

MONDO medico

DOMENICA 31 MARZO 2013

L'ANALISI

IL VECCHIETTO TECNOLOGICO

ANGELO TORRISI

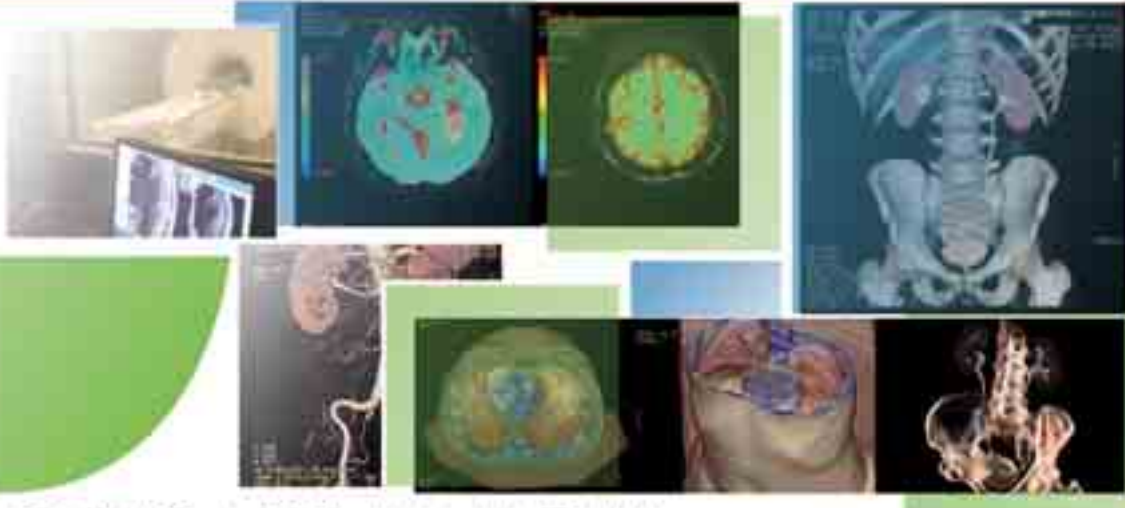
Saremo oltre 9 miliardi nel 2050; uno su sei sarà ultraottantenne. Vivremo più o meno tutti fino a cento anni. E lo faremo in salute, soprattutto se ci avvarremo della tecnologia. I nuovi nonni - ex baby boomers - saranno domotici, ossia sapranno utilizzare il web, gli strumenti elettronici, la realtà virtuale, avranno a disposizione strumenti facili e intuitivi. L'Italia, insomma, dovrà attrezzarsi in fretta non solo per i giovani ma anche per essere "un paese per vecchi" offrendo soluzioni per il futuro affinché il termine sia sempre più sostituito con quello di "longevità". La conseguenza sarà una migliore qualità di vita, ma renderà necessario un ripensamento e una completa riorganizzazione della sanità e di tutto il comparto socio assistenziale e previdenziale italiano, europeo e mondiale. Tutto risulterà più semplice se ci pensiamo da subito. E tutto ciò rappresenterà, oltre che uno sbocco naturale della tecnologia che va vertiginosamente verso obiettivi impensabili sino a qualche decennio addietro, anche una sorta di rivalsa a vantaggio dei vegliardi di questa generazione. Che da un canto si sentono i "forzati" della tecnologia a causa dell'estrema automazione di tutti i servizi e di tutte le procedure che impongono a mo' di diktat l'acquisizione della pratica del computer, dall'altro sono i "fruttorii" di un progresso che si materializza in strumentazioni e in metodiche diagnostiche e terapeutiche che contribuiscono al prolungamento della vita.

Si punta, dunque, a mettere l'anziano in condizione di essere protagonista grazie all'integrazione tra tecnologia e servizi che ne tutelano la sicurezza, promuovono un invecchiamento attivo, partecipativo e autonomo, ma anche monitorato a distanza dai care-giver e dal medico. E nuovi modelli assistenziali dentro e fuori l'ospedale dovranno essere implementati e messi in rete. Sono questi i punti cardine su cui si fonda la proposta di "Italia Longeva", il network dedicato all'invecchiamento creato e programmato di recente dal ministero della Salute e la collaborazione dell'Istituto nazionale di ricerca. Il progetto partirà dalla quotidianità: e cioè dalla casa informatizzata, senza barriere architettoniche, con sensori che rilevano possibili pericoli, a elettrodomestici intelligenti e strumenti di comunicazione con interfacce facili per il loro controllo a distanza. L'anziano sarà quindi sempre connesso con i familiari o gli operatori sanitari, informati del suo stato di salute grazie alla telemedicina o a sensori "indossati" per un continuo check-up in grado di allertare in caso di problemi o di controllare che le terapie siano seguite e somministrate correttamente.

Ma il coinvolgimento degli enti governativi non basta, deve intervenire anche l'Università portando avanti studi mirati sulla terza e quarta età, impegnando gli istituti di ricerca che convogliano i loro sforzi su progetti a sostegno della casa domotica. Istituzioni, scienza impresa sono dunque impegnate per il raggiungimento di un unico obiettivo: affrontare la longevità, con le sue implicazioni sociali, assistenziali e economiche, come variabile strategica per la crescita della nostra comunità.







DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Viale XX Settembre, 53 - Catania
tel. +39 095 434788 / 434215
fax. +39 095 435555

Direttore Sanitario Dr. Maurizio Gibilaro

www.diagnosticacatania.it

Centro Convenzionato S.S.N.

i nostri servizi

R.N.M. ALTO CAMPO
Tutti i distretti
Angio risonanza arteriosa e venosa
Spettroscopia
Trattografia
Flussimetria liquorale
R.M. fetale e pediatrica
R.M. funzionale
Morfovolumetria

T.A.C. MULTISLICES
Tutti i distretti
Ricostruzioni 3D
Angio TC cerebrale, TSA, periferica
Colonscopia virtuale
URO-TC
Dentalscan

R.N.M. APERTA
Tutti i distretti

Il centro è in rete con il Servizio di Neuroradiologia dell'Ospedale "CA' GRANDA" NIGUARDA di Milano

RX DIGITALE
Tutti i distretti
Colonna in ortostatismo
Telecranio
Ortopantomografia
Isterosalpingografia

ECOGRAFIA
Internistica
Osteoarticolare
Muscolotendinea
Ecocolordoppler

M.O.C.
Mineralometria ossea
Morfometria vertebrale



Flash

AL VIA I REGISTRI DELLA SALUTE
Diabete, malattie cardiocircolatorie, respiratorie e oncologiche. Sono queste le quattro aree tematiche a cui sono dedicati i registri della salute lanciati da Federanziani in collaborazione con la Fimmg, Federazione dei medici di medicina generale. Attraverso i suoi 2260 centri distribuiti in tutta Italia, che riuniscono oltre tre milioni di iscritti, la Federazione della terza età raccoglierà dei dati di anziani affetti da queste patologie elaborandoli, nel rispetto della privacy, per costruire dei database con informazioni anagrafiche ed epidemiologiche che convoglieranno in quattro registri nazionali. Lo scopo - è stato spiegato - è quello di mettere a punto uno strumento che consenta di tutelare al meglio il diritto alla salute della popolazione, favorendo l'accesso alle migliori cure, ai farmaci, ai device medici e ai protocolli terapeutici più efficaci. La scelta delle quattro aree di interesse per la realizzazione dei registri della salute non è casuale: l'analisi degli ultimi dati Istat conferma infatti che le malattie del sistema cardiocircolatorio sono la prima causa di morte in Italia (con 224.830 decessi) seguite dai tumori (174.678). Al terzo posto ci sono le malattie respiratorie, responsabili di 39.949 decessi, e forte è anche nel nostro Paese l'incidenza, che affligge circa tre milioni di persone.

NEGLI USA UN OVER 65 SU TRE MUORE CON L'ALZHEIMER
Un americano anziano su 3 muore con il morbo di Alzheimer o altri tipi di demenza senile che causano il decesso: a rivelarlo è un nuovo rapporto che illustra così gli effetti della malattia in una popolazione con un invecchiamento in aumento. Lo studio sottolinea come il morbo sia diventato la sesta causa di morte negli Usa: la demenza può indurre difficoltà respiratorie, di movimento e persino di deglutizione. Senza contare l'incapacità di curarsi di se stessi. Secondo le statistiche solo il 30% dei 70enni odierni senza alcun tipo di demenza moriranno prima degli 80 anni, contro il 61% degli anziani già colpiti da Alzheimer. La mortalità a causa del morbo è salita del 39% negli ultimi 10 anni e secondo recenti studi circa 450.000 americani moriranno nell'anno in corso con l'Alzheimer.

ESPERTI AUSTRALIANI: SÌ A SESSO TRA ANZIANI IN CASE DI RIPOSO
Il sesso e l'intimità dovrebbero essere parte normale della vita nelle case di riposo, che dovrebbero avere linee guida riguardo alle espressioni sessuali, in particolare nei pazienti che soffrono di demenza. Lo affermano quattro accademici del «Centro australiano per la cura agli anziani basata sulle evidenze», in una ricerca pubblicata sull'«Australian Journal of Dementia Care». Secondo la ricerca solo il 20% delle case di riposo in Australia ha linee guida relative alla salute sessuale e alla sessualità, e solo il 10% ha regole specifiche. I regolamenti, sostengono gli autori, dovrebbero coprire la privacy, guidare il personale su come valutare il consenso non verbale a rapporti sessuali, e permettere ai residenti di esprimere la propria sessualità in un luogo sicuro e privato. Il personale delle case di riposo tende a «sacrificare i diritti all'espressione sessuale dei residenti», scrive Laura Tarzia che ha coordinato il progetto. «L'espressione sessuale di pazienti che soffrono di demenza nelle case di cura per anziani può essere fonte di ridicolo, disgusto, paura e conflitto, e spesso finisce nella separazione o nel trasferimento di residenti». Quando veniva chiesto ai professionisti sanitari cosa pensavano del sesso fra anziani, le risposte più frequenti erano espressioni di disgusto o di incredulità. Il punto chiave è la capacità del personale di determinare se i residenti sono consenzienti, dato che molti di loro non sono capaci di esprimere consenso verbalmente».

L'Istat. Oltre il 50% di chi ha un'età compresa fra i 65 e i 74 anni ha almeno una patologia cronica e di questi solo il 30% è in buona salute

I costi. Assistenza: 8.488 euro; medicinali non rimborsabili: 1.127 euro; parafarmaci: 1.297 euro; controlli e fisioterapia: 3.178 euro

Gli anziani malati cronici

Un salasso per le famiglie 14mila euro l'anno di spese tra visite, esami e badante

PIERANGELA CANNONE

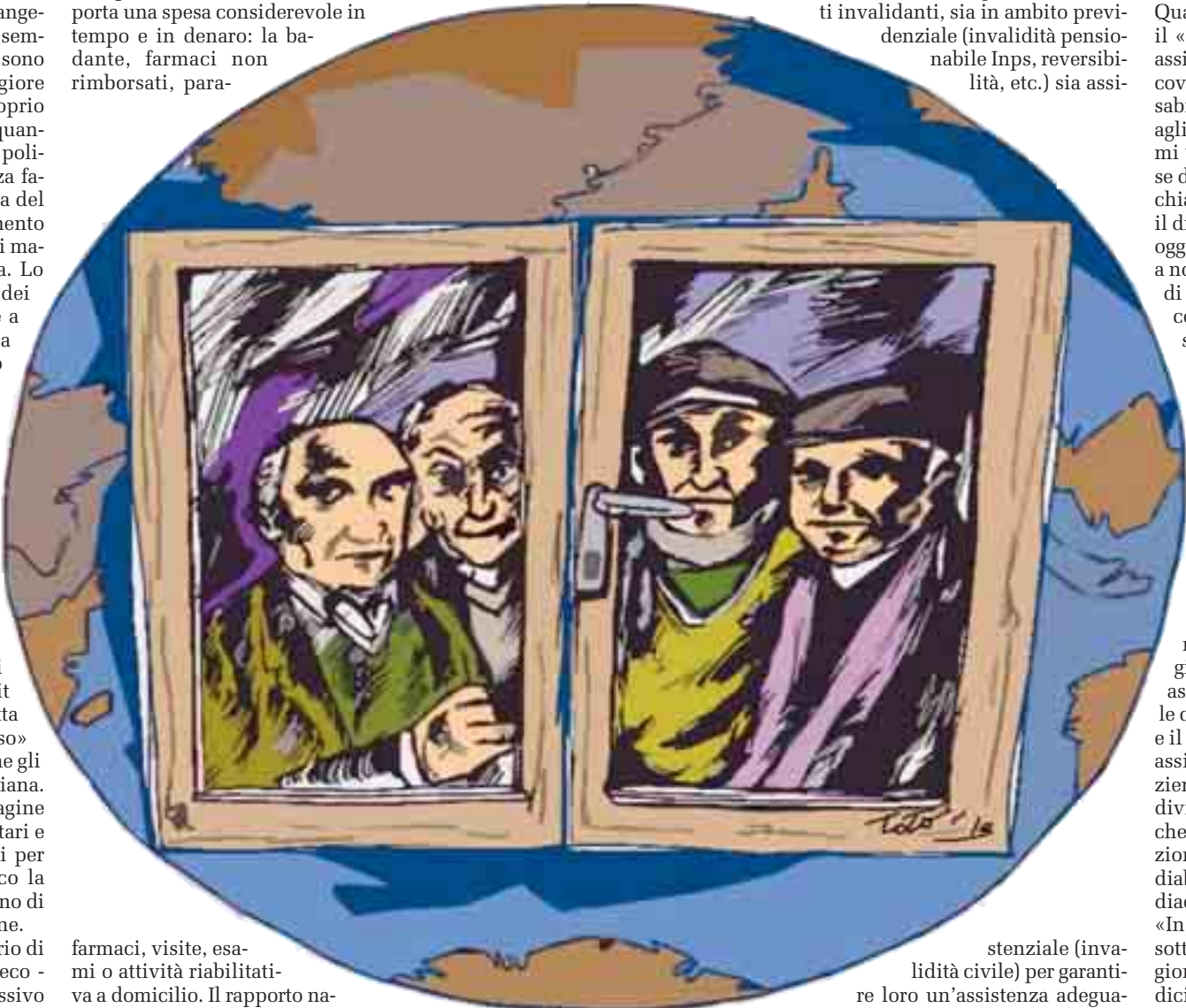
Gli ultrasessantenni di oggi non sono quelli di ieri. Tanto che difficilmente definiamo “anziana” una persona che non abbia superato di gran lunga i 70 anni d'età. Ma, più si allunga l'aspettativa di vita più aumentano le malattie. E così oggi quasi il 40% di chi ha un'età compresa tra i 65 e i 74 anni ha almeno una patologia cronica. E a piangere le conseguenze di una - quasi sempre - carente assistenza sanitaria sono i familiari, costretti nella peggiore delle ipotesi a rinunciare al proprio lavoro per badare ai genitori. È quanto emerge dall'XI Rapporto sulle politiche della cronicità «Emergenza famiglie: l'insostenibile leggerezza del welfare» redatto dal coordinamento nazionale delle Associazioni dei malati cronici di Cittadinanzattiva. Lo studio sottolinea come nel 56% dei casi è un solo nucleo familiare a destinare tempo e denaro per la cura e l'assistenza dell'anziano malato cronico. Eppure nella nostra regione sono stati fatti e continuano a farsi numerosi sforzi in campo sanitario. Lo dichiara Giuseppe Greco, segretario regionale di “Cittadinanzattiva” e coordinatore della Consulta regionale della Sanità. «La cronicità negli anziani è molto diffusa. Per tale motivo Cittadinanzattiva e i comitati consultivi aziendali stanno lavorando sul controllo dei servizi sanitari attraverso l'audit civico». Per la prima volta si tratta di un'indagine fatta «dal basso» per indagare sulla percezione che gli utenti hanno della Sanità siciliana. L'audit civico è infatti un'indagine condotta da un'equipe di volontari e da operatori dei servizi sanitari per monitorare in modo sistematico la qualità delle prestazioni all'interno di tutte le aziende sanitarie siciliane. «A volte la mancanza nel territorio di servizi - continua Giuseppe Greco - determina un movimento eccessivo del paziente che ne risente attraverso i ritardi della cura e il continuo progredire della patologia. Questo iter aumenta i costi alle aziende sanitarie perché gli interventi da fare diventano più sofisticati. La Sicilia paga un ritardo notevole rispetto alle altre regioni, anche se ci sono esempi eccellenti come la provincia di Ragusa che copre e segue tutti i malati cronici locali. Esistono anche altre realtà meno brillanti dove c'è un minimo servizio

di assistenza domiciliare, ma questo è pur sempre un traguardo. Tuttavia in questi anni tutti i corpi di sanità hanno fatto uno sforzo di collaborazione collettiva, raggiungendo il 3,5% di assistenza ai malati cronici rispetto all'intera popolazione over 65 delle 9 province. Finalmente la Sicilia registra un dato più che positivo». Ciò non toglie che per una famiglia occuparsi di un malato cronico comporta una spesa considerevole in tempo e in denaro: la badante, farmaci non rimborsati, para-

ta delle strutture residenziali è invece di 13.946 euro l'anno. Il direttore dell' “Uoc anziani e cure domiciliari” all'Asp di Catania, dott. Carmelo Di Stefano, a tal proposito mette in luce come l'Asl risponde alle esigenze di una fascia di popolazione sempre più in aumento nel nostro territorio: «Nel 2012 sono stati trattati 7.360 casi di malati cronici

elevata percezione di gradimento da parte degli utenti». Nel nostro territorio, oltre alle Asl c'è anche un altro organo preposto all'assistenza della fascia debole della società: l'Inps. «Il centro medico legale dell'Inps - spiega la direzione - si occupa solo di malati cronici, sia giovani sia anziani, al fine esclusivo di valutazioni medico legali finalizzate al riconoscimento degli eventuali stati invalidanti, sia in ambito previdenziale (invalidità pensionabile Inps, reversibilità, etc.) sia assi-

ziano è a rischio discriminazione». A confermare la triste realtà del malato cronico è Salvatore Giudice, 78 anni, tormentato dall'artrite: «Percepisco una pensione minima e, dovendo pagare medici e badante, a volte non ho nemmeno i soldi per mangiare». Ma la sua badante, Concetta Sciuto: «Per me è un lavoro. Quindi, mi dispiace dirlo, ma ben vengano gli anziani non auto sufficienti». Quando non si arriva più a fine mese il «rifugio» è la casa di riposo dove assistenza e cure sono alla base del ricovero. Salvatore Stanganelli, responsabile di un centro per l'assistenza agli anziani, lo conferma: «Negli ultimi 10 anni c'è stato il boom delle case di riposo. Infatti se prima venivano chiamate ospizi, quasi a sottolineare il disagio e l'abbandono dell'anziano, oggi la maggior parte di chi si rivolge a noi vuole migliorare il proprio stile di vita. Altri invece sperano di raccogliere in un unico budget tutte le spese necessarie alle cure fisiche e psicologiche». L'assessore regionale alla Sanità, Lucia Borsellino, ritiene che alla base di una buona sanità e quindi di un miglioramento delle condizioni di cura degli anziani malati cronici, è indispensabile la collaborazione fra pazienti e strutture sanitarie: «Quando si parla di malattie croniche - sostiene - è più corretto utilizzare il termine “gestione” piuttosto che “cura”. La Regione Sicilia ha adottato il modello assistenziale di gestione integrata le cui peculiarità sono l'integrazione e il coordinamento tra i vari livelli di assistenza e la gestione attiva del paziente secondo percorsi di cura condivisi. Le prime due patologie croniche target, selezionate per la costruzione del modello siciliano, sono il diabete mellito e lo scompenso cardiaco». «In tal senso - aggiunge - sono stati sottoscritti gli accordi integrativi regionali (Air) con le categorie dei medici di medicina generale (Mmg), con gli specialisti ambulatoriali e con la continuità assistenziale (Mca) che vedono il coinvolgimento dei professionisti nella presa in carico dei pazienti cronici in integrazione (coordinati dagli “sportelli del paziente cronico” istituiti nei distretti sanitari delle aziende sanitarie provinciali Asp), con gli stessi distretti e con le aziende ospedaliere, disegnando un modello di gestione differenziato per intensità di cura».



farmaci, visite, esami o attività riabilitativa a domicilio. Il rapporto nazionale di Cittadinanzattiva mette in rilievo che ogni anno tra visite, esami e badante si spendono in media fino a 14mila euro così suddivise: 8.488 euro per la badante, 1.127 euro per i farmaci non rimborsati dal servizio sanitario nazionale, 1.297 euro per l'acquisto di parafarmaci, 3.178 euro per visite, esami o attività riabilitativa a domicilio. Praticamente quasi il doppio della cifra percepita come indennità di accompagnamento. La ret-

stenziale (invalidità civile) per garantire loro un'assistenza adeguata». Ma possiamo dire che per gli anziani malati cronici “cura e assistenza” sono garantiti? Francesco Di Raimondo, ematologo al Policlinico di Catania, a tal proposito sottolinea che: «La Sicilia non è un paese per vecchi. La popolazione degli anziani, sempre più numerosi e in una condizione sempre più a rischio, soffre soprattutto sul fronte della salute e delle cure necessarie, tanto da poter dire che l'an-

over 65 su un totale di 10.236 casi in cura domiciliare, di cui 1.029 casi di malati terminali hanno avuto bisogno di cure palliative domiciliari. Inoltre per gli anziani malati cronici, l'asp ha portato a termine un progetto di prevenzione dell'immobilità dell'anziano e del grande anziano, che ha permesso di seguire con trattamento riabilitativo fisioterapico circa 1.500 soggetti, facendo registrare una

NEOPLASIE DEL SANGUE

Il paziente anziano e le cure nelle principali neoplasie ematologiche. Un argomento molto delicato, che bisogna studiare in modo approfondito per evitare le disuguaglianze nelle cure da somministrare ai pazienti più avanti con l'età affetti da tumori al sangue; per individuarne l'approccio terapeutico più appropriato in campo onco-ematologico. Contrariamente a quando si pensa le neoplasie del sangue sono più aggressive negli anziani rispetto che nei giovani, e di necessità avrebbero bisogno di un trattamento più veloce e aggressivo. Invece, considerati i rischi di tossicità delle cure tradizionali, quali la chemioterapia, il medico sovente adotta una sorta di arrendevolezza per

evitare controindicazioni. Il pericolo è che gli anziani finiscano per non ricevere le terapie ottimali. Un fenomeno così crescente definito “ageism”: con cui per l'appunto si indica la tendenza a discriminare gli anziani. I farmaci biologici hanno aperto nuove frontiere grazie al diverso meccanismo d'azione: l'età, così come la capacità del paziente di sostenere le cure, costituisce un criterio cardine alla base della scelta terapeutica. Oggi, infatti, sono disponibili nuovi medicinali con meccanismi d'azione diversi che agiscono sul microambiente che nutre il tumore e che possono essere adoperati anche nella cura degli anziani.

L. G.

LA SARCOPENIA

La sarcopenia è la riduzione della massa e della funzione muscolare, 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 siano 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 e/o di proteine per mantenere la massa muscolare.

A. T.

[LA TERZA ETÀ]



Il Sud non è più prolifico e aumentano le rughe nel 2030 +35% di over 65

Pare proprio che l'Italia sia un paese per vecchi. Nel Mezzogiorno, vuoi per il clima vuoi per l'ottima dieta mediterranea, l'aspettativa di vita si è allungata sempre di più. Un'indagine realizzata dal Censis prende in riferimento gli ultimi cinque anni e prospetta che nel 2030 il Sud del Paese vedrà un incremento della popolazione anziana di oltre il 35% contro dinamiche di crescita meno marcate nelle aree geografiche. In parallelo crescerà anche il numero dei non autosufficienti, destinati a superare i 783.000 con un balzo di oltre il 50%.

Il tasso di fecondità pare giochi un ruolo importante: il Settentrione è più fecondo rispetto al Meridione in cui il numero medio di figli per donna continua a scendere. Ecco il nuovo trend che sconvolge l'atavico stereotipo di un Sud più prolifico. A tutto questo si aggiunge il fatto che, nel nostro Paese, si sceglie di avere sempre figli sempre più tardi. Inoltre dal rapporto Censis emerge anche un'altra fotografia piuttosto particolare che riguarda gli anziani del Sud Italia. Risulta infatti che, negli ultimi cinque anni, ben il 17,1% degli abitanti di quest'area abbia scelto di spostarsi in un'altra regione per farsi curare. Secondo i cittadini i servizi sanitari sono in balia di un progressivo deterioramento. Insomma, uno scenario inedito, un Sud sempre più segnato dalle rughe che sta imparando a prendersi cura della propria salute. È importante ricordare anche il significativo divario tra uomini e donne: il più longevo è il sesso femminile con una vita media di 84 anni.

Tutti questi elementi concorrono nel rendere l'Italia uno dei paesi con una popolazione più vecchia rispetto al resto d'Europa. Bassa fecondità e durata media della vita elevata: ecco la combinazione vincente che porterà entro il 2060, secondo l'Ufficio Statistico Europeo, a due sole persone in età lavorativa tra i 15 e 64 anni per ogni over 65, rispetto al rapporto di 4 a 1 di oggi. Questa spinta dovrebbe avvenire tra il 2015-2035, il ventennio in cui i baby boomers, la generazione nata nei due decenni dopo la II guerra mondiale, inizierà ad andare in pensione. Indubbiamente il numero crescente di persone di età avanzata e l'aspettativa di vita destinata ad aumentare, riflettono un benessere dovuto anche al ruolo che gioca contro l'emarginazione la famiglia dell'anziano.

E secondo una ricerca Usa condotta da Ilene Siegler della Duke University Medical Center, il matrimonio ridurrebbe la mortalità negli adulti di mezza età: i single o coloro che non sono più sposati hanno un maggior rischio di morire precocemente senza raggiungere la vecchiaia. Gli italiani insomma, sembrano aver capito che bisogna eliminare le cattive abitudini capeggiate dalla sedentarietà poiché queste incidono sulla salute. Le lunghe passeggiate e lo sport in generale sono elementi che aiutano a mantenersi in forma e a combattere

la pigrizia che in molti casi è causa di morte insieme alle malattie croniche.

Nell'area Ocse, Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, il nostro è il solo Stato ad aver raggiunto il 20% di persone di 65 anni e oltre sulla popolazione totale e livelli inferiori al 25% della quota di popolazione under 25. Inoltre il "Libro bianco 2012", redatto dall'Osservatorio nazionale sulla Salute nelle Regioni dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, si è posto come obiettivo di analizzare le principali tematiche che ruotano attorno alla salute e all'assistenza della popolazione anziana e molto anziana

del nostro Paese così da poter definire i reali bisogni assistenziali. Si prospetta uno scenario in continua evoluzione. Nel 2040 un terzo degli europei avrà più di 65 anni. Ecco che il ruolo delle strutture socio-sanitarie per la terza età diventa un volano strategico per l'economia. In Europa, infatti, sono circa 2,5 milioni i posti letto e oltre tre milioni gli addetti al settore, mentre gli ultimi dati disponibili evidenziano come i comparti sanitario e socio-sanitario concorrano alla creazione dal 9% al 14% del Pil dei vari paesi dell'Ue. A fotografare le inevitabili ricadute economiche, politiche e sociali dell'invecchiamento della popolazione è l'Anaste, l'Associazione nazionale strutture per la terza Età, che ha organizzato a Bruxelles un convegno dedicato a questo tema, assieme alle sue consorelle europee che fanno parte di Echo, la Confederazione europea delle case di cura. «Ogni singolo euro speso in tale settore - sottolinea l'Anaste - produce posti di lavoro ed un ritorno, a fine anno, di 1,13 euro alle pubbliche amministrazioni. Occorre svilupparlo e tutelarlo». L'iniziativa, voluta dal presidente di Anaste Alberto De Santis, è stata supportata dagli onorevoli Licia Ronzulli e Andrea Cozzolino, e ha visto la partecipazione dei due vice presidenti del Parlamento europeo: Gianni Pittella e Roberta Angelilli. Obiettivo dell'incontro era sensibilizzare l'Ue sul ruolo strategico del settore socio-sanitario nell'economia globale del vecchio continente.

J. N.



Residenza per anziani ★★★★★

Villa S. Andrea

Iscritta all'albo Regionale delle Case di Riposo Accreditata Servizio Sanitario Lungo Degenza

Una signorile struttura nel centro di Catania recentemente rinnovata che garantisce assistenza continuativa anche a soggetti non autonomi, per esiti da ictus, morbo di Alzheimer, demenza senile e altre patologie invalidanti. Brevi degenze, rieducazione motoria con personale specializzato.

- ✓ Ricoveri in convenzione con tutti i comuni, Catania e Provincia
- ✓ Assistenza infermieristica notturna e diurna
- ✓ Ambulatorio di Geriatria
- ✓ Ricovero sollievo
- ✓ Ricoveri giornalieri in day hospital
- ✓ Assistenza sociale
- ✓ Servizio di Animazione diretto dalla psicologa
- ✓ Camere singole e doppie climatizzate con servizio igienico e TV
- ✓ Ristorante Interno "Dieta personalizzata"
- ✓ Giardino Pensile



La Struttura è associata a Confindustria Sezione Servizi Socio-Assistenziali della Provincia di Catania

In regola con le normative vigenti CEE in materia di sicurezza e igiene

Per informazioni e visite della struttura: si riceve tutti i giorni, compresi domeniche e festivi, dalle 9.30 alle 12.30 e dalle 17.30 alle 19.30

CATANIA - Viale M. Polo, 48 (Circonvallazione)

☎ 095 383 391 - 095 375 280
www.paginegialle.it/villasandrea

MARIA REGINA
CENTRO ASSISTENZIALE PER ANZIANI

IL SOLLIEVO DI UNA CASA
IL COMFORT DI UNA RESIDENZA
L'ASSISTENZA SANITARIA

Il Centro Maria Regina è:

- ✓ Residenza Sanitaria Assistenziale (Rsa) convenzionata con il Servizio Sanitario Regionale
- ✓ Casa di riposo, in regime privato o in convenzione con i Comuni
- ✓ Centro diurno e/o di sollievo
- ✓ Centro per la terapia contro il dolore



Professionalità, rapporto umano e formazione, concetti che ruotano attorno alla figura del paziente/utente.



La struttura ha una capacità ricettiva di oltre cento posti letto, eroga servizi rivolti ad anziani autosufficienti e non, sia in regime residenziale che diurno



SANT'AGATA LI BATTIATI (CT) - VIA ROMA, 102

TEL. 095 7252876 - 095 212567 - 095 7252877

WWW.COOPMARIAREGINA.IT | COOP.MARIAREGINA@GMAIL.COM

MARIA REGINA CENTRO ASSISTENZIALE PER ANZIANI



[LA TERZA ETÀ]

Protesi d'anca persino sui centenari

Fratture del femore tra gli anziani: una vera e propria epidemia. L'intervento chirurgico anche nei casi più gravi

JESSICA NICOTRA

La popolazione anziana è in continuo aumento e le patologie tipiche di questa età costituiscono un importante problema sanitario. L'elevata fragilità delle ossa, causata dall'osteoporosi, spesso porta alla necessità di intervenire chirurgicamente.

«Gli anziani sono soggetti a cadute tra le mura domestiche – dice il prof. Giuseppe Sessa, primario del reparto Ortopedia del Vittorio Emanuele – che causano la frattura dei condili femorali, del polso o della colonna vertebrale. Nel caso di una frattura della colonna bisogna intervenire tempestivamente: se c'è un crollo vertebrale importante e non viene trattato si ha una sorta di effetto domino e quella frattura porta con sé altre tre o quattro vertebre».

Come si procede in questi casi?

«Oggi usiamo tecniche mini invasive come la cifoplastica o la vertebro-plastica che consentono, con uno stress chirurgico minimo, di trattare il problema: iniettiamo il cemento nella vertebra che viene messa nelle condizioni di avere una forma normale. Così si ha possibilità di difendere biomeccanicamente la vertebra soprastante e quella sottostante che altrimenti rischierebbero una frattura. In passato si sceglieva l'allettamento o l'utilizzo di banali bustini ortopedici che comunque non risolvevano il problema».

La frattura del collo del femore è certamente la più frequente tra la popolazione anziana tanto che gli esperti parlano di una vera e propria epidemia. Come si interviene su questo tipo di frattura?

«È un appannaggio dell'anziano. L'anno scorso abbiamo avuto circa 190 casi. Chi si frattura il femore non è sempre sottoposto a intervento. Tengo a precisare che queste fratture si distinguono in laterali e mediali. Quest'ultime sono quelle più vicine alla testa del femore, una zona con una scarsissima vascolarizzazione e quindi con pochissime probabilità che possa avvenire una consolidazione. Questo è il motivo per cui si procede con una sostituzione protesica: si toglie la testa e si impianta uno stelo che si va ad articolare con l'acetabolo naturale oppure, dove fosse necessario,

con l'acetabolo protesico. Si protesizza anche la parte della cavità acetabolare del bacino. È chiaro che è un'operazione un po' più invasiva, con una ferita più ampia e con un sanguinamento maggiore. A ciò si aggiunge un eventuale problema di anemia post chirurgica».

E per quanto riguarda le fratture laterali?

«Avvengono dove ci sono i trocanteri femorali, più lateralmente rispetto alla testa del femore. Godono di una ricca e florida vascolarizzazione e quindi si può procedere con un'operazione di sintesi a cielo chiuso fatto con due piccole incisioni. Ovviamente c'è un minor sanguinamento e stress chirurgico. Chi ha subito un'osteosintesi, soprattutto se c'era una frattura instabile, può assumere la posizione eretta dopo 20 giorni. Si tratta di due tipologie d'intervento diverse ma che comunque rappresentano molto spesso operazioni salva vita».



Il prof. Giuseppe Sessa, ortopedico: «L'operazione è una carta vincente, soprattutto se si agisce con tempestività. Per gli over 65 poi è fondamentale. Qualche anno fa siamo intervenuti su un uomo di 104 anni e tutto è andato più che bene. Era diabetico e cardiopatico e se avesse aspettato ancora magari non ce l'avrebbe fatta»

Il rischio chirurgico è sempre presente..

