disposizione, la cura, il ripristino del funzionamento interpersonale ed il benessere.

I disturbi della personalità sono stati e continuano ad essere forme di sofferenza diffuse e difficilmente catalogabili. A volte le stesse persone che possono essere riconosciute come sofferenti non riescono a comprendere appieno il loro malessere, attribuendone le cause ai comportamenti ed agli atteggiamenti degli altri. Altre volte si tratta di persone incapaci di dar nome ai loro stessi sentimenti ed emozioni. A volte una vera e propria diagnosi può necessitare mesi. L'esercizio della psicopatologia nell'ambito dei disturbi della personalità è difficile e richiede estrema competenza e sensibilità. Le dimensioni del disagio riguardano sempre il funzionamento del sé ed il funzionamento interpersonale. Il clinico ha il compito di valutare la coerenza e l'integrazione del sé, la capacità di comprendere il punto di vista degli altri, l'empatia, la capacità di stabilire e mantenere relazioni interpersonali profonde

Disagio sociale e disturbo della personalità

Esperienza e competenza nella casa di cura Villa l'Ulivo



Il dott. Daniele Amato resp. riabilitazione psichiatrica della casa di cura Villa l'Ulivo. Collaborano: Giovanna Dinotta (psichiatra), Nunzia Russo (neuropsichiatra infantile), Davide Cavallaro (psicologo, psicoterapeuta), Valentina Calafiore (psicologo), Giovanna Giuffrida (pedagogista), Rosalba Calandra (Tecnico riabilitazione psichiatrica)

e proprio senso di sopraffazione, la continua sensazione di umiliazione e di svuotamento. A volte queste persone reagiscono alla disapprovazione con rabbia, collera intensa e sproporzionata alla situazione o al contesto e pari solo al dolore provato internamente. Il disturbo mentale è sempre un risultato complesso in cui è necessario considerare il patrimonio genetico, l'ambiente culturale, sociale ed economico, la famiglia e le sue interazioni nelle varie fasi della vita, le vicende, le esperienze, gli stress, la qualità delle comunicazioni intra ed extra-familiari, la plasticità neuronale e le modalità di reagire, di opporsi e di difendersi di ognuno di noi. La personalità è il prodotto di un processo continuo e costante attraverso il quale ognuno di noi costruisce l'immagine di sé, degli altri e del mondo, trova soluzione al problema dell'adattamento all'ambiente e ai problemi del vivere quotidiano all'interno di un contesto sociale. Al di là di ogni etichetta

LA CASA DI CURA VILLA L'ULIVO

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 una corrispondenza fra luogo, spazio e terapia per i pazienti neuropsichiatrici. Il Prof. Angelo Majorana, di formazione medica e specialistica romana, adottò le terapie specialistiche più moderne secondo i principi scientifici e umanistici del rapporto medico - paziente - malattie. I suoi interessi di ricerca paralleli ad un'intensa attività didattica sono rivolti a formare una équipe medico - psico - sociologica particolarmente attenta ad impostare tutto il programma terapeutico secondo uno schema concettuale - ontologico che comprenda gli aspetti organici psicologici e sociologici della personalità. Oggi la casa di cura Villa l'Ulivo del Gruppo Carmide è ad indirizzo riabilitativo polispecialistico (e cioè riabilitazione neurologica, neuropsichiatrica, ortopedica, cardiologica e vascolare-angiologica), accreditata con il Sistema sanitario nazionale per l'intera sua capacità ricettiva di 80 posti letto. A decorrere dal mese di maggio 2010, infatti, la casa di cura è stata rimodulata in una struttura ospedaliera ad orientamento riabilitativo. Dal gennaio 2012, inoltre, 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. Dall'anno 2005 la casa di cura ha attivato il percorso per il conseguimento della certificazione di qualità. Il direttore sanitario è il dott. Daniele Amato. La Casa di Cura si trova immersa in un ampio spazio verde che può essere utilizzato sia dai pazienti sia dai loro familiari.

Selfie sui social dietro il trend un basso livello di autostima

GABRIELLA MAGISTRO

Il "selfie" è una moda che si è divulgata molto tra i giovani, soprattutto negli ultimi anni, ma è anche un modo per vedersi, per specchiarsi. «Una fotografia di se stessi, tipicamente ripresa con uno smartphone o una webcam e caricata su un social network»: è la definizione dell'Oxford Dictionary di un tormentone virale prima mediatico e poi sociale. Ma cosa nasconde questa vera e propria mania? «Secondo alcune ricerche, soprattutto di origine americana - spiega la dott. ssa Elisa Ciccarelli, psichiatra - alla base del bisogno di scattare frequenti autoritratti potrebbe celarsi un livello di autostima bassa e quindi una scarsa fiducia in se stessi e nel mondo, la tendenza a dipendere dagli altri per ciò che riguarda la definizione del valore come persona e delle proprie capacità, una ricerca continua del consenso degli altri. In Italia, però, è importante sottolinearlo, i dati in tal senso sono davvero pochi e quindi non si può parlare di patologia». Del resto, è innegabile che molte persone, in effetti, tramite Facebook, Twitter, Instagram o altri social network, tendono a presentare una realtà riguardante la propria vita piuttosto alterata, migliorata in un certo senso, pubblicando appunto ricorrenti autoritratti e lasciando quindi immaginare che siano alla ricerca di consensi. «Sì, infatti - aggiunge Ciccarelli - queste persone sono sempre in attesa dei commenti adulatori degli altri e dei like a un loro selfie». Farsi selfie, però, può avere anche aspetti positivi. «Secondo me - aggiunge Marco Aldo Vecchi, fotografo - l'autoritratto può essere ritenuto un po' lo specchio del nuovo millennio. Posto spesso dei selfie con il mio cellulare sia per condividere la mia vita privata sia quella pubblica ossia il mio lavoro, immortalandomi insieme con i clienti e le modelle. E seppure questa moda da molti può essere vista e considerata una cosa negativa, ritengo che così non sia, non in assoluto almeno. Fare autoritratti può aiutare a conoscersi meglio e ad aumentare l'autostima di chi li scatta perché ci si può rivedere e scorgere tutti i propri punti di forza o difetti soprattutto estetici, ma anche comunicativi, legati alla espressione del volto per esempio, il che può essere uno spunto per curarsi e migliorarsi». Fare selfie, quindi, se non diventa una vera e propria ossessione può avere dei vantaggi, agevolando la conoscenza di se stessi e favorendo una sana condivisione. «In effetti ci sarebbe da preoccuparsi solo nel caso in cui i patiti di selfie passasse la gran parte delle giornate a farsi autoritratti, lasciando da parte le loro attività quotidiane e perdendo i loro contatti con il reale, a quel punto sarebbe opportuno consultare uno specialista in grado di aiutare la persona a prendersi cura del proprio benessere psicofisico».

Un tormentone virale che nasconde la poca fiducia in se stessi ma anche nel mondo e quindi una costante ricerca di consensi, oltre alla tendenza a dipendere dagli altri

RIABILITAZIONE D'AVANGUARDIA.

Per info: www.carmide.it

Riabilitazione neuropsichiatrica, Riabilitazione neurologica e ortopedica, Riabilitazione cardiologica, Riabilitazione angiologica e vascolare, Day Hospital riabilitativi, Ambulatori, Servizio di psicologia.

Direttore sanitario dott. Daniele Amato.
Via Freudgrande 13 Catania Tel. 095 7528111



Riabilitazione neuropsichiatrica, Riabilitazione neurologica e ortopedica, Day Hospital, riabilitativi e Ambulatori.

Direttore sanitario dott. Andrea Ventimiglia.
Zona industriale VIII strada Catania Tel. 095 596401



[PSICOLOGIA]

Traumi tradotti in parole Il valore "terapeutico" di raccontarsi scrivendo

Dal diario segreto al blog, un'abitudine dai tanti effetti benefici

GABRIELLA MAGISTRO

Raccontarsi scrivendo, esprimere le situazioni difficili della propria esistenza, tentando di chiarire ciò che si pensa e si prova, serve non solo a fare chiarezza in se stessi, come fanno molte persone che tengono un diario, ma può anche migliorare lo stato generale di salute, favorire l'efficienza personale e modificare in senso positivo gli atteggiamenti e le relazioni interpersonali. «In psicologia - spiega la dott. ssa Sabina Arcifa, psicologa e assistente all'autonomia e alla comunicazione a scuola - esiste tutto un filone di studi mirati a chiarire gli effetti della scrittura espressiva e i meccanismi psicologici e psicofisiologici che si attivano traducendo in parole traumi ed esperienze stressanti». In effetti, da sempre, la scrittura ha rappresentato un mezzo per "buttare fuori" le emozioni negative come il dolore o la rabbia e ancora la paura. Basti pensare ai versi con cui il Petrarca apriva il canzoniere «Voi ch'ascoltate in rime sparse il suono di quei sospiri ond'io nudriva 'l core...» e ancora grandi autori che, come Kafka o Leopardi, solo per citarne alcuni, prendevano spunto dalla loro sofferenza interiore per arrivare a definire le loro composizioni. «La capacità di raccontare la propria storia - chiarisce la dott. ssa Arcifa - influisce sulla strutturazione del sé. Narrare rappresenta un valido modo, di cui l'uomo può disporre, per conoscere e far conoscere la propria storia o un evento particolarmente significativo. Usata in questo

modo, la scrittura diventa un portento strumento di rielaborazione e di dialogo interiore che, oltre a fermare i pensieri quando vagano disordinati nella nostra mente, permette, anche, di "riversarli" su un foglio, favorendo un sano distacco dalle emozioni e al tempo stesso un effetto liberatorio. In questo senso risulta molto terapeutico scrivere un diario privato, ma nell'era del digitale anche un blog o dei post sui social network. Naturalmente, quando le attività sono moderate e guidate dalla capacità critica

Un mezzo per espellere le emozioni negative come rabbia e paura

di saper sempre scindere l'opportunità o no di rendere pubbliche o tenere private certe emozioni o esperienze». «Scrivere - racconta Domenico Trischitta, scrittore catanese - è come bere dopo tanta sete, digiunare dopo tanto cibo, amare dopo un periodo di aridità sentimentale. E' un processo di godimento estetico, rimuove il dolore, materializza le immagini della memoria. Uno scrittore autentico non può prescindere dal suo passato, da quello che era in funzione, di quello che è diventato, nel senso che esorcizza il male di vivere con il beneficio della scrittura. L'atto dello scrivere precede un periodo di inattività in fermento, si scrive e si sopperisce a

una mancanza. Dopo aver terminato ci si sente come lo scalatore che ha raggiunto la cima di un monte o come un sub che ha concluso una lunga discesa in apnea e finalmente riemerge». Scrivere, quindi, aiuta in molti sensi: facilita nella mettere in ordine idee e pensieri, aumenta le capacità cognitive, dona maggiore attenzione e memoria, assiste nel ricostruire la propria narrazione di se e, di conseguenza, a reinterpretarsi alla luce delle nuove esperienze, infine porta a soffermarsi e a prendere coscienza delle proprie emozioni.

E se un tempo c'era il diario segreto di cui, soprattutto da adolescenti, se ne riempivano pagine intere, oggi c'è il blog. Il diario era un rito liberatorio, una catarsi e un modo di fissare una parte della propria storia e della propria identità, vedendola in divenire, ma «in un certo senso - come racconta Massimo Maueri, scrittore e blogger - il diario segreto di un tempo e il blog di oggi non sono poi così distanti. Del resto, lo stesso termine "blog" deriva dalla contrazione di "web-log", che significa "diario in rete". Inizialmente i blog erano veri e propri diari condivisi online. Oggi quelli più noti e influenti hanno assunto una funzione mediatica e divulgativa senza precedenti. Letteratitudine, il mio blog, si occupa di libri e di letteratura e nasce con l'obiettivo di avvicinare i vari protagonisti del mondo del libro: scrittori, lettori, giornalisti e operatori culturali, editor, librai. Scrivere un blog, per me, ha un primario effetto benefico: la "libertà". Certo come per ogni fenomeno ci sono pro



e contro, concentrandoci, però, solo sui pro: c'è la possibilità di scrivere rivolgendosi a un pubblico vastissimo superando i limiti di spazio che impone la carta. D'altro canto, so che mi leggono migliaia di persone e, dunque, il peso specifico che attribuisco a ogni parola che scrivo e a ogni post che pubblico è altissimo. Ritengo che sia molto importante associare la parola "libertà" al "senso di responsabilità. Le due cose devono procedere necessariamente insieme. Sin dai primissimi tempi, nella colonna di sinistra del blog ho inserito un breve messaggio che per me è molto importante: "La libertà individuale, anche di espressione, trova argini nel rispetto altrui". Una frase che tutti noi, compresi i fruitori dei social network, dovremmo ripetere come un mantra». Scrivere un blog o in rete può, quindi, regalare un grande senso di libertà che si esplica nella condivisione sana

con gli altri, dove per sano bisogna tenere presente l'importanza di ogni parola, perché le parole oltre a definire la realtà la creano, oltre il rispetto degli altri. Una specie di codice etico che dovrebbe vigere in rete per poter trarre al massimo i benefici della scrittura che può diventare una pratica necessaria al proprio benessere psicofisico come racconta la giornalista e blogger catanese Silvia Ventimiglia: «Scrivere, per me, è un'esigenza, come respirare, e ha la capacità di farmi abbassare la pressione sanguigna. Più scrivo e più mi viene voglia di scrivere. È un desiderio che si autoalimenta. Da quando esiste Facebook, finalmente, ho trovato il modo di farmi conoscere per quella che sono, farmi conoscere sul serio, altro che mondo virtuale! Anche se, forse, non si direbbe, mi ritengo una timida. Il corpo, quindi, a volte, rappresenta per me un filtro dalla trama troppo stretta, una specie di corazza. Spesso

la comunicazione faccia a faccia è come falsata da questo. Ad esempio mi accade che un certo tono o modo di modulare la voce trasmettano cose che non penso affatto e questo può portare a dei fraintendimenti, insomma mi pare più difficile farmi capire. Scrivendo su Facebook questo non avviene e mi sento veramente libera di essere ciò che sono. Condividere è vita. Se tieni il tuo mondo interiore solo per te stesso ti perdi molto. Aborro tutti coloro che ritengono Facebook un luogo di pettegolezzi fine a se stesso, secondo me sbagliano e lo affermano perché non hanno niente dentro e niente da dire». La scrittura, dunque, pubblica o privata, sulla carta o sul web ha moltissimi effetti benefici. Negli ultimi anni, infatti, sempre più spesso la scrittura autobiografica viene proposta come metodo di autoconoscenza, auto-terapia, educazione e promozione dell'apprendimento

UN' EQUIPE MULTIDISCIPLINARE, PER SEGUIRE I PAZIENTI, PRESSO L'UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI BRONCOPNEUMOLOGIA PEDIATRICA

Gia le mamme romane, 2000 anni fa, riconoscevano il bambino malato per il sapore di mare nel baciargli la fronte. In tal modo, la saggezza popolare aveva già anticipato quanto l'osservazione medica avrebbe poi scoperto negli anni '50 e la ricerca scientifica non ancora completamente chiarito indicando nella concentrazione di sali nel sudore, il metodo di diagnosi per la Fibrosi Cistica (FC). È proprio questa caratteristica del sudore particolarmente salato, avvertito dalle madri quando baciavano i bambini affetti, che farà chiamare la Fibrosi Cistica "la malattia del bacio salato". La Fibrosi Cistica è una grave e complessa malattia ereditaria a carattere evolutivo che colpisce indifferenzialmente i maschi e le femmine e che coinvolge più organi ed apparati, in particolar modo il polmone, il pancreas, il fegato e le vie biliari, l'apparato gastrointestinale, l'apparato riproduttivo e le ghiandole sudoripare. È la malattia genetica, più diffusa nella popolazione bianca, di tipo autosomico recessivo, trasmessa dai genitori, attraverso un gene mutato, il gene CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator), di cui sono portatori sani il 4-5% della popolazione: in Italia sono circa 3 milioni le persone che, a loro insaputa, possono trasmettere il gene mutato ai loro figli. Le oltre 2000 mutazioni del gene fino ad ora descritte sono responsabili di un ampio spettro di manifestazioni cliniche che vanno dalla forma classica di fibrosi cistica a forme più lievi fino a quelle monosintomatiche definite "forme atipiche e/o CFTR correlate. Due genitori entrambi portatori sani possono generare un figlio malato, che avrà prima o poi, tanto o poco, problemi di malattia polmonare, di insufficienza pancreatica, di disfunzione del fegato e di altri organi, spesso problemi di crescita. In Italia sono circa 4.500 i pazienti affetti da Fibrosi Cistica e attualmente nasce un bambino malato ogni 2500 nati. I metodi di analisi attualmente utilizzati per la diagnosi della fibrosi cistica sono:

- Screening Neonatale, consiste nel

prelevare una goccia di sangue da tallone del neonato per valutarne i livelli di tripsina.

- Test del sudore, è il test principale per la diagnosi della FC e si esegue prelevando una piccola quantità di sudore per verificarne la concentrazione di cloruro di sodio. Nel caso in cui fosse troppo alta, il paziente risulterebbe malato.
- Diagnosi Genetica, consiste nel prelevare un campione di sangue dal paziente per individuare nel DNA le mutazioni a carico del gene CFTR.

Oggi la maggior parte dei pazienti affetti da FC arriva all'età adulta, e almeno la metà supera i 30-35 anni. Fino a pochi anni fa la maggior parte dei bambini affetti da FC non arrivava all'età scolare, mentre oggi, grazie alle nuove terapie, la durata e la qualità di vita dei malati sono aumentate sensibilmente, e molte promettenti ricerche fanno sperare in ulteriori miglioramenti. Moltissimi pazienti affetti da FC hanno un lavoro e una famiglia, e possono condurre una vita relativamente normale. Anche se attualmente nessuna cura è in grado di guarire completamente la Fibrosi Cistica, numerose terapie permettono di contrastare l'evoluzione della malattia, controllando le infezioni polmonari, fornendo un'alimentazione adeguata e prevenendo l'ostruzione intestinale. Di recente sono stati sperimentati nuovi farmaci denominati "modulatori" capaci in qualche modo di ripristinare la funzione della proteina CFTR che sembrano poter cambiare la storia naturale della malattia per alcune mutazioni della CFTR. Infine il trapianto di organi quale il fegato ed il polmone, in pazienti con insufficienza epatica o polmonare terminale, nonostante le possibili complicanze, si conferma attualmente l'unica strategia terapeutica salvavita ed è in grado di migliorare la funzionalità respiratoria, lo stato nutrizionale e la qualità della vita percepita. Attualmente presso l'UOC di Broncopolmologia Pediatrica dell'AOU Policlinico - Vittorio Emanuele di Catania l'equipe formata dal Responsabile Prof. Salvatore Leonardi, dalla Dr.ssa Novella Rotolo, dalla

Policlinico Vittorio Emanuele, la Fibrosi Cistica: una malattia da riscrivere?



L'equipe dell' UOC di Broncopolmologia Pediatrica dell'AOU Policlinico - Vittorio Emanuele di Catania.

fisioterapista Dr.ssa Enza Mule, dal medico dietologo Dr. Giuseppe Trovato, dalla psicologa Dr.ssa Donatella Aloisio e dall'assistente sociale Dr.ssa Gina Occhipinti segue oltre 110 pazienti affetti da questa malattia. La cura di questa malattia, infatti, prevede un intervento di tipo multidisciplinare finalizzato alla:

- Fisioterapia e riabilitazione respiratoria per rimuovere dalle vie respiratorie il muco che le ostruisce e che favorisce le infezioni. Sono a disposizione varie tecniche di rimozione (o drenaggio) delle secrezioni

e il trattamento deve essere individualizzato in base all'età e alle condizioni respiratorie del soggetto

- Aerosolterapia per fluidificare il muco o somministrare antibiotici per via aerea per controllare le infezioni respiratorie croniche.
- Antibiotico terapia per bocca o per via endovenosa, a cicli o per periodi molto prolungati, per eliminare o contenere la carica e l'aggressività dei batteri in particolare modo Pseudomonas aeruginosa e Stafilococco aureo.
- Nutrizione con un' alimentazione

sostenuta, ipercalorica, ricca di grassi associata a somministrazione di enzimi pancreatici ad ogni pasto, in sostituzione di quelli che il pancreas non produce, e integrata da vitamine liposolubili.

- Psicoterapia poiché la fibrosi cistica rappresenta una fonte di distress nei bambini in quanto sintomi di ansia e depressione sono prevalenti e sono correlati con la qualità della vita. L'ansia sociale e l'insicurezza sembrano essere sintomi dominanti. Gli interventi psicologici sono focalizzati su adattamento emotivo e

sociale, qualità di vita (QdV) ma anche sull'aderenza alla terapia.

- Esecuzione del test del sudore con lettura presso il laboratorio centralizzato dell'Azienda
- Studio del DNA per l'analisi del genotipo

Nell'ultimo anno 2 pazienti, degli oltre 10 in lista trapianto, seguiti fin dalla nascita presso il Centro di Catania sono stati sottoposti a trapianto isolato di fegato ed a trapianto combinato di fegato e polmoni presso il Centro Trapianti dell'ISMETT di Palermo con ottimi risultati.

[CARDIOLOGIA]



“Messaggi di fumo”, Italia s’adegua

Primo sì al decreto contro i prodotti a base di nicotina che entrerà in vigore entro Natale

MONICA GRECO

Si comincia per gioco, fra i banchi di scuola e le scorribande in scooter. La prima è sempre per provare, la seconda per non uscire dal gruppo, la terza per sentirsi furbi. Poi la sigaretta diventa un rifugio, un antistress, un vizio maledetto. Perché se iniziare a fumare è un momento ludico, dopo smettere non è per niente un gioco. Lo confermano anche i numeri rilevati dall'Istat, secondo cui l'80% di chi ha tentato di togliere il “vizio della sigaretta” ha fallito. In Italia, il numero dei fumatori ha raggiunto i 10 mln e il 23,4% sono studenti che frequentano i primi anni delle superiori - di questi il 63,9% afferma di non aver ricevuto al momento dell'acquisto un rifiuto dall'esercente, nonostante il divieto di vendita ai minori. Probabilmente la Legge Sirchia del 2003 non è bastata. Lo stop al fumo nei luoghi chiusi ha portato sì a passi avanti, ma ancora molto resta da fare. Proprio in questi giorni, sulla strada della lotta al fumo si è incamminato anche il Consiglio dei ministri dando il via libera al decreto che sancisce una sfilza di divieti e novità, in recepimento della direttiva Ue sul tabacco. Il decreto legislativo sarà in vigore entro Natale e, fra le altre cose, dice stop al fumo in auto se a bordo ci sono donne incinte o bambini. Cambiano le confezioni del tabacco con immagini choc sui pacchetti delle sigarette per disincentivare il consumatore e per i rivenditori salirà fino a 4mila euro la multa per la vendita ai minorenni, converrà probabilmente a questo punto chiedere il documento d'identità per sfatare ogni possibile dubbio sull'acquirente. Se l'errore del rivenditore di tabacco poi si ripete, la multa si raddoppia e la licenza viene revocata. Sarà vietato fumare nei cortili degli ospedali pediatrici e in tutti gli ambienti esterni dei singoli reparti pediatrici, ginecologici, di ostetricia e neonatologia.

«Il fumo del tabacco contiene oltre 70 sostanze cancerogene»: è una delle nuove scritte che si troveranno nel restyling dei pacchetti di sigarette. La nuova normativa, infatti, stabilisce che nel pacchetto di sigarette, nella confezione del tabacco da arrotolare e in quella del tabacco per pipa ad acqua saranno riportate nuove avvertenze relative alla salute, fatte da “testo e immagini”

per dissuadere il consumatore. Infatti ben il 65% delle nuove confezioni sarà ricoperto da immagini e avvenimenti - come foto di persone ricoverate in ospedali o particolari di corpi malati - per disincentivare il consumatore all'acquisto e all'utilizzo di prodotti a base di nicotina. Sarà vietata la commercializzazione dei pacchetti da 10 sigarette, perché, costando meno, sono ritenuti più accessibili ai giovani. E per lo stesso motivo spariranno dal commercio anche i sacchetti di tabacco sfuso da arrotolare che pesano meno di 30 gr. Banditi anche tutti i prodotti che contengono nicotina, compreso il tabacco da arrotolare, con aromi. Per non illudere il consumatore che questi prodotti “profumati” rechino meno danno alla salute. Un'altra novità riguarda poi la “tracciabilità” del prodotto per combattere il traffico illecito. Sarà introdotto un sistema europeo di localizzazione e tracciabilità delle confezioni dei

Una sfilza di divieti e novità, in recepimento della direttiva Ue sul tabacco. Fra le altre cose stop al fumo in auto se a bordo ci sono donne incinte o bambini nonché immagini choc sui pacchetti delle sigarette per disincentivare il consumatore e multe fino a 4mila euro ai tabaccai che vendono ai minori

prodotti del tabacco. Anche il web seguirà la scia del cambiamento, con il divieto on line della vendita transfrontaliera dei prodotti del tabacco e delle sigarette elettroniche. In queste ultime saranno inseriti requisiti di sicurezza e qualità, come una chiusura a prova di bambino e manomissione, nonché un sistema di protezione dagli spargimenti di liquido di nicotina. Piccoli accorgimenti, probabilmente dettagli, che se regolamentati possono salvare la vita a milioni di persone. Perché fumare nuoce gravemente alla salute, come si legge nel pacchetto, ma la strada per smettere è insidiosa e necessita di “segnali”. Persino in occasione della “Giornata mondiale senza tabacco”, a maggio, a Roma, l'Istituto superiore di sanità aveva reso noti dati preoccupanti. Per prima cosa l'incapacità di “fermare” i fumatori di qualunque età, come spiega Roberta Pacifici, direttore dell'osservatorio fumo, alcol e droga dell'Iss. «La situazione di stallo riguarda tutte le fasce di età. L'età media della popolazione rimane costante (44,7 anni) così come l'età in cui si accende la prima bionda (18 anni) e l'età media in cui si smette (42 anni). Ciò significa che tanti giovani iniziano a fumare quanti adulti smettono, un chiaro segnale che le strategie di intervento sulla prevenzione nei giovani e di cessazione vanno ripensate». Per seconda sembra un paradosso eppure un atleta su 10, con una leggera prevalenza nelle donne, fuma - questa la percentuale dei fumatori secondo i dati della commissione per la vigilanza e il controllo del ministero della Salute ed elaborati dall'Iss. E tanti altri numeri emersi dal rapporto dell'Iss preoccupano. Eppure una volontà di smettere c'è, vista l'impennata delle telefonate, da 500 nel 2011 a 5.414 nel 2014, giunte al numero verde “contro il fumo 800554088” dell'Istituto superiore di sanità a seguito del suo “semplice” inserimento tra le avvertenze supplementari sull'etichettatura dei prodotti del tabacco.



Stop al fumo presto anche in auto se a bordo ci sono donne incinte o bambini

Al lavoro in treno o in autobus abbatte il rischio di ipertensione

Prendere il treno o l'autobus per andare al lavoro contribuisce ad abbattere il rischio di diabete, pressione alta e sovrappeso. Il consiglio ai pendolari arriva da uno studio condotto in Florida. Confrontando chi si sposta in auto con chi prende i mezzi pubblici, un team di scienziati giapponesi ha scoperto che chi lascia la propria vettura nel box ha il 44% di probabilità in meno di essere sovrappeso, pericoli di ipertensione inferiori del 27% e chance di diabete ridotte del 34%.

Il lavoro ha coinvolto 5.908 adulti che nel 2012 hanno ricevuto una visita gratuita durante la quale hanno risposto a una serie di domande sull'attività fisica praticata e sulle modalità con cui raggiungevano il posto di lavoro. È emerso che gli uomini tendono a spostarsi di più in auto, mentre le donne prediligono mezzi pubblici, bicicletta o passeggiate. L'età media del gruppo era tra i 49 e i 54 anni.

Curiosamente, chi prende i mezzi ha tassi ancora più bassi di ipertensione, diabete e sovrappeso rispetto a chi cammina o usa la bici. Una possibile spiegazione, suggeriscono i ricercatori, potrebbe essere che queste persone si spostano di più per raggiungere la stazione o la fermata del mezzo.

«Se si impiegano più di 20 minuti per tratta a piedi o in bici, nelle aree urbanizzate del Giappone le persone tendono a preferire l'auto o i mezzi pubblici», spiega Hisako Tsuji, autore principale della ricerca. In quest'ultimo caso finiscono paradossalmente per camminare complessivamente di più, seppur per tratti più brevi. «Le persone dovrebbero considerare i mezzi pubblici come una parte della loro attività fisica quotidiana. Potrebbe essere utile per il personale sanitario chiedere ai pazienti come raggiungono il posto di lavoro», continua l'esperto. Tuttavia, gli stessi autori dello studio sottolineano come sia impossibile determinare se spostarsi con i mezzi pubblici abbia migliorato davvero la salute delle persone che sono state coinvolte nel lavoro, oppure se queste stessero già meglio in partenza.

M. G.

AMBULATORIO SPECIALISTICO AL CANNIZZARO DI CATANIA DIRETTO DALLA DOTT.SSA AGATA CHIAVETTA

Piede diabetico, screening annuale e utilizzo di appropriate calzature

Tra le complicanze del diabete un ruolo sempre più rilevante è assunto dal “piede diabetico”, che comporta il maggior numero di ricoveri ospedalieri e ingenti costi sociali ed economici. In Italia il 60% delle amputazioni degli arti inferiori sono dovute al diabete mellito. L'arteriopatia e la neuropatia periferica sono le 2 complicanze responsabili delle manifestazioni cliniche del piede diabetico. Nella maggior parte dei casi la comparsa di un'ulcera al piede è dovuta a un trauma, e se la lesione non è adeguatamente curata il paziente può andare incontro all'amputazione dell'arto.

La prevenzione pertanto ha un ruolo fondamentale e si effettua con lo screening annuale del piede diabetico, l'educazione della persona con

diabete e l'uso di appropriate calzature. Lo screening si effettua in ambulatori dedicati al piede diabetico. Presso il servizio di diabetologia dell'Azienda Ospedaliera Cannizzaro da oltre 15 anni è attivo un ambulatorio specialistico per prevenzione, diagnosi e cura del piede diabetico che può configurarsi come un Punto di riferimento regionale, con un bacino di utenza esteso ad altre province. L'ambulatorio è diretto dalla dott.ssa Agata Chiavetta, componente del gruppo di studio nazionale del piede diabetico.