«Quando i malati arrivano in questa struttura, ai parenti viene sempre comunicato che c'è un alto rischio chirurgico e che il paziente può morire. L'età incide non poco. In questi casi spiego sempre che se si sceglie di non operare abbiamo una quasi certezza che questo malato morirà tra sofferenze indicibili come broncopolmoniti da stasi o tamponamenti cardiaci. Credo sia opportuno, anche nei casi più disperati, dare una carta a questi anziani perché possano giocare la loro partita. L'esperienza ci ha mostrato che questa è una carta vincente soprattutto se si agisce tempestivamente».

Purtroppo, come in tutti gli interventi, è bene ricordare che l'imprevisto gioca il suo ruolo...

«Esatto. Non vorrei fornire informazioni sbagliate. Oggi ci si convince troppo spesso che la medicina è infallibile e che non esiste la complicità o il cattivo risultato. Purtroppo molti anziani muoiono perché subentrano complicazioni. In alcuni casi i pazienti giungono in clinica in condizioni drammatiche e, in accordo con gli anestesisti, si decide di aspettare e magari di operare in terza giornata per dare più aspettative di vita post chirurgica. In altri casi i farmaci assunti, come gli anticoagulanti, di fatto ci impediscono di intervenire chirurgicamente. In queste situazioni è bene attendere che si giunga a una situazione di maggiore tranquillità».

Com'è cambiato il trattamento di questa patologia rispetto al passato?

«Gli anziani hanno tante patologie croniche di tipo cardiologico, renale o epatico. In passato si cercava, in qualche modo, di sanare questi scompensi prima di portarli in sala operatoria. L'esperienza ha insegnato che è difficile riportare a valori fisiologici validi e che l'allettamento

costituiva di per sé un aggravamento della sintomatologia. Si è arrivati alla conclusione che è meglio operare questi malati il prima possibile».

E indubbiamente il contributo che donano le nuove tecnologie non è poco...

«Certo. Per le fratture laterali l'intervento si fa con mezzi di sintesi endomidollari con dei vitoni attraverso incisioni minime. Lo stress chirurgico è veramente basso. Sono migliorate anche le vie chirurgiche di accesso all'anca per le fratture mediali per impiantare protesi meno invasive rispetto al passato. Le protesi non hanno avuto grandi innovazioni ma il tipo di tecnica che si usa per impiantarle sì».

Oggi queste operazioni chirurgiche sono risolutive nella maggior parte dei casi. Esiste un limite d'età oltre il quale non ci si può più sottoporre?

«La frattura del collo del femore, strettamente legata con i fenomeni di osteoporosi, trova più spazio laddove l'età è avanzata: in questi casi i fenomeni di riassorbimento della massa scheletrica sono più eclatanti. Sostanzialmente non c'è un'età per eseguire l'intervento. Sono dell'idea che l'anziano vada operato sempre e comunque. Qualche anno fa abbiamo operato un malato di 104 anni e l'operazione è andata benissimo. Era un signore diabetico e cardiopatico che probabilmente se avesse aspettato due giorni a letto, sarebbe morto».

La riabilitazione è un momento importante dopo l'operazione. In questa struttura è prevista un'assistenza?

«Sì, certo; c'è un riabilitatore. Operare e poi non riabilitare il malato equivale a un trattamento incompleto. Cominciamo la riabilitazione in clinica subito dopo l'operazione attraverso i riabilitatori fissi che lavorano con noi e che aiutano il paziente a raggiungere un equilibrio. Io ho voluto fortemente la presenza di un internista fisso nel mio organico che si occupasse di tutto quello che hanno bisogno questi malati. Questa è sicuramente un'ulteriore garanzia di successo. I tempi di ripresa dipendono dalle condizioni di salute dell'anziano: di solito si aggirano intorno a una settimana».

ARTROSI, MAL DI SCHIENA E CERVICALGIA LE PATOLOGIE PIÙ INVALIDANTI

Il 74% di over 65 soffre di dolore cronico meno della metà segue la terapia adatta

PIERANGELA CANNONE

I dati epidemiologici mostrano che il dolore persistente cresce in prevalenza con l'avanzare dell'età ed essendo un sintomo soggettivo, è difficile da gestire in modo efficace, tanto più nelle popolazioni anziane con alterazioni fisiologiche specifiche che influenzano l'azione dei farmaci e il metabolismo. Nonostante ciò i medici suggeriscono al paziente di sopportare il dolore: secondo un'indagine elaborata da Demoskoepe la maggior parte degli anziani che convivono da oltre un anno con un dolore persistente, spesso di natura osteoarticolare, sono poco consapevoli delle strategie terapeutiche più opportune per alleviarlo perché i medici tendono a sottovalutare il problema, non lo monitorano e lo trattano in modo inadeguato, ricorrendo anche per lungo tempo all'uso di antinfiammatori non steroidei. Analizzando nel dettaglio l'indagine si scopre che il 74% degli intervistati è afflitto da un dolore cronico, che nell'85% dei casi perdura da oltre un anno e che per la metà del campione limita in tutto o in parte le attività quotidiane. Tra le patologie che più causano sofferenza, spiccano artrosi (38%), mal di schiena (36%) e cervicalgia (21%). Il 55% dei pazienti giudica la propria sintomatologia algica di intensità moderata e 1 su 3 la reputa severa; se tuttavia si chiede di riclassificare l'intensità secondo la scala numerica verbale (Nrs) da 0 a 10, coloro che soffrono di dolore severo salgono al 53%. E i medici? 1 su 3 misura l'intensità del dolore del proprio assistito; con regolarità lo fa solo il 15%, contravvenendo così a quanto stabilisce

l'art. 7 della Legge 38, che invita i clinici a registrare sempre il livello della sintomatologia dolorosa, la sua evoluzione nel tempo e l'effetto delle cure prescritte. Non solo: anche quando la misurazione viene effettuata, l'88% dei medici si basa sul racconto del paziente, mentre un esiguo 20% ricorre a scale di valutazione validate, che rappresentano l'unico strumento oggettivo per poter poi impostare una terapia adeguata. E pur adottando un atteggiamento di ascolto nei confronti del malato anziano (70%), i clinici sembrano poco orientati a un effettivo intervento: 1 su 5 tende a minimizzare il problema dolore o addirittura consiglia di "sopportarlo".

Abbiamo sentito il parere del dottore Rosario Coco, specialista in geriatria all'ospedale Garibaldi di Catania: «Noi medici ospedalieri – esordisce l'esper-

to - siamo obbligati per legge a sottoporre il paziente alla valutazione del dolore già al momento dell'accesso in reparto. Dobbiamo sapere che con l'aumentare degli anni si ha una resistenza al dolore maggiore di quella di un soggetto giovane. Per un fatto psicologico perché ritengono normale soffrire di dolori articolari. Questo peggiora la qualità della vita che è il principale criterio di scelta di una terapia».

Come si cura il dolore cronico?

«C'è stato un periodo in cui questo tipo di disturbo veniva sottovalutato e ancora oggi c'è una forma di resisten-

za all'utilizzo di doppiopioni nell'anziano, anche se interviene con farmaci che prima erano tabù, come la morfina o morfinosimili, adesso invece è più facile. Però questa è una mentalità che difficilmente entra nello stile dei geriatri, perché nella valutazione del rapporto costo-beneficio molti hanno delle riserve verso l'utilizzo di questi farmaci. In realtà alcuni studi internazionali dimostrano che non ci sono degli effetti collaterali ma per esperienza ho sempre qualche riserva prima di trattare un paziente con un morfinosimile. Come geriatra prescrivo inizialmente farmaci più blandi, che hanno il minor effetto collaterale possibile, poi se il problema persiste somministro farmaci più pesanti».

Quindi non si mira ad alleviare nell'immediato lo stato di disagio del paziente.

«Importiamo delle campagne medico-

La maggior parte degli anziani che convivono col dolore sono poco consapevoli delle strategie terapeutiche più opportune per alleviarlo. Tra le patologie che più causano dolore: artrosi (38%), mal di schiena (36%) e cervicalgia (21%). I clinici sono poco orientati ad un intervento: 1 su 5 tende a minimizzare il problema



UN ANZIANO AVVILITO DAL DOLORE

logiche dagli Usa dove c'è una maggior disinvoltura all'utilizzo di farmaci e dove si lavora e si ragiona in termini di statistiche. Ma l'anziano malato-cronico è parte di una popolazione che non può rientrare nelle statistiche perché parte di una fascia flessibile: i 60 anni ad esempio sono un'età non discriminante per la geriatria perché i pazienti non sono più considerati pazienti

geriatrici. Si considerano anziane le persone che hanno un'aspettativa di vita di 10 anni. Aspettativa di vita che oggi è di 85 anni per gli uomini e 89 per le donne (mentre un tempo era 75), è quindi la fascia d'età compresa tra i 74 e i 79 anni ad essere di pertinenza geriatrica. Ma il paziente geriatrico è molto complesso con molte patologie quindi l'utilizzo di eccessivi farmaci può essere dannoso anche per altre patologie. Occorre considerare sempre gli effetti collaterali dannosi di ogni farmaco».

Cosa incide di più nel dolore cronico?

«Il dolore cronico ha sempre un substrato organico, ma ci sono tante altre patologie correlate a questo. Su queste patologie la depressione può incidere aggravando ulteriormente il dolore che, secondo una visione poetica, si può attribuire anche alla depressione, ma in realtà essa aumenta la percezione soggettiva del dolore. Tanto è vero che in America molti medici usano dei farmaci antidepressivi ritenuti utili per trattare il dolore soprattutto nei soggetti diabetici con dolore cronico. Nella sintomatologia del dolore legato a disturbi depressivi è normale che non si possano usare solo i classici antidolorifici».

[LA TERZA ETÀ]



Cuore ad alto rischio per 3 milioni di anziani E' guerra all'ageismo

Basta con la discriminazione nelle cure cardiologiche

ANGELO TORRISI

Un medico europeo su due sa bene che la principale barriera all'accesso alle cure sanitarie ottimali è l'età: infatti - oramai è un dato assodato - oltre la metà degli over 65 rischia di ricevere delle cure inadeguate. Così oggi a temere per il proprio futuro sono gli stessi medici: secondo un'indagine che è stata condotta su 1130 professionisti europei, intervistati dall'«Economist Intelligence Unit» sulla qualità delle cure all'anziano, l'80% dichiara di essere seriamente preoccupato dei trattamenti che loro stessi riceveranno da vecchi, e oltre il 50% ritiene che l'ageismo - ossia la discriminazione degli anziani in base all'età - limiti decisamente l'accesso alle cure mediche ottimali. Recenti dati italiani confermano appieno i timori: ogni anno 150mila anziani hanno un infarto, oltre 6 milioni soffrono di malattie cardiovascolari, ma più del 50% non riceve terapie adeguate. Manca, dunque, una cultura che metta alla porta l'ageismo sia da parte del Sistema Sanitario Nazionale - che a questo punto, dobbiamo direlo, non investe abbastanza risorse nella prevenzione e nell'aderenza alla terapia - sia da parte degli stessi anziani, che si considerano, come dire, troppo «vecchi» per averne benefici. E' proprio per far fronte a questa discriminazione che nasce la Società Italiana di Cardiologia Geriatrica (SicGe), fondata da un gruppo di autorevoli rappresentanti della cardio-

logia e della geriatria italiana, i quali hanno sottoscritto il primo manifesto interdisciplinare contro l'ageismo. «La nuova società - spiega Niccolò Marchionni, neoelitto presidente SicGe e ordinario di Geriatria all'università di Firenze - nasce dall'idea di fondere la cultura geriatrica e la cardiologica per identificare i cardiopatici anziani fragili più bisognosi di cure innovative e personalizzate, nonché per sensibilizzare i cittadini e il mondo sanitario in genere all'importanza di una aderenza

Con over 65 in buona salute la produttività crescerebbe del 2%

terapeutica e alla equità nell'accesso alle cure». «Sappiamo infatti - continua - che, nel post-infarto, un'aderenza terapeutica di almeno l'80%, potrebbe prevenire ogni anno la morte di circa 200 «giovani anziani» (ossia di una fascia di età compresa fra i 65 e i 74 anni), ma di ben 2700 over75, con riduzione dei nuovi ricoveri ed un risparmio annuale di 15 milioni di euro per il Servizio sanitario nazionale». «Inoltre, gli anziani che si mantengono in forma possono essere una preziosa risorsa sociale, e si stima che gli over 60 in buona salute, e che sono ancora in grado di svolgere un

lavoro, possono far crescere la produttività del Paese di ben il 2%». «L'aumento dell'aspettativa di vita di circa 14 anni negli ultimi 40 anni - dichiara Alessandro Boccanelli, membro del consiglio direttivo della Società Italiana di Cardiologia Geriatrica nonché direttore del dipartimento di Malattie Cardiovascolari dell'Ospedale San Giovanni di Roma - ha fatto coincidere molte patologie cardiovascolari, come ad esempio l'infarto che colpisce di più nella fascia di età compresa tra i 66 e i 69 anni, lo scompenso caratteristico dei 75 anni o la fibrillazione atriale più critica per gli 80enni, con le problematiche tipiche della vecchiaia. Ma sono molti i pazienti - diciamo avanti negli anni - che, una volta ricoverati per infarto, vengono lasciati nella struttura di primo soccorso, mentre i più giovani sono trasferiti in ospedali con cure più avanzate». «Occorre invece - continua Boccanelli - ed è questo l'obiettivo di SicGe, sviluppare da un lato competenze che uniscano conoscenze geriatriche e cardiologiche, per offrire anche all'anziano la massima appropriatezza di cure, e dall'altro promuovere la cultura della prevenzione». «La co-presenza di patologie della sfera psichica, quali ad esempio la depressione e la demenza - afferma Marco Trabucchi, presidente dell'Associazione Italiana di Psicogeriatrica (Aip) - interferisce sia con la diagnosi sia con le terapie delle malattie somatiche, anche perché influenza direttamente l'evoluzione



delle cardiopatie: la depressione, ad esempio, raddoppia il rischio di mortalità ad un anno dopo un infarto». «È quindi obbligatorio rilevare le condizioni di salute globale attraverso una valutazione multidimensionale, e soltanto dopo costruire un approccio terapeutico che tenga in considerazione l'interazione tra soma e psiche».

«Ancora oggi in cardiologia - dichiara Massimo Volpe, ordinario di Cardiologia alla «Sapienza» di Roma - l'indicazione terapeutica anche a trattamenti invasivi, quali l'angioplastica, l'impianto di defibrillatori o un intervento chirurgico, viene spesso posta nell'anziano con una valutazione soggettiva, largamente influenzata dall'età cronologica, con una ingiustificata esclusione di pazienti trattabili. Sarebbe invece utile una valutazione geriatrica oggettiva, che tenga conto delle capacità cognitive, di cooperazione nell'aderenza alle terapie ed ai successivi controlli clinici. Sia in emergenza, sia nelle scelte terapeutiche elettive, l'interazione cardiologo-geriatra può migliorare l'accesso alle cure proprio nei pazienti più avanti con l'età».

sione di pazienti trattabili. Sarebbe invece utile una valutazione geriatrica oggettiva, che tenga conto delle capacità cognitive, di cooperazione nell'aderenza alle terapie ed ai successivi controlli clinici. Sia in emergenza, sia nelle scelte terapeutiche elettive, l'interazione cardiologo-geriatra può migliorare l'accesso alle cure proprio nei pazienti più avanti con l'età».

STORIA DI PINELLA, CON LA SCLEROSI MULTIPLA E UNA PICCOLISSIMA PENSIONE

Capelli bianchi, viso rotondo, occhi piccoli, un grande sorriso. Pinella Castro porta con orgoglio i suoi 68 anni. Da 19 anni ha la sclerosi multipla. «Sorrìdo sempre - dice - anche con la flebo attaccata al braccio. È un modo come un altro per non pensare alla malattia». A occuparsi di lei è Carmela, una badante che l'accompagna a far spese e dalle amiche, la aiuta a vestirsi, le prepara i pasti e fa le pulizie in casa in cambio di vitto, alloggio e di 400 euro al mese. «Devo molto ai miei figli

- aggiunge Pinella - se non ci fossero loro a contribuire non saprei come fare. Vedova, oggi mi ritrovo a fronteggiare la malattia con una modesta pensione di reversibilità. E come se non bastasse qualche mese fa l'Inps aveva sospeso la mia pensione di invalidità in attesa di una visita di controllo da parte della commissione. Quando mi medici mi hanno visto hanno abbassato lo sguardo mortificati...».

PIERANGELA CANNONE

IL DOTT. ANDREA VENTIMIGLIA, DIRETTORE SANITARIO DI VILLA DEI GERANI: «AVERE SEMPRE UN ATTEGGIAMENTO POSITIVO»

L'Unione Europea ha proclamato il 2012 anno «dell'invecchiamento attivo» con lo scopo di valorizzare il contributo degli anziani nella società e nell'economia. Questa iniziativa vuole affrontare almeno uno dei principali problemi demografici dell'Europa: invecchiamento della popolazione, riduzione degli anni lavorativi, abbassamento della fertilità. «Tre sono i principi su cui si fonda l'invecchiamento attivo, afferma il dott. Andrea Ventimiglia psichiatra e direttore sanitario della casa di cura «Villa dei Gerani» del Gruppo Carmide: occupazione lavorativa, partecipazione alla vita sociale, autonomia personale. Un concetto simile a quello di invecchiamento attivo è utilizzato in neuropsichiatria e geriatria, il concetto di «invecchiare con successo». Apparentemente sinonimi, i due concetti presentano in realtà delle differenze: l'invecchiamento attivo pone l'accento sulla capacità dell'anziano di mantenere una occupazione lavorativa che, ovviamente, non può prescindere dalla capacità di mantenere rapporti sociali e dalla autonomia personale. E' un concetto «economico» quello proposto dall'Unione Europea, e pare nascondere l'idea, ma non più di tanto, che non potendosi pagare le pensioni è meglio lavorare fino a tarda età. «L'invecchiare con successo» pone invece l'accento sulla capacità di mantenersi socialmente impegnati senza significativo declino fisico e cognitivo. Mantenersi socialmente impegnati è un concetto diverso da quello di mantenersi occupati lavorativamente. L'idea di poter invecchiare con successo si oppone alla concezione della vecchiaia come mera ed inevitabile perdita di funzioni fisiche e psichiche, o, in altri termini, all'idea esclusiva dell'anziano come essere fragile e vulnerabile. L'invecchiare con successo si basa su una qualità da migliorare ed accrescere: la resilienza».

«Invecchiare bene e con successo? Tutta una questione di resilienza»

«Il concetto di resilienza - continua il dott. Ventimiglia - non ha una definizione univoca. Talora si definisce come «il processo dinamico di mantenere un atteggiamento positivo e di efficacemente fronteggiare le avversità», talaltra come «la capacità di tollerare gli alti e bassi della vita» o ancora «la capacità di recuperare rispetto ad un evento stressante». In questo senso la resilienza può essere vista come il processo di confrontarsi con la perdita di funzionamento adeguando atteggiamenti e ambiente, cioè si invecchia bene se ci si adatta bene. Gli individui che hanno

un livello elevato di resilienza, e non sono affetti da depressione o lo sono solo lievemente, affrontano meglio il decadimento fisico e/o cognitivo. In uno studio recente gli anziani con scadenti condizioni fisiche, ma non depressi, godevano di una percezione di benessere comparabile con quella degli anziani in salute, ma con depressione grave o moderata. Dunque la salute fisica non è condizione necessaria e sufficiente per invecchiare bene, è ancora più importante accrescere la resilienza e trattare o prevenire la depressione. Questi ultimi due con-

cetti sono complementari, l'umore aiuta a fornire la resilienza emotiva necessaria per le sfide che la vita ci presenta». Ma se la cura della depressione nell'anziano è il campo di intervento dello psichiatra, del neurologo, del geriatra, come prevenirla, come migliorare l'umore, come accrescere la resilienza? Come ci si adatta alla perdita di affetti, di capacità fisiche e cognitive? Come si fa a guarire rapidamente da un insulto fisico e/o psichico? Che cosa possiamo fare per aiutarli a divenire più resilienti? «Non è sufficiente - afferma Venti-

miglia - promuovere delle attività ricreative. Gli anziani, così come i giovani, desiderano essere parte di qualcosa, sentire di essere parte di qualcosa. E' utile perciò formare gruppi che coinvolgono persone con interessi e obiettivi comuni. Chi persegue una crescita personale pur nell'avanzare degli anni, tende ad essere più resiliente rispetto ai cambiamenti. Dare uno scopo ed un significato agli eventi della vita è un modo efficace di promuovere la crescita personale e negli anziani questo può essere ottenuto rivedendo le proprie memorie personali. In Scozia è stato realizzato un originale programma di assistenza a malati di demenza utilizzando vecchie foto di calciatori per sollecitare i ricordi personali per quella partita, per quell'evento, per quel calciatore. I risultati sono stati sorprendentemente buoni. La dipendenza non è ritenuta un valore per i giovani, mentre gli anziani resilienti sono capaci di darle un valore, è un modo di adattarsi al mutare delle circostanze. E' d'aiuto sapere che se si è in grado di offrire qualcosa si può essere ricambiati quando necessario. E' un quid pro quo che è utile enfatizzare». «Essere aperti a nuove idee, valori ed esperienze è la base della capacità di adattarsi al cambiamento, conclude Ventimiglia, la vita non è un cammino diritto, spesso si deve cambiare strada e bisogna farlo senza paura, a qualsiasi età».



A sinistra l'equipe medica della casa di cura «Villa dei Gerani» del gruppo Carmide; a destra l'esterno della struttura che si occupa di riabilitazione neuropsichiatria neurologica e ortopedica

LU. GU.

VILLA DEI GERANI

Riabilitazione neuropsichiatria neurologica e ortopedica

La casa di cura Villa dei Gerani del Gruppo Carmide si occupa di riabilitazione neuropsichiatria, neurologica ed ortopedica. Inoltre sono presenti day hospital riabilitativi ed ambulatori. Nell'ambito della riabilitazione neuropsichiatria viene trattata tutta la patologia psichiatrica con specifici programmi assistenziali. L'equipe multidisciplinare effettua una valutazione del funzionamento sociale, relazionale e cognitivo del paziente e quindi elabora un progetto di riabilitazione individuale che prevede un supporto farmacologico e uno psicologico-sociale. Obiettivo finale è l'inclusione sociale, ma l'offerta dei setting di cura devono tener conto non solo della fase acuta e della cronicità della malattia ma anche di quella dimensione dell'assistenza «intermedia» a cui è

necessario dare un carattere riabilitativo. In questo senso la struttura prende in carico i pazienti in condizioni di scompenso psicopatologico per i quali non è necessario o opportuno il ricovero in un servizio psichiatrico per acuti e non sono curabili al domicilio; i soggetti in fase di post-acuzie i quali necessitano, prima di essere indirizzati al domicilio o in struttura residenziale, di una ulteriore permanenza in una struttura con assistenza medica infermieristica e specialistica con l'obiettivo di un più efficace affidamento ai servizi territoriali e con una maggiore attenzione alla continuità delle cure in una prospettiva bio-psico-sociale.



[NEUROLOGIA]

Sclerosi multipla, allo studio cure «su misura»

In sperimentazione diversi anticorpi monoclonali disponibili tra la fine di quest'anno e l'inizio del prossimo

JESSICA NICOTRA

Sclerosi multipla una malattia degenerativa tristemente in primo piano. I casi purtroppo sono in continuo aumento. Anche a Catania. Dove nel giro di un decennio si è passati da 2,3 a 8 casi nuovi all'anno su 100 mila abitanti. «La sclerosi multipla rimane una malattia dalle cause sconosciute - dice il prof. Francesco Patti, responsabile del centro sclerosi multipla al Policlinico di Catania - in cui il sistema immunitario è fortemente compromesso. Da qualche anno tutto è cambiato e ciò che si richiede al neurologo è di selezionare la terapia più adatta per ciascun paziente, anche con l'uso di nuovi farmaci per via orale come il Fingolimod».

I farmaci innovativi prima di essere messi sul mercato sono sottoposti ad accurate ricerche. Il vostro centro ha fatto molto. Quali effetti collaterali avete riscontrato ad esempio col Fingolimod?

«Fingolimod è cardiossotossico e può anche dare problemi polmonari. L'esperienza del neurologo porta a stabilire un profilo di sicurezza: con uno screening medico allargato si verifica cosa in particolare può rischiare il malato».

L'alta tecnologia è un aiuto fondamentale per migliorare i processi sia diagnostici sia terapeutici. Qual è lo scenario odierno?

«Abbiamo in sperimentazione diversi anticorpi monoclonali che saranno disponibili tra la fine di quest'anno e l'inizio del 2014: il Daclizumab, Rituximab e Alemtuzumab. Sono molto potenti e hanno la possibilità di avere un biomarker che ci permette, tramite prelievi di sangue, di verificare entro le 12 settimane se il paziente risponde o no alla cura. "Time is brain": il tempo è importante e curare i pazienti allo stadio iniziale della malattia con le armi più potenti significa consentire una maggiore efficacia della terapia stessa».

Oltre al tempo anche le ricerche sono fondamentali. Qual è il contributo del vostro centro?

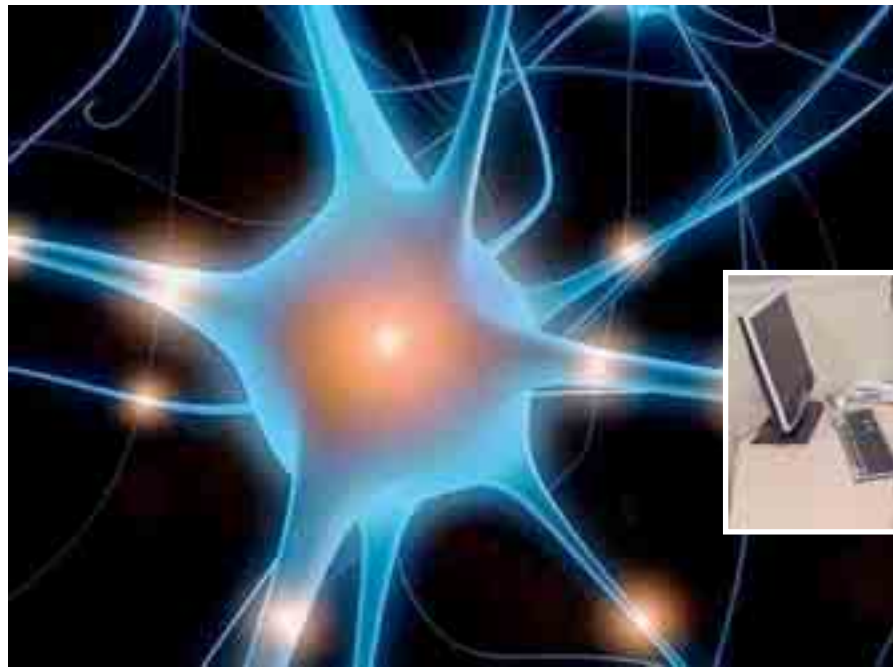
«In Italia sono possibili ricerche di altissimo livello perché esistono centri dedicati alla cura: in Sicilia sono 18. Oggi 5.614 siciliani sono affetti da sclerosi multipla e il nostro centro ne segue 2.120. La nostra struttura vanta l'esistenza della sezione di neuroepidemiologia coordinata dalla professoressa Alessandra Nicoletti. Studiamo

come gli aspetti geologici e ambientali incidano sul sistema immunitario. La sclerosi multipla, infatti, non determina solo l'adozione di ausili quali bastoni e carrozzine ma anche alterazioni delle funzioni cognitive; negli ultimi sei anni abbiamo messo a fuoco questi aspetti non motori della malattia».

E qui entriamo nell'ambito dell'aspetto umano dei pazienti.

«Molto spesso il malato perde il posto di lavoro e il ruolo all'interno della famiglia. Ascoltarlo è indispensabile. A tal proposito, assieme all'istituto neurologico Carlo Besta di Milano, abbiamo pensato a una terapia palliativa, "Pensami", che è l'acronimo del progetto volto a considerare altri aspetti di una malattia che colpisce anche i cosiddetti "caregiver", coloro che vivono accanto ai malati. Il nostro centro è coinvolto anche in studi che riguardano l'atrofia cerebrale, un processo che si sviluppa fin dall'esordio del-

Il prof. Francesco Patti
«Tra i nuovi farmaci la fampridina, che migliora la velocità degli spostamenti - il malato riesce persino a fare 25 passi - ma funziona solo nel 40% dei casi. La categoria dei cannabinoidi è già in pista di lancio. E le iniezioni di tossina botulinica vengono impiegate in caso di vescica iperattiva»



Nella foto un neurone attivo. In piccolo il prof. Francesco Patti, responsabile centro sclerosi multipla dell'azienda Policlinico - Vittorio Emanuele di Catania

la malattia».

Quali sono le terapie sintomatiche utilizzate?

«Tra i nuovi farmaci figurano la fampridina, i cannabinoidi e la tossina botulinica. La fampridina migliora la velocità degli spostamenti e funziona solo nel 40% dei casi. I risultati sembrano banali ma sono importanti: il paziente riesce infatti anche a compiere 25 passi e quindi ad attraversare la strada. La categoria dei cannabinoidi è in pista di lancio e non ha ancora ottenuto la patente d'uso. Il loro utilizzo riguarda il trattamento della spasticità del dolore e di alcuni aspetti legati alla vescica neurologica. Per quest'ultima in realtà avevamo già a disposizione farmaci mutuati dall'impiego in urologia. Per quanto riguarda i casi di vescica iperattiva c'è invece la possibilità di fare iniezioni di tossina botulinica intravesicale con l'aiuto dell'urologo. Se questi farmaci venissero messi in fascia A, la qualità di vita del malato potrebbe decisamente migliorare».

Parliamo quindi di farmaci che aiuterebbero il paziente a non perdere la propria autostima.

«Curare i nostri pazienti è un diritto della Costituzione. Ragionando nell'ottica del cinismo della spending review, se un paziente sta meglio e mantiene il suo posto di lavoro, è a tutti gli effetti un individuo produttivo che paga le tasse».

Alle cure tradizionali spesso vengono affiancate quelle sperimentali. A giugno scorso sono partiti

alcuni test con cellule staminali. Che ruolo hanno nella cura di questa malattia?

«Stiamo vivendo un momento molto complesso. Il ministero della Salute sembra si sia schierato e i comitati etici sono stati fortemente coinvolti; tuttavia regna una confusione tra uso compassionevole, sperimentazioni approvate e terapie "off label" in un mondo dove la pressione dei media e dei social network riescono a influenzare persino le coscienze mediche, spesso a vantaggio dell'utenza. Le cellule staminali proposte per la cura di malattie neuromuscolari neurodegenerative e persino per la sclerosi multipla provengono da strutture non accredita-



rapie "off label" in un mondo dove la pressione dei media e dei social network riescono a influenzare persino le coscienze mediche, spesso a vantaggio dell'utenza. Le cellule staminali proposte per la cura di malattie neuromuscolari neurodegenerative e persino per la sclerosi multipla provengono da strutture non accredita-

te ma vengono utilizzate negli ospedali su soggetti che sono affetti da "malattie orfane", ovvero malattie che non hanno alternativa terapeutica. Oggi ci sono molti metodi "alternativi" come quello Zamboni che ritiene che la sclerosi multipla sia di origine vascolare. Molti così seguono un qualcosa ben lontano dall'essere dimostrato dal punto di vista scientifico. La scienza avanza lentamente nel rispetto della sicurezza e della salute del paziente. A mio parere l'uso delle cellule staminali è lontano dall'aver dimostrato l'efficacia e di essere privo di effetti collaterali».

E al momento cosa è stato dimostrato?

«Solo che hanno una capacità antinfiammatoria. Che poi questa si esprima bloccando la malattia è da verificare con studi di fase terza. Prima ancora, in studi di fase seconda, dobbiamo accertare che queste cellule non producano tumori una volta iniettate in circolo. Per la sclerosi multipla - sottolinea - l'uso delle cellule staminali rappresenta un'anticipazione, un azzardo. Le regole della scienza sono sinonimo di garanzia di salute per il paziente. E in particolare la storia del farmaco Cladribina dovrebbe farci riflettere a proposito di staminali».

In che senso?

«Questo farmaco è stato utilizzato per molto tempo nella cura delle leucemie a cellule capelute, tumori in cui il sistema immunitario è fortemente coinvolto come nella sclerosi multipla. La "Food and drug administration", l'omologo del ministero della Salute italiano, e l'Emea (l'organismo europeo che valuta la sicurezza e l'efficacia di tutti i farmaci prima che questi possano avere la patente d'uso), hanno invitato lo sponsor, che voleva il brevetto per l'utilizzo della cladribina nella sclerosi multipla, a sviluppare con altri studi se questa fosse stata realmente efficace e soprattutto sicura. In fase di sperimentazione, sono stati segnalati tumori di diversa origine, per lo più maligni. La casa farmaceutica stessa, che per otto anni aveva investito fiumi di denaro, nel 2011 dopo l'ammonimento ricevuto dai due organi, ha fatto un passo indietro e ha troncato lo sviluppo di cladribina ritirando la richiesta di utilizzo nella sclerosi multipla nonostante già il libero uso in Australia e Russia».

GARIBALDI-NESIMA, NUOVE POSSIBILITÀ DI CURA PER L'EPATITE C

Test rapido gratuito per i soggetti a rischio d'infezione per la ricerca degli anticorpi anti-HCV

Il virus dell'epatite C (HCV) è la più frequente causa di epatite cronica, di cirrosi epatica e di epatocarcinoma in tutto il mondo occidentale. Dopo esposizione al virus meno di un quarto degli individui va incontro a risoluzione spontanea, mentre in oltre il 75% dei casi si ha la cronicizzazione dell'infezione. Una volta cronicizzata la malattia progredisce in maniera lenta e insidiosa. Secondo stime recenti, l'Italia, con quasi due milioni di portatori (3-4% della popolazione generale), è uno dei paesi europei con la più alta prevalenza di HCV. Infatti, negli ultimi anni in Italia si è assistito ad una progressiva diminuzione del numero di nuovi casi d'infezione (incidenza), mentre è aumentato sempre più il numero complessivo di individui con epatite C (prevalenza), come effetto di una diffusione epidemica del virus negli anni '50-'60, che ha interessato in particolare le regioni meridionali del nostro paese. L'impatto attuale di questo andamento epidemiologico sulla salute pubblica è enorme, in quanto è proporzionalmente in aumento il numero di pazienti che, per la gravità della malattia, impegnano risorse.

Poiché l'epatite C è del tutto asintomatica sino agli stadi più avanzati della malattia, è stato calcolato che tre pazienti su quattro giungono alla diagnosi quando è già presente una condizione di cirrosi epatica o di epatocarcinoma.

Uno studio condotto da un gruppo di ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità ha stimato che nel 2005 il virus C si è reso responsabile in Italia di 230.000 casi di cirrosi epatica e di oltre 7000 decessi.

A fronte di questi numeri allarmanti, è nonostante ormai da molti anni esistano cure in grado di eliminare stabilmente il virus e quindi guarire dall'infezione, soltanto un quarto dei pazienti con epatite C viene indirizzato ai Centri specialistici e, di questi, non oltre un terzo viene effettivamente sottoposto a trattamento (secondo quanto risulta da una ricerca epidemiologica condotta nei principali Centri epatologici di Sicilia e Calabria per conto del Gruppo Epatologico Calabro-Siculo, GRECAS, recentemente pubblicata). Eppure da oltre 10 anni la terapia di associazione Interferone alfa Peghilato e Ribavirina ha dimostrato di essere in grado di portare a guarigione il 70-80% dei pazienti con genotipi 2 e 3, ed il 40-50% di quanti infetti con genotipo 1. Del tutto recentemente è stata messa in evidenza una stretta correlazione tra probabilità di risposta alla terapia e fattori genetici legati al polimorfismo dell'interleuchina 28B (IL-28B), la cui determinazione nel sangue permette di ottimizzare l'indicazione e la durata del trattamento. Per i pazienti con genotipo 1 (che rappresentano tra l'altro la maggioranza dei portatori

di virus C nella nostra regione) sta per essere definitivamente approvata anche in Italia (con notevole ritardo rispetto ad altri paesi) una nuova possibilità di cura con triplice terapia (Interferone alfa Peghilato, Ribavirina e Boceprevir o Telaprevir). L'aggiunta alla terapia "standard" di Boceprevir o Telaprevir, due nuovi farmaci ad azione antivirale diretta (cioè in grado di bloccare alcuni enzimi indispensabili per la replicazione del virus) permette di eradicare l'infezione nell'80% dei pazienti "naive" (mai sottoposti a precedenti trattamenti antivirali) e nei "relapser" (pazienti che hanno risposto al trattamento antivirale, ma nei quali il virus è ricomparso al termine della terapia). Gli individui che non hanno risposto in alcun modo alla terapia standard (Interferone e Ribavirina) e i pazienti già in fase di cirrosi hanno mostrato percentuali di guarigione dall'infezione intorno al 50-60%. Un recente studio europeo, pubblicato su una prestigiosa rivista scientifica (Gastroenterology, Ottobre 2012), ha dimostrato che aumentando lo screening e la percentuale di pazienti trattati con i nuovi farmaci in Italia si potrebbero ridurre del 20% i casi di cirrosi epatica e del 10% il numero di morti causati dall'HCV. Tuttavia, bisogna

anche tener presente che sia il Boceprevir che il Telaprevir presentano importanti effetti collaterali (ematologici e dermatologici, in particolare), che si vanno a sommare ai disturbi che conoscono bene quanti si siano sottoposti alla terapia con Interferone e Ribavirina. Inoltre, è necessario offrire ai pazienti continua assistenza e supporto per migliorare l'accettabilità delle cure (numero di compresse da assumere, rapporto con i pasti, possibile interazione con numerosi altri farmaci). Per tutti questi motivi, da parte dell'Associazione Italiana di Studio del Fegato (AISF) e da parte dell'Agenzia Italiana del Farmaco è stata richiamata l'attenzione sulla necessità che l'eleggibilità al trattamento antivirale venga valutata in Centri Epatologici che posseggano i requisiti per una stadiazione completa del paziente (ecografia, fibroscan, biopsia epatica, viremia, IL-28B) e una lunga esperienza nel trattamento dell'epatite C. Durante la terapia devono anche essere attentamente controllati gli eventuali effetti collaterali e l'andamento delle viremie, al fine di evitare eventi avversi ed insorgenza di resistenze virali. I Centri deputati al trattamento devono pertanto essere collegati a Laboratori di biologia molecolare in grado di fornire risultati attendibili e in tempi rapidissimi. Per tali motivi anche la Regione Sicilia, sulla scorta di quanto già intrapreso da altre Regioni italiane, ha nominato una commissione tecnica al fine di individuare i Centri Epatologici di riferimento dove indirizzare i



IL DOTT. ANGELO PELLICANO

Il futuro della terapia dell'Epatite C è ancor più incoraggiante. Sono già in fase di avanzata sperimentazione numerosi farmaci che, con diversi meccanismi, saranno in grado di debellare l'infezione in un numero sempre maggiore di casi, con effetti collaterali più accettabili e facendo a meno dell'Interferone e, forse, anche della Ribavirina.

Questi vantaggi permetteranno di trattare anche pazienti in fase avanzata di malattia, trapiantati, dializzati. Tuttavia, perché l'entusiasmo dei ricercatori e dei clinici si traduca realmente in vantaggi per i pazienti e per la collettività (basti pensare al risparmio in termini di giornate lavorative, ricoveri e cure) è necessario diffondere nei Medici di Medicina Generale e nella popolazione una corretta informazione che porti ad uno screening più efficace delle categorie a rischio e ad un accesso alle cure prima che il virus C determini quelle gravi conseguenze che vanificano i risultati delle terapie. A tal proposito, in collaborazione con alcuni Medici di Medicina Generale, coordinati dal Centro di Epatologia del Garibaldi-Nesima, è stata avviata un'esperienza pilota che permetterà di proporre, gratuitamente, agli individui compresi in categorie a rischio d'infezione un test rapido per la ricerca degli anticorpi anti-HCV, eseguito su un campione di saliva, direttamente nello studio medico. In conclusione, è iniziata una nuova era per i malati di epatite C che porterà nei prossimi anni a sconfiggere definitivamente questo pericoloso virus.

pazienti per la cura dell'epatite C. Grazie alla disponibilità del Commissario Straordinario, dott. Angelo Pellicano, presso l'unità operativa di Epatologia del Garibaldi-Nesima di Catania, diretta dal dott. Maurizio Russello, che nello specifico opera in stretta collaborazione con le unità operative di Patologia Clinica del Garibaldi-Nesima e Garibaldi-Centro, di Anatomia Patologica e con quella di Dermatologia, diversi pazienti hanno già iniziato il trattamento con triplice terapia, con risultati incoraggianti, seppur ancora preliminari.

Il futuro della terapia dell'Epatite C è ancor più incoraggiante. Sono già in fase di avanzata sperimentazione numerosi farmaci che, con diversi meccanismi, saranno in grado di debellare l'infezione in un numero sempre maggiore di casi, con effetti collaterali più accettabili e facendo a meno dell'Interferone e, forse, anche della Ribavirina.



IL DOTT. MAURIZIO RUSSELLO

[NEUROLOGIA]



Afasia, male diffuso «Più controllo, ricerca e percorsi di studio»

Colpisce soprattutto chi è stato vittima di un ictus

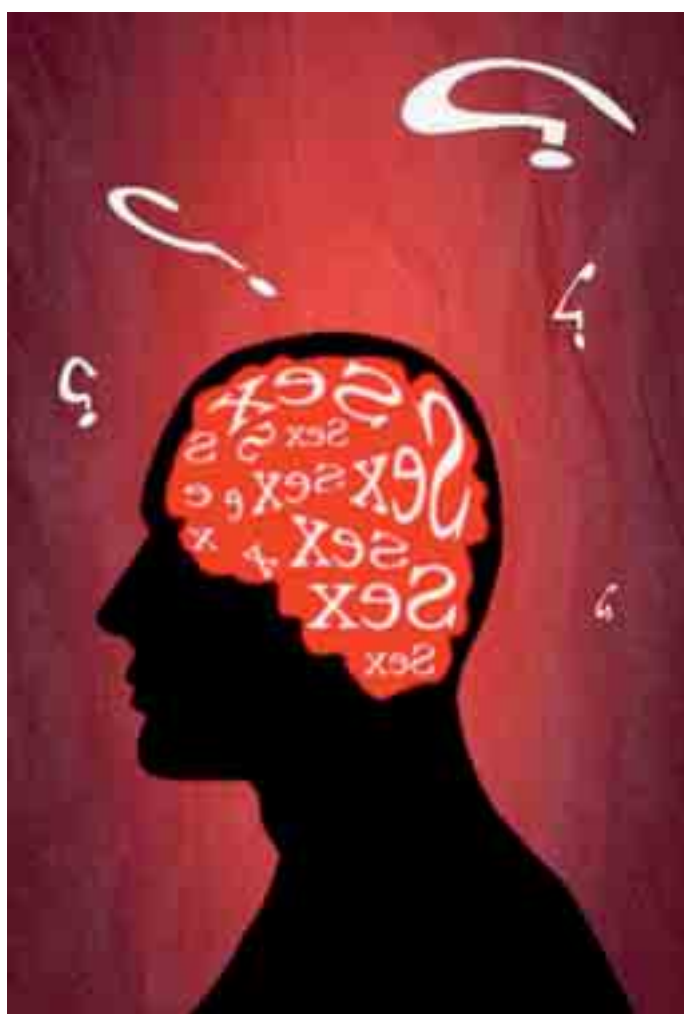
Una malattia sottovalutata, che interdice la capacità di espressione e comprensione dei soggetti colpiti, impossibilitati a vivere una vita autonoma. Sono 150mila gli italiani affetti da afasia (ogni anno 20mila nuovi casi), di cui il 30% ne soffre a seguito di ictus. Far uscire dall'ombra questo disturbo, far sapere a tutti che si tratta di una disabilità è l'obiettivo della prima ricerca epidemiologica condotta dall'Aita (associazioni italiane afasici) in collaborazione con il centro ricerche "Mario Negri Sud". A essere alterata non è né l'intelligenza né la capacità di provare sentimenti: l'afasia compromette il normale uso del linguaggio, rende difficile se non impossibile, fare una chiacchierata con un amico, scrivere una cartolina o leggere il giornale. «L'afasia è una disabilità sconosciuta tanto ai pazienti quanto ai medici, manca un sapere diffuso» sostiene Vito Lepore, ricercatore capo del laboratorio di epidemiologia assistenziale del "Mario Negri Sud" e referente del progetto di ricerca. «Eppure a fronte di numeri così importanti, la patologia è stata finora materia di studio per gli specialisti. Il progetto di ricerca giova a fornire informazioni non sempre facilmente reperibili sulla patologia: dalla prevenzione degli ictus ai diritti delle persone afasiche dall'efficacia della riabilitazione al ruolo delle associazioni». La ricerca dimostra, inoltre, che le cartelle cliniche spesso non riportano questa forma di disabilità. «Abbiamo analizzato la documentazione degli ospedali riguardante le persone ricoverate per ictus - continua - con l'obiettivo di capire se e come viene riportata l'afasia. Analizzando i dati di una regione campione (la Puglia) solo nel 5% delle cartelle si parla di afasia. E' evidente quanto sia necessario focalizzare l'attenzione degli addetti ai lavori».

A causare i disturbi del linguaggio le lesioni cerebrali come traumi cranici, encefaliti e tumori

Il progetto, che avrà termine alla fine di quest'anno, si propone di valutare la frequenza e la distribuzione del disturbo afasico post ictus in ogni singola regione, verificando criteri diagnostici, storia della malattia, percorsi assistenziali e interventi riabilitativi. Sono previste due fasi per ogni regione: la prima prevede una unità di riferimento neurologica o neuroriabilitativa che acquisisce i dati del territorio di competenza; durante la seconda fase il "Mario Negri Sud" fa una valutazione del problema afasia. «A noi interessa monitorare l'afasia da uno a tre anni dopo l'evento ictus per capire cosa è successo al paziente. E' una ricerca povera - spiega Vito Lepore - andata avanti senza finanziamenti. Vogliamo capire chi

sono e cosa fanno questi pazienti afasici. La presentiamo come fase pilota dello studio: l'obiettivo è quello di creare una struttura permanente di monitoraggio dei pazienti afasici. Ad oggi, questa è la prima ricerca epidemiologica. L'idea è creare un archivio elettronico che possa essere materiale base per le ricerche future, con il fine di individuare pazienti che possano entrare in percorsi di riabilitazione e suggerire loro sia trattamenti consolidati dalla letteratura sia sperimentali». L'iniziativa si colloca all'interno delle numerose manifestazioni organizzate in vari Paesi europei sotto l'egida dell'Aia, Association international aphasie. L'obiettivo è sensibilizzare le istituzioni e l'opinione pubblica su un problema sottovalutato. «La scarsità dei dati - conclude il ricercatore - deve portare a nuovo impegno e non a una rinuncia. Bisogna indirizzare i pazienti afasici verso percorsi di cura e riabilitazione appropriati e fare buone ricerche per ridurre il numero di casi affetti dal problema».

P. C.



SI STUDIA IL FARMACO CONTRO LE DIPENDENZE

Sconfiggere la dipendenza dal sesso, dal gioco d'azzardo, dall'alimentazione e dallo shopping, oltre che la "pornoaddiction", la dipendenza da siti porno. Alla clinica neurologica dell'università «D'Annunzio» di Chieti - Pescara una équipe di ricercatori diretta dal professor Marco Onofrj studierà farmaci innovativi, già testati su pazienti affetti dal morbo di Parkinson, che permetteranno entro due anni di attaccare queste patologie. Nel frattempo verrà passata ai raggi x la popolazione abruzzese, allo scopo di capire in che percentuale gli abruzzesi siano affetti da questi disturbi che colpiscono milioni di persone in tutto il mondo. Approvato dall'agenzia italiana del farmaco (Aifa), il progetto ha preso le mosse da una ricerca iniziata oltre dieci anni fa. «L'ipotesi allo studio - spiega Onofrj - prevede di agire sull'acido glutammico, un neurotrasmettitore, con un farmaco che riduca o fermi la ripetizione continua di stimoli motori o comportamentali, quindi anche l'impulso verso le dipendenze».

Un primo studio, pubblicato nel 2012 sulla rivista di neurologia Nelson Neurology, ha dimostrato come questo farmaco possa ridurre il gioco d'azzardo patologico sia nei pazienti affetti dal morbo di Parkinson che in quelli con disordini di controllo degli impulsi.

UNO STUDIO ITALIANO

Così la cocaina altera il cervello Abusi e rimedi

Ricercatori dell'Università Cattolica del Sacro Cuore-Policlinico Gemelli di Roma, insieme con colleghi dell'Università degli Studi dell'Insubria di Varese, hanno scoperto in che modo la cocaina esercita, in animali da laboratorio, i suoi danni sul cervello e quindi evidenziato la possibilità di prevenire le disfunzioni neuronali e comportamentali causate dall'abuso di cocaina. Coordinata da Marcello D'Ascenzo e Claudio Grassi dell'Istituto di Fisiologia Umana dell'Università Cattolica di Roma, la ricerca, finanziata dall'Istituto Italiano di Tecnologia, è stata appena pubblicata sulla rivista Brain.

I ricercatori hanno scoperto che alla base dei danni cerebrali causati dalla cocaina c'è un'alterazione della funzione delle sinapsi, i ponti di comunicazione tra i neuroni. Tale alterazione è dovuta alla diminuzione della concentrazione di una piccola molecola, la D-serina, indispensabile per assicurare una corretta comunicazione tra i neuroni a livello delle sinapsi. «Sebbene siano necessarie ulteriori indagini - spiegano gli autori dello studio -, i risultati di questo studio potrebbero rappresentare un punto di partenza verso il possibile impiego della D-serina come farmaco nel trattamento della dipendenza da cocaina».

Alla base dei danni un'alterazione della funzione delle sinapsi

L'abuso e la dipendenza da sostanze psicotropaniche come la cocaina costituiscono un importante problema socio-sanitario per il nostro Paese. Secondo indagini epidemiologiche risalenti al 2010 circa il 4,8% della popolazione italiana di età compresa tra 15-64 anni ha provato ad assumere cocaina almeno una volta nella vita, mentre lo 0,9% ammette di averne consumata anche nel corso dell'ultimo anno. L'abuso di cocaina si associa a una serie di alterazioni comportamentali tra cui la ricerca compulsiva della droga e l'elevata suscettibilità alla ricaduta anche dopo lunghi periodi di astinenza. «Abbiamo dimostrato - spiega D'Ascenzo - che l'abuso cronico di cocaina induce, in animali da esperimento, una diminuzione della concentrazione di D-serina nel nucleus accumbens, un nucleo cerebrale coinvolto nei fenomeni di dipendenza da sostanze psicotropaniche. Tale deficit molecolare determina, in questa area cerebrale, una ridotta capacità dei neuroni di modificare l'efficienza della trasmissione sinaptica (plasticità sinaptica) che è alla base delle alterazioni comportamentali indotte dalla cocaina».

L'équipe di D'Ascenzo e di Grassi ha inoltre dimostrato che la somministrazione «locale» di D-serina a livello del nucleus accumbens previene, nei ratti, lo sviluppo di una caratteristica alterazione comportamentale indotta dalla cocaina, ovvero la sensibilizzazione locomotoria.

L. G.

POTREBBE ESSERE SUFFICIENTE UNO SCREENING ALL'ANNO



SONO 15 MILIONI GLI ITALIANI IPERTESI

Misurare la pressione troppo spesso porta a diagnosi sbagliate di ipertensione, con relativi trattamenti inutili. Lo afferma uno studio della Mayo Clinic pubblicato dalla rivista Annals of Family Medicine, secondo cui potrebbe essere sufficiente uno screening all'anno. I ricercatori hanno analizzato 68 pazienti con pressione alta e 372 con pressione normale. In base alle misurazioni fatte a ogni visita dal medico, tutti e 68 i «veri positivi» sono stati individuati, mentre 110 persone sane hanno ricevuto diagnosi sbagliate in seguito ai valori misurati. Limitandosi invece a considerare una sola misura l'anno, 63 dei pazienti ipertesi sono stati trovati, mentre i falsi positivi sono scesi a 67: «Molti fattori possono rendere inaccurata la misura della pressione - spiegano gli auto-

Diagnosi errate di ipertensione misurando spesso la pressione

ri - ad esempio se è fatta con il paziente non seduto, o che non sia a riposo da cinque minuti almeno. Inoltre il valore può salire temporaneamente per diversi fattori, compreso il lieve stress di trovarsi di fronte a un medico, il cosiddetto effetto camice bianco». Ma vediamo adesso più da vicino l'ipertensione. E cominciamo col dire che la pressione arteriosa è la forza esercitata dal sangue sulle pareti delle arterie. Essa dipende principalmente da tre fattori: la quantità di sangue che viene immessa in circolo durante la sistole

(contrazione del muscolo cardiaco), la forza di contrazione del cuore, le resistenze offerte dai vasi al passaggio del flusso sanguigno. Questi elementi subiscono un controllo mediato principalmente da stimoli ormonali e nervosi.

Viene definita sistolica o massima durante la contrazione ventricolare e diastolica o minima durante il rilassamento ventricolare.

I valori della pressione arteriosa sono condizionati da diversi fattori: genetici, età, patologie concomitanti, abitudini alimentari, fu-

mo, stili di vita, ma anche da sollecitazioni emotive o fisiche che possono provocare oscillazioni dei valori nel corso della giornata. Quando la pressione arteriosa, in base a più rilevazioni, risulta uguale o superiore al valore di 140 mmHg di sistolica o 90 mmHg di diastolica, si parla di ipertensione. Per essere considerati patologici i valori pressori elevati devono rappresentare uno stato costante, non occasionale. L'aumento della pressione arteriosa nel tempo provoca danni alla parete delle arterie, favorendo la comparsa di malattie

cardiovascolari (ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco), renali (insufficienza renale), oculari (retinopatie).

L'ipertensione colpisce circa 25 milioni di italiani e un terzo della popolazione mondiale adulta; a oggi solo il 5-10% dei casi presenta una causa identificabile legata a una patologia specifica (ipertensione secondaria). Nel 90-95% dei casi si parla di ipertensione essenziale quando non è possibile identificare una causa scatenante.

Il primo passo per ridurre i valori pressori consiste nel limitare i fattori di rischio attraverso l'attività fisica, il controllo del peso e dell'alimentazione, eliminando il fumo e moderando il consumo di alcol. Quando la modifica degli stili di vita non si rivela sufficiente si fa ricorso alla terapia farmacologica antipertensiva.

L. G.

RIABILITAZIONE D'AVANGUARDIA.

La casa di cura Villa l'Ulivo e la casa di cura Villa dei Gerani sono due strutture ospedaliere private accreditate a indirizzo riabilitativo intensivo per la riabilitazione neuropsichiatrica, neurologica, ortopedica, cardiologica e di angiologica vascolare.

Carmide
Casa di Cura
Villa l'Ulivo

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

Direttore sanitario dott. Daniele Amato.
Via Fratellapande 13 Catania Tel. 095 7529111

Carmide
Casa di Cura
Villa dei Gerani

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

Direttore sanitario dott. Andrea Venturiglia.
Zona Industriale 910 strada Catania Tel. 095 5964011



[NEUROLOGIA]

Incubo Alzheimer viaggio nella malattia che «ruba» i ricordi

Il segno distintivo: un rapido deterioramento della memoria

ANGELO TORRISI

Tra le demenze l'Alzheimer è una delle più tipiche quanto diffuse, drammatiche e temute. Il fatto che in taluni casi ha una insorgenza precoce (intorno ai 50 anni) e colpisce mediamente soggetti intorno ai 60 ci dice che non è malattia strettamente legata alla vecchiaia ed è perciò da distinguere dalle *deffailanche* della memoria di carattere vascolare aterosclerotico.

Del resto l'anatomia patologica non dimostra un indurimento delle arterie cerebrali (arteriosclerosi) e conferma che si tratta di una entità a sé stante che è contraddistinta da tipiche modificazioni a livello della corteccia sotto forma di placche senili e da atrofia delle cellule nervose con degenerazione delle fibrille. Che cosa provochi tali gravi fenomeni ancora oggi non si sa e i medici si muovono nel campo delle ipotesi che chiamano in causa fattori genetici (sembra che entri in gioco quel cromosoma 21 responsabile del mongolismo), fattori tossici, oppure anche virus e cause immunologiche. L'Alzheimer non viene considerata una malattia ereditaria: se un congiunto anziano ne è affetto, le possibilità di contrarre l'affezione sono solo di poco superiori rispetto a chi non registra alcun caso tra i parenti stretti. La demenza non è per altro in rapporto con l'uso eccessivo o limitato del cervello: essa infatti colpisce professori, dirigenti, medici, scienziati, artisti, manovali, operai, impiegati. Nessuna correlazione la malattia ha con lo stress, il pensionamento, il lutto, un trasloco; è

vero che l'Alzheimer si manifesta talora a seguito di tali avvenimenti, ma indagini accurate generalmente dimostrano che essa era già preesistente e spesso le premure di amici, del coniuge o di un parente l'avevano solo reso meno evidente.

Una caratteristica sostanziale della malattia è questa: contrariamente a quanto avviene per il semplice invecchiamento cerebrale, chi ne è colpito non si accorge del subdolo, progressivo e talora rapido deterioramento della memoria o perlomeno comincia a accorgersene solo nelle fasi iniziali al-

Ancora allo studio il farmaco risolutivo per cura e prevenzione

lorché comincia anche la incapacità a apprendere e ricordare le nuove informazioni e iniziano i problemi di linguaggio. e i cambiamenti dell'umore. Poi nello stadio intermedio il paziente diventa incapace d'intendere di ricordare gli avvenimenti avendo sempre più bisogno dell'aiuto altrui sino a quando, nella fase di gravità, sarà incapace di camminare e di effettuare ogni tipo di attività quotidiana. La memoria si perde del tutto, si diventa incontinenti e si va incontro di solito a incapacità di deglutire e di mangiare. In alto mare ancora il farmaco che compia il "miracolo" per la cura e la prevenzione. C'è in uso soltanto qualche molecola che ne rallenta l'evoluz-

zione.

E ora alcune regole d'oro per difendere la memoria. Cercate innanzitutto di seguire una dieta sana: la dieta mediterranea tradizionale è protettiva. Infatti, l'alimentazione può influenzare la comparsa di disturbi della memoria con svariati meccanismi. Troppo zuccheri, troppi grassi, troppa carne, favoriscono l'obesità, il diabete, e l'ipertensione. Meglio evitare, quindi, bevande zuccherate, salumi, patatine, merendine, margarine. Ridurre carni, formaggi e pane bianco e per contro aumentare il consumo di verdure e, con gradualità per evitare gonfiore, di legumi e di pane integrale. Sì al pesce, soprattutto se è azzurro, e sì pure all'olio d'oliva ma senza strafare.

Fate un programma di attività fisica regolare, che arrivi in modo graduale a 30 minuti al giorno per una settimana. Non trascurate l'età mentale: imparate qualcosa di nuovo; studiate una lingua, dedicatevi all'enigmistica, giocate a carte, a dama e a scacchi, andate al cinema e a teatro. Insomma scegliete attività che impegnino la mente sulla base delle vostre preferenze.

Stabilite orari precisi per il riposo, evitate comunque i sonnellini pomeridiani, fate attività rilassanti prima di andare a letto (un bagno caldo, una tisana, ascoltare musica con le luci abbassate...). E ancora, non trascurate le attività sociali: dal volontariato ai club, partecipate a corsi, uscite di casa il più possibile per compiere attività che vi facciano passare del tempo insieme ad altre persone. Stare soli ha un effetto negativo sulla salute in generale, e sulla salute del cervello in particolare.



ALZHEIMER, LA MALATTIA CHE RUBA I RICORDI

Chi sono i malati di atassia teleangectasia? Messo a punto uno specifico test genetico

L'atassia teleangectasia (At) è una malattia caratterizzata da progressiva degenerazione neuronale, sensibilità alle radiazioni, immunodeficienza e predisposizione allo sviluppo di infezioni ricorrenti e tumori. Colpisce un individuo su 10-50.000 nati, ma i portatori sani sono molto più frequenti (in Italia l'1.5-3.5% della popolazione generale) e risultano avere un'incidenza di cancro, in particolare alla mammella, almeno quattro volte superiore rispetto ai non portatori. Per determinare in modo veloce ed economico la presenza di mutazioni del gene Atm, e quindi individuare affetti e portatori sani, un team dell'Istituto Regina Elena (Ire), in collaborazione con la «Sapienza» di Roma l'Istituto di biologia e patologia molecolari del Cnr, ha messo a punto un innovativo test genetico. Lo studio è pubblicato sul "Journal of clinical investigation". "Siamo riusciti a studiare gli spostamenti, all'interno delle cellule, dell'oncosoppressore p53, un indi-

catore indiretto, ma fedele, della presenza di mutazioni nel gene interessato - spiegano i ricercatori - dando vita così a un nuovo test diagnostico specifico che, per la prima volta, consente di individuare in modo veloce, economico e non invasivo i portatori sani e di distinguere i bambini colpiti da At da quelli con altre patologie atassiche, che determinano perdita di coordinazione nei movimenti. In questi ultimi, la diagnosi precoce è fondamentale per iniziare le terapie di supporto il prima possibile". Il test è stato applicato per la prima volta a un gruppo di pazienti affette da carcinoma della mammella, dimostrando che l'8% era portatore sano di Atassia teleangectasia. Lo sviluppo di un test specifico apre per la prima volta la possibilità di valutare diversi aspetti predittivi su un'ampia popolazione e dare specifiche e tempestive indicazioni per la prevenzione di tumori.

L. G.

INTERVISTA AL DOTT. MICHELE VECCHIO, FISIATRA E NEUROLOGO DEL POLICLINICO-OVE DI CATANIA

«Ictus, come riconoscere i primi segni per evitare gravi danni neurologici»

VITTORIO ROMANO

Ogni anno in Italia ci sono circa 196.000 nuovi casi di ictus, di cui una minoranza, circa il 20%, decede nel primo mese successivo all'evento e il 30% sopravvive con esiti gravemente invalidanti. Riconoscere i primi segni di un ictus può evitare danni neurologici seri con conseguenze invalidanti e talvolta può salvarci la vita. Al comparire di tali segni è necessario ricorrere tempestivamente, ma senza panico, alle cure sanitarie e, quando possibile, alle Stroke Unit.

«Si tratta di improvvisi segni neurologici che spesso si presentano in maniera insidiosa - spiega il dott. Michele Vecchio, specialista in Fisiatria e Neurologia nell'Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico-Vittorio Emanuele di Catania - e tra questi i più comuni sono: non riuscire improvvisamente a parlare in maniera corretta; perdere la forza in metà corpo; sentire formicolii o perdere la sensibilità in metà corpo; non vedere bene in una metà del campo visivo; non avere improvvisamente equilibrio e coordinazione o accusare vertigini; provare un severo mal di testa senza apparente causa conosciuta. Spesso - precisa Vecchio - possono comparire varie combinazioni di tali segni clinici. E' da sottolineare che singoli e isolati segni clinici possono non essere necessariamente prodromi di ictus cerebrale. Tuttavia, se presenti, è consigliato il tempestivo ricorso alle cure sanitarie».

L'esame, spiega il dott. Vecchio, «può essere fatto autonomamente o con

l'aiuto di un familiare o amico e, se i segni sono presenti, bisogna essere tempestivi nelle cure: valutare l'espressione del volto provando, per esempio, a sorridere per evidenziare eventuali asimmetrie facciali; sollevare gli arti e valutare la capacità di eseguire l'azione e di mantenere la posizione raggiunta; provare a parlare e valutare la capacità di scandire le parole e se il linguaggio appare strano o impacciato; ricorrere tempestivamente alle cure mediche».

COS'È L'ICTUS CEREBRALE. I termini utilizzati per definire questa patologia sono diversi: dal greco *apoplexis*, dal

latino *ictus*, dall'inglese *stroke*; tutti significano "colpo", ovvero accidente cerebrovascolare ischemico od emorragico. Secondo le linee guida

Spread (Stroke prevention and educational awareness diffusion) l'ictus è l'improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit locale e/o globale (coma) delle funzioni cerebrali, di durata superiore alle 24 ore o con esito infausto, non attribuibile ad altra causa apparente se ne la vasculopatia cerebrale.

COS'È LA TIA. L'attacco ischemico transitorio (Tia) è un'improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale cerebrale o visivo,



LA PREVENZIONE A TAVOLA

«UN MODELLO ALIMENTARE A BASSO CONTENUTO DI SALE E ISPIRATO ALLA DIETA MEDITERRANEA»

Prevenire gli ictus si può, facendo una sana attività sportiva, non fumando, non eccedendo con gli alcolici e, naturalmente, con una sana alimentazione. «Un modello alimentare a basso contenuto di sale e ispirato alla dieta mediterranea, che includa in particolare un elevato consumo di frutta, verdura, cereali e cereali integrali, e un consumo regolare di pesce, è consigliabile ai fini della prevenzione primaria dell'ictus - spiega il dott. Michele Vecchio, specialista in fisiatria e neurologia -. Tra i nutrienti associati ad un aumento del rischio di ictus ischemico si annoverano in particolare l'eccesso di sodio, alcol e grassi saturi. Viceversa, per alcuni nutrienti è stata messa in luce un'azione protettiva». Eccoli: i grassi polinsaturi, che si trovano per esempio nel pesce; la fibra alimentare: adeguati apporti tramite la dieta esercitano un effetto protettivo nei confronti di dislipidemie, obesità, diabete, sindrome plurimetabolica; potassio e calcio: esiste una correlazione inversa tra il rischio di ictus e il consumo di questi minerali, attraverso un'azione perlopiù mediata dalla pressione arteriosa. «L'azione protettiva del magnesio - dice Vecchio - necessita invece di ulteriori conferme». E ancora, antiossidanti: un equilibrato apporto di antiossidanti naturali media un effetto protettivo, in particolar modo associato al consumo di antiossidanti vitaminici (vitamina C e vitamina E) e non vitaminici (carotenoidi e sostanze fenoliche); eventuali supplementazioni non sono indicate; folati, vitamina B6 e vitamina B12: adeguati apporti tramite la dieta esercitano un positivo effetto protettivo, mediato dalla riduzione dei livelli di omocisteina. Sono consigliate supplementazioni nei casi di iperomocisteinemia.

VI. RO.



A sinistra, il dott. Michele Vecchio, specialista in Fisiatria e Neurologia nell'azienda ospedaliero-universitaria Policlinico-Ove di Catania. Sopra, un macchinario per la Tac

duato molteplici fattori che aumentano il rischio di ictus. «Alcuni di questi non possono essere modificati - dice Vecchio - ma costituiscono tuttavia importanti indicatori per definire le classi di rischio. Altri fattori possono essere modificati con misure non farmacologiche o farmacologiche».

L'età è il maggiore fattore di rischio per l'ictus. L'incidenza di ictus aumenta con l'età e, a partire dai 55 anni, raddoppia per ogni decade. La maggior parte degli ictus si verifica dopo i 65 anni. E' possibile che venga ereditata una predisposizione, ma il ruolo dei fattori genetici nella determinazione del rischio non è tuttora definito.