«Lo screening - spiega la dott. ssa Chiavetta - comprende l'ispezione visiva del piede alla ricerca di segni di neuropatia, di vasculopatia e la valutazione strumentale di tali complicanze. Sono segni di neuropatia

diabetica: cute secca, deformazioni in griffe delle dita, dita a martello, accentuato cavismo del piede e aree di ipercheratosi plantare, che comportano un aumentato carico pressorio su varie zone della pianta del piede. Con l'utilizzo del monofilamento e del diapason se ne valuta la sensibilità, la cui assenza consente di svelare una neuropatia diabetica clinicamente rilevante, a cui consegue un elevato rischio di ulcerazione del piede. L'esame più semplice per individuare i segni precoci di una vasculopatia è la ricerca dei polsi periferici, cioè la presenza o l'assenza di pulsabilità a livello dell'arteria dorsale del piede e della tibiale posteriore; l'esame per definire l'entità dell'eventuale compromissione vascolare periferica è l'ABI o indice

pressorio caviglia braccio, definito dal rapporto tra pressione sistolica alla caviglia e pressione sistolica al braccio».

L'ambulatorio del Cannizzaro si occupa anche dell'educazione del paziente diabetico e della famiglia, finalizzata alla conoscenza e all'applicazione di norme igienico-sanitarie per la cura del piede: modalità di lavaggio dei piedi, utilizzo di crema idratante, abolizione di callifughi e strumenti acuminati per il taglio delle unghie etc. Per la possibile assenza di sensibilità, tipica del piede diabetico, gli specialisti raccomandano di non camminare a piedi scalzi.

«Il terzo cardine della prevenzione - aggiunge la dott. ssa Chiavetta - è l'utilizzo di appropriate calzature per evitare che i piedi siano sottoposti



LA DOTT. SSA AGATA CHIAVETTA

sti a frizione o a compressione. Pertanto scarpe comode a pianta larga, senza cuciture all'interno, che vanno sempre ispezionate prima di essere calzate per verificare l'assenza di corpi estranei che potrebbero non essere avvertiti e provocare lesioni». L'ambulatorio del piede diabetico del Cannizzaro costituisce un Centro

di prescrizione e di collaudo di tali presidi ortesici. L'identificazione dei pazienti ad alto rischio, l'educazione e il follow-up sono gli strumenti principali per la prevenzione primaria delle ulcere e delle amputazioni, così come la prevenzione secondaria è indispensabile per i pazienti che abbiano già avuto un'ulcera.



UN MOMENTO DI OSPEDALE APERTO MANIFESTAZIONE RIVOLTA A TUTTA LA FAMIGLIA

VOLONTARIATO, EDUCAZIONE ALL'ALIMENTAZIONE E ATTIVITÀ FISICA

Il Cannizzaro, un “ospedale aperto” alla città

Parte dalla giornata del diabete, passa dalla prevenzione delle malattie cardio-metaboliche e si allarga alla promozione della salute. Con un'attenzione non solo alla malattia, ma alla persona nel suo complesso. Il Cannizzaro fino a oggi è “Ospedale Aperto”: aperto alla città, al volontariato, all'educazione all'alimentazione e all'attività fisica. Teso all'integrazione col territorio, rivolto a tutta la famiglia, a cominciare dai più piccoli, perché è a loro che si guarda con attenzione: l'obesità e il sovrappeso sono uno dei maggiori fattori di rischio del diabete. «L'obesità infantile è un fenomeno grave - dice il pediatra Angelo Milazzo - che però purtroppo non allarma come dovrebbe l'opi-

nione pubblica. Troppe famiglie seguono una dieta scorretta con un apporto calorico eccessivo. Ma i genitori colgono i segnali troppo tardi, quando il figlio arriva alla soglia dei 10 anni e si cominciano a vedere i danni. Servirebbe una mobilitazione generale, dalla scuola ai media al servizio sanitario». Con “Ospedale aperto” il Cannizzaro dà il suo piccolo contributo, con uno sforzo di umanizzazione e integrazione con il territorio che sono obiettivi dell'Azienda. «Un'iniziativa da considerare positivamente, alla luce del fatto che finora è mancata la cerniera tra ospedale e territorio a cui oggi i manager non possono sottrarsi», argomenta Francesco Pecora, medico di famiglia. Una figura fondata-

tale, in questo sforzo dell'Azienda: «L'ospedale è una struttura spesso ben organizzata, la cui organizzazione tuttavia non sempre si sposa con la vicinanza alla persona. La costruzione del rapporto medico-malato è propria del medico di famiglia, enzima catalizzatore capace di eliminare gli ostacoli sulla strada verso la centralità del paziente», spiega Domenico Grimaldi, medico di famiglia. La volontà dell'Azienda Cannizzaro è allora «recuperare un rapporto stretto col territorio e con i medici di base, affinché il paziente sia sempre più seguito sul territorio e si rivolga all'ospedale in maniera appropriata», afferma il direttore generale Angelo Pellicano.



[PREVENZIONE]

Uno screening tempestivo salva la vita

Giammanco, dg Asp Catania: «Nella lotta al cancro è la strategia più efficace. Mai abbassare la guardia»

PAOLA ALTOMONTE

Ogni giorno in Italia si scoprono mille nuovi casi di tumore.

Ogni giorno in Italia migliorano le percentuali di guarigione da neoplasie (fonti Aiom e Airtum).

Le statistiche fotografano e raccontano l'aggressività di una malattia socialmente importante, ma sono numerosi anche i miglioramenti nelle cure avvenuti grazie alla ricerca (il 63% delle donne e il 57% degli uomini è vivo a cinque anni dalla diagnosi) e alla prevenzione primaria (alimentazione, stili di vita sani) e secondaria, realizzata attraverso gli screening.

«Nel corso degli ultimi anni sono stati cospicui gli interventi della Regione nel potenziamento della rete per la lotta al cancro, consentendo di conseguire buoni risultati», spiega il dott. Giuseppe Giammanco, direttore generale dell'Asp Catania.

«L'attenzione non deve, però, mai essere abbassata. La nostra Azienda, rilancia, pertanto, il proprio impegno qualificando ulteriormente i servizi oncologici provinciali; valorizzando tutte le sinergie possibili con il territorio, nelle sue espressioni istituzionali e associative, e in particolare con le Aziende Ospedaliere e i medici di famiglia; rafforzando i programmi di screening per una maggiore adesione della popolazione».

Nella lotta al cancro la prevenzione è la strategia a lungo termine più efficace.

«Partecipare agli screening oncologici è un atto di responsabilità verso sé stessi e la propria salute - aggiunge Giammanco - la prevenzione è una scelta quotidiana, uno stile di vita che riguarda l'alimentazione, l'attività fisica, la cura dell'ambiente e l'adesione alle campagne di screening».

Lo screening oncologico è un intervento di prevenzione secondaria su popolazione sana per ridurre incidenza e mortalità per tumore.

Nell'ambito territoriale di Catania, l'Azienda sani-



taria provinciale ha attivato tre campagne di screening e si è data un'organizzazione pronta a invitare 280 mila cittadini al programma di screening del colon retto; 315 mila donne a quello del collo dell'utero e 140 mila donne allo screening della mammella.



All'interno dell'Asp Catania, il direttore sanitario, dott. Franco Luca, è il responsabile organizzativo dei programmi di screening.

«Gli screening oncologici - spiega Luca - hanno lo scopo di individuare la malattia nelle fasi inizia-

li, prima della comparsa di sintomi, al fine di avviare tempestivamente il trattamento terapeutico».

Gli esami previsti nei tre programmi sono gratuiti e vengono erogati alla popolazione su invito diretto tramite lettera a domicilio; garantiscono, inoltre, la qualità e la continuità del percorso di diagnosi e cura, compresi gli eventuali trattamenti chirurgici.

Nel 2013, grazie alla sinergia fra Asp Catania, assessorato Regionale alla Salute e Distretto Lions Sicilia 108 Yb - in collaborazione con Ferderfarma Catania e le segreterie provinciali dei sindacati Fimmg, Snami, Smi, Intesa sindacale (Cisl medici, Fp Cgil medici, Simet Sumai) - è stata avviata la campagna di comunicazione "Screening? Sicuro", accompagnata dalla realizzazione della piattaforma web www.screening.aspct.it.

Nei prossimi mesi verrà rilanciata una più capillare campagna informativa attraverso tre ulteriori canali comunicativi: radio, tv e carta stampata.

Sul fronte della formazione interna, invece, è stato portato avanti un consistente progetto formativo rivolto a tutti gli operatori coinvolti nei programmi di screening, con l'obiettivo di migliorare le performance diagnostiche e gli approcci comunicativi.

Aderire agli screening oncologici è semplice e utile. I vantaggi di un intervento precoce sono

molti: quando il tumore è di piccole dimensioni l'intervento è più semplice, la qualità di vita è migliore e la sopravvivenza aumenta.

Ma vediamo adesso in cosa consistono e a chi si rivolgono gli screening. Quello del collo dell'utero si rivolge a tutte le donne di età compresa fra i 25 e i 64 anni. Il programma prevede un pap-test ogni tre anni, a meno che il test effettuato non suggerisca accertamenti con intervalli più brevi. E' un esame molto semplice e non doloroso e consente di individuare il tumore in una fase molto precoce. Se tutte le donne della popolazione target effettuassero il pap-test ogni 3 anni, i tumori del collo dell'utero diminuirebbero del 90%. Tuttavia, anche in caso di esito negativo, nell'intervallo di tre anni tra un esame e l'altro, in caso di comparsa di sintomi (perdite di sangue dopo i rapporti sessuali o fuori dal ciclo mestruale o in menopausa) la donna deve rivolgersi al più presto al proprio medico curante.

Lo screening della mammella interessa le donne tra i 50 e i 69 anni d'età. L'esame che viene eseguito è la mammografia, effettuata ogni due anni, an-

che in assenza di sintomi. Questo esame è molto accurato e consente di individuare il tumore in una fase molto precoce. L'80%-90% delle donne, con un tumore di piccole dimensioni e senza linfonodi colpiti, può guarire definitivamente. Anche in caso di esito negativo, è consigliato alle donne di controllare da sole la propria mammella (autopalpazione), nell'attesa di ripetere l'esame dopo due anni, facendo attenzione ai seguenti cambiamenti: modificazioni della grandezza o della forma delle mammelle, presenza di arrossamento; retrazione della cute o del capezzolo; secrezione di liquido dal capezzolo; noduli o aumento di consistenza di una parte della mammella. Se si verifica la presenza di uno o più di questi segni si consiglia di consultare tempestivamente il proprio medico curante.

Lo screening del colon retto riguarda, invece, donne e uomini dai 50 ai 70 anni d'età. Il controllo è eseguito, ogni due anni, attraverso la ricerca del sangue occulto nelle feci. L'esame consiste nell'analisi di un campione di feci tramite un kit che l'utente può ritirare in farmacia o in strutture indicate dall'Asp Catania. Questo esame, in un'alta percentuale di casi, consente di individuare e quindi curare il tumore in una fase molto precoce. L'es-



IL DOTT. GIUSEPPE GIAMMANCO

ame va fatto anche in assenza di disturbi. Tuttavia, anche in caso di esito negativo, qualora nell'intervallo di due anni tra un esame e l'altro, si presentino sintomi di allarme quali sanguinamento rettale, dolori addominali, disturbi intestinali si consiglia di rivolgersi al proprio medico curante. Per informazioni è possibile contattare il numero verde 800894007, il proprio medico di famiglia o le strutture indicate di seguito. Screening colon retto Uoc Gastroenterologia - Ospedale di Acireale Tel.

095.7677184/202 Laboratorio analisi di Tremestieri Etneo Tel. 095.7502312 Screening mammografico Uo Screening mammografico Via G. D'Annunzio, 60 - Catania Tel. 095.2545334 Screening ginecologico UO Screening mammografico Via G. D'Annunzio, 60 - Catania Tel. 095.2545303



REGIONE SICILIANA
ASSessorato REGIONALE DELLA SALUTE
DIPARTIMENTO ATTIVITÀ SANITARIE
ED OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO

CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE 2015-2016



NON FARTI INFLUENZARE È IL MOMENTO DI FARE IL VACCINO

Per avere informazioni e vaccinarti rivolgiti all'ambulatorio straordinario dell'ASP Catania
in Viale Fleming (ex P.O. San Luigi) tel. 095 8250234
dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 12:30 e martedì dalle 15:00 alle 17:00

LA VACCINAZIONE È LA PRINCIPALE OPPORTUNITÀ
PER PREVENIRE ALCUNE GRAVI MALATTIE INFETTIVE PER TE ED I TUOI CARI.

vedi anche:
www.costruiredsalute.it



Progetto cofinanziato dal Unione Europea - FESR Fondo Europeo di Sviluppo Regionale

www.aspct.it

[ONCOLOGIA]



Un "Lego molecolare" fa crescere i tumori

Le cellule cancerogene ricevono ossigeno e nutrimento da nuovi vasi sanguigni regolati da una proteina

PAOLO FRANCESCO MINISSALE

I tumori riescono a crescere e a diffondersi creando metastasi grazie a una sorta di Lego molecolare: un meccanismo che in gergo tecnico si chiama "splicing alternativo", attraverso il quale i mattoni che formano i geni umani possono essere tagliati e montati in modi diversi, permettendo a un singolo gene di produrre differenti proteine.

La scoperta, pubblicata su Nature Communications, è italiana e porta la firma dei ricercatori dell'Istituto di genetica molecolare Igm-Cnr di Pavia, dell'Istituto Firc di oncologia molecolare (Ifom) di Milano e del dipartimento di Bioscienze dell'università degli Studi di Milano. Il lavoro - sostenuto fra gli altri dall'Airc-Associazione italiana per la ricerca sul cancro - spiega in particolare come, proprio con lo splicing alternativo, una proteina detta Nova2 regola la formazione dei nuovi vasi sanguigni che portano ossigeno e nutrimento alle cellule tumorali. Bloccare questo processo, chiamato angiogenesi, è una delle strade che vengono battute in oncologia per cercare di far regredire un cancro affamandolo.

All'interno di questo filone di ricerca Costanza Giampietro, Gianluca Deflorian e Stefania Gallo - rispettivamente dell'università Statale di Milano, dell'Ifom meneghino e dell'Igm-Cnr pavese - coordinati da Claudia Ghigna ed Elisabetta Dejana, hanno dimostrato come la proteina Nova2, che si credeva presente esclusivamente nel cervello, in realtà sia espressa anche nelle cellule dei vasi sanguigni.

«Per la prima volta - riassume Ghigna dell'Igm-Cnr - il nostro gruppo ha dimostrato che lo splicing alternativo funziona anche durante lo sviluppo del sistema vascolare. Grazie a questo processo Nova2 regola l'angiogenesi ed è in grado di manipolare e ampliare le informazioni racchiuse nei geni, decidendo quando, dove e quali tipi di proteine, ma soprattutto con che quantità, devono essere sintetizzate». Per Giampietro della Statale e dell'Ifom di Milano, «il dato più importante emerso dalla collaborazione è che lo splicing alternativo regola la corretta formazione del lume dei vasi sanguigni durante lo sviluppo». E «queste osservazio-

ni in vitro - aggiunge Deflorian dell'Ifom - hanno trovato un'importante conferma in uno dei modelli di vertebrato più comunemente usati nei laboratori di ricerca: il pesce zebra».

La nuova scoperta evidenzia che lo splicing alternativo è cruciale per lo sviluppo di un organismo e per la regolazione delle sue funzioni biologiche, come il completamento della sequenza del genoma umano ha dimostrato. Il nostro corredo genetico è infatti costituito da 25.000 geni, un numero analogo a quello di organismi molto meno complessi, ma lo splicing alternativo produce quasi 90.000 tipi diversi di proteine, consentendo ai vari tessuti di differenziarsi. «In particolare - proseguono gli autori - lo studio dimostra la notevole somiglianza anatomica, strutturale e funzionale tra vasi sanguigni e nervi. Entrambi possiedono cellule specializzate che utilizzano meccanismi molecolari molto simili per guidare il loro corretto percorso e

Un meccanismo che in gergo tecnico si chiama "splicing alternativo" attraverso cui i mattoni che formano i geni umani possono essere tagliati e montati in modi diversi. Bloccare questo processo, chiamato angiogenesi, è una delle strade che vengono battute in oncologia per cercare di far regredire un cancro "affamandolo"

il raggiungimento dei tessuti bersaglio all'interno di un organismo».

Queste ricerche seguono ancora vie sperimentali e necessitano di una comprensione più approfondita dei meccanismi biologici che regolano la formazione di nuovi vasi sanguigni, precisano gli scienziati. Tuttavia il lavoro prova che «lo splicing alternativo è un processo fondamentale per la progressione tumorale, in quanto consente alle cellule cancerose di produrre proteine che le cellule normali non hanno. Approfondendo queste conoscenze - concludono gli studiosi - potremmo avere informazioni importanti per combattere numerose malattie umane, compreso il cancro, con lo sviluppo di nuovi e più specifici approcci terapeutici».

Ma cosa succede se risulta inefficace uno specifico trattamento chemioterapico, a base di antracicline o oxaliplatino a chi è affetto da tumore al seno o al colon? E' colpa di una mutazione genetica. Identificare la mutazione è stato possibile grazie all'uso di dispositivi microfluidici costruiti ad hoc nel laboratorio dell'Istituto di Fotonica e Nanotecnologie del Cnr, dal gruppo di Luca Businaro. È in sintesi la conclusione a cui è giunta un'équipe coordinata da Guido Kroemer del Gustave Roussy Cancer Campus e del Centre de Recherche des Cordeliers di Parigi, che ha visto coinvolto in prima linea un gruppo congiunto di ricercatori Isg-Cnr, in uno studio uscito sulla rivista Science.

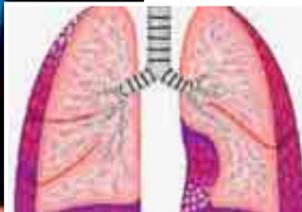
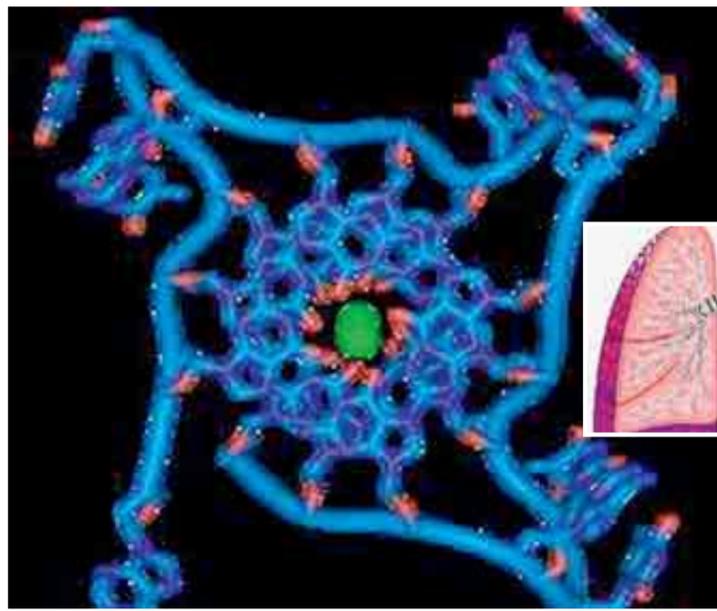
«L'individuazione di un link genetico predittivo della risposta alle chemioterapie basate su determinati farmaci - afferma Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto superiore di sanità - può avere una grande importanza per lo sviluppo di nuove terapie, in quanto pone le basi per strategie terapeutiche in grado di aggirare il difetto in quei pazienti oncologici che lo presentano».

Si tratta di un gene che codifica per il recettore Fpr1

(Formyl Peptide Receptor 1) espresso sulle cellule del sistema immunitario, deputato al riconoscimento del tumore. In seguito al trattamento con chemioterapici in grado di indurre morte cellulare immunogenica, il tumore esprime diverse molecole che il sistema immunitario prontamente capta. Una di queste, chiamata Annessina A1, si lega proprio al recettore Fpr1 attivando la risposta immunitaria.

«I nostri studi - spiega Fabrizio Mattei, capofila tra i ricercatori del Dipartimento di Ematologia, Oncologia e Medicina molecolare dell'Iss impegnati nell'indagine - hanno evidenziato come in mancanza del recettore Fpr1 sulle cellule immunitarie o dell'Annessina A1 sulle cellule carcinomatose trattate con antracicline o oxaliplatino, le cellule immunitarie sono quasi inibite, o comunque meno abili a captare le cellule maligne e quindi meno attive nel migrare verso il tumore. Risultano, in altre parole, incapaci di instaurare interazioni stabili con la cellula tumorale, requisito fondamentale per l'attivazione di una risposta immunitaria efficace». I ricercatori dell'Iss hanno dimostrato il ruolo dell'interazione Fpr1-Annessina A1 mediante un monitoraggio in tempo reale del movimento delle cellule del sistema immunitario verso le cellule tumorali sottoposte a chemioterapia. Gli studi in vivo effettuati nel laboratorio di Kroemer hanno infatti confermato la necessità che il sistema immunitario abbia il recettore FPR1 funzionale, affinché la chemioterapia sia efficace.

«È importante sottolineare - dichiara Businaro - che la ricostituzione su chip microfluidici di microambienti cellulari complessi ha diversi vantaggi. In primis permette di simulare sotto al microscopio processi estremamente difficili da osservare all'interno del corpo umano, costituendo dunque un nuovo e potente strumento di misura per lo studio sull'interazione tra popolazioni di cellule. In secondo luogo - conclude - questo approccio, grazie all'utilizzo di poche cellule provenienti dal donatore, è un passo decisivo per ricostruire in vitro organismi complessi e apre la strada non solo alla riduzione dell'utilizzo di animali in laboratorio, ma anche alla messa a punto di test diagnostico-predittivi per terapie personalizzate al servizio del paziente».



Nelle foto, sopra un'immagine di cancro al polmone; a sinistra la struttura di un quadruplex di dna

AL MUSEO DIOCESANO TRE GIORNI DI CONFRONTO SUGLI ASSETTI ORGANIZZATIVI DELLA MEDICINA DI LABORATORIO

Biologia molecolare all'Arnas Garibaldi di Catania efficienza ed efficacia delle moderne applicazioni

SERENA D'ARIENZO

Nella cornice della Pinacoteca del Museo Diocesano di Catania, da giovedì si svolgerà una tre giorni dedicata alla Medicina di laboratorio dal titolo "Applicazioni della biologia molecolare per il miglioramento degli outcome clinici", patrocinata dall'Arnas Garibaldi di Catania e sotto la responsabilità scientifica della dott. ssa Diana Cinà, direttore della Patologia clinica del presidio ospedaliero di piazza S. M. di Gesù. La finalità dell'evento è il miglioramento dell'outcome clinico e lo snellimento nella gestione dell'intero percorso diagnostico, ponendo al centro della discussione il paziente e i suoi

reali bisogni, con la consapevolezza che l'innovazione dell'assetto organizzativo e gestionale del laboratorio non può prescindere dall'implementazione dei moderni supporti tecnologici. Numerose le personalità che interverranno, provenienti dal settore accademico e da quello ospedaliero, tra cui Giuseppe Castaldo, docente all'Università "Federico II" di Napoli, Marcello Ciaccio, presidente nazionale eletto della Società italiana di biochimica e biologia molecolare clinica (SIBIoC), Francesco Ferrara, delegato regionale della SIBIoC e Pietro Cortese, presidente regionale della Società italiana di patologia clinica e medicina di laboratorio (SIPMeL). Durante la prima giornata interverran-

no il direttore generale dell'Arnas Garibaldi, Giorgio Santonocito e il responsabile Usmaf per le emergenze sanitarie, Claudio Pulvirenti, per illustrare il protocollo sinergico "Diagnosi in banchina", dedicato ai percorsi sanitari per la gestione dei migranti durante gli sbarchi, nato proprio dalla collaborazione tra il ministero della Salute e l'Azienda ospedaliera e che coinvolge diverse discipline nel settore dell'emergenza. «L'indirizzo multidisciplinare e la collaudata comunicazione tra le strutture - dice Santonocito - sono il marchio di fabbrica della nostra azienda ospedaliera. Un argomento così delicato come quello degli sbarchi accende inevitabilmente i riflettori del mondo sulla

nostra città, diventata ormai un punto di riferimento per il primo approccio alle malattie provenienti da Paesi esotici e lontani, come dimostrato anche dalla decisa presenza dell'Usmaf e del ministero della Salute nel progetto in questione. In tutto ciò, la biologia molecolare e le attività di laboratorio giocano un ruolo fondamentale». Nel caso del Garibaldi, il contributo al convegno prevede percorsi integrati che coinvolgono il dipartimento materno infantile, coordinato da Giuseppe Ettore, e le unità operative di Malattie infettive, Epatologia e Oncologia medica, dirette rispettivamente da Bruno Cacopardo, Maurizio Russello e Roberto Bordonaro. Proprio alla luce di un'assistenza sani-

taria correlata e condivisa, durante la prima giornata saranno illustrati lo stato attuale e le prospettive future della diagnostica molecolare nel campo delle malattie infettive, degenerative, neoplastiche, metaboliche e dell'infertilità di coppia. Il giorno successivo, invece, vedrà susseguirsi svariate sessioni incentrate sullo stato dell'arte dell'utilità diagnostica dei test molecolari, le diverse modalità di fertizzazione, le indicazioni da fornire ai medici prescriventi e si discuterà sull'efficienza ed efficacia delle nuove tecnologie molecolari. Infine, a conclusione del dibattito, sabato, saranno delineate alcune relazioni sulla medicina predittiva e la target therapy in ambito oncologico.



Diana Cinà, dir. Patologia clinica del presidio ospedaliero di S. M. di Gesù

All'apertura del congresso saranno presenti il sindaco di Catania, Enzo Bianco, l'assessore regionale alla Sanità, Baldassarre Gucciardi, il Rettore dell'Università di Catania, Giacomo Pignataro e il Presidente della Facoltà di Medicina e chirurgia di Catania, Francesco Basile.



Nella foto, il direttore generale dell'Arnas Garibaldi, dott. Giorgio Santonocito insieme con il direttore sanitario dell'Arnas Garibaldi, dott. ssa Anna Rita Mattaliano e il gruppo del Cao

A NESIMA INAUGURATO IL SERVIZIO NUTRIZIONALE PER PAZIENTI CON PATOLOGIE TUMORALI Garibaldi sempre più a vocazione oncologica

Alla presenza di numerosi pazienti, associazioni e addetti ai lavori, presso il presidio ospedaliero di Nesima, il direttore generale dell'Arnas Garibaldi, dott. Giorgio Santonocito, ha inaugurato stamattina il nuovo servizio nutrizionale per i pazienti del Centro accoglienza oncologico. Si tratta di un ambulatorio dedicato all'assistenza dei pazienti affetti da patologie tumorali sottoposti al trattamento di chemioterapia, di terapia radiante o di altre cure particolarmente invasive. Il percorso di assistenza è affidato a un'équipe specializzata nelle problematiche nutrizionali e dei disturbi alimentari, guidata dalla dott. ssa Lucia Frittitta e con il coordinamento del prof. Sebastiano Squadrito, direttore dell'unità operativa di Endocrinologia. «L'erogazione di un servizio tanto innovativo - dice quest'ultimo - nasce tenendo conto dei risultati di

numerose ricerche scientifiche, che hanno evidenziato l'importanza di un percorso nutrizionale personalizzato lungo tutto il decorso della patologia, per far fronte ai disturbi dell'apparato digerente che spesso insorgono in seguito al trattamento terapeutico del tumore. Dati scientifici alla mano, inoltre, si capisce facilmente come una dieta calibrata sulle esigenze del paziente possa contribuire a migliorare l'efficacia della chemio e delle terapie radianti». In questa prima fase, il servizio sarà accessibile esclusivamente ai pazienti ricoverati nell'unità operativa di Oncologia medica, diretta dal dott. Roberto Bordonaro, provvedendo in tempi brevi a metterlo a disposizione anche dell'utenza esterna. «Si tratta di un nuovo tipo di prestazione - aggiunge infine Giorgio Santonocito - che va a completare ulteriormente l'offerta dei servizi erogati dal Centro di

accoglienza oncologico del Garibaldi di Nesima. In questi ultimi mesi di attività, il Cao ha seguito centinaia di pazienti e ricevuto numerosi attestati di stima. Per sua stessa natura, il Centro oncologico è stato concepito per accogliere il paziente in tutte le fasi della malattia, offrendo un'assistenza sanitaria sfaccettata e multidisciplinare, senza escludere un supporto di natura psicologica nei confronti del malato e dei suoi familiari. Con l'attivazione dell'ambulatorio nutrizionale, viene fatto ancora un passo avanti verso le esigenze reali del paziente, da sempre al centro della nostra offerta sanitaria». Alla inaugurazione erano presenti anche il direttore sanitario dell'Arnas Garibaldi, dott. ssa Anna Rita Mattaliano e il direttore medico di presidio, dott. ssa Lita Mancigli.

S. D'A.



INTERVENTISTICA SPINALE

«Dalle ernie fino ai tumori la chirurgia mini-invasiva per la colonna vertebrale»

Il prof. Luigi Manfrè. «Le nuove metodiche Rx-Tac guidate»

VITTORIO ROMANO

Catania ha appena ospitato il Congresso internazionale «Sicily Spine, il dolore lombare. Update sulla chirurgia "a cielo chiuso" della colonna vertebrale e focus sul dolore lombare: dalla diagnosi al trattamento», che ha riunito scienziati provenienti dai più prestigiosi centri specialistici del mondo che si sono confrontati e hanno messo le loro esperienze al servizio dei colleghi in una tre giorni densa di conferenze e tavole rotonde. Presidente e organizzatore del congresso il prof. Luigi Manfrè, direttore dell'Unità operativa interventistica spinale mini-invasiva dell'azienda ospedaliera Cannizzaro di Catania.

Prof. Manfrè, sono emerse novità interessanti ai fini della ricerca e dell'applicazione pratica?

«Direi che, dal confronto di specialisti provenienti da diversi Paesi e di differenti specializzazioni, tra cui ricordiamo la Neuroradiologia interventistica, la Neurochirurgia, l'Ortopedia e l'Oncologia, si è mostrato grande entusiasmo verso le nuove metodiche Rx-Tac guidate, sempre più sofisticate ma meno "aggressive" per il corpo, in grado di curare le patologie della colonna vertebrale, dalle più comuni come l'ernia del disco a quelle più gravi come i tumori, migliorando la qualità di vita del paziente e riducendo sensibilmente rischi, complicanze e periodo di riabilitazione successivo all'intervento».

Oggi chi può risolvere i problemi alla colonna vertebrale sottoponendosi a

un intervento mini-invasivo?