I fattori di rischio non modificabili sono l'età, fattori genetici e fattori etnici. Quelli modificabili sono: ipertensione arteriosa; alcune cardiopatie (in particolare la fibrillazione atriale); diabete mellito; iperomocisteinemia; ipertrofia ventricolare sinistra; stenosi carotidea; fumo di sigaretta; eccessivo consumo di alcol; ridotta attività fisica; dieta; ipercolesterolemia; obesità. Sono stati descritti altri fattori che probabilmente aumentano il rischio di ictus ma che al momento non appaiono completamente documentati come fattori indipendenti di rischio. Fra questi: sindrome metabolica; alcune cardiopatie; placche dell'arco aortico; uso di contraccettivi orali; terapia ormonale sostitutiva; emicrania; infezioni; uso di droghe; inquinamento atmosferico; sindrome delle apnee ostruttive da sonno.

"STROKE UNIT"

LE STRUTTURE DOVE CURARSI IN SICILIA

Le Stroke Unit sono di 3 livelli sulla base di competenze, specializzazioni e dotazioni ospedaliere. Il I livello deve far fronte alla maggioranza degli eventi ictali che non giungono in ospedale in tempo utile per i trattamenti specifici. Il II livello, di competenza dei reparti di neurologia, deve possedere anche le dotazioni per il trattamento fibrinolitico endovenoso e la pronta disponibilità neurochirurgica. Il III livello, nei reparti di neurologia, deve avere anche la disponibilità ospedaliera di risorse come la radiologia interventistica, l'interventistica endovascolare, la neurochirurgia, la chirurgia vascolare, la possibilità di effettuare terapia trombolitica intravenosa e intrarteriosa, trombectomia meccanica, angiografia cerebrale. Le Stroke Unit di III livello a regime sono a Catania presso la Neurologia del Cannizzaro, a Palermo presso l'ospedale Civico e l'Azienda ospedaliera Villa Sofia. Nel novembre 2012 designate anche nell'Aou Policlinico di Messina e nell'Aor Papardo Piemonte.

[NEUROLOGIA]



Parkinson, valide alternative migliorano la qualità di vita anche nei pazienti più gravi

Si tratta di terapie con procedure di neurochirurgia funzionale

JESSICA NICOTRA

Il Parkinson è una malattia neurodegenerativa del sistema nervoso centrale. L'esordio della patologia avviene in genere con sintomi motori: tremore, riduzione della velocità e movimenti, rigidità e perdita di espressione facciale. Negli ultimi anni la ricerca ha fatto enormi progressi con nuove terapie farmacologiche che migliorano la qualità di vita dei malati anche nella fase avanzata della malattia. «E' la malattia neuro degenerativa più comune dopo l'Alzheimer - afferma la professoressa Alessandra Nicoletti, responsabile dell'ambulatorio Parkinson e disordini del movimento dell'azienda ospedaliera universitaria Policlinico-Vittorio Emanuele - malattia che colpisce circa l'1% della popolazione sopra i 65 anni. Sebbene l'età media all'esordio sia di circa 60 anni, in un 10% dei casi può manifestarsi tra i 20 ed i 40 anni».

Quanti malati accoglie il vostro ambulatorio?

«Orientativamente al nostro centro afferiscono circa 700 pazienti con disturbi del movimento, la maggior dei quali è affetta da malattia di Parkinson».

Parliamo dei sintomi. Una diagnosi precoce può rappresentare un'arma in più?

«I campanelli d'allarme più frequenti sono l'insorgenza di tremore, lentezza nei movimenti e rigidità che rappresentano i sintomi cardinali della patologia. In realtà oggi sappiamo che esiste un corteo di altri sintomi definiti "non motori" quali ansia, depressione, costipazione, disturbi del sonno e perdita dell'olfatto che talvolta possono prece-



LA PROFESSORESSA ALESSANDRA NICOLETTI

dere, anche di molti anni, l'insorgenza dei classici segnali. La diagnosi è fondamentalmente clinica sebbene alcune indagini, quali la risonanza magnetica nucleare e la scintigrafia cerebrale recettoriale con DaT-scan, possono essere d'aiuto per un corretto inquadramento diagnostico».

Fatta la diagnosi come si procede?

«Si inizia una terapia di tipo sintomatico anche se alcune molecole comunemente utilizzate sembrerebbero avere anche un certo effetto di tipo neuroprotettivo».

E in particolare quali sono le terapie?

«Nonostante siano diverse le molecole a disposizione, la terapia si avvale

principalmente di dopaminergici quali la levodopa, il farmaco tuttora più efficace, e i dopamino-agonisti. Un'adeguata gestione del trattamento farmacologico consente per diversi anni un'ottimale gestione del Parkinson con un buon compenso dei sintomi motori. Purtroppo però, dopo un certo periodo, possono svilupparsi le cosiddette "complicanze motorie" dovute sia alla progressione della malattia sia alla terapia farmacologica. In particolare si verificano le "fluttuazioni motorie" caratterizzate dalla presenza di gravi fasi di blocco motorio durante la giornata, nonostante sia impiegata la miglior terapia possibile. Frequentemente si osserva anche la comparsa di discinesie, movimenti involontari talvolta invalidanti. Nelle fasi avanzate della patologia è inoltre frequente lo sviluppo di deterioramento cognitivo che si presenta in circa il 40% dei pazienti».

Negli ultimi anni la ricerca ha fatto passi da gigante. Quali novità ci sono state in questo campo?

«C'è da dire che oggi abbiamo a disposizione valide alternative anche per la gestione dei pazienti in fase complicata di malattia, ovvero il momento in cui compiono le fluttuazioni motorie e i movimenti involontari. Si tratta di terapie più complesse quali le procedure di neurochirurgia funzionale relative alla stimolazione cerebrale profonda (DBS) o la possibilità di utilizzare pompe per l'infusione continua della levodopa direttamente al livello intestinale attraverso una gastrostomia percutanea (Peg). Entrambe rappresentano una valida opzione terapeutica per la ge-



stione delle fasi avanzate del Parkinson».

La vostra clinica è un punto di riferimento importante per la diagnosi e il trattamento dei disturbi del movimento. Di cosa si occupa in particolare l'attività di ricerca del vostro staff?

«Le principali linee di ricerca del nostro gruppo sono rivolte agli studi di neurofarmacologia e neurepidemiologia con l'obiettivo quindi di valutare i possibili fattori di rischio sia ambien-

ti sia genetici».

E adesso cosa bolle in pentola?

«Partirà a breve uno studio spontaneo multicentrico finanziato dall'agenzia italiana del farmaco (Aifa) e coordinato dal prof. Mario Zappia, direttore della clinica neurologica dell'azienda ospedaliera universitaria Policlinico-Vittorio Emanuele di Catania. Il progetto coinvolgerà più di 20 centri italiani e ha come obiettivo quello di confrontare diverse modalità di somministra-

L'ESORDIO DELLA PATOLOGIA

I campanelli d'allarme più frequenti sono l'insorgenza di tremore, lentezza nei movimenti e rigidità che rappresentano i sintomi cardinali della patologia. Ma esistono anche altri sintomi definiti "non motori". Il Parkinson colpisce circa l'1% della popolazione sopra i 65 anni. Sebbene l'età media all'esordio sia di circa 60 anni, in un 10% dei casi può manifestarsi anche tra i 20 ed i 40 anni

zione della levodopa per via orale, al fine di identificare la modalità di somministrazione che, a parità di efficacia, induca un rischio minore complicanze motorie. È uno studio clinico "indipendente", non legato a finanziamenti di aziende farmaceutiche, che produrrà utili informazioni nella gestione del trattamento farmacologico dei pazienti parkinsoniani. Il progetto durerà tre anni e coinvolgerà 300 pazienti con malattia di Parkinson in fase iniziale».

IL DOTT. FURNARI DELLA CASA DI CURA VILLA L'ULIVO-CARMIDE: «IL RECUPERO MOTORIO NON PUÒ PRESCINDERE DA QUELLO COGNITIVO»

L'ictus cerebrale è un improvviso deficit neurologico legato ad un danno cerebrale o midollare, della durata superiore alle 24 ore, legato esclusivamente ad una vasculopatia. Può essere ischemico (deficit di irrorazione sanguigna) o emorragico (rottura di vaso con conseguente stravaso di sangue). I sintomi e i segni neurologici dipendono dall'area encefalica coinvolta. L'ictus cerebrale rappresenta un'emergenza neurologica e clinica poiché è la terza causa di morte dopo i tumori e le malattie cardiovascolari, e la prima causa di disabilità. Il paziente, dopo la diagnosi, va prontamente ospedalizzato al fine di poter usufruire nel più breve tempo possibile degli accertamenti e delle cure che il caso richiede. Dopo opportuna stabilizzazione dal punto di vista internistico e neurologico, il paziente viene trasferito, al fine di garantirgli un continuum terapeutico, in un reparto di riabilitazione intensiva, se le condizioni cliniche e neurologiche lo permettono, al fine di ottenere un recupero della disabilità e un'ottimizzazione delle abilità residue.

Al momento del ricovero - afferma il dott. Placido Furnari responsabile riabilitazione neurologica casa di cura Villa L'Ulivo del Gruppo Carmide - il paziente viene sottoposto ad una valutazione multidisciplinare che prevede l'intervento di diverse figure professionali: il fisiatra, il neurologo, lo psicologo, il fisioterapista, il logopedista, l'infermiere professionale e l'assistente sociale. Completata la valutazione, il team multidisciplinare - con a capo la dott. ssa Luciana Ippolito, responsabile dell'unità funzionale di riabilitazione - redige un progetto riabilitativo individuale che prevede il raggiungimento dell'autonomia ed il miglioramento della qualità della vita attraverso la definizione di un programma riabilitativo che ne definisce gli obiettivi a breve, medio e lungo termine nonché la durata. Il progetto e il programma riabilitativo vanno sempre condivisi sia con il paziente sia con il caregiver. La valuta-

Ecco i punti cardine della riabilitazione del paziente colpito da ictus cerebrale

zione consiste nello studio delle seguenti funzioni cerebrali: alterazioni dello stato di coscienza, deficit della motricità, disturbi della sensibilità, deficit delle funzioni intellettive superiori (memoria, attenzione, afasia, etc...), eventuali deficit della coordinazione, disturbi del comportamento e del tono dell'umore, infine viene valutato lo stato generale del paziente (il grado di idratazione e nutrizione, la capacità di deglutizione e l'eventuale incontinenza sfinterica). La riabilitazione del paziente con ictus, continua il dott. Furnari, deve essere vista come

un processo attivo che inizia nella fase acuta. L'approccio riabilitativo consta di due momenti distinti: il primo prevede tutte quelle misure atte a mantenere l'integrità cognitiva, emotiva e fisica al fine di prevenire le possibili complicanze che potrebbero allungare i tempi di recupero. I punti cardine sono rappresentati dal posizionamento e dalla mobilitazione, i quali hanno lo scopo di evitare l'insorgenza di alterazioni del tono muscolare, di lesioni da decubito, d'infezioni delle vie urinarie e polmonari, che potrebbero inficiare l'optimum del successivo trattamento

riabilitativo intensivo. Il secondo momento, che va intrapreso non appena le condizioni neurologiche sono già stabilizzate, prevede il recupero delle funzioni cerebrali compromesse. Rappresenta il vero e proprio trattamento riabilitativo intensivo che prevede il recupero delle funzioni cerebrali compromesse attraverso diversi interventi riabilitativi per il deficit motorio e terapie riabilitative specifiche per il recupero dei disturbi delle funzioni intellettive superiori. Va ricordato che il processo riabilitativo prevede una completa collaborazione da parte del paziente e che

una importante attenzione va mostrata nei confronti delle alterazioni del tono dell'umore che oggi rappresentano uno tra i più importanti fattori di mortalità post-ictus, recidive e scarsa compliance al trattamento riabilitativo. Al termine del processo riabilitativo di tipo intensivo, il team multidisciplinare valuta gli obiettivi raggiunti e decide se inviare il paziente in strutture dedicate al trattamento riabilitativo estensivo in considerazione della presenza di esiti permanenti che richiedono una presa in carico a lungo termine e un progetto riabilitativo. Le strutture dedicate a un trattamento riabilitativo estensivo, sono: strutture di riabilitazione estensiva, presidi ambulatoriali, centri ambulatoriali di riabilitazione, RSA, domicilio.

Il successivo step dopo il trattamento riabilitativo estensivo, per mantenere le abilità acquisite, prevede la riabilitazione nella fase cronica, per quei pazienti stabilizzati nei quali sono già stati raggiunti gli obiettivi riabilitativi. E' compito del gruppo multidisciplinare territoriale quello di valutare semestralmente le abilità residue dei pazienti e nel caso di eventuale peggioramento viene redatto un nuovo programma riabilitativo. In conclusione, nel processo riabilitativo bisogna considerare il paziente nella sua globalità valutando la sua disabilità motoria e psico-cognitiva, in quanto il recupero motorio non può prescindere da un recupero cognitivo, al fine di garantire un ottimale reinserimento in ambito familiare, sociale e lavorativo.



LU. GU.



L'ictus cerebrale rappresenta una emergenza neurologica e clinica poiché è la terza causa di morte dopo i tumori e le malattie cardiovascolari e la prima causa di disabilità. Il recupero motorio di chi è stato colpito da ictus non può prescindere da quello cognitivo

VILLA L'ULIVO-CARMIDE

Struttura ospedaliera per la riabilitazione

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

comprenda gli aspetti organici psicologici e sociologici della personalità. Oggi la casa di cura è ad indirizzo riabilitativo polispecialistico (riabilitazione neurologica, neuropsichiatrica, ortopedica, cardiologica, vascolare-angiologica), accreditata con il Sistema Sanitario Nazionale per l'intera sua capacità ricettiva di 80 posti letto. Da maggio 2010 infatti, la casa di cura è stata rimodulata in struttura ospedaliera ad orientamento riabilitativo. Dal gennaio 2012 la casa di cura può erogare anche prestazioni ambulatoriali a carico del SSR al fine di garantire al paziente la corretta presa in carico e la continuità assistenziale. Dal 2005 la casa di cura ha attivato il percorso per il conseguimento della certificazione di qualità. Il direttore sanitario è il dott. Daniele Amato.



Ginocchio, una ricostruzione più rapida

La tecnica «Lars» prevede l'utilizzo di tendini sintetici nella sutura dei legamenti crociati anteriori

MICHELE FARINACCIO

Nella patologia del ginocchio la lesione legamentosa, con particolare riferimento al legamento crociato anteriore, rappresenta una fase complessa da trattarsi spesso esclusivamente dal punto di vista chirurgico con la tecnica della ricostruzione. Mentre la diagnosi di distorsione del ginocchio risulta nel complesso semplice con una deambulazione che diventa precaria e un'articolazione dolente che induce il paziente a recarsi senza esitazione ad un controllo prima radiografico e poi ortopedico-specialistico, la questione legamenti tratta invece il protrarsi di eventi lesivi, duraturi e ripetuti nel tempo che improvvisamente creano un deficit gravissimo per tutto l'equilibrio dell'arto inferiore.

La sensazione d'instabilità diventa di frequente associata a fenomeni di cedimenti, scrosci articolari riferibili a sensazioni di evidente insicurezza nel deambulare, spesso continui. Le tecniche ricostruttive più usate sono la ricostruzione del legamento usando i tendini del muscolo semitendinoso e gracile, una parte del tendine rotuleo o del tendine quadricipitale ed alcuni casi, soprattutto negli Stati Uniti, tendine da cadavere. La tecnica consiste nel posizionare il più possibile il loco del vecchio crociato anteriore, con questi tendini prelevati dallo stesso individuo.

La ricerca tecnologica ha contribuito a migliorare questa tecnica ricostruttiva con l'introduzione di legamenti crociati anteriori (Lac) sintetici (Lars, ligament advanced reinforcement system) che vengono impiantati con tecniche diverse a seconda dell'operatore. E sono proprio le tecniche più innovative nella chirurgia artroscopica del ginocchio che rendono l'ortopedico ragusano Giuseppe Pellegrino uno dei migliori esperti nell'isola nella ricostruzione dei legamenti crociati anteriori (lca) con tendini sintetici.

Specialista in ortopedia e traumatologia oltre che in medicina dello sport, Giuseppe Pellegrino si occupa di artroscopia da ben 26 anni e da tre anni fa uso di questi legamenti sintetici. Il legamento sintetico usato dall'ortopedico ragusano è stato ideato da Claude Senni. Questi lca ar-

tificiali sono in poliestere ftalato, biocompatibili e funzionalmente il più simile possibile ai legamenti originari.

«Il principale beneficio dell'uso di tali legamenti – spiega Pellegrino – sta nel fatto che l'articolazione, già lesa, non viene ulteriormente destabilizzata da un prelievo di tessuto biologico. Venendo a mancare la parte più invasiva dell'intervento, si passa subito all'impianto del nuovo tendine, lasciando integro l'apparato muscoloscheletrico del paziente. E' un'operazione – aggiunge l'ortopedico – molto più semplice di quella tradizionale che, tra l'altro, consente anche di dimezzare i tempi di riabilitazione. Inoltre, i tendini artificiali offrono la possibilità di essere scelti su misura ed essere adattati all'età, al peso e al tipo di attività svolta».

La durata dei legamenti sintetici è di circa 10 anni, uguale o di poco inferiore a quella dei legamenti biologici. E in caso di nuova rottura va

Il prof. Pellegrino di Ragusa è uno dei massimi esperti della metodica. La durata dell'impianto è di circa 10 anni: uguale o di poco inferiore a quella dei legamenti biologici. In caso di nuova rottura va solo cambiato l'innesto artificiale. L'intervento dura 45 minuti e la degenza è di 3 giorni



semplicemente cambiato il tendine artificiale. «I lars di terza generazione - dice ancora l'ortopedico - dotati di appositi recettori di cellule, verranno avvolti da queste integrandosi del tutto con l'articolazione, e consentendo un risultato sempre più stabile e naturale».

Nel corso degli anni, il numero degli interventi con questa nuova tecnica è costantemente aumentato. L'intervento con sistema Lars ha una durata di 45 minuti e il paziente resta in clinica 3 giorni; in media il tempo di recupero negli sportivi è di 45-60 giorni. Insomma, un intervento che ha risultati durevoli nel tempo e che ha tempi di recupero (si pensi soprattutto agli sportivi) notevolmente ridotti rispetto a quelli effettuati con la tecnica tradizionale.

Rivalutando i legamenti impiantati nel corso degli anni passati e sottoponendo i pazienti a scale analogiche visive (Ikcd e Tegner), valutazione artrometrica (Kt-1000) e radiografica, i risultati ottenuti (in combinazione con la fisioterapia riabilitativa) hanno consentito una standardizzazione delle frequenze e durate d'applicazione.

Tra i progetti, vi è l'introduzione di un lca Lars di terza generazione perfezionato dall'utilizzo delle più recenti ricerche sulla compatibilità con cellule staminali.

La tela di poliestere, base del legamento Lars, è costituita da fibre tecniche longitudinali (trama)



Nella foto il prof. Giuseppe Pellegrino che mostra la procedura evidenziata nel riquadro in alto

di poliestere (polietilene tereftalato) e di un filo trasversale lavorato a maglia secondo un lavoro a maglia originale che, contrariamente a una struttura tessita, impedisce uno stiramento nel tempo. Garantendo, dunque, una piena affidabilità. Le fibre longitudinali, unite tra di loro da questa catena non deformante, sono dunque perfettamente rettilinee e parallele e non devono subire alcuna "sistemazione".

Si deve considerare che la maggior parte dei legamenti sintetici, e particolar-

mente quelli destinati al ginocchio, hanno una struttura mista, fibre libere con fibre unite da un lavoro a maglia. La parte intra-articolare è costituita da fibre longitudinali libere che sono, nel caso del legamento crociato anteriore, già avvolte a tortiglione nel senso sinistro o destro secondo il lato da impiantare. Le fibre di poliestere che vengono utilizzate possiedono una resistenza alla trazione che è molto elevata. La resistenza del legamento alla trazione aumenta con il numero delle sue fibre longitudinali.

«Questa – sottolinea Pellegrino – è una patologia che nel corso degli anni è andata sempre ad aumentare per lo sport e gli incidenti che proprio dallo sport soprattutto agonistico derivano, ma se prima erano trattati soltanto gli sportivi, adesso a questo intervento possono essere sottoposti tutti, anche perché una degenerazione del lca non trattata, porta a una precoce degenerazione dell'artrosi del ginocchio con conseguente peggioramento della qualità della vita. Per cui, al giorno d'oggi, sempre più persone richiedono e sempre più ortopedici eseguono questi interventi che, anche grazie alla medicina rigenerativa e all'uso sempre più diffuso delle cellule staminali, saranno certamente sempre più il futuro della chirurgia. E dunque non ci troviamo più soltanto davanti agli sportivi, ma operiamo anche gente "normale" che, per esempio, può riprendere a fare sport amatoriale e che comunque migliora sensibilmente la propria qualità della vita».

Ma c'è di più. Uno dei motivi per i quali questa nuova chirurgia è sempre più trattata è dato dal miglioramento delle tecniche diagnostiche. «Se prima – conclude l'ortopedico ragusano – c'erano soltanto le radiografie e dunque non si riusciva immediatamente a valutare il problema di un paziente, al giorno d'oggi, con la tac e la risonanza magnetica, queste patologie vengono riconosciute subito e dunque possono essere trattate al meglio. Adesso, infatti, i medici sono immediatamente in condizione di formulare diagnosi migliori rispetto ad un tempo, mentre i pazienti sono subito messi in grado di potere effettuare la scelta migliore per la propria salute. Proprio questo è infatti uno dei motivi per i quali il numero di questi interventi, nel corso degli ultimi anni, è aumentato».

SANITÀ HI-TECH

Chirurgia laser e nuovo test per la colonna vertebrale

JESSICA NICOTRA

Il mal di schiena è un disturbo che in Italia affligge ben 15 milioni di persone. Spesso è associato a errori di postura che, a lungo andare, alterano il nostro equilibrio muscolo-scheletrico. Gli esami prescritti da fisioterapisti e ortopedici al fine di analizzare la colonna vertebrale non possono essere ripetuti con frequenza perché implicano radiazioni ionizzanti. In tal senso, la tecnologia negli ultimi anni ha fatto enormi progressi volti a garantire la salvaguardia del paziente e a diminuire i tempi e i costi degli esami diagnostici.

Ad esempio, in Italia si sta diffondendo un piccolo strumento portatile la cui forma ricorda quella dei comuni mouse. È stato chiamato "spinalmouse" e, grazie ai sofisticati sensori meccanici, è in grado di misurare la postura, la forma e la mobilità della colonna vertebrale in pochi secondi. La tecnologia bluetooth di cui è dotato, permette di comunicare con un computer nelle vicinanze che ne riceve gli impulsi e li elabora sotto forma di grafici funzionali tridimensionali confrontabili con modelli di norma. Si tratta di un esame non invasivo adatto soprattutto agli sportivi in quanto permette di realizzare un programma di allenamento personalizzato con risultati rapidi e precisi. Inoltre, poiché totalmente esente da radiazioni ionizzanti ed effetti collaterali, può esaminare il paziente mentre assume diverse posture in flessione ed estensione e può essere ripetuto anche a distanza di pochi giorni, ad esempio per verificare gli effetti di una terapia. La valutazione delle alterazioni nell'allineamento posturale e del movi-



COLONNA VERTEBRALE IN 3D

mento del tronco nei piani frontale e sagittale che si ottiene consente di decidere la corretta rieducazione posturale indispensabile per risolvere molte disfunzioni muscolo-scheletriche e organiche anche croniche.

Tra le novità tecnologiche in materia ortopedica figura anche la chirurgia laser mini invasiva che presenta moltissimi vantaggi rispetto alle metodologie tradizionali soprattutto in soggetti con problematiche già esistenti, ad esempio cardiopatie o aspetti legati e conseguenti all'obesità. «Si tratta di una chirurgia altamente controllata e sicura, che esclude il rischio di complicazioni», spiega il professor John Chiu, presidente del California Spine Institute di Los Angeles e pioniere nell'uso del laser in chirurgia, con all'attivo oltre 20.000 casi trattati. «L'operazione dura al massimo un paio d'ore e viene effettuata in anestesia locale e sotto leggera sedazione - prosegue - già a poche ore

dall'intervento, che tra l'altro lascia una cicatrice molto piccola, il paziente torna a camminare e dopo un paio di giorni può cominciare gli esercizi di riabilitazione. Spesso, con il solo aiuto di qualche antidolorifico, in circa due settimane molti di loro riescono a tornare alla loro vita normale. Rispetto alla chirurgia tradizionale si ha il notevole vantaggio di ridurre notevolmente i tempi di ricovero, che in alcuni casi dura praticamente solo il tempo dell'operazione; il che è un beneficio di non poco conto anche dal punto di vista economico».

Per effettuare i test, 203 pazienti con obesità patologica con 330 ernie discali lombari sintomatiche sono stati trattati con il laser guidato da GPS e i risultati hanno evidenziato un complessivo 90% di pazienti che hanno riportato miglioramenti definibili fra buono ed eccellente. Eccellenza che è stata poi verificata nel 6,4% dei casi. Dunque, il chirurgo è facilitato nell'accesso al disco lesionato, senza correre il rischio di compromettere la vitalità di strutture anatomiche o nervose. Grazie al GPS e al concetto che ne sta alla base, importanti miglioramenti si sono riscontrati anche nel trattamento della cervicale con discectomia. Dal 1995 oltre 2000 pazienti (refrattari ad almeno 12 settimane di terapia tradizionale) sono stati trattati e hanno riportato risultati importanti, dal momento che solo il 6% di loro presenta ancora, seppur con minore intensità, punte di dolore al collo e nella regione circostante. Un sistema sicuro e scarsamente traumatico, semplice ed efficace e con un risparmio significativo in termini economici. Il tutto preservando al massimo la mobilità della colonna vertebrale.

MT ORTHO SRL

Venerdì 19 Aprile ore 17:00

Presentazione del sistema "I Fuse"

Soluzione per il trattamento della patologia sacro - iliaca

Tutor Prof. Maestretti (Friburgo)

www.mtortho.com

[RIABILITAZIONE]



Tutti i benefici della fisioterapia nel Parkinson

Il dott. Recupero: «L'importanza dell'intervento precoce»

EGIDIO RECUPERO*

La malattia di Parkinson è una malattia neurodegenerativa complessa con importanti implicazioni per il paziente e per le loro famiglie. Mentre la disabilità può instaurarsi in tutti gli stadi della malattia, la malattia è progressiva nella sua natura e così i pazienti incontrano molte difficoltà con le attività della vita quotidiana e in vari aspetti della mobilità come il cammino, i trasferimenti, l'equilibrio e la postura. Alla fine, tutto ciò conduce a una ridotta indipendenza, a inattività, e a isolamento sociale, con una conseguente ridotta qualità della vita.

La gestione del Parkinson è stata tradizionalmente indirizzata sulla terapia farmacologica con la levodopa, ritenuta il trattamento "gold standard". Comunque, anche con una ottimale gestione medica, i pazienti mostrano ancora un deterioramento della funzione corporea, delle attività quotidiane e della partecipazione. Per questa ragione, nel mondo scientifico c'è stato un progressivo impegno per la inclusione delle terapie riabilitative da affiancare al trattamento farmacologico e neurochirurgico, e un invito alla gestione multidisciplinare di questa condizione multidimensionale.

Il fisioterapista è un componente all'interno di questo team multidisciplinare, con il presupposto di aumentare la abilità funzionali e ridurre al minimo l'effetto delle complicanze secondarie, attraverso la riabilitazione del movimento all'interno di un contesto di educazione e di supporto per l'intera persona. La fisioterapia per malati di Parkinson pone particolare attenzione sui trasferimenti, sulla postura, sulla funzione degli arti superiori, sull'equilibrio (e sulle cadute), sul cammino, e sulla abilità e inattività fisica, utilizzando strategie di stimolazioni sensoriali (cues), esercizio, e strategie cognitive di movimento per ottimizzare la indipendenza del paziente, la sicurezza, e il benessere, migliorando in tal modo la qualità della vita.

Il numero di persone che ha fatto riferimento alla fisioterapia è stato storicamente abbastanza contenuto. Comunque, negli anni recenti, il numero di coloro che si sono gradualmente avvicinati a tale approccio è aumentato. Nel 2008 in Gran Bretagna alcuni ricercatori hanno completato uno studio dove è stato dimostrato che il 54% di 13.000 pazienti in sorveglianza medica si è rivolto a un fisioterapista, rispetto al 27% di una precedente ricerca. Questo aumen-



tato coinvolgimento di questa figura professionale può essere attribuita a due fattori.

Innanzitutto, alle linee guida pubblicate dal National Collaborating Centre for Chronic Conditions che nel 2006 hanno raccomandato che la fisioterapia deve essere disponibile in tutti gli stadi della malattia, innalzando il profilo di questa professione. Ciò è stato ulteriormente supportato dalla pubblicazione delle linee guida olandesi di fisioterapia nel 2004, che hanno fornito informazioni specifiche per i fisioterapisti coinvolti nella gestione della malattia. Un secondo motivo si riferisce a un sostanziale incremento del numero di trial completati nella passata decade (particolarmente negli ultimi cinque anni).

Nel 2001 fu pubblicata per la prima volta una review che ha valutato l'efficacia degli interventi di fisioterapia in soggetti parkinsoniani rispetto ai pazienti con Parkinson che non erano stati sottoposti a trattamento riabilitativo.

Lo studio ha riassunto i risultati di 11 trial randomizzati controllati con un totale di 280 partecipanti. La maggior parte dei trial ha mostrato un effetto positivo in favore della fisioterapia, ma poche sono state le misure di outcome statisticamente significative. Questo aspetto precario, insieme alla presenza di difficoltà metodologiche, l'esiguo campione studiato, e la possibilità di pregiudizi sulla pubblicazione, ha condotto gli autori a concludere che c'era una insufficiente evidenza per sostenere o confutare l'efficacia della fisioterapia per il Parkinson.

Nel 2012 un gruppo di ricercatori di Birmingham presenta una review aggiornata mettendo sempre a confronto soggetti con Parkinson valutati e

In Italia la malattia di Parkinson colpisce circa 6mila persone ogni anno. Oggi sono disponibili molti dati sperimentali che permettono con una maggiore certezza di riconoscere in fase pre-clinica chi ne è affetto. Ciò potrebbe consentire di rallentarne o addirittura arrestarne la progressione.



Nelle foto: a sinistra, il dott. Egidio Recupero, neurologo, direttore sanitario Csr Catania e Viagrande; in alto, sopra e a destra riabilitazione con ginnastica correttiva di malati di Parkinson



trattati in fisioterapia, con altri pazienti affetti da Parkinson ma che non hanno avuto questo supporto terapeutico. Questa recentissima review ha incluso 33 trial randomizzati con 1518 partecipanti, sono descritti i diversi tipi di interventi di fisioterapia adottati nel trattamento dei pazienti con Parkinson, e viene fornita una valutazione globale dell'intervento fisioterapico. Rispetto alla review precedente viene anche impiegato un maggiore numero di strumenti (18) di outcome per valutare il cammino, la mobilità funzionale e l'equilibrio, le cadute, la qualità della vita, le valutazioni neurologiche. Tutti gli indici prognostici hanno fatto rilevare un miglioramento con l'intervento di fisioterapia nei soggetti con Parkinson trattati rispetto a quelli che non hanno ricevuto alcun trattamento.

I benefici a breve termine sono ben evidenti e comprendono la velocità del passo, il walk-test 2-6 minuti, la lunghezza del passo, le misure di outcome funzionale e di mobilità, e altre valutazioni neurologiche prima e dopo la terapia. Ancora, è stata au-

mentata la tollerabilità all'esercizio, migliorato il pattern del passo, mantenuta o aumentata l'indipendenza rispetto alla mobilità o alla riduzione del rischio di cadute. Si può ipotizzare che la migliorata velocità del passo è legata ad un aumento della lunghezza del passo e che ciò conduce a una riduzione compensatoria della cadenza. Il freezing del passo non si è modificato, sebbene ciò sia stato valutato solo in tre trials, quindi in soli 246 pazienti arruolati.

Sono state ben documentate le modifiche nella mobilità funzionale e nell'equilibrio con specifici test validati. La paura di cadere si ritiene essere un fattore scatenante le cadute ricorrenti. E' stato ipotizzato che un migliorato equilibrio non corrisponde direttamente ad un maggiore livello di mobilità e di indipendenza. In sette studi è stato riportato il numero di cadute di ogni paziente studiato, e si è osservato un trend generale positivo nel numero di cadute in seguito all'intervento di fisioterapia. Anche le valutazioni neurologiche hanno mostrato importanti modifiche positive, i punteggi miglioravano

di 4,5 punti, 4,1 punti e 1,4 punti in diverse scale impiegate. In generale la fisioterapia mostrava evidenza di beneficio nei sintomi motori. Non è stata trovata alcuna differenza tra i diversi tipi di fisioterapia impiegati. Forse perché i dati raccolti nel singolo intervento sono stati limitati, i confronti tra i diversi approcci sono stati indiretti, e quindi si è resa necessaria estrema cautela nella interpretazione dei dati. A questo proposito si attendono nuovi studi con confronto diretto dei diversi approcci terapeutici usati. Queste lacune metodologiche non sono sorprendenti se si considera la natura autonoma e creativa del fisioterapista, che utilizza set diversi che richiedono altrettante abilità per giungere a uno scopo pratico; inoltre, cosa più importante, il Parkinson è una condizione complessa con una presentazione individuale da persona a persona. Diretta conseguenza è la indispensabile comprensione da parte del fisioterapista degli effetti della malattia in ogni paziente, solo così si avrà la possibilità di formulare un trattamento personalizzato che tiene con-

to della compliance, dello stile di vita e degli interessi personali della singola persona.

La maggior parte degli studi analizzati nella review ha fornito evidenza di beneficio dall'impiego della fisioterapia nei pazienti con Parkinson, sebbene in ogni lavoro il numero di soggetti arruolati deve essere ampliato e il periodo di follow-up ancora più lungo. Sono richiesti pertanto trial controllati randomizzati più ampi, con maggiore severità nella metodologia e nella analisi dei risultati ottenuti.

In atto non c'è evidenza nella identificazione della migliore forma di intervento di fisioterapia. Sono altresì necessari confronti diretti fra i diversi tipi di fisioterapia per giungere alla scelta terapeutica più appropriata. I progressi raggiunti nei dieci anni trascorsi e i risultati pubblicati negli ultimi cinque anni giustificano un razionale ottimismo per un più concreto aiuto ai pazienti e alle loro famiglie accolti nelle nostre strutture riabilitative.

*Specialista in Neurologia direttore Sanitario C. S. R. Catania e Viagrande

www.ortopediacatanese.it

OFFICINA TECNICA
Ortopedica Catanese

Al Tuo benessere
pensiamo noi.

Opportunità
di primavera
sull'acquisto di due paia di scarpe
della nuova collezione

SCONTO del 10%
per tutti i nostri clienti



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



[RIABILITAZIONE]

«Kinesio Taping Therapy» Traumi neuromuscolari l'innovazione per la cura

La tecnica si basa sul processo di guarigione naturale del corpo

CARMELO BARCELLA

KinesioTapingTherapy o Tape Neuromuscolari, la nuova frontiera o per meglio dire una nuova terapia per la cura dei traumi neuromuscolari, di questo argomento ne parliamo con il prof. Giancarlo Gemelli primario dell'istituto ortopedico del Mezzogiorno d'Italia a Ganzirri - Messina, specialista in ortopedia e traumatologia: «Le importanti manifestazioni sportive dello scorso anno, intendo le Olimpiadi di Londra ed i campionati Europei di calcio, mi hanno fatto notare la presenza di nastri di colori di vario tipo e con forme più o meno sinuose. Pertanto mi è sembrato utile cogliere con consapevolezza che l'utilizzo dei Tape NeuroMuscolari, usati laddove la performance deve essere massima (Olimpiadi ed Europei di calcio), doveva avere una effettiva utilità e non poteva essere solo una moda o un capriccio estetico. Da qui è iniziato il mio interesse verso questa tecnica».

KinesioTapingTherapy o Tape Neuromuscolare cosa è?

«La "kinesiotapingtherapy" è un bendaggio adesivo elastico con effetto terapeutico bio-meccanico»

Dove nasce?

«E' stato sviluppato in Corea ed in Giappone più di 25 anni fa. L'idea del Taping nasce nel 1973 dal coreano dott. Kenzo Kase, medico chirurgo (poi trasferitosi negli Usa) che con una geniale intuizione ha capito come un nastro elastico aderente alla cute migliori l'attivazione dei sistemi neurologici e circolatori semplicemente sollevando la cute ed aumentando quindi il calibro



IL PROFESSORE GIANCARLO GEMELLI

dei canali linfodrenanti. Nel 1988 giunge in Europa ed ha il suo boom nel 2004 durante le Olimpiadi di Atene in Grecia».

Quale tecnica utilizza?

«E' una tecnica basata sul processo di guarigione naturale del corpo, attraverso l'attivazione dei sistemi circolatorio e neurologico, mediante l'azione che il taping esercita sui muscoli i quali, come noto oltre al compito di muovere il corpo, svolgono un controllo della circolazione dei fluidi venosi e linfatici».

Quale azione ha?

«La possibilità di utilizzare una terapia 24 ore al giorno, senza assumere alcun farmaco e di avere una effettiva regressione del dolore, data dalla riduzione della pressione e quindi della diminuzione dell'irritazione dei recettori sottocutanei, ha reso il Taping neuromuscolare una valida alternativa alla risoluzione di comuni artralgie».

Come funziona e a cosa serve?

«La Kinesio Taping Therapy riduce il dolore e facilita il drenaggio linfatico tramite il sollevamento della pelle. La superficie corporea coperta dal Kinesio Taping infatti forma delle convoluzioni che determinano un aumento dello spazio interstiziale; quando il corpo si muove, il tape funziona come una pompa, stimolando continuamente la circolazione linfatica nella funzione di drenaggio, ottenendo anche una riduzione dell'irritazione sui recettori cutanei del dolore della pelle».

Quali sono le indicazioni terapeutiche?

«Le indicazioni terapeutiche sono plurime ma potrei dire infinite, dalla spalla, gomito, colonna cervicale, ginocchia, collo piede, sono le articolazioni più trattate e, constatati i riscontri, quelle che meglio rispondono a questo tipo di trattamento. Le applicazioni possono aiutare a ridurre l'infiammazione, la fatica e il dolore muscolare, ad aumentare il Rom (range of motion), a correggere la postura e a ridurre la possibilità di infortuni».

In quali aree della fisioterapia e riabilitazione viene utilizzato?

«La Kinesio Taping Therapy ha avuto negli anni un continuo aggiornamento basato sull'esperienza clinica e sulla ricerca svolta da circa mille istruttori certificati in tutto il mondo. Viene usato in molteplici aree della fisioterapia e della riabilitazione come supporto ad altre tecniche migliorandone effetti e risultati. Un'ennesima utilizzazione è possibile nelle patologie muscolari, infarimenti ematici da "strappi", liganmentiti inserzionali, epicondiliti, epitrocleit, tendiniti, trovano regressione con l'applicazione del taping neuro-



IL BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO

muscolare. E' anche ampiamente utilizzato assieme a terapie riabilitative post-operatorie, sembrerebbe infatti che celerizzi il recupero articolare ed il ripristino della tonia muscolare e come prevenzione per le distrazioni capsulari o ligamentose. Si può applicare anche nelle patologie neurologiche come la tetraparesi spastica ed anche la tetraplegia».

Si può utilizzare per prevenire traumi o strappi muscolari?

«Sicuramente sì, viene usato nelle patologie dei piedi, nella pubalgia dei pattinatori, nella sindrome del tendine di achille del podista, nella sindrome della spalla nel windsurf, nella prevenzione della fascite plantare del podista, nella prevenzione della rottura del tendine di achille nei calciatori, nella prevenzione della lesione dei legamenti crociati del ginocchio, nella prevenzione degli strappi muscolari della coscia, del tendine rotuleo e della sindrome del tibiale anteriore. Sen-

za controindicazioni».

Questa tecnica riabilitativa può essere utilizzata da tutti o solo dagli sportivi?

«I fruitori di tale tecnica non si limita soltanto a quanti operano nello sport ma anche a pazienti ai quali, in ragione di specifiche patologie è possibile applicare la suddetta terapia».

Esistono dei centri specializzati di riabilitazione o fisioterapia dove viene utilizzata questa tecnica?

«Sono diversi i centri in Sicilia di riabilitazione e fisioterapia che utilizzano questa tecnica sia che essi siano privati che convenzionati, bisogna stare attenti solo alla professionalità di chi è preparato a poter utilizzare questa tecnica riabilitativa»

Dove si possono avere notizie più dettagliate?

«All' istituto ortopedico del Mezzogiorno d'Italia (Iomi) di Ganzirri a Messina, chi desidera mi può contattare anche tramite il sito www.giancarlogemelli.info».

DIVERSE FIGURE PROFESSIONALI, TERAPIE PERSONALIZZATE, CONTROLLI PERIODICI, PREVENZIONE: FOCUS SUGLI ONCOLOGICI CRONICI

«Una task force multidisciplinare per migliorare la vita del malato»

PAOLO TRALONGO*

Vivere a lungo dopo la diagnosi di tumore rappresenta, oggi, un'evenienza sempre più frequente. In Italia sono più di due milioni i pazienti la cui diagnosi di cancro è avvenuta da almeno 5 anni e si prevede un progressivo incremento nei prossimi anni quale conseguenza diretta dell'efficacia delle terapie e dei programmi di diagnosi precoce. A una migliore sopravvivenza si accompagnano conseguenze fisiche e psico-sociali che possono compromettere la qualità di vita dei pazienti. Infatti, numerose problematiche possono essere ricondotte alla malattia (sia in fase attiva sia di remissione), non ultime quelle strettamente sociali che vanno dalla perdita del lavoro e del proprio ruolo nella società, ai problemi familiari (divorzi), alle difficoltà economiche e con le istituzioni (sussidi, certificazioni). Altri problemi, non meno rilevanti sono poi quelli legati alle conseguenze fisiche per effetti collaterali acuti e tardivi dei trattamenti effettuati quali l'infertilità, i disturbi della sfera sessuale, con condizionamento della vita di coppia, la "fatica cronica", la depressione, l'ansia che la malattia possa ritornare, l'insonnia. Tutte queste "nuove" condizioni richiedono attenzione e supporto per garantire ai pazienti che vivono a lungo una adeguata qualità di vita. Questo rappresenta uno degli aspetti che catalizzano l'attenzione della comunità scientifica internazionale, ormai consapevole che ogni lungo-vivente sviluppa esperienze individuali che si accompagnano a problemi "nuovi", connessi con la storia naturale della malattia e con i trattamenti. La questio-

ne è resa complessa anche dal fatto che il cancro non è una singola malattia: ogni persona, infatti, a seconda del tipo di tumore che l'ha colpita, delle cure effettuate, degli interventi e persino della propria personalità, avrà deficit residui diversi, che vanno curati con strumenti che vanno dalla ginnastica alla logopedia fino alla terapia psicologica. Oggi non può più bastare la vecchia definizione che intende una serie di interventi fisici per recuperare la funzionalità di un organo. La nuova riabilitazione è di tipo multidisciplinare e ha come obiettivo ultimo la qualità della vita del malato di cancro. Non si deve insomma riabilitare solo l'organo, ma la persona nella sua totalità. C'è la necessità di creare una cultura della riabilitazione nei medici, ma anche nei malati che devono conoscere il loro diritto a essere riabilitati. Se riabilitare il paziente oncologico significa prendersi cura di tutti gli aspetti della vita

della persona, è evidente che l'oncologo da solo non può bastare. Serve un'équipe di specialisti in grado di predisporre una terapia riabilitativa personalizzata, costruita su misura sulle esigenze del singolo. La nuova riabilitazione deve necessariamente iniziare al momento della diagnosi, per esempio con un sostegno psicologico e deve accompagnare il malato anche dopo la sua dimissione dall'ospedale. La fine della fase diagnostico-terapeutica "acuta" rappresenta, dunque, l'inizio di una nuova fase, quella dei controlli periodici e dell'avvio delle procedure necessarie non solo alla diagnosi precoce di una eventuale ripresa della neoplasia ma anche alla prevenzione di una recidiva e degli effetti a distanza delle cure. Quale sia il modello migliore da applicare in questo ambito non è noto e nel mondo scientifico internazionale sono in corso di valutazione vari modelli. Un dato certo è che è

Nella foto Paolo Tralongo, direttore del reparto di Oncologia dell'ospedale Umberto I Siracusa. Il progetto prevede l'assistenza di diversi specialisti per la gestione dei problemi collaterali



necessario un coordinamento ed una costante attività comunicativa tra il medico di medicina generale e lo specialista. In questo contesto è in via di sviluppo, alla UOC di Oncologia della ASP di Siracusa, un progetto di Unità Interdisciplinare per lungoviventi ed oncologici cronici che prevede una attività assistenziale intramuraria in cui si interfacciano diverse figure profes-

sionali, specialisti di settore per la gestione delle collaterali, coordinate dall'oncologo; è presente anche uno sportello di segretariato sociale per le necessità di reintegro sociale dei pazienti. A latere è stato strutturato ed avviato on line un sito dedicato, www.oncologicicronici.it.

*Direttore reparto Oncologia ospedale Umberto I Siracusa

AUSILII AI GIUNTI ARTICOLARI DI CAVIGLIE E GINOCCHIA

Robot per bambini con disabilità motoria

Si chiamano «Anklebot» e «Wake-up», e sono i due robot decisamente all'avanguardia sviluppati dall'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma per aiutare i piccoli pazienti nelle delicate fasi della riabilitazione motoria. I robot sono stati presentati nei giorni scorsi al «Romecup 2013 - L'eccellenza della robotica», un evento dedicato alle innovazioni del settore. Una manifestazione con workshop, laboratori, aree dimostrative, competizioni e altre attività per studenti e docenti delle scuole.

Gli esperti del Bambino Gesù hanno spiegato il funzionamento della versione pediatrica di «Anklebot» e «Wake-up» (Wearable Ankle Knee Exoskeleton). Quest'ultimo è il prototipo di un dispositivo robotico, che è stato sviluppato nei laboratori del Bambino Gesù assieme al Deim-Ingegneria Industriale dell'Università della Tuscia, per la riabilitazione dei giunti articolari di caviglia e ginocchio in bambini con danni neurologici causati da ictus o da paralisi cerebrale infantile.

L'«Anklebot» è invece un robot che viene utilizzato per riabilitare il movimento delle caviglie di bambini di età compresa tra i 5 e gli 8 anni affetti da paralisi cerebrale infantile, realizzato sempre dal Bambino Gesù ma in collaborazione con il Mit (Massachusetts Institute of Technology) di Cambridge, negli Stati Uniti. La manifestazione romana da sette edizioni vede gli istituti tecnici della Capitale sfidarsi in una competizione di robot umanoidi in azione.

L. G.

La storia

LE CYBERGAMBE DI MANUELA

Manuela Migliaccio ha 28 anni e un sogno: partecipare alla maratona di New York. Quarantadue chilometri da affrontare con le sue «cybergambe», l'esoscheletro. Una impalcatura robotizzata che permette a chi è paraplegico, ma conserva l'uso delle braccia, di rialzarsi in piedi e muoversi con l'aiuto di due stampelle. Lei non camminava più dal 2009, dopo un volo di 9 metri da un muretto a strapiombo sul mare, durante una vacanza in Grecia con gli amici. Poi è arrivato l'esoscheletro. Una sfida e un'opportunità per rimettersi in piedi. «Da allora ho collezionato giorno per giorno piccole vittorie e ho scoperto la passione per le maratone. Una passione nata dalla carrozzina. È il mio sport», racconta. Sulla scia di questo amore Manuela è andata lontano. La ragazza napoletana ha all'attivo già due eventi sportivi. Il debutto nel mondo dello sport con il suo esoscheletro è stato a Lugano, alla Corsa della speranza. In quell'occasione è riuscita a completare un percorso di 5 chilometri, in piedi sulle sue gambe. Poi ci sono stati i 6 chilometri ai Giardini di via Palestro a Milano, a ottobre 2012. «Subito dopo l'incidente - spiega Manuela - mi sono resa conto che volevo fare ancora tante cose. Mi sono tuffata nello sport e ho sentito che mi faceva bene. Da paraplegica a maratona: un grande salto. Da piccola invece passavo da uno sport all'altro, ma non ho mai provato queste sensazioni. Il carico su braccia e spalle è tanto, così come lo sforzo di tenere sempre la stessa posizione. Ma ora sento meno la fatica, ho preso confidenza con il mezzo. In vista di una corsa si fa una prova di 3-4 ore su una pista ciclabile per valutare la mia resistenza e quella della macchina. «Sono convinta che se lavoro bene posso arrivare fino a New York, a correre i chilometri di una maratona ufficiale. Ho tanti amici e un fidanzato che mi spronano e non mi abbandonano mai. Tornare a camminare con loro è una grossa soddisfazione». Le passeggiate sul lungomare di Napoli, «bere un caffè al bancone guardando in faccia il barista. Sono queste le cose che non potrei fare da una carrozzina». Manuela pensa sempre al futuro in cerca della prossima sfida. Niente riposo. «Non mi serve - assicura - Tornare a camminare è stata un'opportunità infinita. Fosse per me userei l'esoscheletro sempre, ma ancora non è possibile. È pesante e ho bisogno di aiuto per trasportarlo; con la struttura addosso non riesco ad andare in bagno, e mi piacerebbe sedermi in macchina e muovermi ancora più veloce. L'adrenalina insegue Manuela nella vita di ogni giorno. La carrozzina le sta stretta. E a volte, anche l'esoscheletro. In quel caso c'è un altro modo per sfidare se stessa: lanciarsi nel vuoto, con il paracadute. Un'altra passione che la lega al fidanzato. «Mi ha convinta lui. E io per conquistarlo ho ceduto. Non sono morta nell'incidente e ora mi sento invincibile. Il senso del pericolo se n'è andato via con le gambe. Ho deciso di lanciarmi perché dopo il volo che ho fatto in Grecia non riuscivo ad affrontare il vuoto. Mi è piaciuto. Tanto che un mio sogno nel cassetto sarebbe quello di avere una struttura che mi permetta di lanciarmi da sola. Vorrei prendere la licenza di paracadutista. Amo la libertà».

[UDITO]



Naso e orecchie nuovi senza subire lo stress dell'intervento chirurgico

Azzolina: l'ultima frontiera dell'Otorinolaringoiatria estetica

PIERANGELA CANNONE

L'ultima frontiera in otorinolaringoiatria estetica permette a chi ha una deformità nasale di eliminarla senza sottoporsi alla rinoplastica chirurgica. Occorre solamente un'iniezione di filler di riempimento e di tossina botulinica di gruppo A, seguita da un massaggio sulla parte interessata, ed ecco modellato il naso per sentirsi più a proprio agio. «L'evoluzione dei canoni di bellezza - spiega il dott. Alfio Azzolina, dirigente medico di Otorinolaringoiatria all'Ospedale Cannizzaro di Catania - dimostra il cambiamento della concezione di estetica nasale avvenuto nel corso degli anni. Una volta le richieste erano focalizzate sul naso "greco", poi su quello "alla francese". Oggi la tendenza porta al naso naturale».

Dottore Azzolina, perché bisogna preferire la rinoplastica medica a quella chirurgica?

«Il principio della rinoplastica medica è la mini invasività e la reversibilità dell'atto. Le spiego. Il paziente può tornare ad avere il suo "vecchio" naso oppure può modificare l'estetica nasale secondo il suo gradimento se lo ritiene opportuno, senza sottoporsi a un nuovo intervento chirurgico. Invece la rinoplastica chirurgica determina una modifica permanente del naso. La rinoplastica non invasiva si pone come tecnica di scelta per tutti i difetti minori e nei casi in cui il paziente rifiuta la soluzione chirurgica. È inoltre consigliata per le imperfezioni estetiche post-chirurgiche e nelle irregolarità del profilo nasale post-trauma. Si tratta di una tec-



IL DOTT. ALFIO AZZOLINA

nica ormai standardizzata, priva di rischi importanti e che dà risultati immediati e duraturi».

Quali difetti nasali possono essere corretti?

«Più frequentemente si interviene su nasi con gibbo del secondo arco in cui si può modificare l'angolo naso-frontale; su nasi post-chirurgici e post-traumatici e anche nasi invecchiati che hanno perso tono a livello di supporti cartilaginei con conseguente caduta della punta nasale. Per il rimodellamento si usano principalmente filler riassorbibili, ma possono essere applicati anche filler tali da restare in situ il più a lungo possibile. Il migliore è l'a-

cido ialuronico. Al livello osseo-sovraparietale è possibile utilizzare anche la calcioidrossiapatite, ma non per la punta. Tuttavia l'idrossiapatite, nonostante sia ben tollerata dai tessuti, può provocare la formazione di tessuto cicatriziale duro che causa dei problemi in caso di ulteriori interventi chirurgici».

Come avviene l'intervento?

«Si inizia sempre dalla radice nasale per migliorare l'angolo naso-frontale. L'iniezione di filler e di tossina botulinica di gruppo A si effettua con tecnica retrograda nell'ipoderma che sarà vigorosamente massaggiato. L'iniezione della punta deve invece essere eseguita in maniera lenta e progressiva e nello spazio sottocutaneo. In questo modo si andranno a riempire o ad alzare fossette anti estetiche. Il risultato è stabile per almeno 6-8 mesi. La mia esperienza nel campo della rinoplastica nasale è molto positiva: su una ventina d'interventi eseguiti nel 2012, dopo un anno ne ho ritoccati unicamente 5».

Perché ritoccare il naso?

«C'è una componente emotiva molto importante alla base della richiesta. Quando si ha voglia di cambiare o non ci si accetta per quello che si è, si ricorre alla rinoplastica medica con la possibilità di poter "provare" sul viso una nuova forma di naso. Inoltre non si deve sottovalutare le malformazioni del padiglione auricolare. Questi tipi di interventi di natura estetica vengono eseguiti in regime ambulatoriale alla "Fourspa Medical Center" di Catania». L'operato del dottore Alfio Azzolina si può associare all'intervento del chirurgo plastico Alfio Scalisi, esperto in oto-



UDITO DEBOLE

Sette milioni di italiani hanno l'udito debole, eppure solo il 20% ricorre all'apparecchio acustico per sentirsi meglio. Quasi 6 su dieci preferiscono ignorare il disturbo e non hanno mai fatto una visita di controllo. E così, per paura o per la vergogna di uscire allo scoperto, passano in media 10 anni tra i primi problemi d'orecchio e l'adozione di un ausilio ad hoc

plastica.

Dottore Scalisi, quali sono le malformazioni che più comunemente si riscontrano al padiglione auricolare?

«Vanno considerati i dismorfismi più gravi, associati o no a problematiche di anacusia o ipoacusia per anomalie dell'orecchio interno, quali le agenesie subtotali o totali del padiglione auricolare, che richiedono importanti e diversi interventi ricostruttivi, con trapianti di cartilagine castale e ripetuti rimodel-

lamenti. Per fortuna sono più frequenti le malformazioni più lievi come le orecchie ad ansa, le orecchie piccole, le orecchie di satiro o malformazione ai lobi. Il 60% degli interventi è mirato all'eliminazione delle orecchie ad ansa».

Come eliminare questa malformazione?

«L'operazione di otoplastica è la soluzione definitiva al problema delle orecchie a sventola o eccessivamente sporgenti, talvolta già presenti nel soggetto

fin dalla giovane età e che possono essere causa di disagi psicologici legati alla sfera della socializzazione, soprattutto per un bambino che in età scolare viene deriso dai compagni e prende così coscienza della propria malformazione. L'età migliore per operare è tra i 7 e gli 8 anni. L'intervento consiste in un'incisione praticata dietro l'orecchio al fine di rimodellare la cartilagine; dura circa un'ora; si effettua in anestesia locale e in regime ambulatoriale».

SEGUI LA TV DIRETTAMENTE
NEI TUOI APPARECCHI ACUSTICI

OGGI PUOI, CON TV-DEX!

SCONTO 20%
per tutto il mese di aprile

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



Acireale: Via Paolo Vasta, 158/B - Tel. 095 601126

Catania: Via Milano, 101 - Tel. 095 7222345

Enna: P.zza Piersanti Mattarella, 45 - Tel. 0935 29484

Nuova apertura Lentini: Viale Libertà, 6 Tel. 095 5942926

Giarre: Via Callipoli, 34 (accanto ACI) - Tel. 095 7795299

Messina: Via Risorgimento, 179 - Tel. 090 6406570

Gela: Via Vittorio Emanuele, 44 - Cell. 340 4043074

Prossime aperture Leonforte (EN) e Siracusa

Recapiti FARMACONTEA:

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

Test GRATUITO dell'udito

PROVA GRATUITA di apparecchi acustici per 30gg.

NUMERO VERDE 800 913 732



[QUALITÀ DELLA VITA]

Il tempo e la mente amici e nemici del nostro benessere

«Truthabout wellness»: un sondaggio internazionale

ANGELO TORRISI

Si chiama “truthabout wellness” (overossia “verità sullo stato di salute”) l’ultima di una serie di ricerche, condotta da una intelligence multinazionale americana in 7 paesi del mondo sul tema del benessere con l’ausilio di settemila rispondenti dislocati negli Stati Uniti, Regno Unito, Brasile, Cina, Giappone, Sud Africa e Turchia, con una integrazione di workshop e interviste a esperti. Il sondaggio si è posto l’obiettivo di interrogarsi sul significato e sulla percezione del benessere da parte delle persone di ogni età, ordine e grado con particolare riguardo allo stato psico-fisico e più specificatamente sui principali elementi causali che stanno alla base di tale condizione.

Dalla ricerca emerge in primo luogo che i veri nemici del benessere sono legati a fattori, per così dire “esterni” come l’economia e l’ambiente: più di un terzo delle persone intervistate ha dichiarato che il benessere della propria famiglia è diminuito a causa della crisi finanziaria globale e che l’inquinamento è visto come la minaccia più grande per il benessere futuro, in Cina e Turchia in particolar modo. In testa ai nemici del benessere è risultata anche la mancanza della percezione e anche della disponibilità di tempo: da parte della gente cioè, si ha paura di aver perso il controllo sul proprio tempo. È interessante inoltre come dalla ricerca sia emersa la conferma secondo la quale il benessere fisico dipende molto da quello psicologico. E non a caso a sostenere tale correlazione è an-

che l’Organizzazione Mondiale della Sanità secondo cui il benessere è lo stato ottimale di salute che riguarda lo stato mentale, fisico, emotivo e spirituale dell’essere umano e del suo ruolo nella società, attraverso il soddisfacimento delle aspettative in famiglia, nella comunità, sul posto di lavoro e nell’ambiente in cui vive. In taluni suoi particolari, poi, il concetto di benessere è cambiato in tutto il mondo: oggi è molto più ampio, multidimensionale e si è esteso oltre i confini tradizionali della salute, compren-

Tutti cercano la felicità, ma sono terrorizzati da malattie e morte

dendo tutte le aree del vivere quotidiano. Quello che era un lusso percepito solo per alcuni è ora considerato come un diritto fondamentale dell’uomo. Il benessere è l’equilibrio fra corpo, mente, emozione e spirito. Daryl Lee del Global Chief Strategy Officer di McCann ha spiegato come “nell’ambito del benessere si riscontra un’elettrizzante rivoluzione tecnologica in grado di conferire maggiore potere ai consumatori e di incidere sulla nostra salute. L’obesità rappresenta la principale minaccia per il futuro e cresce il timore che la tecnologia possa favorire le cattive abitudini. La buona notizia è che il 94% dei consumatori ritiene che i brand risponda-

no efficacemente alle loro necessità in area benessere: per i brand, questo è il momento ideale per dare il via a cambiamenti positivi. ” Più della metà degli intervistati (54%) ha dichiarato che la tecnologia contribuisce al nostro benessere, mentre il 46% la considera una minaccia. Tra i sostenitori della tecnologia non mancano quelli che attendono con trepidazione un “futuro fantascientifico”, un domani in cui sarà proprio la salute a beneficiare dell’evoluzione tecnologica. Anche se si tratta di una piccola fetta non rappresentativa, il 5% del campione conferma che accetterebbe con piacere la possibilità di avere un clone. L’obesità sembra preoccupare di più i giovani: il 25% dei ragazzi tra i 18 e i 24 anni (contro un 17% delle ragazze della stessa età), è preoccupato perché crede che la sua “ossessione” per la tecnologia e per i social network, incoraggi una vita più sedentaria, e quindi l’obesità. In tema di tecnologia e benessere, cresce il fenomeno dei cosiddetti “cyberchondriacs” ovvero di tutte quelle persone che cercano on line le informazioni sui sintomi fisici legati al proprio stato di salute. In testa alle auto-diagnosi dei “cyberchondriacs” c’è la depressione (10%) seguita dall’emicrania (8%) e dai problemi legati all’obesità (6%). In generale, come dimostra l’indagine, ciò che più terrorizza le persone è l’eventualità di ammalarsi di cancro e di non riuscire a guarire: in media è il 27% degli intervistati a livello globale a temere questa malattia. A pari merito la paura di morire di vecchiaia e in un incidente che “terrorizzano” il 12%



del campione globale intervistato, seguiti nell’ordine da infarto (8%), ictus (7%) e criminalità di strada (7%) elemento quest’ultimo che preoccupa maggiormente gli italiani e i brasiliani. A spaventare molto sono invece rispettivamente gli attacchi di cuore e il morbo di Alzheimer. In passato, cuore, fegato e reni erano gli organi sottoposti a maggiore controllo, ma in un’epoca in cui l’Alzheimer colpisce più persone, il cervello è entrato di diritto nella lista dei primi organi che i consumatori si augurano di mantenere in buona salute. E quale può essere la migliore “terapia” per contrastare l’insorgere delle patologie che minacciano la salute del nostro cervello? Allenare la propria mente: in media sono il 49% delle persone a livello globale a confermarlo. Il principale alleato del benessere è la felicità: avere un atteggiamento positivo, mangiare buon cibo e praticare una

regolare attività fisica sono gli ingredienti giusti per mantenere sano e piacevole il nostro stato di salute. La felicità è, infatti, un obiettivo ambito da tutti: lo sanno bene i brasiliani che ne sono addirittura “ossessionati”. Il buon cibo viene considerato da molti un elisir del benessere: i consumatori hanno sottolineato come un dolce o una bottiglia con gli amici può aiutare a sentirsi bene. Il 59% degli intervistati crede che non siano stati ancora scoperti molti potenziali benefici dei cibi e sono pieni di fantasie e aspettative su come ingredienti “magici”, quali il sale, il lievito e la curcuma li proteggerebbero da ogni sorta di malanno. Di fatto, dalla ricerca è emerso che un terzo dei consumatori dichiara di pensare al cibo più del sesso. Nel complesso, il caffè è ritenuto più dannoso per la salute rispetto al cioccolato. L’età in cui si raggiunge il massimo del benessere sembra essere quella dei 34 anni. Curioso il dato che evidenzia co-

me la maggior parte degli intervistati sia d’accordo nel ritenere le donne (23% del campione globale) in grado di raggiungere più facilmente il benessere rispetto agli uomini (12%). Per molti, la ricetta della felicità consiste anche nel mantenersi giovani: in testa ai desideri delle persone quello di mantenere la stessa età (32%) seguito dalla possibilità di poter cancellare i ricordi spiacevoli (26%) e di poter inserire nel proprio corpo un microchip per controllare con regolarità la propria salute (18%), mentre il 12% farebbe a meno del bisogno di dormire. Sembra inoltre che la «felicità» sia diventata perfino una fonte di preoccupazione per le persone. In molti si chiedono infatti “sono abbastanza felice?” oppure “i miei figli sono abbastanza felici?”. Se assaliti da queste domande, non resta che farsi tentare da un buon dolce o bere un bicchiere di vino con i propri amici: il benessere è assicurato.

INIZIATIVA DELL’ORDINE DEI MEDICI DI CATANIA PER L’AGGIORNAMENTO GRATUITO SUL NOTIZIARIO

Formazione «a distanza» grazie a «Catania medica»

Tra le non poche iniziative dell’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Catania che hanno forte connotazione di grande utilità per tutti i Sanitari di ogni branca specialistica, è per certo da segnalare quella che vedrà nei prossimi mesi “CATANIA MEDICA”, l’“Organo Ufficiale di Informazione” dell’Ordine, divenire anche “Organo Ufficiale di Formazione”. E non è, questa, soltanto un’aggiunta formale che si darà alla definizione del Notiziario: sarà un miglioramento sostanziale di CATANIA MEDICA che permetterà a tutti gli Iscritti dell’istituzione etnea di seguire, anche comodamente seduti a casa propria, i corsi di aggiornamento necessari per ottenere i crediti formativi E. C. M., ormai obbligatori per tutti i camici bianchi. Grazie, infatti, al pieno mandato del Presidente, il Prof. Massimo Buscema, ed Consiglio hanno dato al Dr. Lucio Di Mauro (Consigliere, e Coordinatore della “Commissione per l’Educazione Continua in Medicina”), la cosiddetta “Formazione a Distanza” (“F. A. D.”) sarà alla portata di ogni dito che voglia sfogliare le pagine del mensile ordinistico.

Sarà utile, allora, capire meglio cos’è la F. A. D., e come sarà possibile utilizzarla per mezzo di CATANIA MEDICA.

Molti Sanitari già la conoscono per averla utilizzata attraverso il proprio personal computer, ed essa offre la possibilità di aggiornarsi tramite l’apprendimento di contenuti didattici fruibili in luoghi diversi da quello della loro erogazione. La sua introduzione, nell’ambito dell’Educazione Continua in Medicina, è stata particolarmente apprezzata da coloro che, vincolati dagli orari e dai turni di lavoro, trovano maggiori difficoltà di partecipare ai tradizionali corsi distribuiti in varie città d’Italia; e la formazione a distanza riesce, da un lato, a racco-

gliere un numero elevato di partecipanti, abbattendo i costi per le attività didattiche e coniugando diverse strategie formative universali che arrivano agli utenti in modo omogeneo, e dall’altro include diverse modalità attraverso cui è possibile comunicare con interlocutori localizzati in sedi differenti, cosicché il discente può anche partecipare ai corsi in tempi diversi da quelli in cui operano i docenti.