«Premetto che la moderna interventistica spinale Tac guidata (chirurgia a "cielo chiuso") affianca e non sostituisce la chirurgia "a cielo aperto" tradizionale, ampliando la possibilità di trattare numerose patologie della colonna. Nel campo delle patologie degenerative, oggi è possibile trattare in maniera mini-invasiva tutti i dolori derivanti dalla degenerazione dei dischi e delle articolazioni lombari e cervicali (causa principale di mal di schiena e sciatalgia). Per quanto ri-

I risultati del congresso internazionale "Sicily Spine" svolto a Catania

guarda invece le malattie tumorali della colonna vertebrale, primitive (cioè originate nella colonna vertebrale) o "secondarie" (metastasi), assistiamo allo sviluppo di nuove tecniche Tac guidate (radioablazione, crioablazione, embolizzazione, uso di cementi medicati) in grado di distruggere il tumore o di ridurre il volume complessivo, migliorando i risultati ottenuti dal trattamento chemio e/o radioterapico dei tumori stessi».

Quali sono le patologie per le quali necessita ancora l'intervento tradizionale invasivo?

«Alcuni tipi di ernia (ernia espulsa, ernia con paresi) non trovano oggi soluzioni alternative all'intervento chi-

urgico tradizionale, così come fenomeni degenerativi quali la stenosi o l'instabilità vertebrale, quando estese a più di due vertebre. Se si tratta invece di patologia localizzata ad un unico livello, esistono oggi soluzioni Tac guidate mini-invasive decisamente valide sia da un punto di vista biomeccanico sia in termini di riduzione del dolore. Anche la patologia traumatica grave, così come tutte le situazioni in cui esiste una compromissione del movimento (paralisi), sono da considerarsi emergenze, ad esclusivo appannaggio della chirurgia "open"».

Qual è la casistica nella sua Unità operativa e quali sono le principali patologie che trattate?

«Ho cominciato a trattare le patologie della colonna vertebrale già dal 2001, effettuando uno dei primi casi Tac guidati di vertebroplastica nel nostro Paese. Oggi posso dire con orgoglio che all'ospedale Cannizzaro ho a disposizione tutte le metodiche di chirurgia "mini-invasiva" presenti, dai trattamenti di radio-crioablazione dei nervi articolari, alle varie tecniche chimiche o meccaniche - di distruzione di ernie contenute, da tutte le nuove tecniche di plastica e rimodellamento vertebrale, alle stabilizzazioni articolari, sino alle moderne metodiche di radioablazione (distruzione a calore) e crioablazione (distruzione a freddo) dei tumori della colonna».

Esistono ancora i viaggi della speranza per chi ha problemi al rachide? Se sì, qual è il suo consiglio?

«L'Italia è considerata oggi uno dei Paesi più all'avanguardia nella terapia



interventistica Tac guidata mini-invasiva, e i cosiddetti "viaggi della speranza" di una volta si sono decisamente ridotti: registriamo anzi un'inversione di tendenza, dato che pazienti provenienti anche da regioni del nord sono venuti nella mia struttura per terapia. Il consiglio che mi sento di dare è di ricercare sempre strutture che siano accreditate scientificamente, che abbiano esperienza specifica del settore (inutile rivolgersi a centri che trattano un po' di tutto, la superspecializzazione è elemento fondamentale del risultato di successo), considerando che esistono numerose associazioni scientifiche che forniscono un elenco dei Centri specializzati nel settore».

Quali sono le criticità nel vostro settore in Sicilia? Siete penalizzati rispetto ad altre strutture in Italia?

«La mancanza di un reparto totalmente dedicato con adeguato numero di posti letto incide in maniera negativa

nei confronti dell'utenza. Nel nostro campo è l'offerta che crea la domanda: ecco perché registriamo all'ospedale Cannizzaro una crescente richiesta di ricoveri per trattamento, che mette a dura prova spesso il medico. Fortunatamente, la combinazione di apparecchiature radiologiche all'avanguardia, la presenza di medici sempre più specializzati e di manager attenti alle esigenze sanitarie consente di ottenere un circolo "virtuoso", una sinergia d'intenti che ha permesso alla Sicilia, e a Catania in particolare, di essere sempre rappresentata in questi anni nelle principali assise scientifiche internazionali».

Cosa chiederebbe alla politica per la Sanità nell'Isola?

«Di investire su quelle metodiche di avanguardia, anche ultraspecialistiche, che renderanno le nostre Aziende sempre più pronte a dare la giusta risposta alla richiesta di salute che ci viene dalla nostra terra».

Sopra, il prof. Luigi Manfrè, direttore dell'Unità operativa interventistica spinale mini-invasiva dell'azienda ospedaliera Cannizzaro di Catania, mentre esegue un intervento Tac guidato mini-invasivo, detto "a cielo chiuso", alla colonna vertebrale. Una metodica all'avanguardia che comporta molti meno rischi per il paziente affetto da patologie del rachide

IL DOTT. ANTONELLO PRIVITERA: «BIOFEEDBACK E BIOELETTROSTIMOLAZIONE SFINTERIALE ANORETTALE, DUE TERAPIE INNOVATIVE»

GIUSEPPE PETRALIA

La stipsi cronica è uno dei più frequenti disturbi digestivi che interessano la popolazione. È stato stimato che il 25% dei soggetti adulti riferisce d'essere affetta da stipsi, con una media del 40% oltre i 65 anni d'età. Su questi disturbi ci dà risposte il dott. Antonello Privitera, responsabile della Diagnosi funzionale e cura delle malattie croniche intestinali e rieducazione del pavimento pelvico dell'Unità operativa di Chirurgia generale dell'azienda ospedaliera Cannizzaro di Catania.

Chi sono i soggetti stitici?

«I soggetti stitici possono essere inquadrati in 4 categorie: quelli con transito intestinale normale (59%), con rallentato transito (13%), con difficoltà all'evacuazione (25%) e con un disordine misto, rallentato transito associato a un'evacuazione difficoltosa (3%). La stipsi può essere causata da alterazioni coliche quali: la diverticolosi, il megacolon, le neoplasie, le rettocele, il prolasso rettale, l'anismo; da condizioni patologiche sistemiche quali: il diabete, l'ipotiroidismo, i traumi spinali, la sclerosi multipla, l'ictus cerebrale, o le farmacologiche quali: gli antidepressivi, i calcio-antagonisti, i lassativi, gli antiacidi. Più frequentemente, la stipsi, o falsa stipsi, è dovuta ad abitudini dietetiche inadeguate, legate a una diminuita assunzione di fibre».

Come si arriva alla diagnosi?

«La diagnosi si effettua, principalmente, in base alla raccolta dei sintomi, quali la frequenza delle defecazioni, e cioè, meno di 3 a settimana, in un tempo prolungato o con una sensazione di evacuazione incompleta, la presenza di feci dure. Gli

Stipsi cronica, un disturbo intestinale che interessa circa il 40% degli anziani

esami diagnostici sono radiologici, come i tempi di transito intestinali e defecografia, funzionali manometria anorettale e prove di stimolazione volumetrica rettale. La terapia è mirata al tipo di stipsi diagnosticata; la maggioranza dei pazienti risolve il problema seguendo consigli igienico-dietetici, mentre alcuni necessitano di diete personalizzate associate a tecniche rieducative del pavimento pelvico, come il biofeedback e la bioelettristimolazione funzionale sfinteriale anorettale. Solo in caso di ostruita defecazione, da rettocele, prolasso rettale o intussuscezione retto-rettale è indispensabile la correzione chirurgica del difetto anatomico. Terapie innovative, che hanno



contribuito alla risoluzione di numerosi casi di stipsi, sono il biofeedback (Biof.) e la bioelettristimolazione sfinteriale (BSF) anorettale. «Ci spieghi queste terapie innovative»

«Il Biof. è una tecnica di modifica del comportamento che utilizza strumenti computerizzati in grado di rilevare eventi fisiologici come la defecazione, trasformandoli in segnali visivi o acustici che sono, così, percepiti dal paziente. Obiettivo del Biof, nella stipsi cronica, è evidenziare il meccanismo del ponzamento, l'aumento della pressione addominale e la funzione della muscolatura addominale. Durante le sedute di Biof si registrano i movimenti anali ad ampolla vuota e, mostrandoli al paziente, gli viene spiegato come dovrebbe essere il tracciato normale. L'individuo, quindi, impara ad apprezzare la defecazione, rilasciando il canale anale, senza contrazione attiva sfinteriale, in coordinazione col torchio addominale.

contribuito alla risoluzione di numerosi casi di stipsi, sono il biofeedback (Biof.) e la bioelettristimolazione sfinteriale (BSF) anorettale. «Ci spieghi queste terapie innovative»

«Il Biof. è una tecnica di modifica del comportamento che utilizza strumenti computerizzati in grado di rilevare eventi fisiologici come la defecazione, trasformandoli in segnali visivi o acustici che sono, così, percepiti dal paziente. Obiettivo del Biof, nella stipsi cronica, è evidenziare il meccanismo del ponzamento, l'aumento della pressione addominale e la funzione della muscolatura addominale. Durante le sedute di Biof si registrano i movimenti anali ad ampolla vuota e, mostrandoli al paziente, gli viene spiegato come dovrebbe essere il tracciato normale. L'individuo, quindi, impara ad apprezzare la defecazione, rilasciando il canale anale, senza contrazione attiva sfinteriale, in coordinazione col torchio addominale.



RIPOSO MAI E STRESS ALLE STELLE: È LA GENERAZIONE DELLE DONNE "FACTOTUM"

Una vita senza fiato. Sotto pressione per affermarsi sul lavoro, con orari che si dilatano sempre di più. E fuori dall'ufficio la maratona continua per mantenere la casa in ordine, accudire i figli e accompagnarli nei loro impegni quotidiani. E assicurarsi che anche ai genitori anziani non manchi nulla. È la generazione delle donne "tuttofare", un esercito di 30-40enni affannate in aumento. L'allarme arriva dalla Gran Bretagna e a lanciarlo è la psichiatra Judith Mohring del Priory Wellbeing

Centre di Londra. «Le statistiche ufficiali - spiega - rilevano un picco di casi di stress sul posto di lavoro tra le donne di questa fascia d'età, legato all'eccesso di responsabilità, non solo nella vita professionale, ma anche nella sfera personale». I dati più recenti, pubblicati dall'ente pubblico britannico Health and safety executive, raccontano che le suddette della Regina, raggiunta la mezza età, hanno quasi il 70% di probabilità in più di soffrire di stress lavoro-correlato rispetto ai coetanei

uomini. Questa situazione si sta acuitizzando in particolare fra le donne tra i 35 e i 44 anni, fascia in cui i casi sono aumentati di quasi un quinto in 4 anni. Mohring, dalle pagine del Telegraph, traccia un quadro in cui le donne di oggi pagano un tributo non da poco alla rivoluzione del mondo del lavoro, perché strette fra 2 fuochi: da un lato la carriera, dall'altro la pressione per mantenere «i ruoli tradizionali delle donne». Figure sdoppiate che, un momento prima vestono i panni della

virago in tacchi e tailleur, e quello dopo incarnano l'angelo del focolare. I casi di stress da lavoro fra le 35-44enni sono a quota 2.090 ogni 100.000 donne con impiego, a fronte di 1.250 uomini della stessa età. Il tasso rosa di stress da ufficio è salito del 18% in 4 anni. Nella fascia delle donne 45-55enni i numeri sono ancora più alti, ma in leggera diminuzione: i casi di stress da lavoro sono 2.180 ogni 100.000 donne con impiego, 4 anni fa erano 2.200 per 100.000.

Gli obiettivi preposti si ottengono invitando il soggetto a contrarre e rilasciare la muscolatura sfinteriale volontaria, verificando in un istogramma su un monitor, l'efficacia della contrazione e del rilassamento stesso. La Bioelettristimolazione sfinteriale ha un duplice scopo, da un lato ottenere una contrazione passiva della muscolatura striata (sfintere anale esterno) per raggiungere una migliore performance contrattile, dall'altro restituire la coscienza del proprio sfintere, quando questa è stata persa. La Bsf, determinando una contrazione, involontaria, dello sfintere, attiva il fuso neuromuscolare. Questa tecnica terapeutica è eseguita con l'ausilio di un generatore di corrente a frequenza, ampiezza, intensità e ritmo adattabili alla patologia del paziente. Il Biofeedback e la Bioelettristimolazione sfinteriale anorettale sono utilizzati anche nell'incontinenza fecale, in cui hanno come fine l'incremento della capacità di contrazione dello sfintere anale esterno (muscolo della continenza) e il miglioramento della sensibilità allo stimolo volumetrico endoluminale».

Quali interventi vengono eseguiti in ambulatorio?

«Nel nostro ambulatorio, in 10 anni di attività, sono stati eseguiti 3.000 esami diagnostici di manometria anorettale e prove di stimolazione volumetrica anorettale, con oltre 30.000 sedute terapeutiche di Biof e Bsf, per un totale di 1.520 pazienti trattati con stipsi, incontinenza fecale e urinaria, riportando la risoluzione completa della sintomatologia in 1.210 casi, con il 68% nella stipsi e il 90% nell'incontinenza fecale e urinaria. Inoltre, nello stesso servizio, i pazienti non responsivi alle cure tradizionali, possono giovare di nuova terapia, la neuromodulazione sacrale, che consiste nell'impianto, con tecnica chirurgica mininvasiva, tramite la cute, in anestesia locale, di un elettrodo nel nervo spinale che regola i meccanismi della defecazione e della continenza».

[SALUTE]



I trattamenti e le cure per migliorare la vita del malato oncologico

Il calore della famiglia può aiutare il fisico e la mente

FRANCESCO MIDOLO

Il dolore fisico di un malato oncologico non è necessariamente correlato alla gravità della malattia. Piccoli tumori che comprimono un nervo possono farsi sentire molto più di altri di maggiore aggressività ed estensione. A seconda delle cause che lo provocano, il dolore oncologico può essere avvertito in diverse maniere. Punture di spilli, formicolii, sensazione dolorosa di freddo o altre forme di alterazioni della sensibilità, bruciore o scosse si avvertono quando "il male" comprime o coinvolge dei nervi. Può manifestarsi anche come dolore profondo, sordo o pulsante per esempio quando è dovuto all'infiltrazione di un osso da parte della malattia. Crampi e trafitture dolorosissime invece, fanno male al paziente quando la massa tumorale ostruisce o comprime dei visceri. Non tutti i pazienti oncologici però provano dolore. Si calcola che, durante la malattia, lo provi dal 30% al 50% dei pazienti. Mentre nelle fasi più avanzate, quando la malattia raggiunge il punto di non ritorno, l'impossibilità alla cura, il sintomo si fa più frequente, colpendo dal 70% al 90% dei pazienti. Nella maggioranza dei casi esiste la possibilità di controllarlo. Il dolore dovuto al cancro può essere acuto, per esempio quando è provocato dalle conseguenze immediate di un intervento, o cronico quando il sintomo tende a persistere per mesi. Le fluttuazioni di intensità del dolore da cancro sono comuni e il verificarsi di episodi significativi di dolore che sfuggono al controllo di una terapia è

stato definito "dolore da sfondamento". In questo caso il medico aggiungerà alla terapia un ulteriore antidolorifico da prendere al bisogno. Il dolore oncologico può dipendere dalla malattia o anche dai suoi trattamenti. A volte il dolore può essere avvertito in una sede diversa da quella dell'organo colpito (dolore riflesso) oppure nonostante l'organo ammalato sia stato amputato chirurgicamente.

La massa tumorale in molti casi, può provocare dolore in vari modi, ostruendo visceri come l'intestino, comprimendo o infiltrando il tessuto nervoso stesso oppure ossa, articolazioni o altri tessuti innervati. Inoltre la sensazione dolorosa può essere evocata dalla distensione della capsula che riveste alcuni organi come nel caso del fegato, o dalla pressione su cavità chiuse come il sistema nervoso centrale, a causa dell'aumento di volume occupato dal tumore che cresce. Talvolta sono gli stessi trattamenti usati per combattere la malattia a provocare dolore acuto o cronico, di minore o maggiore intensità. Il dolore post operatorio dopo un intervento chirurgico in genere si può controllare e passa in pochi giorni.

Il dolore può essere provocato anche dalla radioterapia, che può arrossare, irritare e bruciare la pelle oppure provocare cicatrici dolorose. Alcuni farmaci usati in chemioterapia possono provocare bruciore nella sede di iniezione, intorpidimenti e formicolii alle mani e ai piedi; altri possono favorire la formazione di afte.

Non esiste un esame strumentale che

Il calore della famiglia ed il coinvolgimento in azioni quotidiane aiutano a distogliere l'attenzione dal dolore e dalla malattia, aiutando sia il fisico sia la mente

consenta di misurare il dolore che perché differenziandosi da paziente a paziente, rimane un'esperienza del tutto soggettiva. Tuttavia è molto importante per i medici conoscere bene le caratteristiche del sintomo, attraverso una serie di domande rivolte al paziente, per cercare di capire quali ne potrebbero essere le cause, ed eventualmente, se possibile, rimuoverle. Occorre anche una valutazione quantitativa, cioè stabilire l'intensità del dolore avvertito dal paziente, per capire se la cura funziona e quando eventualmente occorre cambiarla. Per questo si usano in genere delle scale di diverso tipo, che possono essere verbali, numeriche o analogiche visive, attraverso disegni, utili soprattutto con i bambini.

Alcuni dolori infatti possono anche essere correlati all'aggravio della malattia in corso. La terapia del dolore fa parte a pieno titolo delle cure contro il cancro e sempre più pazienti si rivolgono al proprio medico per chiedere tutti i possibili provvedimenti, farmacologici e non, per alleviare il sintomo e affrontare me-

glio la cura della malattia. Oltre ai farmaci, ci sono anche piccole accortezze quotidiane che aiutano il paziente a sopportare meglio o alleviare il dolore. Ad esempio cambiare posizione nel letto ogni due ore aiuta a prevenire rigidità e piaghe da decubito.

Beneficio si può trarre anche da massaggi, impacchi caldi o freddi, esercizi di rilassamento e di respirazione.

Beneficio si può trarre anche da massaggi, impacchi caldi o freddi, esercizi di rilassamento e di respirazione. Infine ma non per grado di importanza, c'è il calore della famiglia ed il coinvolgimento in azioni quotidiane che aiutano a distogliere l'attenzione dal dolore e dalla malattia, aiutando sia il fisico sia la mente. Lunghe e piacevoli discussioni su argomenti positivi, passeggiate (ove il paziente fosse in grado) in luoghi come il mare o la montagna per trarre beneficio e godere del paesaggio. Dedicarsi alla lettura dei libri e dei quotidiani, progettare il futuro prossimo in maniera ottimistica. Avere il cancro non deve essere motivo di vergogna, ma ragione di forza. Perché la paura, che si annida nelle pieghe dell'imbarazzo della malattia, si sconfigge anche così, con le parole.



DA VENT'ANNI ATTIVA IN SICILIA

"Samo", assistenza domiciliare gratis a pazienti terminali

La Samo, società di assistenza domiciliare per malati terminali, opera in convenzione con le Asp di pertinenza del territorio siciliano da circa vent'anni. L'assistenza prevede un intervento domiciliare gratuito di un'equipe multidisciplinare (medico palliativista, infermiere, psicologo, fisioterapista e assistente sociale). Come si può accedere all'assistenza domiciliare? Risponde il presidente della Samo, dott. Luigi Zanca: «Su richiesta del medico di base, che attesta la terminalità del paziente, previo confronto clinico con la struttura preposta delle Asp e attiva un dialogo con la famiglia attraverso un incontro preparatorio che serve a chiarire sia il tipo di procedura da seguire sia ad accertare le condizioni economico-socio-ambientali della famiglia. Quindi si avvia l'intervento terapeutico».

Continua ad esserci la presenza del medico di base? «Sì. Anzi è auspicato un rapporto di continuo confronto».

Sul tipo di assistenza offerta interviene la dott. ssa Venera Cavallaro, assistente sociale della Samo. «Valutiamo - dice - la struttura familiare, individuando le esigenze della famiglia, e valutiamo i bisogni di cui il paziente necessita; quindi facciamo un lavoro di programmazione e mediazione con strutture assistenziali, case di riposo, Comune, servizio sociale, contributo economico e segnalazione della presenza di minori o disabili che necessitano di protezione. Curo anche il rapporto con la Asl per la fornitura di presidi ed ausili, e in ultimo l'Inps per il riconoscimento dell'assegno di pensione».

Chiediamo adesso al prof. Sebastiano Mercadante, del comitato scientifico della Samo, una breve sintesi delle cure palliative e terapia del dolore: «Lo scopo delle cure palliative - dice - è il raggiungimento della miglior qualità di vita. Purtroppo spesso le cure palliative sono considerate equiparabili alle cure di fine vita. Per i suoi connotati emozionali il dolore è il sintomo più rilevante, anche se paradossalmente risulta trattabile nella maggior parte dei casi, rispetto ad altri sintomi».

Gli oppioidi sono i farmaci di scelta per il dolore da cancro. Purtroppo l'Italia risulta il Paese a più basso consumo di questi farmaci essenziali. Le ragioni sono legate allo stigma della dipendenza e a un timore immotivato, spesso legato all'ignoranza degli effetti collaterali. Questi farmaci infatti devono essere impiegati da medici competenti. Spesso le cure palliative sono considerate cure di basso livello. Viceversa richiedono competenze ed esperienze di livello superiore. Da molti anni è stato istituzionalizzato un master di cure palliative all'Università di Palermo, diretto proprio dal prof. Mercadante il quale ha diplomato centinaia di persone che attualmente lavorano in vari settori delle cure palliative.

RIMEDI ALTERNATIVI AL TRATTAMENTO ANALGESICO COME LA NEUROMODULAZIONE O LA NEUROLESIONE DI ALCUNE STRUTTURE NERVOSE

PIERANGELA CANNONE

Il dolore rende spesso il soggetto inabile sia dal punto di vista fisico sia emotivo. La Legge 38 del 2010 garantisce al cittadino la possibilità di tutelare il diritto inalienabile di non soffrire. Si tratta di una giurisdizione davvero innovativa: per la prima volta al malato è garantito l'accesso nei centri specializzati alle cure palliative e alla terapia del dolore, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze. In Sicilia, a Enna, da circa due anni è aperto lo "Spoke di terapia del dolore", dipendente dal Servizio di anestesia e rianimazione del polo ospedaliero Umberto I. L'equipe del centro è così composta: dott. Michele Politi, primario; dott. Ezio De Rose, responsabile; dott. ssa Emilia Lo Giudice e Angela Cancaro, medici. L'unità ha l'obiet-

Ospedale Umberto I di Enna, da 2 anni è attivo lo "spoke di terapia del dolore"

tivo di trattare il dolore cronico benigno, problema di forte diffusione nella popolazione.

«Molti pazienti - dice la dott. ssa Lo Giudice - riescono a ottenere un adeguato sollievo dal dolore ricorrendo a comuni analgesici, alla fisioterapia o alla chirurgia correttiva. Tuttavia, non sempre questi rimedi funzionano. In alcuni casi, quando il trattamento analgesico non è più efficace o comporta spiacevoli e gravi effetti collaterali, è possibile fornire rimedi diversi come la neuromodulazione o la neurolesione di alcune strutture nervose, tramite tecniche di terapia analgesica mini-invasiva per via percutanea che possono rappresentare una valida alternativa. Le terapie mininvasive



LO GIUDICE, CANCARO, DE ROSE

hanno avuto uno sviluppo notevole negli ultimi anni. Sono procedure eseguite in elezione, in anestesia locale, con monitoraggio di base e l'ausilio di una breve sedazione se necessario. Un particolare ringraziamento deve essere rivolto a tutta la direzione dell'Asp4 dell'Umberto I che ha avuto la sensibilità di capire l'importanza della terapia del dolore e ha incoraggiato l'esecuzione di tecniche innovative».

Nello "Spoke di terapia del dolore" di Enna è possibile effettuare la visita algologica, le infiltrazioni peridurali selettive, le infiltrazioni delle faccette articolari, le infiltrazioni delle articolazioni ecoguidate (anca, ginocchio, spalla, sacroilica ecc.).

Si eseguono, inoltre, interventi mininvasivi

di radiofrequenza pulsata e discectomia laser per le radicolopatie cervicali e lombari, l'elettrostimolazione midollare per le stenosi del canale e le Fbss (sindromi da fallimento chirurgico), la neuromodulazione o neurolesione di strutture nervose periferiche per dolori cronici della colonna, della spalla, dell'anca, del ginocchio e altri distretti corporei. Si effettuano, ancora, le procedure interventistiche più innovative ed efficaci introdotte nei centri nazionali e internazionali più prestigiosi. La più recente di queste procedure è la "crioneurolisi", la cui innovazione tecnologica consiste nel fatto che lavora a bassissime temperature, circa -72 gradi, con notevoli vantaggi per il paziente trattato, come una immediata riduzione del dolore, assenza di complicanze legate alla procedura, efficacia superiore alle metodiche attuali. Questa tecnica, inoltre, è molto versatile: può essere utilizzata per il dolore cronico di diversi distretti corporei.

Per informazioni chiamare lo 0935.516279 o lo 0935.516289

La **Mission aziendale** è sviluppare insieme alla classe medica innovative metodiche interventistiche in Terapia del Dolore e per le patologie della colonna vertebrale, progettare dispositivi medicali di altissima qualità e con la più alta efficacia per il benessere dei pazienti.



Medical Concepts
Bringing Excellence in Pain Management

myspinehealthcare.com

MEDICAL CONCEPTS HEALTHCARE S.R.L.

Via Sgropillo, 7 San Gregorio di Catania - Tel. +39 095 6145932 Fax +39 095 2246136

L'azienda **Medical Concepts** organizza attività formative, training, corsi e seminari indirizzati ai medici per diffondere l'utilizzo dell'ecografia, quale innovativa tecnica applicata alle procedure infiltrative ed interventistiche in Terapia del Dolore.



[PROFILASSI]

Calo delle vaccinazioni 5.000 bimbi non protetti da diverse malattie

Fari su efficacia e presunti effetti nefasti dell'immunizzazione

ORAZIO VECCHIO

«**V**acciniamo anche i media», titolava l'altra settimana Il Sole 24 Ore Sanità, che di fronte al preoccupante dato del crollo delle vaccinazioni nei bambini suggeriva maggiore responsabilità agli operatori dell'informazione, non solo a quelli della sanità, per contenere certi atteggiamenti di diffidenza da parte degli adulti. Al di là della provocazione, il dibattito sull'efficacia delle vaccinazioni e sui loro presunti effetti nefasti, in realtà, non è nuovo e anzi si ripete ogni anno. Nel tempo, però, l'accento si è via via spostato dal "core" del problema alla sua trattazione, nella misura in cui è aumentato il ricorso ai social media: sono questi, infatti, che alimentano voci spesso incontrollate, quasi sempre infondate.

Con conseguenze evidenti dai numeri: le vaccinazioni dei bambini in Italia sono in costante calo, oggi sono circa 5mila quelli che ogni anno non vengono vaccinati contro malattie come poliomielite, difterite e tetano. Addirittura, in 10mila - riporta il Sole Sanità - non ricevono nei tempi dovuti il vaccino per il morbillo e la rosolia. Stando ai dati dell'Istituto superiore di sanità, negli ultimi due anni le vaccinazioni sono scese del due per cento e la "quota copertura" si è attestata ai livelli più bassi degli ultimi dieci. Nel 2013, le coperture nazionali contro poliomielite, tetano, difterite, epatite B e pertosse hanno superato di poco il valore minimo previsto, pari al 95%. Tanto che più volte il

ministro della Salute Beatrice Lorenzin si è spesa a sostegno delle vaccinazioni. Più di recente, si è arrivati a ipotizzare il divieto di ingresso a scuola a chi non è vaccinato, che pure, ad esempio, è stato introdotto di recente in due degli Stati Uniti: California e Missisipi. In generale, negli USA si è assistito a un giro di vite sull'obbligatorietà dei vaccini. In tal senso ha pesato la vicenda di Rhett Krawitt, un bambino di 7 anni guarito dalla leucemia, impossibilitato ad andare a scuola a causa della presenza di compagni non vaccinati che lo espone al rischio di contrarre malattie per lui mortali quali il morbillo o la varicella.

In Italia è mancata una storia simile: non ha avuto analoga eco la morte di una bambina di un mese per pertosse all'ospedale Sant'Orsola di Bologna, anche se in quel caso non sono chiari i legami con la vaccinazione. Né bastano i numeri diffusi dall'Organizzazione mondiale della Sanità, secondo la quale nell'attuale decennio i vaccini salvano 2.5 milioni di vite all'anno, ovvero 5 vite al minuto, e un quarto dei 10 milioni di bambini che muoiono ogni anno si salverebbe se avesse accesso ai vaccini più elementari. Esperti di Asset, progetto europeo che punta a coinvolgere l'intera società civile nella preparazione alle epidemie e pandemie, ha analizzato la campagna #iovacchino su Twitter e Facebook, lanciata in Italia da Miriam Maurantonio, che ha chiesto ai genitori di inviare un selfie con l'hashtag #iovacchino: a parte un picco di un paio di giorni, la visibilità della campagna è



rimasta piuttosto bassa. Sui social spopolano, al contrario, svariati argomenti, come la connessione tra vaccino e autismo nei bambini: «Più che in una singola sfera, oggi l'opinione che viaggia su Facebook e simili è frammentata in un arcipelago di "bolle", ciascuna così omogenea al suo interno da espellere ogni argomento difforme senza neanche discuterlo», ha scritto a proposito Roberto Satolli sul Fatto Quotidiano. Ma perché certi atteggiamenti prendono piede e altri rimangono sotto traccia? Gli esponenti di Asset sostengono che la di-



I NUMERI

Oggi sono circa 5mila i bambini che ogni anno non vengono vaccinati contro malattie come poliomielite, difterite e tetano. Addirittura, in 10mila - riporta il Sole Sanità - non ricevono nei tempi dovuti il vaccino per il morbillo e la rosolia. Stando ai dati dell'Istituto superiore di sanità, negli ultimi due anni le vaccinazioni sono scese del due per cento e la "quota copertura" si è attestata ai livelli più bassi degli ultimi dieci. Nel 2013, le coperture nazionali contro poliomielite, tetano, difterite, epatite B e pertosse hanno superato di poco il valore minimo previsto, pari al 95%.

sputa sui vaccini non è solo una questione di informazioni che possa essere risolta fornendo evidenze scientifiche da contrapporre a pretese infondate. Anzi, nel dibattito in corso il pubblico è già sopraffatto da informazioni: da un lato quanti difendono i vaccini come uno dei più grandi progressi nella storia dell'umanità, dall'altro quelli che li considerano una pericolosa minaccia per la salute dei bambini dovuta agli interessi economici di Big Pharma. La differenza sta nelle modalità di comunicazione: gli uni forniscono dati, grafici e testimo-

nianze documentate da numerosi studi; gli altri sono sostenuti da singoli individui con grandi doti comunicative che si appellano a emozioni e paure. Due studi corroborano tale tesi. Lo scienziato cognitivo Brendan Nyhan ha dimostrato l'inadeguatezza della comunicazione pubblica sui vaccini se questa è orientata a correggere le percezioni distorte; piuttosto, le persone delle quali i genitori hanno più fiducia e dalle quali accolgono le informazioni sono quelle familiarmente o socialmente più vicine o i

medici che hanno in cura i malati, in questo caso i bambini. Secondo un altro studio, in questo ambito è impossibile correggere la disinformazione smentendo false credenze: la comunicazione è viceversa efficace «se alle persone si mostrano immagini di bambini con morbillo, rosolia o pertosse, cioè se si mette l'enfasi sul rischio associati alla malattia il risultato è stato un cambiamento significativo dell'atteggiamento», scrivono Gilberto Corbellini e Alberto Mantovani sul Sole 24 Ore ("I vaccini sono utili e bisogna dirlo chiaro").