Con riferimento, poi, alla F. A. D. attraverso l’utilizzo del mezzo cartaceo (ed è quella che sarà presto disponibile su CATANIA MEDICA), questa annulla i tempi stabiliti dal personal computer, compresi quelli d’attesa (non infrequenti e non sempre brevi), evitando così inutili permanenze dinanzi allo schermo e

permettendo, altresì, una programmazione d’aggiornamento personalizzata che offre, per lo stesso corso, maggiore spazio d’autonomia in luoghi e tempi di apprendimento differenti; il che, fa anche accrescere la motivazione alla formazione continua professionale. Inoltre, il cartaceo, permanendo disponibile per un tempo praticamente illimitato, favorisce la fruizione reiterata dei contenuti didattici assecondando in tal modo la personale capacità d’apprendimento e non costringendo il discente in un perimetro limitato di spazio e di tempo. “Quando, nel Gennaio del 2012, ci siamo insediati, il Consiglio ed io - ha detto il Presidente Buscema - abbiamo subito posto, tra i punti del nostro programma da attuare con priorità, tutti quelli che potessero dare ai Colleghi immediate utilità per le loro esigenze professionali, e l’aggiornamento continuo è una di queste; e non solo perché offre la possibilità di autogestione di tempi e luoghi dedicati all’apprendimento, ma anche perché non ingombra la mente di dati che, tutti concentrati in quel certo breve periodo stabilito, spesso trovano il discente affaticato od in ansia per problemi personali. Noi, come Ordine di Catania, abbiamo voluto, quindi, agevolare la possibilità di seguire i corsi di aggiornamento, ed abbiamo così pensato di utilizzare a ciò il nostro Notiziario mensile: sono convinto che l’iniziativa troverà il riscontro positivo di tutti i Colleghi, e porrà un altro mattone per l’edificazione di quella nuova casa comune di tutti i Medici e di tutti gli Odontoiatri che, nei



IL PRESIDENTE DELL’ORDINE DEI MEDICI DI CATANIA, PROF. MASSIMO BUSCEMA

miei progetti, deve diventare l’istituzione ordinistica”. Al Dr. Lucio Di Mauro, è stato così affidato il compito, non facile, di gestire la complessa operazione della quale è stato uno dei più determinati sostenitori: “CATANIA MEDICA raggiunge tutti i novemila e più Iscritti del nostro Ordine - ha precisato Di Mauro - ed era quasi ovvio che, all’interno del programma di aggiornamento continuo in Medicina, dovesse contribuire a rendere più agevole l’obbligo, che tutti noi abbiamo, di stare sempre al passo con i progressi scientifici che attengono alla nostra professione”. Il Notiziario, dunque, conterrà, di numero in numero, un mese i testi di aggiornamento che, redatti da autorevoli Docenti, dovranno essere attentamente letti e studiati, ed il mese successivo le cartelle della re-

lativa verifica dell’apprendimento realizzato dal discente con le risposte multiple riguardanti il corso seguito; né va sottaciuto che i contenuti, dai testi alle immagini, potranno essere integrati da suggerimenti per ulteriori approfondimenti complementari ai materiali pubblicati sulla rivista, comunque disponibili gratuitamente su Internet ed eventualmente segnalati anche in un’apposita pagina sul Sito Web dell’Ordine. Ne dovrebbe scaturire, per ogni singolo evento formativo (comprensivo dello studio dei contenuti didattici pubblicati sul Notiziario, della consultazione di pagine Web, della compilazione delle cartelle relative alla prova di verifica dell’apprendimento), una durata complessiva di cinque ore; il che permetterebbe l’acquisizione di cinque Crediti Formativi, come da regolamento del

Programma Nazionale di Educazione Continua in Medicina. Peraltro, l’iniziativa dell’Ordine contempla anche il progetto di proporre argomenti “trasversali” rispetto all’unicità di ciascun corso dedicato soltanto ad una branca specialistica ed a quella sola: ciò, oltre che garantire la validità dell’aggiornamento a tutti i Sanitari, al di là dunque della singola specialità di appartenenza, potrebbe contribuire significativamente all’avvio dell’esperienza della Formazione a Distanza garantendo a chi ne volesse fruire un’utile e aggiornata panoramica su questioni di importante attualità scientifica. Il Notiziario dell’Ordine catanese sarà, dunque, suddiviso in due parti: una dedicata, come da più decenni, all’informazione riguardante il mondo medico etneo e quello odontoiatrico, l’altra dedicata all’aggiornamento continuo mediante la F. A. D.; e, peraltro, ne sarà anche mutata la veste grafica, a rappresentare l’innovazione ed il miglioramento dell’intera rivista in termini di utilità per tutti i Medici Chirurghi e gli Odontoiatri. In chiusura, va annotato che il Consigliere Di Mauro ha tenuto a precisare che l’iniziativa è stata possibile anche grazie alla preziosa consulenza fornita dal Dr. Sergio Pedullà, e non solo: “Un sentito ringraziamento - ha detto Di Mauro - va a tutti i componenti della Commissione E. C. M. che, con costanza e serietà, hanno notevolmente contribuito ad un nuovo modo di concepire l’appartenenza al proprio Ordine Professionale; ma un pari ringraziamento va ai Consiglieri Gianluca Albanese, Antonio Biondi, Ezio Campagna, Roberto Fiaccavento, Antonio Grasso, Domenico Grimaldi, Gianpaolo Marconi, Nino Rizzo, Silvana Sotera, i quali, grazie anche al contributo, non soltanto tecnico, dei Colleghi Filippo Ciotta, Fortunato Parisi, Giuseppe Maria Rapisarda, nostri Revisori dei Conti, hanno permesso che l’iniziativa potesse essere totalmente gratuita”.

G. M. R.

[FARMACI]



I «generici» snobbati dagli italiani

L'80% preferisce acquistare comunque il prodotto «griffato» pagando di tasca propria la differenza di prezzo

Nessuna crisi può fermare la spesa sanitaria. Gli italiani prediligono ancora il farmaco di marca sebbene quello equivalente sia disponibile sul mercato a un prezzo più basso.

Nel nostro Paese i farmaci «non griffati» stentano infatti a conquistare la fiducia dei pazienti alle prese con le nuove ricette «rosse» che, dopo il decreto dell'anno scorso sulla spending review, riportano solo l'ingrediente principale del medicinale e non più la marca.

Ma se l'obiettivo era quello di generare un risparmio, il traguardo appare ancora lontano: da una recente indagine emerge che l'80% dei cittadini a cui il medico di famiglia ha prescritto la molecola, preferisce acquistare comunque il prodotto «griffato», pagando di tasca propria la differenza del prezzo.

I medici dello Stivale si dicono abbastanza «ligi» nel seguire le indicazioni della normativa, che vale per le nuove terapie ma non per i malati cronici già in cura con un determinato medicinale; i farmacisti ricevono infatti oltre il 90% delle ricette con l'indicazione del solo principio attivo.

Poche le eccezioni, in cui il camice bianco indica la marca del prodotto. A emergere con forza è però il fenomeno della «resistenza al generico»: la gente sembra non fidarsi né del medico né del farmacista.

Insomma, la crisi economica ha portato gli italiani a rinunciare a parecchie cose, è vero ma sui medicinali non è ancora una abitudine specialmente per tutte quelle donne ossessionate dalla griffe anche quando l'oggetto dell'acquisto non è un vestito.

Secondo un'indagine promossa da Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna, condotta su un campione di 300 farmacisti distribuiti lungo tutta la Penisola, soltanto una connazionale su 4 quando entra in farmacia chiede spontaneamente un medicinale equivalente, e poco più della metà chiede informazioni sull'alternativa senza marca. Quando poi il camice bianco propone di sostituire il prodotto «loggato» con il generico meno costoso, soltanto 2 su 5 accettano il cambio, mentre la maggioranza continua a scegliere il medicinale col brand.

Una resistenza particolarmente ostinata nelle anziane, legata a una diffidenza di fondo e accompagnata dal rischio di un «effetto contagio», considerando che la donna è il vero capofamiglia nelle decisioni che riguardano la salute.

Dall'indagine risulta inoltre che in Italia vendere un medicinale generico a una donna è «un percorso a ostacoli».

Il 70% dei farmacisti intervistati ritiene che all'origine di tutto questo vi sia un problema di cattiva informazione e il 64% cita questo fattore come principale barriera all'uso degli equivalenti. Il 96% delle donne teme una minor efficacia del generico perché «non esattamente uguale all'originale», il 12% rifiuta il prodotto senza marca perché «non si sente curato allo stesso modo» e il 26% per aver avuto o sentito esperienze negative.

Secondo i farmacisti «le donne chiedono una

Se l'obiettivo era quello di generare un risparmio, il traguardo appare ancora lontano. I medici sono abbastanza ligi nel seguire le indicazioni della normativa sulla spending review, ma la gente sembra non fidarsi dei camici bianchi. E secondo una indagine Onda solo una donna su 4 chiede un equivalente

più adeguata azione di rassicurazione da parte del medico di famiglia o delle figure sanitarie che, non assumendo una posizione chiara, non favoriscono nella donna la conoscenza e la percezione di sicurezza garantita dalla cura, sia dal punto di vista razionale sia emotivo». Il 92% dei farmacisti sostiene poi che le donne abbiano bisogno di rassicurazioni dagli operatori sanitari e in particolare dal medico di famiglia. E oltre la metà è convinto che le nuove regole sulla prescrizione dei medicinali per principio attivo, di fatto, non cambieranno molto in termini di maggiore apertura agli equivalenti. Solo il 30% pensa invece che il decreto in vigore dall'agosto scorso possa spingere il mercato dei generici nel nostro Paese, oggi fermo al 18% circa.

«Questa indagine - commenta la presidente di Onda, Francesca Merzagora - mette in luce la necessità di una migliore informazione riguardo al farmaco equivalente».

Un bisogno già emerso in una precedente ricerca sul tema promossa dall'Osservatorio, che aveva interpellato direttamente le donne: il 44% si erano dette poco o per nulla informate sui medicinali generici.

Secondo Merzagora, per favorire un'informazione corretta sul tema «è indispensabile parlare ai cittadini con chiarezza e trasparenza, in modo da favorire una scelta equilibrata. Purtroppo, oggi di fronte alle dispute che spesso nascono sull'argomento si ha la sensazione che non vi sia questo equilibrio, necessario per una scelta consapevole e informata».

Sulla necessità di «un'informazione chiara e trasparente, supportata da spiegazioni e dati scientifici», concorda anche Maria Antonietta Nosenzo, vice presidente della sezione milanese dell'onlus Andos, Associazione nazionale donne operate al seno, e chirurgo oncologo. «Per questo - aggiunge la

specialista - ben venga se l'Agenzia italiana del farmaco realizzerà il cosiddetto «Orange Book», un volume facile e utilizzabile da tutti nel quale siano contenute le liste di sostituibilità dei farmaci, per tutelare la salute del paziente garantendo il farmaco giusto per ogni specifica indicazione».

«Noi - è commento di alcuni farmacisti - promuoviamo da anni la conoscenza dei farmaci equivalenti. E ci rivolgiamo a tutti ma con particolare riguardo nei confronti della donna che si sente investita di una maggiore responsabilità verso la tutela della salute familiare in relazione al suo ruolo di care-giver».

«Ed è proprio questo carico psico-emotivo a condizionare ancora la donna nella scelta di un farmaco di marca, di cui ha maggiore consapevolezza, rispetto a un equivalente meno noto che tuttavia garantisce la stessa efficacia».

Il farmacista con la sua preparazione chimica conosce e capisce l'equivalenza e su questo deve informare il cittadino, ma chiaramente non può forzare la sua decisione né contrastare la volontà del medico.

Ovidio Brignoli, vice presidente della Società italiana di medicina generale (Simg), fa notare che «l'utilizzo dei farmaci equivalenti da parte dei medici è un segno di civiltà e di consapevolezza dei problemi del Paese».

«È un atto istituzionalmente dovuto - aggiunge Brignoli - per il quale non sarebbe stato necessario un decreto, che peraltro è stato accolto male solamente da quei medici che non l'hanno letto».

Il camice bianco ricorda inoltre che «da quest'anno medico di famiglia può prescrivere medicinali equivalenti nel 100% dei casi, perché l'alternativa generica è disponibile in pratica per ogni farmaco. Quindi non ci saranno più alibi».

«Per alcune categorie di farmaci - puntualizza Brignoli - sostanzialmente gli antipsicotici atipici, gli anticoagulanti e gli antiaritmici bisognerà valutare con grande attenzione la sostituzione, a volte non opportuna, e comunque utilizzare nel caso sempre lo stesso equivalente».

J. N.

ITALIA MAGLIA NERA NELL'UE

Abuso di antibiotici e batteri resistenti nuove armi e stop all'automedicazione

Gli antibiotici vengono usati ampiamente, più di quanto di possa pensare. Ma il loro effetto potrebbe presto non essere più efficace. Oggi assistiamo a un ritorno alla situazione vissuta fino agli anni '30 del secolo scorso, «quando ancora non erano stati scoperti e prodotti gli antibiotici». Ad affermarlo Gian Maria Rossolini, professore ordinario di Microbiologia Clinica nelle Università di Siena e di Firenze e coordinatore del Comitato per lo studio degli antibiotici Amcli, Associazione microbio-

logi clinici italiani.

Rossolini commenta il primato negativo dell'Italia nelle antibiotico-resistenze, cioè nell'efficacia degli antibiotici nei confronti di ceppi di batteri che hanno imparato a difendersi da quei farmaci diventando immuni. «Le cause di questo fenomeno - spiega - sono molteplici ma una è certamente l'uso inappropriato, ovvero l'abuso, che di tali prodotti viene fatto, anche con l'autoprescrizione, per malattie che non debbono essere trattate con antibiotici».

Per fronteggiare questa emergenza, Amcli ricorda come da una parte si debba promuovere la ricerca di nuovi antibiotici che negli ultimi anni si è molto rallentata (per introdurre un nuovo antibiotico occorrono 7-10 anni di lavoro e investimenti nell'ordine di un miliardo di euro) e, contemporaneamente, lanciare una campagna di educazione del pubblico. Secondo i dati disponibili, le infezioni gravi provocate da batteri multiresistenti del tipo della Klebsiella KPC sono gravate da percentuali di mortalità che variano

dal 40 al 70%.

Lo sviluppo di batteri sempre più resistenti a ogni tipo di antibiotico, così come una scorretta cultura di utilizzo di questi farmaci hanno reso «estremamente grave il problema della resistenza antibiotiche», le cui conseguenze sono sempre più gravi sia in termini di rischi per la salute dei pazienti, sia di costi per il sistema sanitario nazionale. Nel caso della Klebsiella resistente ai carbapenemi, l'ultima generazione di antibiotici, da noi la percentuale è tra il 25 e il 50%, in Grecia è sopra al 50%



ANTIBIOTICO-RESISTENZA: ITALIA MAGLIA NERA

mentre nel resto del continente è inferiore all'1%. Anche per i più conosciuti escherichia coli e l'mrsa, ovvero lo stafilococco aureo resistente alla meticillina. siamo sul podio europeo quanto a resistenza agli antibiotici, e in controtendenza rispetto al resto d'Europa, in Italia le cifre sono in aumento. Male

anche per la gonorrea. Per l'mrsa, che è uno dei batteri principali che causano le infezioni ospedaliere, i tassi di resistenza registrati sono stabili, fatta eccezione per il sud Europa dove superano il 25%, e in questo caso ci precedono in classifica solo Portogallo e Romania.

R. R.

Perché iscrivermi all'Anaa Assomed?

L'ANAAO ASSOMED con la sua storica leadership all'interno del mondo professionale e sindacale si riconferma la più grande Associazione dei Medici Dirigenti. L'autonomia, la forza, la credibilità e l'autorevolezza del nostro «fare sindacato» deriva dalla qualità e dal numero dei nostri sostenitori, 18.000 in tutta Italia. Gli strumenti e i servizi innovativi che offriamo con l'iscrizione sono pensati a protezione dei diversi aspetti della vita professionale:

ASSISTENZA LEGALE: con consulenze, pareri legali, assistenza per la difesa stragiudiziale, help desk telefonico, assistenza nei procedimenti disciplinari.

PRONTO SOCCORSO MEDICO LEGALE: con un numero verde dedicato anche in caso di avvisi di garanzia.

POLIZZA DI TUTELA LEGALE: per coprire onorari e spese legali, spese giudiziarie, spese per consulenti tecnici con un massimale di € 25.000,00 per sinistro.

LA FORMAZIONE: con la Scuola di formazione quadri e la Fondazione Pietro Paci per frequentare corsi ECM.

L'INFORMAZIONE: completa e tempestiva con comunicati, informative, rassegna stampa quotidiana, news in tempo reale, newsletter settimanali ed ancora con il mensile dell'Associazione Dirigenza Medica, e la pubblicazione quadrimestrale di Iniziativa Ospedaliera con lavori monografici sui principali argomenti.

RC PROFESSIONALE-COLPA GRAVE a prezzi vantaggiosi per i nostri iscritti € 430,00 per dirigenti medici, € 300,00 per i dirigenti sanitari, € 202,00 per medici in formazione specialistica, € 188,00 per dirigenti pensionati; offre un massimale fino a € 5.000.000,00 la retroattività fino ai 10 anni precedenti e la postuma di 2 anni, senza franchigia.

PER DIFENDERE I TUOI DIRITTI E COSTRUIRE INSIEME UNA SANITÀ MIGLIORE!

Segreteria Regionale Via: Salvatore Paola, 8 - 95125 Catania Tel.: 095441085 - Fax 095 438692

Mail: segr.sicilia@anaao.it Pec: segr.sicilia@anaao.postecert.it Web: www.anaao.sicilia.it www.anaao.it

facebook YouTube Twitter





[DIAGNOSTICA]

Tumori «in diretta» diagnosi più precise cure personalizzate

Pet-Tac, una nuova metodica dalle prestazioni eccellenti

ANGELO TORRISI

Studiare le caratteristiche biologiche di un tumore, per capire non solo esattamente dov'è ma anche «come si comporta» e come reagisce alle terapie, è la chiave non solo per sconfiggerlo, ma anche per farlo nel modo meno costoso, sia per il paziente sia per la collettività. Questo è possibile con le «immagini» che vengono messe a disposizione dalla Pet/Tac e in futuro dalla Pet/Risonanza. Si tratta di strumenti avanzatissimi che permettono migliori pianificazioni, «correzioni di rotta» in corsa, nonché valutazioni che possono far cambiare il modo in cui si affronta la malattia finanche al 50% delle volte. Le ultime evoluzioni di queste tecnologie sono state inserite tra gli argomenti principali del congresso dell'Associazione italiana di Medicina Nucleare e Imaging Molecolare che si è tenuta a Torino nei giorni scorsi. «Un aspetto rilevante dell'uso di strumenti come la Pet-Tac è, in un futuro ormai prossimo, la Pet/Risonanza magnetica, è proprio il rapporto costo-efficacia», spiega Sergio Baldari direttore della struttura complessa di Medicina nucleare del Policlinico di Messina nonché presidente del congresso. «Poter studiare le caratteristiche dei tumori in modo così preciso - aggiunge - ci permette una diagnosi sempre più accurata, una maggiore appropriatezza delle cure con conseguente riduzione dei costi».



«Questi dispositivi - dice inoltre - permettono anche una valutazione precoce della risposta alla terapia, che quindi può essere corretta o anche completamente cambiata se è il caso. Così si ottiene una vera e propria terapia personalizzata». La Pet /Tac è infatti una indagine diagnostica che sfrutta l'elevata sensibilità di apparecchiature di nuova generazione per rilevare la presenza di anomalie morfo-metaboliche. La peculiarità della metodica è quella di unire i vantaggi di una Pet, l'esame che permette di vedere l'immagine tridimensionale dei processi biologici in corso nel tumore, con quelli di una Tac, che ne produce invece

una immagine anatomica. E' possibile generare immagini separate relative alla fase Pet o alla fase Tac e sovrapporle ottenendo in tal modo una immagine di fusione unica che mette in rilievo una precisa localizzazione anatomica delle aree di alterazione metabolica. Il risultato finale è un esame che è in grado di fornire importanti informazioni cliniche non ottenibili dalle radiologie tradizionali. Come per tutte le indagini diagnostiche di medicina nucleare non è possibile sottoporsi all'esame per una donna in gravidanza o durante l'allattamento; inoltre per i diabetici è indispensabile un buon compenso glicemico prima di sottoporsi alla Pet/Tac. Inoltre l'elaborazione elettronica dei dati permette di attribuire a ogni lesione esaminata un indicatore (suv) che è proporzionale alla intensità con cui il radiofarmaco è stato localmente metabolizzato elevando così il valore diagnostico dell'esame. La tecnica è ormai ampiamente consolidata e già i primi studi sulla sua efficacia hanno ad esempio dimostrato che nel tumore al seno l'esecuzione di un esame Pet-Tac è più efficace nel mostrare lesioni estese al resto del corpo rispetto ai metodi tradizionali, tanto che ha prodotto un cambiamento di terapia nel 50% dei casi. Nel caso dei tumori endocrini invece un cambiamento radicale della terapia si è avuto nel 35% dei pazienti studiati, mentre ad esempio nel caso dei tumori ossei la Pet/Tac rie-



LA RADIO BATTE IL BISTURI

Nel futuro della cura del cancro la radioterapia batterà il bisturi. Si tratta di una tecnica sempre più importante al punto che entro dieci anni si stima che verrà utilizzata nell'85% dei malati di tumore e sarà sempre più sostitutiva di chirurgia e chemio, anche grazie alla maggiore efficacia e ai costi inferiori rispetto alle altre due modalità alternative di cura meglio conosciute

sce a trovare molte più lesioni dei metodi tradizionali. I più recenti risultati in proposito sono stati dibattuti durante il congresso. Nonostante la tecnologia sia molto avanzata, una volta tanto l'Italia è al passo con i tempi: «Nel nostro paese c'è un numero sufficiente di Pet/tac, e sono ben distribuite sul territorio - sottolinea Baldari - siamo pronti a sostenere i pazienti senza grandi disagi, purchè si seguano

le linee guida più corrette per questi esami». Il censimento promosso dall'AIMN nel 2010 ha evidenziato la presenza di oltre 120 tomografi Pet in Italia con almeno un tomografo per regione, comprese le più piccole. Il congresso ha anche offerto l'occasione per fare il punto sugli altri aspetti della Medicina nucleare, dalle applicazioni per altre malattie che diventano sempre più diffuse come il

Parkinson o l'Alzheimer ai nuovi radiofarmaci, molecole radioattive in grado di trovare da sole il bersaglio all'interno del corpo a cui legarsi. «Ne è esempio il radioiodio - spiega Baldari - che è in grado di fissarsi con una estrema selettività alla tiroide ed è ormai una terapia ben collaudata nei tumori di questa ghiandola, ma molte altre molecole saranno disponibili in futuro».

CLINICA DERMATOLOGICA POLICLINICO - VITTORIO EMANUELE DI CATANIA: SERVIZI DI DAY SERVICE E DAY HOSPITAL

Un polo d'eccellenza a disposizione del malato

Malattie rare: il servizio di Immunocitopatologia si avvale di metodiche utili alla diagnosi di gravi dermatosi autoimmuni e di malattie comuni

L'Unità Operativa complessa di Clinica Dermatologica del presidio ospedaliero "Gaspare Rodolico" dell' Azienda ospedaliero-universitaria "Policlinico-Vittorio Emanuele" di Catania, rappresenta da sempre un polo di eccellenza all'avanguardia cui afferiscono anche casi di difficile inquadramento, ed il cui staff medico, composto, oltre che dal responsabile prof. Giuseppe Micali, da personale universitario ed ospedaliero, è costantemente impegnato in attività di ricerca ed assistenziale. Quest'ultima, che serve un ampio bacino d'utenza proveniente da tutta la Sicilia orientale, mediante servizi ambulatoriali, di Day Service ed attività espletate in modalità di ricovero in regime di Day Hospital, eroga circa 25.000 prestazioni annue. Gli ambulatori, al piano terra in un'ala del padiglione 4A in locali modernamente attrezzati e accessibili previa prenotazione telefonica al numero verde 800553131 del Cup provinciale o diretta 0953782485, sono diversificati per tipologia di prestazione. Comprendono due ambulatori generali di visita dermatologica, un ambulatorio specificatamente dedicato alla diagnosi e terapia di psoriasi e vitiligine, un ambulatorio ad indirizzo clinico-estetico, cui afferiscono pazienti affetti da acne, problemi di capelli, invecchiamento ed altri insetismi cutanei, un servizio di Epiluminescenza-videodermatoscopia che si occupa della diagnosi e follow-up di lesioni benigne (nevi, cheratosi seborroiche, angiomi, fibromi) e maligne (melanoma, carcinoma basocellulare) come pure di talu-



ne dermatosi infettive e non (scabbia, pediculosi, condilomi, alopecia, psoriasi), un servizio di Dermatologia allergologica, in cui si effettuano prove allergologiche in vivo (Patch test), un servizio di Fototerapia, destinato alla cura di psoriasi e vitiligine, un servizio di Terapia Fotodinamica, che consente il trattamento non chirurgico di casi selezionati di precancerosi e tumori cutanei (cheratosi attiniche, carcinomi basocellulari) ed un servizio di Dermatologia correttiva, per il trattamento fisico, mediante diatermocoagulazione, curettage, laserterapia o asportazione chirurgica, di neoformazioni cutanee benigne e non. Tra le attività per le quali l'esperienza della clini-

ca Dermatologica ha assunto evidenza nazionale ed internazionale anche in ambito scientifico, va segnalato infine il servizio di Immunocitopatologia, che si avvale di aggiornate metodiche e indagini di laboratorio (esame citodiagnostico, biopsia cutanea, immunofluorescenza diretta ed indiretta, lupus band test, Elisa) utili alla diagnosi sia di malattie comuni a significativo impatto socioeconomico (herpes, scabbia, leishmaniosi, lupus eritematoso) che di gravi dermatosi autoimmuni a carattere bolloso, quali quelle del gruppo del pemfigo e pemfigoidi. Queste ultime rientrano tra le "malattie rare", ossia condizioni patologiche la cui prevalenza è inferiore a 5 casi

per 10.000 abitanti, ma che, in quanto spesso causa di quadri clinici complessi e talvolta gravati da una prognosi sfavorevole, necessitano di una gestione qualificata che prevede anche la collaborazione tra diversi specialisti medici. In proposito esiste una rete nazionale per la prevenzione, sorveglianza, diagnosi e terapia delle malattie rare della quale fa parte, in qualità di centro di riferimento regionale per le patologie di interesse dermatologico, anche questa unità operativa, in cui è stato pertanto attivato dal mese di marzo un ambulatorio dedicato alle malattie rare. In tabella 1 sono riassunte le dermatosi di pertinenza del dermatologo, cui spetta il rilascio della relativa certificazione necessaria al conseguimento del codice di esenzione per patologia. Le malattie del gruppo del pemfigo e dei pemfigoidi, causa non di rado di condizioni cliniche gravi ed il cui esordio insidioso può talora ritardare la diagnosi, necessitano di un trattamento complesso che richiede una specifica esperienza e competenza sia ai fini di una adeguata scelta terapeutica che della gestione dei possibili effetti collaterali. Il lichen sclerosus et atrophicus, patologia a decorso cronico-recidivante, che colpisce elettivamente le mucose del distretto genitale in pazienti di ambo i sessi, può anch'esso rappresentare un problema medico rilevante, in grado di compromettere significativamente la qualità di vita dei pazienti a causa degli esiti talora gravi ed invalidanti e delle potenziali complicanze a lungo termine (sviluppo di stenosi

uretrale, rischio di malignità). L'accesso al suddetto ambulatorio è consentito e raccomandato anche a quei pazienti che presentino segni e sintomi a carico della cute, delle mucose o degli annessi (peli, capelli, unghie) in corso di patologie genetiche e malformative, reumatologiche, autoimmuni, oncologiche, metaboliche, neuromuscolari, respiratorie, ematologiche ed infettive contemplate nell'elenco ministeriale delle malattie rare (tabella 2), non soltanto ai fini dell'inquadramento dermatologico, ma soprattutto perché possano essere indirizzati verso le strutture di riferimento riconosciute. L'ambulatorio di malattie rare ha infatti l'obiettivo di convogliare, evitandone la dispersione, i pazienti con presunta o accertata malattia rara, garantendo una guida completa e di elevato livello nel percorso assistenziale, sia attraverso i requisiti logistici in possesso che attraverso la collaborazione con altre Unità Operative (tra cui laboratorio analisi centralizzato, Genetica, Pediatria, Neurologia, Oncologia, Cardiologia, Radiologia) della stessa o di altre strutture ospedaliere e/o territoriali.

L. G.

TABELLA 1 Centro di Riferimento Regionale Clinica Dermatologica, P.O. G. Rodolico, A.O.U. Policlinico-Vittorio Emanuele, Catania: Elenco Malattie Rare di pertinenza del dermatologo		
Pemfigo volgare	Pemfigoide cicatriziale	
Pemfigo vegetante	Dermatite erpetiforme	
Pemfigo seborroico	Herpes gestationis	
Pemfigo paraneoplastico	Dermatosi a IgA lineari	
Pemfigoide bolloso	Lichen sclerosus et atrophicus	
TABELLA 2 Principali malattie rare che possono presentare segni e sintomi a carico della pelle		
Acrodermatite enteropatica	Incontinentia pigmenti	Sclerosi tuberosa
Angioedema	Ipormelanosi di Ito	Sindrome del nevo displastico
Aplasia cutis	Istiocitosi	Sindrome del nevo epidermico
Amiloidosi	Irtiosi congenite	Sindrome di Ehlers-Danlos
Blue rubber bleb nevus syndrome	Malattia di Behçet	Sindrome di Kippel-Trenauay
Connettiviti	Malattia di Darier	Sindrome di Peutz-Jeghers
Cutis laxa	Malattia di Fabry	Sindrome di Sturge-Weber
Dermatomiosite	Malattia di Hailey-Hailey	Xeroderma pigmentoso
Epidermolisi bollosa ereditaria	Neurofibromatosi	
Eritrocheratodermico	Portirine	
	Pseudoxantoma elastico	

[DIAGNOSTICA]



«Un impegno costante con alta professionalità e tecniche aggiornate»

Al Centro Analisi Snc esami di laboratorio all'avanguardia

Il Centro Analisi Snc è un laboratorio di analisi cliniche che opera a Catania da più di 40 anni; radicato nel territorio è diventato nel tempo un punto di riferimento nella sanità catanese.

L'uso di apparecchiature all'avanguardia, permette di eseguire anche gli esami di più recente acquisizione offrendo così un servizio quanto più completo possibile. Il personale, altamente qualificato, segue l'evoluzione tecnologica con aggiornamenti e formazione sia in sede che presso le ditte produttrici delle apparecchiature.

L'attenzione verso il paziente è un altro punto di forza del nostro laboratorio, che offre servizi in linea con le esigenze dell'utenza; dall'apertura alle 7 del mattino, per dare la possibilità di non penalizzare l'attività lavorativa o scolastica, all'adozione dell'orario continuato, alla possibilità di ricevere i referti via e-mail o via fax sempre dietro autorizzazione del paziente e nel rispetto della legge sulla privacy.

Grande riscontro ha trovato, presso i medici di base e i cardiologi, la possibilità che venga (su loro richiesta) prescritto il dosaggio degli anticoagulanti orali in base al risultato dell'INR.

Tale servizio è assolutamente gratuito ed evita al paziente una ulteriore attesa per poter proseguire nella sua terapia.

Il nostro impegno è costante e la nostra professionalità è al servizio dell'utenza con la massima attenzione ad una continua evoluzione e ad un



continuo aggiornamento in riferimento alle nuove tecnologie che permettono l'esecuzione di nuovi test diagnostici che via via vengono immessi sul mercato.

L'automazione di test in Immunoenzimatica ed in Immunofluorescenza ci hanno permesso di migliorare il flusso di lavoro e l'efficienza del laboratorio anche per quanto riguarda una vasta gamma di patologie autoimmuni dal Lupus all'Artrite Reumatoide, dalla Malattia Celiaca alla Sindrome da Anti-Fosfolipidi.

La nuova tecnica di automazione in chemiluminescenza ha permesso al-

trarsi una rilevazione più accurata di tali patologie.

Il laboratorio già da tempo possiede un sistema di gestione qualità certificato che garantisce il rispetto di tutte le procedure, dalla registrazione del paziente fino alla consegna del referto.

L'innovazione e la massima tecnologia lavorano dunque insieme, nel solco della nostra tradizione, per offrire un servizio sempre più accurato e professionalmente qualificato, ai nostri pazienti che provengono anche dalla provincia e non di rado anche da altre province siciliane.



Il settore di microbiologia del centro analisi Snc si avvale anche di un'apparecchiatura automatica di ultima generazione per l'identificazione batterica e l'antibiogramma (foto sopra). A sinistra, la nuova tecnologia del Versacell, sistema di automazione compatto, offre una gestione avanzata del campione e funzionalità di ordinamento

UNA TECNICA PER LA DIAGNOSI PRECOCE

Cromatografia ad alta pressione

La cromatografia ad alta pressione o HPLC è una tecnica di separazione delle miscele altamente selettiva, riproducibile e a elevata sensibilità, che per la grande affidabilità dei risultati, ne fanno una scelta di elezione. Si tratta di una tecnica complessa che richiede una preparazione specifica dell'operatore già utilizzata da anni nel nostro laboratorio e che ha visto un notevole incremento nella sua applicazione grazie alla possibilità di dosare un ampio range di sostanze. Dosaggi ormonali (Catecolamine urinarie e plasmatiche, nonché i loro metaboliti), dosaggi di vitamine (D3, B6, C, A ed E), medicina del lavoro (esposizione a solventi quali benzene, toluene e xilene), vengono quasi esclusivamente effettuati con la tecnica dell'HPLC. Inoltre, il controllo di routine delle concentrazioni terapeutiche di farmaci antiepilettici nel siero ad esempio, fortemente raccomandato quando occorre determinare il dosaggio multi-farmaco, avviene mediante il metodo manuale in HPLC, il quale offre un dosaggio quantitativo affidabile di ben 11 antiepilettici e dei loro metaboliti (Carbamazepina, Etosuccimide, Lamotrigina, Primidone ed altri). L'Oxcarbazepina in particolare, rappresenta il medicamento antiepilettico più prescritto, sia per i disturbi bipolari che per l'epilessia, ed è uno dei pochi farmaci approvati come monoterapia in bambini con crisi. Recente la richiesta in ambito forense e medico-legale del dosaggio del CDT (Carbohydrate-Deficient Transferrin) per identificare individui a rischio d'abuso alcolico. Già dagli Anni 70 studi hanno determinato che, dal punto di vista clinico, la CDT è il marcatore più specifico per l'abuso alcolico e anche in questo caso la tecnica d'elezione per la sua determinazione è rappresentata dalla cromatografia liquida ad alta pressione. Elevata affidabilità nell'uso dell'HPLC rispetto ad altre tecniche viene mostrata anche nella determinazione dell'omocisteina nel siero, un aminoacido contenente zolfo e il cui aumento intracellulare venga oggi considerato come uno dei più importanti fattori di rischio cardiovascolare. Se ne deduce quindi come l'applicazione di tale tecnica sia di basilare importanza quando si voglia ottenere un risultato affidabile e fondamentale ai fini di una diagnosi precoce, e quindi per monitorare in modo tempestivo la terapia più efficace.

- **Analisi cliniche**
- **Autoimmunità**
- **Microbiologia**
- **Ria e Tossicologia**
- **Medicina del lavoro**
- **Dosaggi ormonali**
- **Markers tumorali**
- **Bitest e Tritest**
- **Intolleranze ed allergie alimentari**
- **Ricerca droghe d'abuso**



CENTRO ANALISI S.n.c
del Dott. Luigi Lo Vecchio & C.
Consorzio con il Centro Analisi Catanese S.C.a R.L.