RICERCA PRESSOCHÉ FERMA E MALATTIE DELL'ALBERO RESPIRATORIO IN COSTANTE CRESCITA. INTERVISTA AL PROF. NUNZIO CRIMI

ANGELO TORRISI

L'esigenza si avverte soprattutto nell'ambito della pneumologia. Sos antibiotici: Urgono molecole nuove. Da molti anni la ricerca è quasi ferma nel settore e cominciano a emergere le resistenze dei microrganismi patogeni nei confronti dei vecchi prodotti. Dopo l'orgiastica produzione di un trentennio addietro si avverte adesso il fenomeno opposto: e cioè la mancata immissione in commercio di molecole nuove sicché i medici cominciano a avvertire le conseguenze di tale carenza attraverso il rilievo di quelle resistenze da parte dei microrganismi patogeni nei confronti delle vecchie molecole. Un fenomeno, questo, che pur mantenendosi ancora entro limiti non proprio allarmanti, impone purtuttavia la necessaria attenzione. Talune patologie, infatti, come quelle a carico dell'albero respiratorio, per via della loro crescente incidenza cui si aggiunge la tendenza alla cronicizzazione e relativa riacutizzazione, impongono sempre più agli specialisti una vera e propria "giostra" nella scelta di tali farmaci. Come ci spiega un addetto ai lavori: il catanese Nunzio Crimi, ordinario di Malattie respiratorie dell'Università di Catania, cui chiediamo innanzitutto lumi sulle cause alla base, appunto, dell'enorme incremento delle patologie broncopulmonari. «Sicuramente - afferma lo studioso - l'ambiente, inteso come l'aria che respiriamo, è mutato negli anni; la produzione di scarichi industriali, l'inquinamento delle città per l'incremento dei gas prodotti dal traffico urbano sono fattori che da soli possono spiegare perché il nostro apparato respiratorio è continuamente soggetto a insulti esterni, senza poi contare il fumo di sigaretta, sia attivo sia passivo, il maggiore responsabile».

E' possibile, accanto ai fattori ambientali esterni, ipotizzare cambiamenti individuali?

«Nelle ultime decadi si assiste a un sostanziale mutamento delle condizio-

Pneumologia e resistenza agli antibiotici Servono nuove molecole in commercio

ni di vita dell'individuo: Innanzitutto è cresciuta l'età media di sopravvivenza nelle società più evolute. Ciò fa sì che sono aumentate tutte le patologie legate all'età più avanzate e, fra queste, quelle respiratorie rappresentano una percentuale non indifferente. L'età avanzata rappresenta inoltre un fattore di gravità maggiore. Un altro fattore che favorisce le infezioni respiratorie è il deficit immunologico delle difese del soggetto. Deficit che spesso è acquisito in seguito a trattamenti terapeutici con farmaci immunosoppressori. Tali interventi sono sempre più frequenti sia in ambito oncologico sia in ambito reumatologico».

Ma i batteri in particolare sono mutati anche loro? Sono più resistenti agli antibiotici?

«Certo, assistiamo a una continua evoluzione in questo senso. Sicuramente gli antibiotici hanno costituito un'arma eccezionale contro le infezioni respiratorie che, in epoca antecedente alla loro introduzione, portavano spesso a morte. Oggi sicuramente l'avvento degli antibiotici ha permesso di fronteggiare con successo queste infezioni riducendone la mortalità. Ma negli ultimi anni si è assistito a un forte e progressivo cambiamento. Da un lato sono diventati emergenti germi prima sconosciuti e fonte di infezioni gravi e resistenti alle comuni terapie. Dall'altro tra i vecchi germi si sono selezionati sempre più ceppi resistenti agli antibiotici. Ciò fa sì che anche banali infezioni da streptococchi, stafilococchi, haemofili possono costituire un rischio di infezioni anche gravi, non facilmente aggredibili dagli antibiotici a disposizione».

Queste infezioni respiratorie più diffici-



li sono quindi aumentate?

«Certamente assistiamo a processi infettivi delle vie respiratorie tracheiti, bronchiti, polmoniti, che prima si curavano in pochi giorni e che oggi necessitano di cure più lunghe e aggressive».

Ma non ci sono nel 2000 nuovi antibiotici in grado di aggredire meglio queste infezioni?

«Purtroppo assistiamo, anche in questo caso a un mutamento paradossale rispetto al passato. Da circa 10 anni non abbiamo più nuovi prodotti come frutto di nuove ricerche e le prospettive per il futuro non sono incoraggianti. Per almeno altri 10 anni non sembra che ci siano nuove molecole di antibiotici da immettere nel mercato, il che significa che dobbiamo usare gli attuali antibiotici con parsimonia e con oculatezza onde evitare l'incremento delle resi-

stenze e della selezione di germi più aggressivi». **Paradossalmente l'uso stesso degli antibiotici ha favorito questo fenomeno?**

«Sì, sicuramente negli ultimi anni in tutto il mondo e anche in Italia sono diventate sempre più frequenti le infezioni respiratorie sostenute da germi particolarmente aggressivi e resistenti ai più comuni antibiotici. Lo stesso uso di antibiotici, a volte non indicato, ha favorito questo fenomeno oggi diventato un grosso problema. Faccio un esempio: normalmente durante un'infezione virale delle vie respiratorie, il semplice raffreddore, o la più grave influenza, vengono spesso utilizzati impropriamente antibiotici, questi sono inutili contro i virus, ma il loro uso può uccidere la maggior parte dei germi presenti nelle nostre vie aeree e nello stesso tempo può selezionare altri bat-

teri resistenti allo stesso antibiotico: questi ultimi trovano un terreno fertile per svilupparsi e per diffondersi, non solo nello stesso soggetto, ma anche in altri individui, magari più immunodepressi».

Ma Lei ha parlato di un fenomeno paradossale cosa intende dire?

«Oggi le industrie farmaceutiche investono sempre meno su nuove ricerche per nuovi farmaci antibatterici per motivi anche economici. Basta considerare che per ogni nuovo farmaco sono necessari almeno 7 - 10 anni di ricerca e di vari processi perché il farmaco arrivi in farmacia, ma non sempre la ricerca è fortunata. A fronte di ciò i costi relativi sono lievitati si parla di 5 - 10 miliardi di dollari di spesa e investimenti per una nuova molecola, che non sempre si è sicuri che va in porto. Ma a fronte di tutto ciò c'è anche da considerare che l'industria a parità di investimento necessario per una nuova molecola preferisce indirizzare la propria ricerca verso farmaci di utilizzo più allargato e più prolungato nella nostra popolazione».

A cosa si riferisce?

«Paradossalmente l'aumento dell'età media di sopravvivenza ha favorito l'incremento delle patologie croniche degenerative dell'anziano che necessitano di cure per decenni e di cui bene o male tutti abbiamo bisogno; mi riferisco agli antiipertensivi, agli ipocolesterolemici, agli antiartrosici, agli inibitori di pompa per la gastrite, agli antidepressivi, tutti farmaci che vengono utilizzati dalla maggior parte della popolazione anziana e per decenni. Ciò non succede per gli antibiotici il cui uso è limitato nel tempo e per patologie acute».

LA SICILIA
www.lasicilia.it

Direttore responsabile
Mario Ciancio Sanfilippo

Editrice
Domenico Sanfilippo Editore SpA



In redazione:
Giovanna Genovese

Hanno collaborato:
Paola Altomonte
Pierangela Cannone
Manuela Correr
Serena D'Arienzo
Monica Greco
Gabriella Magistro
Francesco Midolo
Paolo Francesco Minissale
Jessica Nicotra
Giuseppe Petralia
Vittorio Romano
Angelo Torrisi
(consulente scientifico)
Orazio Vecchio
Francesco Zaioro

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

Giacomo Villa
095.7306336
347.3718229

Marzia Maccarrone
095.7306353
368.3032936
336.699395

[MALATTIE RARE]



Febbri periodiche nei bambini sindromi poco note

Le infiammazioni innescate da mutazioni genetiche

PAOLA ALTOMONTE

Si ripresentano puntuali, inesorabili. Con temperatura alta, dolori articolari, muscolari o addominali, tonsillite. Sono dovute a un'alterazione dei meccanismi di controllo dell'infiammazione. Sono le febbri periodiche o ricorrenti, malattie auto infiammatorie dei bambini. Si tratta di condizioni diverse causate da mutazioni di geni che codificano per proteine. E che svolgono un ruolo fondamentale nella regolazione della risposta infiammatoria. Alcune delle sindromi sono ancora poco note e studiate e, anche se al giorno d'oggi c'è molta più consapevolezza di questi disturbi, la rarità e la relativamente recente identificazione come entità autonome, può spesso risultare in una diagnosi ritardata. È infatti solo dal 1997 che si sono individuate le alterazioni genetiche, quindi ereditarie, coinvolte in alcune febbri ricorrenti. I geni difettosi producono proteine malfunzionanti con un ruolo essenziale nella risposta immunitaria. Si innesca così un processo infiammatorio. Come se scoppiasse un incendio e mancassero i pompieri per spegnerlo. Clinicamente le sindromi autoinfiammatorie sono caratterizzate da episodi ricorrenti di infiammazione sistemica che si presentano nella maggior parte dei casi come episodi di febbre improvvisa associata a elevazione delle proteine di fase acuta. Con manifestazioni cliniche come rash cutanei, sierosite (peritonite, pleurite), linfadenopatia e artrite.

«Gli intervalli liberi da sintomi sono caratterizzati da completo benessere e normalizzazione degli indici di infiammazione», dice Patrizia Barone (nella foto), responsabile del centro di riferimento regionale per prevenzione diagnosi e cura del-

le malattie rare reumatologiche del bambino del Policlinico Vittorio Emanuele di Catania. La maggior parte dei disturbi ha un esordio precoce che va dalle prime ore al secondo decennio di vita. Solo un numero limitato di pazienti sperimentano una insorgenza della malattia durante l'età adulta. Spesso hanno nomi difficili e vengono indicate per comodità con sigle strane: Traps, Fcas, Iper-Igd. La più nota è la febbre mediterranea familiare (Fmf). C'è poi un'altra condizione non genetica, la sindrome Pfapa.

Una madre racconta che il suo piccolo Giovanni era un bambino sanissimo fino a 2 anni. Quando sono cominciate febbri e tonsilliti. Gli episodi si ripresentavano ogni 20 giorni, a volte meno. Febbre altissima che non scendeva neanche con la tachipirina. Non era dovuta a un'infezione e gli antibiotici erano inutili. Ora ha 5 anni e tutta la famiglia vive nell'incubo della prossima febbre. Non si possono programmare vacanze, la vita ruota intorno a Giovanni e alle sue febbri. Vengono eseguite innumerevoli indagini. Tutto risulta normale e Giovan-

ni, tra una crisi e l'altra, sta benissimo, cresce bene, ha appetito, sembra un altro bambino. Viene visitato da pediatri, otorinolaringoiatri, infettivologi. Uno specialista finalmente ipotizza una Pfapa, un tipo di febbre periodica. Però vanno considerate anche una sindrome Iper-Igd o una Traps e preferisce approfondire con altri esami. La Pfapa è di gran lunga la più comune delle febbri ricorrenti e quella in cui ogni pediatra ha la possibilità di imbattersi. Fu descritta per la prima volta nel 1987 e, di solito, colpisce i bambini con meno di 5 anni con episodi febbrili che si ripresentano ogni 2-9 settimane con puntualità. Non si sa se abbia un'origine genetica, ma potrebbe averla. La febbre, generalmente alta (fino a 40°) com-



UNA STANZETTA DEL CENTRO MALATTIE RARE REUMATOLOGICHE PEDIATRICHE DEL POLICLINICO

pare d'improvviso e dura fino a 5 giorni, accompagnata da malessere, stomatite aftosa, faringite, cefalea. Alcuni bambini hanno anche nausea, vomito, dolori addominali e muscolari, rash cutaneo. Nonostante gli episodi febbrili ricorrenti, i bambini crescono bene. In certi casi l'asportazione delle tonsille ha risolto la malattia.

Oggi, anche se le conoscenze di queste sindromi sono migliorate, la diagnosi non è sempre facile. I sintomi, oltre agli accessi febbrili, sono svariati: dolori addominali e articolari, afte orali, rash cutaneo, faringite, cefalea e altri ancora. Naturalmente dovrà essere operata un'attenta diagnosi differenziale con numerose condizioni, ma alcune caratteristiche vengono in aiuto nel percorso diagnostico. Il gene difettoso della febbre mediterranea familiare fu individuato nel 1997, quello della sindrome da Iper-Igd e della Traps 2 anni dopo e nel 2001 sono state identificate le variazioni genetiche per la criopirina collegate a 3 malattie autoinfiammatorie: la Cinca, la Fcas, e la sindrome di Muckle-Wells. La prima è la più insidiosa, ma anche molto rara. Scoprire le alterazioni congenite che mandano in tilt i meccanismi infiammatori può essere utile per mettere a punto terapie efficaci. Se la mutazione del gene, come nel caso della criopirina, interferisce sui meccanismi di regolazione dell'attivazione e secrezione dell'interleuchina 1, oggi si può ricorrere a un farmaco biotecnologico, l'inibitore di questa molecola, l'Anakinra. Finora la mutazione genetica è nota solo nel 20-25% dei casi, le altre forme au-

toinfiammatorie sfuggono. Non si sa in quale misura colpiscano, non esiste un registro per queste malattie e probabilmente sono la punta di un fenomeno più rilevante.