Convenzionato con:
Servizio Sanitario Nazionale

e con i seguenti enti:
Fasi e Fasi open
Assirete
Fasdac
Previmedical
Unica

PRELIEVI da Lun. a Sab. ore 07:00/12:00 - CONSEGNA REFERTI da Lun. a Ven. ore 12:00/16:00 - Sabato ore 08:00/12:00

Viale XX Settembre, 72 - CATANIA - Tel. 095 311861 Fax 095 316409
www.centroanalysisnc.com - info: amministrazione@centroanalisi.com





[DIAGNOSTICA]

Allergie: prove cutanee ed esami del sangue danno le risposte giuste

Alimenti, pollini, acari, animali e farmaci: occhio alle reazioni

ANGELO TORRISI

Allergie: in moltissimi casi è lo stesso paziente a intuirne la causa sulla scorta della cadenza piuttosto precisa degli "attacchi", specie per quelle stagionali. In altrettanti casi però diventa difficile e problematica al punto da sfuggire persino a una attenta anamnesi da parte del medico in generale e dello stesso allergologo in particolare: in specie quando i fattori causali e cioè gli allergeni sono piuttosto molteplici oltre che oscuri.

Ma si può essere sensibili a più allergeni? Sicuramente sì. Questa caratteristica rende ragione del perché molti pazienti presentano più manifestazioni a livello di diversi apparati (come naso, bronchi, occhi, pelle e colon) di una patologia sistemica e non solo d'organo, e spiega anche il perché della molteplicità delle allergie.

Oltre a ciò si nota spesso che un paziente allergico, per esempio agli acari, da bambino si sensibilizzi nel tempo anche ai pollini per cui il soggetto diventa, come dire, polisensibile. Inoltre molte volte si vedono pazienti con manifestazioni allergiche ai pollini affetti anche da allergie ad alimenti. Certamente le condizioni alimentari e ambientali oltre alle abitudini di vita influiscono fortemente nel determinare nuove sensibilizzazioni. Per esempio è proprio degli ultimi anni l'abitudine diffusa di avere la mimosa in casa come pianta ornamentale. Ebbene, proprio con l'uti-

lizzo e la diffusione sempre maggiore di tale pianta, si assiste a un notevole incremento delle sensibilizzazioni a questo polline. Altrettanto "nuovo" come allergene è quello del cipresso, la cui rilevanza clinica è legata alla sempre maggiore diffusione di questa pianta (prima relegata ai cimiteri) e oggi utilizzata come pianta ornamentale. La stessa cosa avviene con gli alimenti, per esempio kiwi, arachidi, alcuni nuovi conservanti. E sono particolarmente frequenti an-

E' abbastanza ampio il ventaglio degli elementi responsabili

che le allergie da animali come il gatto, il cane e il coniglio. Proprio l'abitudine sempre più frequente di tenere a casa animali, compreso per l'appunto il coniglio e anche il criceto, rappresenta un fattore responsabile di una più diffusa sensibilizzazione allergica al loro pelo. Chiaramente le abitudini a tavola di una popolazione influiscono fortemente sul tipo di allergie alimentari. E così in Italia è particolarmente diffusa la sensibilizzazione allergica a alimenti caratteristici della dieta mediterranea, fra cui il pomodoro, il latte, i latticini, l'uovo, la farina, gli agrumi e i crostacei sono gli alimenti più frequentemente implicati nei

disturbi allergici di origine alimentare.

Le allergie generalmente si manifestano in maniera prevedibile offrendo quindi la possibilità di curare efficacemente ed anche di prevenire i sintomi. Tuttavia, alcune forme di allergia, come ad esempio le allergie a alcuni alimenti, ai farmaci o al veleno di api e vespe, possono scatenare una reazione che colpisce più organi e apparati, configurando un vero e proprio quadro di choc. Infatti si parla in questi casi di choc anafilattico. Questa reazione allergica si manifesta con sintomi che inizialmente comprendono semplici eruzioni cutanee, vertigini, cefalea, angoscia, fino a arrivare a quadri estremamente seri caratterizzati da difficoltà respiratoria, tachicardia, ipotensione che impongono una terapia d'urgenza.

In queste situazioni è bene rivolgersi con la massima sollecitudine al servizio di emergenza del 118. I pazienti a rischio di choc anafilattico devono inoltre rivolgersi a uno specialista per ottenere le informazioni e i farmaci di primissimo intervento, come a esempio l'adrenalina autoiniettabile, necessari a fronteggiare tali sintomi.

Il campo dell'allergologia non può fare a meno del più antico e più utilizzato approccio diagnostico in medicina, vale a dire una corretta e approfondita anamnesi eseguita da un medico preferibilmente specialista. Le classiche prove allergometriche cutanee, i prick test, sono ancora validissime per la diagnosi delle al-



lergie respiratorie ed alimentari. Il più recente dosaggio ematico delle IgE specifiche rivolte contro allergeni respiratori e alimentari è invece utile per trovare una conferma al prick test nel caso si rendesse necessario eliminare un alimento dalla dieta di un paziente o per la prescrizione di una terapia desensibilizzante specifica.

Per le allergie ai farmaci purtroppo non esiste ancora un test diagnostico specifico in grado di sostituire le classiche prove di esposizione al farmaco, tuttavia sono in fase di studio delle metodiche in vitro che potrebbero aiutare nella diagnostica grazie ad un semplice prelievo di sangue, evitando quindi la pericolosa esposizione del paziente al farmaco sospetto, tuttavia si tratta di metodiche attualmente sperimentali non accreditate scientificamente e con i cui risultati sono spesso poco specifici e pertanto poco attendibili.

NEGLI OSPEDALI ITALIANI ECOGRAFI E RX DATATI

Invecchianonegli ospedali italiani gli apparecchi ecografici, le macchine per i raggi X e, in generale, le piccole macchine per la diagnosi, che hanno in media, nel 60% dei casi, oltre dieci anni. Mentre il quadro è più roseo per le "grandi apparecchiature": Tac, risonanze magnetiche e altre, che hanno un'età, in oltre la metà dei casi, inferiore ai 10 anni. Secondo i dati del censimento 2010 della Sirm, Società italiana di radiologia medica, una fotografia delle dotazioni di apparecchiature e personale di diagnostica per immagini nelle Unità operative delle strutture sanitarie, che contano oltre 12 mila macchine nel Paese. Secondo in dati disponibili oltre il 50% delle attrezzature di alto profilo nei poliambulatori è recente mentre le apparecchiature di basso profilo sono assai più vecchie. I più datati sono gli apparecchi di RX tradizionale (circa il 52% degli apparecchi è stato installato prima del 2000), mentre circa il 30-35% di Tac, risonanze e angiografi è stato installato dopo il 2005. Tra le "grandi macchine", le tecnologie a rapido invecchiamento (alto profilo) quelle con età inferiore a tre anni e di poco superiore al 31% per tutte le tipologie mentre si arriva a circa il 36% per le Tac. Con importanti differenze regionali. In Liguria, Emilia Romagna, Umbria, Sicilia e Sardegna si registrano importanti investimenti in tecnologia e la Valle d'Aosta ha rinnovato il 60% del parco tecnologico. Mentre Abruzzo, Basilicata e Calabria hanno il patrimonio tecnologico di diagnostica per immagini più obsoleto. «La situazione italiana - dice Carlo Faletti, presidente della Società italiana di radiologia medica - non è rosea ma nemmeno drammatica. Per quanto riguarda l'età media delle macchine che hanno massimo 10 anni, nel complesso va bene».

UNA METODICA RIVOLUZIONARIA

Cuore e vasi sanguigni viaggio con la Tac coronarica

Fa sortire risultati sempre più eclatanti la Tomografia assiale computerizzata multistrato Cardio, e cioè la possibilità, attraverso una sofisticatissima e innovativa apparecchiatura - ancora in possesso di poche strutture - che consente un esame dettagliato e in tre dimensioni del cuore e vasi sanguigni. Essa cioè offre la possibilità di acquisire oltre duecento sezioni al secondo con ricostruzioni delle immagini a altissima definizione e. In altre parole il suo impiego permette di sezionare a "fette" virtuali il cuore e in particolare le coronarie (inoltre i vasi sanguigni cerebrali) e di ricostruire poi al computer il tutto consentendo di evidenziare eventuali lesioni aterosclerotiche anche in fase iniziale. Essa infatti è in grado di mettere allo scoperto persino quelle placche e quelle stenosi (anche quelle a livello di carotide) che possono rappresentare il preludio per una totale ostruzione dei vasi riuscendo altresì a scandagliare l'interno del cuore comprese le valvole, la diagnosi di patologie a carico delle strutture cerebrali nonché le situazioni d'emergenza determinate da traumi, incidenti vascolari, tumori e ischemie, imprimendo una svolta decisiva a tutto il settore.

«Dalla tac coronarica - spiega il chirurgo catanese prof. Sergio Castorina - consegue l'utilità ai fini della diagnosi e soprattutto della prevenzione primaria o secondaria dell'infarto, dell'ictus e delle complicanze degli aneurismi aortici. A questo vantaggio va aggiunto anche quello, altrettanto importante, della possibilità di controllare la situazione dopo un intervento sulle coronarie (angioplastica o by-



«VIAGGIO» NEL CUORE

pass) per il quale alcuni anni prima del suo avvento era necessario ripetere la coronarografia».

«La possibilità che essa offre di vedere in maniera nitida e estremamente fedele non solo l'interno delle coronarie e degli altri vasi sanguigni, ma anche la parete interna di esse, fanno della coronarica-Tac un accertamento diagnostico in grado di escludere la presenza di una malattia coronarica significativa in percentuali comprese tra il 97 e il 100% dei casi esaminati in condizioni favorevoli e cioè con adeguata preparazione del paziente e con frequenza cardiaca inferiore a 65 battiti al minuto».

«Può pertanto essere utile - aggiunge Castorina - per studiare l'anatomia dei vasi in soggetti con sintomi atipici o con risultati ambigui di esami di diagnostica cardiologica e in soggetti can-

didati a interventi cardiocirchurici su patologie valvolari e in quelli di chirurgia dell'aorta e persino di chirurgia non cardiaca che presentino un alto grado di rischio di complicanze coronariche».

«Inoltre le difficoltà incontrate fino ai tempi recenti per la diagnosi di pervietà degli stent coronarici sembrano poter essere notevolmente ridotte grazie alla immissione di nuovissimi esemplari di apparecchiature mentre la tecnica diagnostica medesima risulta invece perfetta ai fini del controllo dei pazienti rivascolarizzati (bypass)».

«Essa pertanto - come precisa lo stesso prof. Castorina - pur non escludendo automaticamente l'utilità e la validità di altre metodiche diagnostiche già da tempo in uso quali a esempio il cardioecocolor Doppler e la coronarografia (esame questo, che, pur in maniera piuttosto cruenta, rimane sempre il "goldstandard" in quei pazienti con la quasi certezza della presenza di placche aterosclerotiche all'interno delle coronarie) rappresenta un ulteriore interessante tassello della diagnostica cardiocircolatoria che unisce all'estrema precisione delle immagini la prontezza del risultato (in tutto pochi minuti) e una invasività pressoché assente. Si tratta inoltre della testimonianza tangibile del tumultuoso progresso compiuto dalla Tac in generale nell'arco di appena trentacinque anni che hanno contrassegnato una vera e propria rivoluzione nella neuroclinica avendo essa sottratto le strutture del cranio a quei segreti che rendevano difficile e in molti casi financo impossibile la diagnosi».

A. T.

L'ANDROLOGIA DEL POLICLINICO DI CATANIA TRA I CENTRI DI ECCELLENZA IN EUROPA

L'Unità Operativa di Andrologia ed Endocrinologia dell'Università degli Studi di Catania, ubicata presso il Policlinico "G. Rodolico" (Via Santa Sofia 78, Catania), diretta dal Professore Aldo E. Calogero, è stata "confermata" quale "Training Centre in Andrology" dalla "European Academy of Andrology" (EAA).

La E.A.A. rappresenta l'istituzione di riferimento continentale per gli operatori del settore "Andrologia Medica" certificando i centri di eccellenza sul piano della ricerca e dell'assistenza. Al momento sono 25 i centri accreditati in Europa. In Italia, la Scuola Catanese condivide il prestigioso riconoscimento con le Scuole di: Roma, Firenze, l'Aquila e Milano. Si tratta di un riconoscimento legato a importanti meriti acquisiti nel corso degli anni sul piano scientifico, assistenziale e organizzativo. L'elevata qualità della produzione scientifica esitata in numerose pubblicazioni su prestigiose riviste del settore (Prof. Sandro La Vignera, Prof. Enzo Vicari, Prof. Aldo E. Calogero), l'adeguatezza della rete assistenziale al suo interno [Prof. Maurizio di Mauro (diabetologo) e Prof. Salvatore Tumino (esperto in patologie tiroidee)] e allargata ad attive collaborazioni all'interno della stessa realtà Universitaria dell'Azienda Policlinica [Prof. Giuseppe Morgia (Urologia), Prof. Salvatore Bellanca (Fecondazione Assistita)].

Infine l'aspetto organizzativo legato alla presenza di un laboratorio qualificato all'interno della stessa Unità Operativa (Dr. ssa Nunziata Barone, Dr. ssa Nunziatina Burrello, Sig. Domenico Recupero), l'attività didattica universitaria (Corso di Laurea in Medicina, Seconda Scuola di Specializzazione in Endocrinologia e Malattie del Ricambio, Dottorato di Ricerca in Medicina Sperimentale Clinica e Fisiopatologia Cellulare, Scuola Superiore dell'Università di Catania). In particolare questo aspetto legato all'intensa attività di training clinico e sperimentale testimoniata dalla presenza di medici e biologi in formazione specialistica in grado di acquisire sofisticate metodologie di studio, già consegnate dagli stessi alla letteratura del settore (Dr. ssa Barbara Aiello, Dr. ssa Maria Altomare, Dr. Fabrizio Arcoria, Dr. ssa Valentina Bullara, Dr. ssa Claudia Caruso, Dr. ssa Laura Cimino, Dr. ssa Rosita Condorelli, Dr. ssa Valentina Conoscenti, Dr. ssa Rosanna Crisci, Dr. Carmelo D'Urso, Dr. ssa Vlenia Duca, Dr. Filippo Giaccone, Dr. ssa Linda Iacoviello,

Dr. Alvaro Manago, Dr. ssa Laura Mongioi, Dr. ssa Chiara Nicoletti, Dr. Carmelo Paglisi, Dr. ssa Simona Quartararo, Dr. ssa Lucia Tamburino, Dr. ssa Daniela Valenti, Dr. ssa Cristina Venuti, Dr. ssa Lucia Vicari). Infine l'organizzazione della parte infermieristica e il coordinamento delle attività ambulatoriali sono affidate alla Sig.ra Cetty Costa e Caterina Leone. Il Professore Aldo E. Calogero esprime la sua soddisfazione "la nostra filosofia è stata da sempre quella di praticare una medicina di tipo traslazionale, capace di trasferire il significato delle acquisizioni più recenti sul piano laboratoristico e strumentale alla parte clinica. Viviamo tempi molto delicati sul piano delle risorse economiche, di profonda crisi, ma riteniamo

che la passione per la scienza e l'interesse per le sue ricadute possa rappresentare in larga parte uno strumento utile a superare le difficoltà. Importante inoltre realizzare il percorso di crescita dell'Andrologia anche come disciplina di insegnamento universitario nell'ambito del corso magistrale di Laurea in Medicina e Chirurgia, per le fondamentali ricadute

che la stessa mostra di avere anche in altre, solo in apparenza, più importanti branche della scienza medica" Fa eco il Prof. Sandro La Vignera "l'Andrologia rappresenta sempre più una scienza autonoma. Il moderno Andrologo clinico deve possedere conoscenze "culturalmente trasversali" essenziali per la comprensione dei complessi meccanismi alla base dei disordini della fertilità e della sessualità maschile, mi riferisco alla padronanza teorico-pratica di aspetti ormonali, genetici, molecolari, microbiologici, vascolari, metabolici; con i quali quotidianamente ci si confronta. Ritengo che nel corso degli anni la Scuola Catanese di Andrologia Medica abbia compiuto enormi passi in avanti in relazione a tutti gli aspetti prima citati, sulla scia delle felici intuizioni del pioniere di tale disciplina nella nostra Città. Il Professore Giancarlo D'Agata." Infine il Prof. Enzo Vicari "il riconoscimento di E.A.A. rappresenta il risultato di un Scuola e di una tradizione ormai ultratrentennale in questa Città. Siamo consapevoli di come ormai anche nell'immaginario collettivo la figura dell'Andrologo Medico sia ben identificabile. Il target è sempre più eterogeneo, dalla fase pediatrica a quella geriatrica, direi che esiste la necessità di questo ruolo per ogni periodo della vita, con esigenze specifiche".



[UOMINI]



Eiaculazione precoce, il problema negato

Défaillance sotto le lenzuola per oltre 4 milioni di italiani, ma solo un uomo su 4 chiede aiuto allo specialista

ANGELO TORRISI

Sino a oggi si è mostrata grande attenzione alla disfunzione erettile, ma è un altro il problema medico più importante che riguarda la salute e il benessere sessuale: l'eiaculazione precoce (Ep), un disturbo che colpisce, secondo i dati epidemiologici di un vastissimo studio internazionale, tra il 20 e il 30% degli uomini di età compresa tra i 18 e i 65 anni.

Stiamo parlando di oltre 4 milioni di maschi in Italia", dice Vincenzo Mirone, ordinario di Urologia dell'Università "Federico II" di Napoli nonché segretario generale della Siu, (Società Italiana di Urologia).

Secondo una indagine Eurisko realizzata su 1.500 uomini di età compresa fra i 18 e i 64 anni, il 67% di chi soffre di eiaculazione precoce riconosce che la troppa fretta nell'intimità è causa di importante insoddisfazione per la partner ma, pur condividendo con lei la preoccupazione del problema, solo un paziente su quattro si rivolge al medico per trovare una soluzione.

Dunque si tratta di egoismo o di imbarazzo? «In ogni caso afferma Isa Cecchini, sociologa e ricercatrice - oltre alla difficoltà (o disinteresse) nel chiedere aiuto, o forse proprio a causa di ciò, si fa anche molto poco per cercare di risolvere il problema. In metà dei casi non si fa nulla, in un quarto dei casi si ricorre a mezzi approssimativi e poco efficaci, come l'uso di preservativi ritardanti e, solo nel 5% dei casi a farmaci prescritti dal medico».

Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, sicuramente determinante è la mancanza, fino a ieri, di una terapia farmacologica efficace e specifica per questa patologia che è ormai riconosciuta come una patologia organica e che come tale va trattata e curata.

«Ne emerge un quadro piuttosto allarmante - prosegue Cecchini - un uomo su quattro soffre di eiaculazione precoce in modo ricorrente, ma solo uno su dieci capisce che è una patologia che influisce in modo importante sulla vita di coppia e genera una profonda insoddisfazione nella partner».

Insomma l'eiaculazione precoce è un problema

diffuso ma sommerso, con cui gli uomini e le donne sono spesso costretti a convivere senza cercare l'aiuto del medico.

Negli ultimi anni il problema dell'eiaculazione precoce è stato al centro della ricerca nell'ambito della medicina sessuale, sia per gli aspetti clinici - coesistenza di patologie urologiche - sia per i problemi legati alla riproduzione. Questo ha portato a un significativo miglioramento delle conoscenze relative a tale disordine.

«Grazie alla ricerca - spiega Mirone - oggi c'è una maggiore comprensione della fisiopatologia, una più certa nozione di prevalenza dell'eiaculazione precoce e del disagio sessuale, una definizione, criteri diagnostici precisi e, non meno importante, la disponibilità di nuove terapie specifiche e più puntuali modalità di valutazione della loro efficacia».

«Fino a oggi - aggiunge l'esperto - la terapia far-

Grazie alla ricerca oggi c'è una maggiore comprensione della fisiopatologia, criteri diagnostici precisi, terapie mirate, nonché un farmaco specifico da assumere 1-2 ore prima del rapporto sessuale e caratterizzato dalla rapidità di azione. La sessuologa: «La chiave è la conoscenza di se stessi»



Eiaculazione precoce: un problema diffuso ma purtroppo sommerso. Egoismo o imbarazzo?

macologica prevedeva trattamenti topici, come ad esempio spray o creme anestetizzanti, per ridurre la sensibilità del pene, e la prescrizione di farmaci solitamente sviluppati e approvati per altre condizioni mediche, come ad esempio il dolore o addirittura la depressione».

«Recentemente - dice ancora Mirone - è stato approvato a livello europeo il primo farmaco appositamente studiato e sviluppato per il trattamento dell'eiaculazione precoce».

«Tale farmaco - caratterizzato soprattutto dalla rapidità d'azione - è veramente ideale per una terapia al bisogno. Numerosi studi clinici hanno dimostrato che questo nuovo farmaco, che viene assunto almeno 1-2 ore prima del rapporto sessuale, è efficace nell'allungare i tempi di eiaculazione, determinando anche un incremento della capacità di controllo del riflesso eiaculatorio e della soddisfazione per la qualità della propria vita sessuale, risultando al contempo molto ben tollerato dai pazienti».

E ora vediamo un po' più da vicino l'eiaculazione precoce. E cominciamo col dire che essa può essere sia primaria, cioè presente fin dal primo rapporto sessuale, sia secondaria, cioè può esordire ad un certo momento della vita dopo aver sperimentato in precedenza eiaculazioni normali.

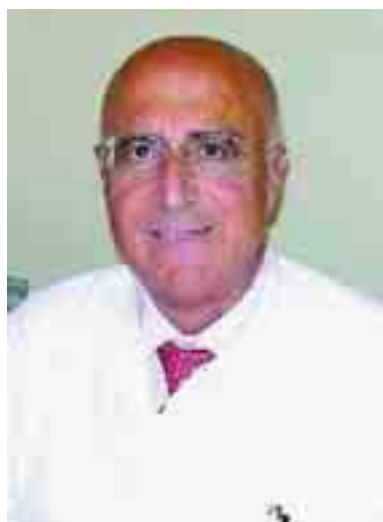
Diversi studi clinici hanno messo in evidenza come l'eiaculazione precoce primaria sia associata a una ridotta concentrazione di serotonina, un neurotrasmettitore coinvolto nel controllo dell'eiaculazione.

L'importante componente organica alla base della patologia rende, quindi, l'eiaculazione precoce un problema trattabile attraverso una specifica terapia farmacologica. L'eiaculazione precoce secondaria, invece, è la conseguenza di altre condizioni patologiche quali, ad esempio, le alterazioni della funzione tiroidea e le malattie infiammatorie della prostata (prostatiti).

FECONDAZIONE ASSISTITA

Sterilità e infertilità di coppia diagnostica multidisciplinare

Il Centro di Medicina della Riproduzione e Infertilità (Cri) opera a Catania in via Fondo Cosentino 6, nella infertilità di coppia e nelle tecniche di procreazione medicalmente assistita (Pma), dal 1996. E' nato, inizialmente, grazie ad una collaborazione organica con il gruppo del dr. S. Fishel di Nottingham, internazionalmente riconosciuto come uno dei padri fondatori del Pma. Gli specialisti del gruppo di Nottingham, trasferirono ed applicarono a Catania le loro conoscenze d'avanguardia, nelle tecniche di fecondazione in vitro, ottenendo ottimi risultati, per le gravidanze ottenute. Negli anni, il Cri ha subito una evoluzione scientifico-professionale, grazie alla convergenze plurispecialistiche, di competenze specifiche ed altamente qualificate, nella fertilità e sterilità di coppia: ginecologo, embriologo, biologo, endocrinologo, andrologo, psicologo. L'embriologo dr. Bertocci, ha una alta conoscenza laboratoristica delle tecniche più moderne di Pma, il biologo dott. Castiglione, specialista in patologia clinica e dottore di ricerca in scienze andrologiche e della riproduzione, ha una vasta esperienza del laboratorio andrologico. Si è formato così un team multidisciplinare di medicina della Riproduzione dove collaborano professionalità con un obiettivo comune: diagnosticare e curare l'infertilità di coppia, con terapia appropriate e specifiche. Il Cri è diretto dal dott. C. Torrisi (mob. 368.987579), ginecologo, specializzato in Riproduzione a Parigi, nel gruppo di Frydman, con una esperienza quindicennale, nella direzione di centri pubblici e privati, sempre con risultati eccellenti, in termine di gravidanze ottenute e di bambini nati. Il



IL PROF. D'AGATA

Centro esegue tutte le più moderne tecniche di Pma: Fivet, Icsi, congelamento di oociti. Nel centro il prof. D'Agata svolge, con grande competenza professionale, accumulata in oltre trenta anni di attività clinica e di ricerca in ambito universitario, una consulenza di endocrinologia, andrologia, sessuologia e infertilità. Il prof. D'Agata (mob. 360.690533), già ordinario di endocrinologia e nel passato direttore della Unità di Endocrinologia ed Andrologia dell'Università, è stato uno dei fondatori della Andrologia in Italia e ha creato a Catania, nella Facoltà di Medicina, la scuola andrologica catanese. Ha fondato il centro Pma del Garibaldi, di cui è stato il direttore scientifico. Si è formato per lunghi anni in centri di eccellenza internazionali, americani ed europei. L'approccio diagnostico alle malattie endocrine vie-

ne praticato secondo le più recenti acquisizioni scientifiche nel settore. L'approccio alle patologie andrologiche si avvale di un aggiornamento scientifico continuo e secondo le linee guida nazionali ed internazionali, e delle sue profonde conoscenze e i contributi personali, qualificati e innovativi, che hanno fatto sviluppare questa nuova branca nel Paese. Anche i disturbi della erezione (disfunzione erettile ma non impotenza) si avvalgono oggi di mezzi diagnostici precisi e di terapie efficaci. Le conoscenze accumulate dal prof. D'Agata, in lunghi anni di ricerca scientifica in questi settori, permettono un approccio alla sterilità di coppia, progressivo e non invasivo, con terapie mirate mediche inizialmente, dopo l'individuazione della causa, e quindi progressivamente di inseminazione in alcuni casi e di tecniche di fecondazione assistita in altri. Con queste ultime, e con il prelievo contemporaneo di spermatozoi, dall'epididimo o dal testicolo, è oggi possibile dare la gioia della paternità, a pazienti fino ad oggi considerati sterili, per l'assenza di spermatozoi nell'eiaculato (azoospermia) Con una visione olistica e non empirica, della sterilità di coppia. Guardare all'uomo e alla donna per individuare la causa della infertilità e dopo definire la terapia più opportuna: basata sull'evidenza clinica e sulla diagnosi del singolo caso. Al prof. D'Agata possono rivolgersi anche pazienti oncologici prima di essere sottoposti a trattamenti chemio- radioterapici, per crio-preservare il loro seme e anche quelli che volessero conservarlo, per patologie andrologiche gravi e irreversibili, ai fini di una fertilità futura.

L. G.

FON.CA.NE.SA. ONLUS

FONDAZIONE CATANESE PER LO STUDIO E LA CURA DELLE MALATTIE NEOPLASTICHE DEL SANGUE
(Fare Mitoide ricomincia con l'ATC del 7 agosto 1990)

Non tutti hanno il dono della salute... AIUTACI AD AIUTARE !

Sostieni insieme a noi la ricerca sulle malattie neoplastiche del sangue a supporto dell'Istituto di ematologia dell'Ospedale Ferrarotto, dell'Unità di Trapianto di Midollo Osseo dello stesso Ospedale e dell'Unità di Ematologia del nuovo Garibaldi ed a mantenere le case di accoglienza "Casa Santella" realizzate per i pazienti trattati in Day Hospital ed anche per i familiari dei degenti provenienti da diversi reparti degli ospedali di Catania. Ad oggi le case hanno registrato oltre 30.000 presenze provenienti dalle province siciliane e dall'estero ed in prospettiva del trasferimento dell'Unità di Ematologia dell'Osp. Ferrarotto la Fon.Ca.Ne.Sa. ha nei suoi progetti futuri la realizzazione di una nuova Casa di Accoglienza all'interno dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico - Vittorio Emanuele" garantendo come sempre un livello massimo di assistenza per l'ammalato ed i suoi cari.

Dai il tuo aiuto concreto e spontaneo per tale nobile scopo versando il tuo contributo alla

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

Banco di Sicilia Unicredit Group
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

DESTINA IL CINQUE PER MILLE: P. IVA 02299950879

RECAPITI FON.CA.NE.SA. onlus: Sede legale: 95129 Catania - Viale Africa, 14/16
Presidente: 348.0339446 - Segreteria: 347.3333262 - Tel./Fax 095 4183779

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

Sito internet: www.foncanesa.it E-mail: presidentefoncanesa@virgilio.it seguici su



[DONNE]

Contraccettivo d'emergenza solo quattro italiane su dieci riescono a usare il farmaco

La sessuologa: «Fondamentale il ruolo del ginecologo»

JESSICA NICOTRA

La contraccezione d'emergenza è un argomento di costante attualità. Il termine "emergenza" indica la vera natura occasionale della misura che non dovrebbe sostituire quella regolare. Oggi l'accesso a questo metodo è difficile per più di quattro italiane su dieci e, quasi due su dieci, hanno ricevuto una "ramanzina" da parte di chi fornisce il farmaco per evitare gravidanze indesiderate. È quanto emerge da un recente studio condotto su 1.234 italiane sessualmente attive. La ricerca ha indagato sulle esperienze vissute dalle donne nel richiedere la contraccezione d'emergenza: il 57% delle intervistate ha dichiarato di avere ottenuto il farmaco in modo tutto sommato semplice e in tempi brevi e il 41% ha ricevuto consigli. Una su 4 ha ricevuto la prescrizione senza alcuna informazione e ha dichiarato di essersi sentita a disagio e persino giudicata o di aver subito una paternale (18%). «Di fronte a questi dati - sottolinea Nicoletta Orthmann di Onda, osservatorio nazionale sulla salute della donna - appare la necessità di favorire l'accesso a uno strumento di prevenzione che da un lato non esponga le donne a un'eventuale interruzione volontaria di gravidanza e dall'altro abbia il valore aggiunto di farle riflettere e prendere coscienza dei rischi nei quali possono incorrere. E in questo senso appare cruciale il ruolo del ginecologo quale interlocutore di riferimento». Di certo le italiane hanno fame di informazioni: ben il 90% delle interviste

state dice che vuole saperne di più su questo tema. Il 42% desidera essere informato sull'esistenza della contraccezione di emergenza: come funziona, dove e come assumerla quando necessario. E sempre il 42% vorrebbe ricevere una consulenza che aiuti a trovare un metodo di contraccezione continua più adeguato. Il 40% desidera che il medico fornisca consigli su cosa fare nel caso in cui si dimenticasse il contraccettivo e sulle situazioni a rischio di gravidanze indesiderate. Il 30% che le assista dopo l'uso del con-

Uno strumento di profilassi ancora poco accessibile

traccettivo di emergenza per essere rassicurate. Infine il 45% vorrebbe poter ottenere un appuntamento il giorno stesso per un consulto di emergenza. Inoltre, secondo i dati rilevati dall'indagine, tra le donne regna una mancanza di consapevolezza dei rischi ai quali si espongono. A causa di un errore di valutazione, il 43% ha infatti ritenuto di non essere a rischio, così non ha utilizzato la contraccezione d'emergenza. Ma gioca un ruolo importante anche l'incertezza su come ottenere la prescrizione o procurarsi il farmaco (per il 35%). Non solo, c'è anche chi è convinta che il farmaco non sarebbe stato più efficace dopo

due giorni dal rapporto sessuale, e quindi ha abbandonato l'idea. Mentre, nel 27% dei casi ha giocato un ruolo determinante la paura di una futura infertilità o di utilizzare un metodo troppo aggressivo. Esistono poi nella mente delle donne intervistate alcune idee errate. Quasi il 45% ritiene che la contraccezione d'emergenza abbia un effetto abortivo e il 34% non ne conosce esattamente il meccanismo d'azione. Il 15% crede che possa anche causare infertilità, e il 16% che sia stata concepita per le adolescenti al primo rapporto sessuale. «Queste idee non appartengono al passato - sostiene la dottoressa Valeria Randone, psicologa e sessuologa - poiché ancora oggi, soprattutto tra le giovani donne, c'è molta confusione riguardo contraccezione, contraccezione d'emergenza e aborto. Non si confrontano né con il ginecologo né con il sessuologo e molto spesso prendono la pillola del giorno dopo per colmare un senso di colpa dovuto a un rapporto consumato in macchina con un partner poco navigato». A ciò si aggiunge un altro dato importante che emerge con evidenza: pare infatti che dopo l'utilizzo della contraccezione d'emergenza le donne siano diventate più responsabili. Tant'è che ben il 61% delle italiane ha iniziato a prestare maggiore attenzione all'assunzione o all'uso del proprio contraccettivo. Il 22% si è rivolta al proprio medico per approfondire l'argomento e il 18% ha cambiato metodo di contraccezione. Solo il 26% delle donne ha ritenuto di essere caduta in un caso isolato e quindi non ha ripensato



al proprio comportamento contraccettivo di base. La contraccezione di emergenza sembra dunque un'occasione di educazione alla salute sessuale quando viene prescritta con una adeguata informazione. Nonostante il poco utilizzo della contraccettivo d'emergenza, il 72% delle donne ritiene che questo metodo sia un vero passo in avanti per l'universo femminile. Quasi sette donne su dieci (il 69%), credono sia una scelta responsabile per evitare una gravidanza indesiderata e che debba essere considerata come un normale contraccettivo da usare dopo il rapporto sessuale non adeguatamente protetto (il 33%). L'81% è convinto che non ci si debba vergognare di utilizzarla e non debba essere considerato come un argomento tabù. Mentre il 53% delle donne pensa sia la dimostrazione di una mancanza di responsabilità nel modo in cui si gestiscono i propri sistemi contraccettivi.