A questo scopo è nato un progetto Eurofever project, promosso dal gruppo di lavoro Malattie autoinfiammatorie del Paediatric rheumatology european society con l'obiettivo di: sensibilizzare pediatri e reumatologi pediatri per il rapido riconoscimento delle malattie autoinfiammatorie; fornire una corretta informazione alle famiglie colpite da queste condizioni; aumentare la conoscenza sulla presentazione clinica, risposta alla terapia e loro complicità. Il progetto Eurofever comprende diverse azioni: indagine sulla prevalenza di malattie autoinfiammatorie, diagnosticate o sospettate, tra tutti i centri di Reumatologia pediatrica europea; registro internazionale per le malattie autoinfiammatorie; indagine sull'efficacia del trattamento in questi disturbi; elaborazione di misure di outcome per possibili trial terapeutici futuri; pagine informative per pazienti e medici su ogni disturbo. Il progetto Eurofever fa parte del Network internazionale Printo (Paediatric rheumatology international trials organisation) che comprende circa 43 Paesi in lo scopo di creare una rete internazionale, di cui fa parte anche il centro di riferimento regionale per la prevenzione diagnosi e cura delle malattie rare reumatologiche del bambino dell'azienda ospedaliero-universitaria policlinico Vittorio Emanuele di Catania di cui è responsabile la Patrizia Barone.

tumore ipofisi

Cushing Ue alleata per diagnosi e terapia

Medici generalisti, endocrinologi e pazienti di tutta Europa alleati per migliorare la diagnosi, la terapia e la qualità di vita delle persone con malattia di Cushing, patologia rara non genetica causata da un tumore benigno dell'ipofisi, che colpisce più spesso giovani donne tra 20 e 30 anni. Molte le novità in arrivo, sotto la guida dell'Italia: lezioni ad hoc di docenti universitari, inserite in programmi di e-learning e comprensive di esame finale e attestato di expertise in malattia di Cushing; un sito web con sezioni dedicate alla voce dei pazienti e alle risposte degli specialisti; software e App specifici come il "cerca-specialista", l'elenco dove trovare il centro d'eccellenza più vicino a casa, o addirittura l'algoritmo attraverso il quale, inserendo determinate caratteristiche personali, il medico o lo stesso paziente possono calcolare la probabilità che si tratti di Cushing.

La malattia di Cushing è ancora poco conosciuta anche tra i medici, tanto da determinare un ritardo diagnostico di anni, che impatta gravemente sulla qualità di vita dei pazienti. Arcus, il gruppo d'azione per le malattie rare sulla malattia di Cushing, a cui hanno già aderito diversi Paesi europei (Italia, Francia, Regno Unito, Spagna, Olanda, Bulgaria, Romania, Polonia, Ungheria, Slovenia ed Estonia), ufficializzato dal Parlamento europeo a Bruxelles a settembre, ha realizzato una "call to action" con l'endocrinologia italiana, capofila del progetto europeo, supportata dall'European Neuroendocrine Association (Enea), l'Istituto superiore di sanità e la Società italiana di endocrinologia, per rilanciare l'attenzione su una malattia rara come il Cushing e migliorare la vita dei pazienti europei.

P. F. M.



FON.CA.NE.SA. ONLUS

FONDAZIONE CATANESE PER LO STUDIO E LA CURA DELLE MALATTIE NEOPLASTICHE DEL SANGUE (Ente Mirale riconosciuto con D.P.R. del 7 agosto 1990)

Via ai lavori per la terza casa di accoglienza "Casa Santella"

Si sono avviati i lavori di ristrutturazione e costruzione della terza casa di accoglienza "Casa Santella" all'interno dell'A.O.U. Policlinico Vittorio Emanuele. Il Direttore Generale dell'azienda sanitaria, il Dott. Paolo Cantaro, visitando la nuova casa di accoglienza ha preso atto dell'incassante impegno e volontà della Fondazione a realizzare questa struttura la cui posizione strategica e ravvicinata a tutti i reparti del presidio ospedaliero le consentirà di garantire l'integrazione tra le prestazioni sanitarie e le prestazioni socio-assistenziali da essa offerte. Infatti, l'accoglienza avverrà per i familiari ed i pazienti provenienti non solo dall'Ematologia, (che a breve si trasferirà dall'Osp. Ferrarotto ai nuovi reparti ad essa dedicati) ma anche ai tutti quei reparti che richiedono periodi prolungati di ricovero, garantendo l'armonia di una casa ed il calore dei propri cari, che da sempre la Fondazione ha voluto offrire con eccellenza.



AIUTACI ANCHE TU ALLA REALIZZAZIONE DI QUESTO GRANDE PROGETTO

Dai il tuo contributo per tale nobile scopo alla

FON.CA.NE.SA. Onlus c/c postale 14197958

Unicredit S.p.a IBAN IT 87 Z 02008 16930 000300607207

Banco Popolare Siciliano IBAN IT 68 G 05034 16908 000000008700

Credito Siciliano IBAN IT 18 V 03019 16910 000000000917

RECAPITI FON.CA.NE.SA. ONLUS: Sede Legale 95129 Catania - Viale Africa, 14/16
Presidente 348.0339446 - Segreteria 347.3333262 - Tel./Fax 095.418779

Casa d'accoglienza "Casa Santella": Via Salvatore Citelli, 21 - Catania - Referente: 349 0535358

Sito internet: www.foncaneisa.it - E-mail: presidente@foncaneisa.it - virgilio.it

seguici su: f



ASSISTENZA DOMICILIARE
CURE PALLIATIVE

Sede Legale: Via Marsano Stabile, 221 - 90141 PALERMO

Centro di Coordinamento e Struttura di PALERMO:

Via Giuseppe Giusti, 33 - 90144 PALERMO Tel. 0916251115 - Fax 0917738879 - Cell. 3408685339 - 3408685338
email: samoonlus.pal@libero.it - info@samoonlus.org - segreteria@samoonlus.org - web: www.samoonlus.org

Struttura di CATANIA: Corso Sicilia, 105 - 95131 CATANIA Tel. 0952862500 - Fax 0956732230 - Cell. 3295916683 - 3929161739
email: samoonlus.ct@libero.it - segreteria@catania@samoonlus.org

Struttura di AGRIGENTO: C/da San Benedetto c/o Centro Direzionale SAN BENEDETTO - 92026 FAVARA (AG)
Tel. 09221805702 - Fax 09221805667 - email: samoonlus.ag@libero.it

Struttura di TRAPANI: Via Libica, 72 - 91100 TRAPANI Tel. 09231962575 - Fax 09231962574 - email: samoonlus.tp@libero.it

La samo onlus viene fondata nel 1994 al fine di dar vita ad un'associazione che operi in favore dei malati oncologici e non, che vengano dimessi dagli ospedali ed affidati al proprio domicilio.

L'intervento specialistico delle équipes multidisciplinari è mirato alla cura diretta dell'ammalato ed al sostegno delle possibili turbe psicologiche e sociali delle famiglie.

La samo onlus è operativa nel territorio siciliano nelle province di Palermo, Catania, Trapani e Agrigento in regime convenzionale con le relative aziende sanitarie provinciali, è iscritta alla federazione italiana per le cure palliative, svolge la propria attività senza fine di lucro ed è accreditata con il sse.

DETERSUD
PROFESSIONAL S.r.l.
TECNOLOGIE PER LA PULIZIA INDUSTRIALE

Aspirapolveri - Aspiraliquidi
Lavasciuga - Spazzatrici - Detergenti
Dispenser di sapone e asciugamani in carta
Asciugamani ad aria calda



Auguri di Buon Natale
e Felice Anno Nuovo

www.detersudprofessional.com
detersudprofessional@tiscali.it
Tel. 095 337928 - 095 339571



[PNEUMOLOGIA]

Malattie respiratorie, l'insidia dietro la tosse

Febbre e formazione di muco i sintomi delle patologie più diffuse: tracheite, bronchite e polmonite

ANGELO TORRISI

Arriverà presto il freddo. E sarà emergenza per l'apparato respiratorio: per quello dei soggetti sani e, più ancora, per quello dei malati i quali hanno già un'affezione cronica ai bronchi e ai polmoni, come bronchite cronica ostruttiva, asma bronchiale, insufficienza respiratoria cronica, tubercolosi. E poi c'è l'influenza con quell'epidemia che rappresenta un appuntamento immancabile e una minaccia per tutti, imponendo la vaccinazione di massa, soprattutto per i soggetti a rischio.

A confermare in piena regola l'importanza di puntare l'attenzione sulle patologie respiratorie - quelle acute, ma soprattutto le forme croniche - sono i dati dell'Oms: circa il 20% (pari a quasi 10 milioni di soggetti) delle morti per malattia nel mondo è dovuto a cause respiratorie e, più precisamente, 4,3 milioni a infezioni delle basse vie respiratorie (polmoniti), 2,2 milioni a bronchite cronica ostruttiva, 2 milioni a tubercolosi e circa un milione a tumori broncopulmonari. Si prevede che la mortalità aumenterà ancora e che nel 2020 dei 68 milioni di morti in tutto il mondo, 11,9 milioni saranno causati da malattie respiratorie. E sono qui di seguito le più diffuse che, in quanto tali e in quanto passibili di aggravamento, impongono la terapia e le precauzioni per tutto l'anno e soprattutto adesso: tracheite, bronchite, broncopulmonite in forme acute. Il denominatore comune di tali forme patologiche è la febbre accompagnata da tosse, formazione di escreato più o meno abbondante e talora dolore puntorio toracico. I sintomi talvolta iniziano in maniera insidiosa e non di rado tali malattie conseguono a una sindrome influenzale. Clinicamente la diagnosi è piuttosto facile e solo in qualche caso dubbio va supportata da un esame radiografico. Sempre necessaria una terapia antibiotica con l'aggiunta di espettoranti e balsamici. Inoltre: rigoroso riposo e molta prudenza nella fase di guarigione. La bronchite cronica ostruttiva ha in Italia una prevalenza (cioè quanti soggetti hanno la malattia in un determinato momento) del 6-8% negli uomini e del 3,3% nelle donne di età superiore a 14 anni. Se si considerano comunque le età più avanzate (oltre i 64 anni di età) la prevalenza sale al 27,5% negli uomini e al 7,6% nella donna. Aumentando

la prevalenza della malattia con l'invecchiamento, l'incremento della vita media che si registra nella nostra nazione contribuisce e contribuirà sempre più alla prevalenza della malattia nella popolazione generale. La prevenzione della progressione della malattia si basa su azioni basilari: prevenzione dei fattori di rischio, intesa come azione volta a contrastare l'inizio della abitudine al fumo e a favorire la cessazione del fumo in chi già ha questa abitudine; diagnosi precoce della malattia, tramite un esame semplice come la spirometria (misura del respiro, cioè misura della funzione respiratoria), eseguibile anche negli ambulatori di medicina generale o di specialistica territoriale, così come sono abitualmente eseguiti altri esami base come la misura della pressione arteriosa o l'elettrocardiogramma. La spirometria, che dovrebbe essere eseguita nei soggetti esposti a rischio, come i fumatori e gli esposti a contaminanti ambientali, consente di rilevare

Esame radiografico a volte necessario per una corretta valutazione. La prevenzione passa dall'eliminazione dei fattori di rischio come il fumo e dalla diagnosi precoce tramite la spirometria, cioè la misurazione del respiro. La terapia è soprattutto antibiotica con l'aggiunta di espettoranti e balsamici

iniziali alterazioni funzionali dell'apparato respiratorio che debbono suonare come campanello d'allarme per l'intrapresa di uno stile di vita più corretto (soprattutto privo del fumo di sigarette) e, quando necessario, di una terapia nel lungo termine; provvedimenti terapeutici adeguati (broncodilatatori, antinfiammatori per via inalatoria e altri farmaci) volti ad arrestare, o quanto meno, rallentare la progressione del danno anatomico-funzionale respiratorio verso gli stadi più avanzati di malattia.

L'asma bronchiale è una malattia infiammatoria cronica delle vie aeree che negli ultimi 25-50 anni ha fatto registrare un continuo e sensibile incremento in termini di prevalenza, con raddoppio negli ultimi 10 anni, che attualmente nell'intera popolazione risulta pari al 4,5%, ma diviene, tra i bambini e i ragazzi, dell'8-10% e oltre. Un'azione di prevenzione della progressione del danno respiratorio deve mirare al riconoscimento della malattia e al controllo della infiammazione delle vie aeree. Infatti quest'ultima, se progredisce incontrollata, porta ad alterazioni della struttura bronchiale ("rimodellamento delle vie aeree") che condizionano un'ostruzione cronica e irreversibile delle vie respiratorie. Per impedire la progressione del danno è necessario: riconoscere in fase precoce la malattia (diagnosi precoce di asma con esami clinico-anamnestici e con l'esecuzione di spirometria ed altri esami correlati); determina-

re i principali fattori di rischio e responsabili della malattia asmatica (allergeni o altro) con opportuni test (prove allergiche cutanee ecc.); quantificare l'eventuale danno funzionale (mediante esame spirometrico); intraprendere il trattamento più adeguato in base allo stadio di malattia rilevato e monitorare nel tempo le condizioni cliniche e funzionali respiratorie del paziente per aggiornare il trattamento in senso diminutivo se il paziente sta meglio o accrescitivo se le condizioni non migliorano o addirittura peggiorano. Per quanto riguarda invece il cancro del polmone, la metodologia di comportamento deve essere la stessa per la tempestività dell'approccio diagnostico. In Europa il cancro del polmone è responsabile del 28% di tutte le morti dovute a tumore negli uomini e del 10% nelle donne e rappresenta la forma tumorale di più frequente riscontro (20% di tutti i tumori). In Italia vi sono circa 250 mila nuovi casi di tumore del polmone ogni anno e la mortalità è di 35 mila persone all'anno. La precocità della diagnosi, quando ancora si è in una fase di operabilità del tumore, appare quindi fondamentale per assicurare un migliore approccio terapeutico. Un dato è comunque inconfutabile e rigorosamente si impone alla generale attenzione: il tumore del polmone è causato nella stragrande maggioranza dei casi dal fumo di sigarette (dimostrazioni epidemiologiche e patologiche di causa-effetto) con caratteristiche anche di dose-dipendenza. Pertanto anche e soprattutto per le motivazioni derivanti da questo settore di patologia respiratoria si impone una lotta a tappeto e senza quartiere contro l'abitudine al fumo di tabacco.

Quanto alla tubercolosi, sappiamo che i casi di notifica della Tbc dal 1990 in poi sono raddoppiati. Solo 9 Paesi, tra cui l'Italia, hanno una casistica di notifica inferiore ai 10 casi per 100 mila abitanti, ma l'impatto della tubercolosi, anche a causa dei flussi migratori, è destinato ad aumentare anche nel nostro Paese. Oltre a questa persistente crescita epidemiologica, motivo di preoccupazione è anche il crescente aumento dei casi di tubercolosi resistente a molti farmaci antitubercolari. Nella tubercolosi il corretto e tempestivo approccio diagnostico è fondamentale per identificare e isolare i casi contagiosi e instaurare subito un trattamento farmacologico adeguato.



PRENDERSI CURA DELL'UDITO

Cosa fare per il benessere e il miglioramento del nostro udito

Sento ma non capisco le parole

Oggi si può potenziare l'udito con Oticon Nera

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

Le recenti tecnologie innovative che potenziano l'udito:

Oticon Nera

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

INIUM: un microchip con Intelligenza Artificiale che gestisce tutto automaticamente

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

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



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

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

Oticon Nera: ogni suono si trova dove ci si aspetta

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

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

PROVA GRATUITA

SENZA LIMITI DELLA NUOVA SOLUZIONE QUASI "INVISIBILE" OTICON NERA



Non solo 30 giorni, ma tutto il tempo necessario

CHIAMA SUBITO PER PRENOTARE LA TUA PROVA GRATUITA

Il numero Verde fornisce informazioni di carattere tecnico

Numero Verde

848-800244

Se chiami entro questa settimana avrai anche uno Sconto

20%

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

www.microfon.it

Microfon

Apparecchi Acustici Digitali

I nostri Centri acustici

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

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

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

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

ACIREALE: Corso Savoia, 108 - Tel.: 095.891622

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

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

AUGUSTA: Via Lavaggi, 57 - Tel.: 0931.513905

RAGUSA: Corso Italia, 180 - Tel.: 0932.623259

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