LA RICERCA

LA DEPRESSIONE DANNEGGIA IL FETO PIÙ DEGLI ANTIDEPRESSIVI
Salute mentale della donna e salute del bambino. Sono tanti gli studi condotti per scoprire quali e quanti possano essere gli effetti di una malattia che dalla madre possa coinvolgere il figlio. Uno studio della Northwestern University pubblicato dall'American Journal of Psychiatry afferma che i comuni antidepressivi, se presi in gravidanza, non influiscono sulla crescita del bambino, o almeno sarebbe così nel primo anno di vita. Secondo l'analisi studio della Northwestern University sarebbe invece la depressione durante la gestazione a creare maggiori danni, determinando addirittura più nascite pre-termine. L'analisi ha preso in esame circa 200 donne divise in tre gruppi: il primo gruppo è stato formato con donne depresse che prendevano i farmaci; un secondo con donne non depresse e l'ultimo con donne depresse ma non trattate farmacologicamente. Ad un anno dalla nascita, i figli delle mamme trattate hanno mostrato peso, lunghezza e circonferenza della testa pari a quelli delle donne non depresse. «Anche le donne non trattate con farmaci - spiegano gli autori della ricerca - hanno avuto risultati simili. La depressione ha invece un impatto negativo sulla salute della mamma e del bambino» sottolineano gli studiosi. «Le donne che interrompono la terapia durante la gravidanza hanno infatti un alto rischio di ricadute, e la patologia è legata a nascita pretermine».

RICERCA ONDA: IN AUMENTO LE PATOLOGIE DI GENERE

ANGELO TORRISI

Le donne si sa sono maggioranza nel Paese: 30 milioni, contro i 28 milioni di uomini. Ma stanno peggio in salute. Una donna su quattro ha rinunciato a prendersi cura di sé a causa delle problematiche economiche correlate alla crisi, destinando i risparmi alle esigenze familiari (in particolare ai figli). A risentirne è il generale aumento dell'incidenza di tutte le maggiori patologie di genere - dai tumori, ai disturbi psichici, alle malattie cardiovascolari - dovuto non soltanto all'innalzamento delle vite media ma anche alla bassa adesione alle grandi campagne di sensibilizzazione. Una situazione non solo italiana: un quinto delle donne europee sviluppa un tumore prima dei 75 anni, ma di questi un terzo potrebbe essere evitato con una buona prevenzione e la riduzione dei fattori di rischio. Destano attenzione anche i disturbi psichici, in particolare la depressione con un'incidenza annua intorno al 7% (27-30 milioni di casi di cui 2/3 fra le donne) nella popolazione con età inferiore ai 65 anni, le malattie cardiache (infarto e angina pectoris) e cerebrovascolari (ictus), divenute entrambe due fra i principali problemi di sanità pubblica tra le donne per il peggioramento della qualità della vita, esasperata anche dalle difficoltà economiche. Ed è proprio in tale ultimo contesto che - come sottolineato in occasione della presentazione di un volume ("La salute della donna. Analisi e strategie di intervento" curato dall'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna) - che va intrapresa e portata a compimento un'azione informativa e di orientamento dedicata sia alla popolazione femminile sia alle istituzioni, al fine ultimo di promuovere la salute di genere, tutelare l'adeguatezza dei percorsi di prevenzione e cura, contenendo la spesa sanitaria. Anche se l'aspettativa di vita alla nascita è aumentata - afferma Massimo Scaramozzi, presidente di Farindustria - ciò non significa che c'è stato un pari

«Programmi di prevenzione e screening per tutelare la popolazione femminile»

miglioramento della qualità di vita. Un fenomeno che in tempi di crisi diventa ancora più difficile da contrastare. Aumentano i disturbi del comportamento e le malattie psichiatriche in ambo i sessi ma è proprio la donna che spesso rappresenta l'anello debole del sistema. Per il prof. Walter Ricciardi, ordinario di Igiene e Medicina Preventiva dell'Università Cattolica del Sacro Cuore - appare evidente la necessità d'investire in programmi di prevenzione primaria e di screening e a vantaggio di un più ampio spettro di popolazione. Per quanto concerne la patologia mammaria, per esempio, gli ultimi dati disponibili attestano che nel 2009 a livello nazionale la proporzione della popolazione target (50-69 anni) che viveva in un'area in cui era

attivo un programma di screening mammografico era pari al 93,0%, mentre l'estensione effettiva, ovvero la proporzione della popolazione target realmente oggetto dell'invito, si aggirava attorno al 70,7%. Più confortanti i dati sull'ospedalizzazione per disturbi psichici che attestano, nel periodo 2000-2009, in entrambi i generi una generale tendenza alla diminuzione dei ricoveri su tutto il territorio grazie al miglioramento delle conoscenze epidemiologiche sui bisogni di salute mentale nella popolazione, all'efficacia degli interventi e al potenziamento dell'integrazione dei servizi sanitari e sociali presenti sul territorio ma con un disturbo in continua crescita. Non mancano infine casi di sovra trattamenti; infatti fra le donne italiane vi è

la tendenza a effettuare un numero maggiore di esami in gravidanza (soprattutto ecografie) confrontato con quanto raccomandato dal protocollo nazionale che prevede un massimo di 3 ecografie in caso di gravidanze fisiologiche. Invece nel 2005, il 49,6% delle donne ha eseguito da 4 a 6 esami ecografici ed il 28,9 per cento un numero di sette. Per Claudio Mencacci, presidente della società italiana di Psichiatria (Sip) la patologia psichica, se non adeguatamente trattata, produce esiti valutabili in qualità di vita peggiore, in performance funzionale deteriorata, perdita economica ma anche diminuzione significativa dell'aspettativa di vita con una mortalità più precoce sia in caso di patologie come la schizofrenia, ma anche nei disturbi dell'u-

more quali la depressione maggiore e il disturbo bipolare. Questa morte, precoce e evitabile, risulta correlata solo in parte al rischio di suicidio, mentre molto più rilevante è il pericolo indotto da patologie cardiovascolari legate a stili di vita non adeguati, scarso accesso alla diagnosi precoce e a trattamenti adeguati. Non a caso, una ricerca recente ha messo in evidenza che in Europa la patologia depressiva rappresenta la maggiore causa di disabilità tra i disturbi psichici, con una prevalenza annua di circa 7% (parliamo di 27-30 milioni di persone) e con una incidenza in crescita. Di queste persone, buona parte hanno meno di 65 anni, sono in età lavorativa e in circa 2/3 dei casi sono donne. I dati confermano quello che la letteratura internazionale ha già

documentato e cioè: non c'è salute, non c'è lavoro, non c'è futuro senza salute mentale. La gravidanza, la prevenzione oncologica, la valutazione di rischi di mortalità, hanno importanza rilevante nell'allocare le risorse finanziarie del paese alla soluzione dei problemi che con maggiore peso determinano la qualità di vita della donna. «La tutela e gli investimenti sulla salute della donna e sulla cura del suo corpo - dichiara Emanuela Baio, componente della commissione Igiene e Sanità del Senato - sono i tasselli fondamentali per la costruzione dell'uguaglianza di genere, ma anche per un significativo miglioramento delle condizioni di salute sia della donna che delle future generazioni. A livello medico e farmacologico è sempre più chiara la prospettiva di genere e, quindi, si riesce a soddisfare meglio i bisogni di salute delle donne e, indirettamente, anche quella degli uomini. Questo grazie ad un passo avanti nel superare un difetto di impostazione che, difficilmente, coniugava bene il confronto tra le necessità di salute dell'uomo e quelle della donna».

GLI ONCOLOGI: UNA SVOLTA NELL'APPROCCIO TERAPEUTICO

Nuovo test genomico per la cura del tumore al seno

Un nuovo test disponibile anche in Italia, può modificare la scelta dell'aggiunta della chemioterapia in un quarto circa delle pazienti con tumore mammario in fase precoce. Negli Usa è stato eseguito su oltre 5 mila donne riducendo del 45%, l'utilizzo della chemioterapia. I protagonisti sono 21 geni del tumore mammario, la loro interazione e funzionalità: insieme compongono un test diagnostico che individua il profilo molecolare del tumore. Innovativo e predittivo, l'esame attuabile su un piccolo campione di tessuto tumorale prelevato durante l'intervento chirurgico originale (asportazione del nodulo, mastectomia, biopsia mammaria) o a distanza

senza alcuna ulteriore indagine diagnostica o chirurgica, permette di identificare con assoluta certezza i tumori a bassa probabilità di recidive e di trattarli con la sola terapia ormonale, evitando la chemioterapia (quando inutile) e i correlati effetti collaterali. Rapidi i tempi di esecuzione del test: 7-10 giorni al massimo, per ottenere informazioni sulla probabilità di recidiva o di metastatizzazione, attraverso un indice di rischio, di un tumore mammario entro 10 anni dalla diagnosi iniziale. Rispetto ad altri test genomici simili, ecco il valore aggiunto: la validazione su tumori ormonodipendenti in assenza di metastasi ai linfonodi ascellari, quindi proprio quelli ai quali il

test è mirato e che pongono le maggiori problematiche in termini di decisione terapeutica (circa il 60% di tutti i tumori mammari). Forte l'evidenza scientifica dell'analisi, confermata da diversi studi condotti negli Stati Uniti e dalle diverse migliaia di pazienti su cui è stata attuata. Dunque il test rappresenta una rivoluzione sia per l'oncologo, che può avere una garanzia e sicurezza in più sull'adeguatezza della scelta terapeutica, sia per la paziente che può ricevere una cura veramente "su misura". Il test è raccomandato dalle linee guida come complemento dei criteri decisionali tradizionali. "Il tumore del seno costituisce il 30% di tutte le neoplasie femminili -

spiega Paolo Pronzato, direttore della divisione di Oncologia medica dell'Istituto San Martino di Genova - rappresentando la neoplasia più frequentemente diagnosticata tra le donne sia nella fascia d'età 0-49 anni (41%) sia nella classe d'età 50-69 anni (35%), sia in quella più anziana di oltre 70 anni (21%) e per la quale si osservano 40 mila nuovi casi ogni anno, dunque 152 donne ogni 100 mila. Questo indica la probabilità che 1 donna su 10 possa esserne colpita nell'arco della vita. Ma pur con questi numeri ancora così elevati, l'aspetto positivo è che sono in costante aumento i casi di tumori diagnosticati in fase iniziale, grazie agli strumenti di diagnosi precoce.

[CHIRURGIA]



Interventi nelle ernie post-operatorie

Laparocele: al Policlinico una innovativa tecnica di riparazione attraverso l'impiego di reti e in anestesia locale

FRANCESCO ZAIORO

Non ha eguali in Italia l'innovativa tecnica messa a punto al Policlinico di Catania dal prof. Angelo Donati, ordinario di Chirurgia generale, e dalla sua allieva prof. ssa Giovanna Brancato, associato di Chirurgia generale, per la riparazione del laparocele attraverso l'impiego di reti e in anestesia locale.

Il laparocele è una frequente complicanza della chirurgia addominale che si manifesta con la comparsa di un'ernia. L'incisione della parete addominale determina infatti una ferita nei tessuti, che notoriamente richiede un processo di riparazione avviato dalla sutura chirurgica.

Processo che tuttavia nell'addome può essere ostacolato da alcuni fattori: un'infezione, l'insufficienza cardio-respiratoria nel post-operatorio, condizioni debilitanti del paziente dovute anche a compresenza di altre patologie o a all'età avanzata, intolleranza ai materiali di sutura o inadeguatezza di questi. Quando la riparazione è particolarmente difficile e dà luogo a difetti rilevanti, si crea una cicatrice indebolita, che con tempistiche diverse (a volte dopo settimane, qualche volta dopo mesi o anni) può aprirsi e determinare la formazione di ernie post-chirurgiche, note in termine tecnico come laparocele.

Si tratta di una problematica assai rilevante, sia per il chirurgo sia per il paziente, che generalmente la considera come un difetto della chirurgia, ovvero la riconduce all'imperizia del chirurgo, che non avrebbe «saputo cucire». Ma la realtà è diversa da quello che il paziente tenderebbe a ritenere. L'incidenza dei laparoceli è piuttosto consistente e si attesta tra l'1 e l'8% di tutte le laparotomie, raggiungendo il 2-15% se la ferita chirurgica si infetta. All'inizio il laparocele è asintomatico e si manifesta come una bozza, che a volte non dà disturbi se non estetici. Ma le condizioni possono peggiorare e determinare, fra le gravi conseguenze, i cosiddetti «disastri parietali», ovvero lo «scompaginamento» dell'addome.

La malattia ha infatti un decorso progressivo, al punto tale da determinare nel tempo, la distruzione della parete e la migrazione dei visceri nel sottocute, con dolori addominali e crisi occlusive.

«In fase iniziale nei laparoceli la sintomatologia è facilmente sopportabile – spiega il prof. Donati – e il paziente rileva un modesto gonfiore in sede di cicatrice chirurgica. Questo lieve disturbo spinge a volte il paziente ad attendere sconsigliandogli un ulteriore secondo intervento. Condotta deleteria, perché così la cicatrice si apre sempre di più, la tumefazione diviene sempre più grande, arrivando a contenere gran parte dei visceri addominali, con possibili crisi occlusive intestinali».

La riparazione «tradizionale» ha due alternative. L'opzione di sempre, quella chirurgica aperta utilizza la stessa cicatrice come via



d'accesso: viene isolato il sacco peritoneale e la porta del laparocele e si riduce il sacco peritoneale ed il suo contenuto nella cavità addominale.

L'intervento si completa con il posizionamento di una protesi il cui scopo è quello di rinforzare la sede ove si è verificato il cedimento parietale. Di più recente introduzione è l'altra opzione, che utilizza la tecnica chirurgica mininvasiva laparoscopica, con il posizionamento di una protesi. Ma la riparazione diretta (ossia senza reti) è stata sempre gravata da una notevole percentuale di insuccessi, per cui il laparocele poteva recidivare una o più volte.

Sino a qualche decennio addietro si preferiva quindi, per vari motivi, consigliare l'astensione dalla chirurgia e il ricorso all'uso di fasce o busti, che non solo non risolvevano il problema, ma addirittura potevano peggiorarlo.

Oggi le tecniche di riparazione chirurgica sono numerose e si avvalgono dell'impiego delle reti che hanno modernamente determinato notevoli progressi in questo campo della chirurgia. Le tecniche di riparazione con le reti (mesh) possono essere realizzate mediante chirurgia open o laparoscopica.

Entrambe richiedono l'anestesia generale ed espongono il paziente ad un rischio operatorio grave, rapportabile spesso a condizioni generali non ottimali: pazienti anziani con insufficienza cardio-respiratoria, diabetici etc.

Sulla scorta dell'esperienza maturata negli anni in tema di chirurgia ripartiva della parete addominale, il prof. Angelo Donati e la prof. ssa Giovanna Brancato hanno messo a punto una nuova tecnica che, a differenza di quelle attualmente in uso, permette di posizionare una rete robusta in polipropilene al di fuori

del peritoneo e in anestesia locale.

L'intervento può essere eseguito in day surgery o in day service con immediata riabilitazione funzionale del paziente, che subito dopo l'intervento può alimentarsi e deambulare liberamente nel reparto.

«Il paziente non subisce una narcosi, l'intervento è assolutamente indolore, e al termine l'immediata riabilitazione funzionale permette la deambulazione immediata, la sospensione della terapia infusioneale e l'assunzione del pasto a distanza di poche ore, nonché la dimissione lo stesso giorno o il mattino seguente. Dimettiamo il giorno dopo solo i pazienti che hanno comorbidità, tutti gli altri li dimettiamo dopo poche ore» aggiunge la professoressa Brancato.

Condizione indispensabile per questo tipo di intervento è che il laparocele non sia molto grande (ossia con una porta erniaria non superiore a 10 cm) e che sia riducibile (cioè che i visceri possano essere riposti in cavità spontaneamente o manualmente).

Tutte queste condizioni si realizzano in ogni caso, purché il laparocele sia aggredito in fase precoce e non tardivamente dopo averlo trascurato per anni. «Non bisogna trascurare i laparoceli e rinviare l'intervento, perché all'inizio sono tutti operabili con questa moderna tecnica.

Ma occorre un cambiamento di mentalità, sia da parte dei medici, sia da parte del chirurgo», aggiunge Donati.

Tale tecnica «made in Catania», assolutamente originale e pubblicata su riviste nazionali ed internazionali, è l'unica in Italia e nel mondo solo pochi centri la praticano (esistono circa 300 casi di laparoceli operati in anestesia locale e pubblicati in tutta la letteratura mondiale). L'équipe dei professori Donati e Brancato con tale tecnica ha finora operato oltre 150 pazienti.

Questa innovativa attività chirurgica è espletata dall'Unità operativa complessa di Chirurgia Generale Week Hospital dell'Azienda Policlinico-Vittorio Emanuele, nel presidio Gaspare Rodolico di Via Santa Sofia a Catania (tel. 095/3782918, 095/3782240, 095/3782238).

BOOM DEL RITOCO PER LUI

Uomini maniaci della bellezza ricorrono a bisturi e cosmesi

È ormai un vero e proprio boom. Dal nuovo al vecchio continente sempre più uomini maniaci della bellezza ricorrono sia al bisturi sia alla cosmesi per correggere imperfezioni e inestetismi del proprio corpo. L'utilizzo di prodotti cosmetici da parte di uomini ha visto un incremento del giro d'affari che nell'ultimo anno si aggira intorno a 33 miliardi. A ciò si affiancano i dati che sono stati recentemente diffusi dall'«International Society of Aesthetic plastic surgery» (Isaps), e che dimostrano come la chirurgia estetica al maschile rappresenta ormai circa il 30% del totale.

Una tendenza riportata dai media internazionali secondo cui sono soprattutto gli uomini inglesi e tedeschi a essere più attenti all'estetica. Dalle rughe sul viso alle maniglie dell'amore passando per blefaroplastica e liposuzione, lo stereotipo dell'uomo che si disinteressa del proprio aspetto è ormai superato e in televisione, come al cinema, abbondano esempi di attori e cantanti che non disdegnano il bisturi per apparire più giovani o, semplicemente, per sentirsi meglio con sé stessi.

Dato ancora più significativo se si pensa che la crisi economica attanaglia il settore, ma evidentemente la vanità maschile è dura a morire.

Nonostante la crisi, anche in Italia sono sempre più i maschi che ricorrono alla chirurgia estetica. Non importa se hanno 20 o 60 anni, il ricorso al bisturi per gli uomini è in progressiva ascesa. Addominoplastica e blefaroplastica sono tra gli interventi per i maschi, anche se la rinoplastica si conferma al primo posto.



È BOOM DEL RITOCO AL MASCHILE

Ci sarà un sorpasso sulle donne? Magari non nell'immediato - sostengono gli esperti - pur non escludendolo in un prossimo futuro. Certo è che i maschi sono diventati una componente fondamentale del mercato.

Un settore, quello dell'estetica, che contribuisce a chiarire la situazione di un mercato che non conosce la recessione e che spesso viene etichettato come «superficiale» ma che in realtà nasconde problematiche più complesse e che meriterebbero un

approccio meno semplicistico e che vanta eccellenze cliniche italiane. Conferme che arrivano dall'Inghilterra: se infatti l'autorevolissimo blog d'informazione Huffington Post UK ci rivela che «Secondo Transform, il principale servizio di chirurgia estetica in Inghilterra, nel 2012 il numero di uomini britannici che sono andati sotto i ferri per ridurre il seno è aumentato del 28% rispetto all'anno precedente», anche negli Usa la ginecomastia è stato l'intervento più richiesto nell'ultimo anno con un aumento del 5% delle operazioni realizzate tra la popolazione maschile.

La popolarissima Bild invece parla di vera e propria «mania maschile per l'estetica di collo e naso». Secondo la testata teutonica, che cita i dati della Società Tedesca dei Chirurghi Estetici, «un intervento su tre di correzione del collo e uno su cinque di rimodellamento del naso è effettuato su un paziente di sesso maschile. Sui 500.000 interventi estetici realizzati in un anno in Germania un terzo riguarda gli uomini e tra i più richiesti dal sesso forte ci sono il trapianto dei capelli, l'eliminazione del doppio mento, la liposuzione alla pancia, la blefaroplastica e la rimozione delle zampe di gallina dagli occhi.

Orazio Vecchio

Impresa di Costruzioni
VENDE
in COMPLESSO RESIDENZIALE
via Guardia della Carvana ang. Corso delle Provincie

al Centro di Catania
in prossimità della metropolitana

Locali di varia metratura adatti anche ad ambulatori medici dotati di sottostante locale deposito finestrato

- confortevoli appartamenti di vani 3/4/5/6
- bottega di mq. 1.700 servita da parcheggio privato
- garages
- deposito mq 2800

MUTUI DECENNALI
Tasso Euribor +1,50%

Tel. 095 373154 - Fax 095 7222043 - Cell. 333.9167253 - 338 6985774
e-mail: guardiadellacarvana@alice.it.

Ufficio vendite riceve sul luogo per visionare i locali dal lunedì al venerdì 9/13 - 15/17 e il sabato 9/13



[CENTRO PEDIATRICO CARDIOLOGICO]

Cardiopatie congenite e acquisite dei bambini L'eccellenza è in Sicilia

Il prof. Pongiglione: «In linea con i centri più avanzati d'Europa»

LUCY GULLOTTA

Il centro Cardiologico Pediatrico Mediterraneo, al primo piano dell'ospedale "San Vincenzo" di Taormina, è il centro di III livello della rete cardiologica pediatrica della Regione siciliana, realizzato nel rispetto dei requisiti strutturali ed organizzativi di eccellenza secondo standard internazionali.

Nato nel novembre del 2010 in virtù di una convenzione tra la Regione Siciliana e l'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, il Ccpm si prende cura del trattamento medico e chirurgico delle cardiopatie congenite e acquisite dei bambini e degli adolescenti siciliani ed è altresì diventato punto di riferimento di bambini cardiopatici provenienti da altre regioni del Meridione. Ogni anno in Sicilia nascono circa 450 bambini con malformazioni cardiache, 150 dei quali ha bisogno di un trattamento invasivo per curare la patologia. Grazie alla presenza del Ccpm sono notevolmente diminuiti i "viaggi della speranza" che le famiglie siciliane erano prima costrette a compiere per assicurare il più adeguato trattamento ai loro sfortunati figliuoli.

Al Ccpm lavorano oltre trenta medici siciliani specialisti in Cardiologia Pediatrica, Cardiocirurgia Pediatrica, Anestesia e Rianimazione Pediatrica, guidati dal direttore del centro, il prof. Giacomo Pongiglione e dai tre primari: il dott. Paolo Guccione per la Cardiologia, il dott. Fiore S. Iorio per la Cardiocirurgia e il dott. Enrico Iannace per il reparto di Terapia Intensiva e Anestesia. Malgrado le difficoltà organizzati-

ve iniziali, si è sempre riusciti ad erogare prestazioni di altissima qualità grazie anche al lavoro della coordinatrice infermieristica dott. ssa Cinzia Pirti, ed al coordinamento amministrativo del direttore del progetto dott. Giampaolo Grippa e del dirigente sanitario dott. Jacopo Ceradini. «Siamo pienamente soddisfatti dei risultati raggiunti sia in termini quantitativi, sia in termini qualitativi, che sono in linea con i centri più avanzati d'Europa» spiega con orgoglio il direttore prof. Pongiglione. «Nei primi due anni di attività abbiamo raggiunto i risultati concordati

Oltre trenta i medici siciliani specialisti che lavorano al Ccpm

ti con la Regione e anzi siamo andati oltre i numeri previsti, riuscendo a realizzare di più di quello per il quale ci eravamo impegnati». Parola d'ordine del Ccpm è l'accoglienza amichevole del piccolo paziente e dei suoi familiari. Tre in particolare le unità operative di cui dispone il Ccpm: l'unità di Anestesia e Terapia Intensiva Cardiocirurgica, guidata dal dott. Iannace, dotata di 12 posti letto di cui 2 per eventuale isolamento. L'unità si prende cura dei pazienti critici con cardiopatia congenita tra i quali ci sono pazienti in fase pre, intra e post chirurgica, pazienti sottoposti a procedure che richiedono anestesia generale (emodinamica diagnostica o interventi-

stica) e pazienti sottoposti a risonanza magnetica nucleare, e poi ancora neonati con patologia cardiologica grave, durante l'intero iter diagnostico e terapeutico, pazienti cardiopatici sottoposti ad intervento per patologie non cardiache, pazienti con scompenso cardiaco acuto, o fase acuta di scompenso cronico, pazienti in attesa di trapianto, e/o nel postoperatorio. Oltre il 40% dei ricoveri avviene in regime di emergenza/urgenza e l'assistenza è assicurata 24 ore su 24 grazie alla presenza di due anestesisti rianimatori.

L'Unità Operativa di Cardiocirurgia, guidata dal dott. Guccione, svolge un'intensa attività diagnostica e terapeutica per i bambini affetti da cardiopatie, prima e dopo la nascita. L'attività diagnostico-terapeutica si svolge, il più delle volte, senza necessità di ricovero riservando l'ospedalizzazione dei bambini esclusivamente alla necessità di eseguire procedure diagnostico-terapeutiche invasive, non altrimenti effettuabili. La scheda nella stessa pagina riporta le procedure eseguibili negli ambulatori del Ccpm e le modalità di accesso. Per le procedure urgenti è possibile ottenere in tempi brevissimi la prestazione necessaria rivolgendosi al numero 06/68593525. Accanto all'esecuzione di procedure di elevata qualità che richiedono il supporto della più moder-



na tecnologia, alcune di queste non eseguite prima d'ora in Sicilia, particolare importanza è stata attribuita all'accoglienza delle famiglie con l'obiettivo di sedare l'ansia e l'angoscia dei genitori fornendo la prestazione di più elevata qualità nel più breve tempo possibile. Quando è necessario il ricovero, il bambino e uno dei genitori è accolto in un luminoso reparto di cardiologia con 12 posti letto di degenza, in cui i bambini vengono accolti con amore da parte di tutto il personale che garantisce un'assistenza completa, sia riguardo gli aspetti medici sia riguardo il rapporto con i genitori. Fiore all'occhiello del Ccpm è l'innovativa procedura ibrida per la cura dei bambini affetti da ipoplasia del cuore sinistro. Introdotta al centro Cardiologico Pediatrico Mediterraneo di Taormina nella modernissima sala Ibrida da poco più di un anno, ha già ottenuto il 100% di successo. Tutti i pazienti ope-

rati finora al Ccpm con tale metodologia innovativa, che prevede il lavoro congiunto del cardiologo e del cardiocirurgo in sala operatoria, hanno superato senza problemi l'intervento, consentendo di ridurre drasticamente il rischio di mortalità legato alla patologia. In un solo anno, il centro ha effettuato ben 15 casi, un vero e proprio record, tutti andati a buon fine. L'innovativo approccio, chiamato ibrido proprio perché è un misto tra il lavoro cardiologico e quello cardocirurgico, prevede un'azione più delicata e meno rischiosa per i pazienti rispetto a quella chirurgica con la quale, in precedenza, si trattava la malattia. Caratteristica del Ccpm è la perfetta integrazione tra le strutture interne che consente di operare in armonia, a tutto vantaggio dei piccoli pazienti, anche in virtù della dislocazione dei reparti, disposti sullo stesso piano e uno collegato all'altro. Oltre all'attività specifica all'interno

dell'ospedale taorminese, i medici svolgono anche attività "on site", vale a dire interventi di supporto presso altre strutture ospedaliere siciliane, come è già capitato in particolare a Enna, Catania, Messina, Palermo, Ragusa e Patti. Il Ccpm è altresì impegnato nelle attività umanitarie. Da pochi giorni cinque bambini cambogiani sono ospiti del Centro, per interventi al cuore, grazie alla collaborazione dell'assessorato regionale alla Salute guidato da Lucia Borsellino. I bambini, accompagnati dalle mamme, provengono da Takeo, sede di uno dei centri internazionali del Bambino Gesù. I cinque piccoli, di età compresa tra i 4 e gli 8 anni, sono stati prima visitati e quindi sottoposti a procedure cardiocirurgiche o di emodinamica terapeutica. Adesso stanno tutti bene, alcuni sono ancora sotto osservazione nel reparto di degenza del Ccpm ma presto verranno dimessi e potranno così tornare ai loro affetti e alla propria vita in Cambogia.

NEL 2012 L'ESAME È STATO ESEGUITO SU 82 PICCOLI PAZIENTI

Il Centro Cardiologico Pediatrico del Mediterraneo, oltre a trattare i casi più gravi con le innovative procedure nella moderna sala Ibrida e nella sala operatoria, offre anche la possibilità di effettuare visite altamente specialistiche negli ambulatori al pian terreno dell'ospedale San Vincenzo, per quei bambini con sospette cardiopatie o che semplicemente svolgono attività fisica tale da richiedere controlli specifici al cuore.

Negli ambulatori è inoltre possibile effettuare uno degli esami più richiesti dai ginecologi e dagli ostetrici per le proprie gestanti, vale a dire l'ecocardiografale, che consente di stabilire, ancor prima della nascita, se il feto ha problemi al cuore, e dunque di intervenire tempestivamente al momento del parto.

Questo tipo di attività rappresenta, in effetti, quella con maggiore incidenza rispetto al lavoro che viene svolto al Ccpm. Soltanto nell'anno 2012 sono stati ben 82 i piccoli pazienti potenzialmente cardiopatici e quindi a rischio, nei quali le diagnosi sono state fatte nell'utero materno appunto, al Ccpm, con l'ausilio dell'ecocardiografale. Un dato questo, decisamente in crescita rispetto al passato.

«Grazie ai mezzi all'avanguardia utilizzati – spiega il primario di cardiologia del Ccpm di Taormina dott. Paolo Guccione - siamo in grado di stabilire, prima ancora della nascita del bambino, se e come intervenire nel caso venga riscontrata una patologia nel piccolo e il grado di tale malformazione, se sia più o meno grave. Per alcune disfunzioni riscontrate è stato dimostrato che la diagnosi prenatale ha consentito di migliorare i risultati del trattamento eseguito subito dopo la nascita, poiché già si conosceva la presenza ed il tipo di malattia. Una volta compiuta la diagnosi – continua il dott. Guccione - insieme ai genitori stabiliamo un percorso che porti, nei casi più

Ecocardiografale: un esame importante per i bambini potenzialmente a rischio

gravi, al parto nella stessa struttura ospedaliera, grazie alla perfetta collaborazione con il reparto di Ostetricia, in maniera da poter intervenire sul neonato già immediatamente dopo la nascita; nei casi meno gravi, in cui è possibile aspettare qualche giorno prima di effettuare una procedura al Ccpm, le mamme possono partorire in altra struttura e venire nel nostro centro solo successivamente».

La diagnosi prenatale offre quindi una serie di benefici: il primo è quello di conoscere in anticipo se un bambino è veramente affetto da car-

diopatie congenite; il secondo è il vantaggio di un trasferimento in utero del bambino nel caso di patologie gravi, in maniera da non sottoporre il piccolo, dopo la nascita, a spostamenti da una struttura ospedaliera al Ccpm, con conseguenti enormi rischi per la sua vita; il terzo è la possibilità di intervenire con tempestività alla nascita del bambino essendo mamma e figlio nella stessa struttura ospedaliera; un quarto aspetto riguarda l'enorme risparmio di tempo e di denaro che la diagnosi prenatale consente, poiché comunque un trasporto del neonato successivo al

parto, oltre ai rischi ai quali questo è esposto, comporterebbe certamente spese importanti per il servizio sanitario e per gli stessi genitori. Ma come accorgersi se la mamma deve rivolgersi al Centro per far effettuare dal cardiologo specialista un'ecocardiografia al feto? «Il primo screening – chiarisce il cardiologo specialista del Ccpm Placido Gitto - viene effettuato dall'ostetrico o dal ginecologo i quali, nel caso ci siano sospetti, stabilisce di sottoporre la paziente gestante ad un'ecocardiografale per fugare ogni dubbio o accertare la malattia e il livello di im-

portanza di questa. Quindi il nostro lavoro viene svolto in perfetta collaborazione con il medico ostetrico che effettua una prima diagnosi o comunque prescrive l'esame prenatale».

Poi ci sono tutta un'altra serie di casi in cui è possibile rivolgersi al Centro per una visita cardiologica: tra questi quello in cui si vuole conoscere il limite dell'organismo dei bambini oppure, ad esempio, per capire se dietro un soffio al cuore, come viene comunemente chiamato, ci siano patologie serie o se si tratta invece di un disturbo fisiologico e senza importanza. A tutto ciò si unisce un altro vanto del Ccpm, la nuovissima Rmn (risonanza magnetica nucleare) pediatrica eseguita grazie agli strumenti all'avanguardia di cui dispone il Centro. La Rmn è un esame che viene svolto in genere su pazienti affetti da cardiopatie congenite per una valutazione iniziale della malattia e durante le fasi di follow-up postoperatorio. Ma l'esame è importante altresì per la diagnosi delle cardiomiopatie ipertrofiche, dilatative e miocardite e per la diagnosi delle anomalie delle grandi arterie. Se il paziente non presenta particolari problemi l'esame viene eseguito ogni due anni, su indicazione del medico cardiologo che segue il paziente. Per prenotare una visita al Ccpm ci si può rivolgere al numero verde dell'ospedale: 848 24 24 48.



Nella foto i medici del Ccpm durante un intervento con l'ausilio dei macchinari all'avanguardia nella moderna sala ibrida. Per alcune disfunzioni è stato dimostrato che la diagnosi prenatale, grazie all'uso dell'ecocardiografale, ha consentito di migliorare i risultati del trattamento eseguito subito dopo la nascita, poiché già a conoscenza del tipo di malattia



I numeri dell'attività del Centro cardiologico pediatrico Mediterraneo nel corso del 2012

la qualità del servizio medico e di accoglienza offerto dagli specialisti: 149 interventi di cardiocirurgia a "cuore aperto", ossia con l'uso della circolazione extracorporea; 29 interventi ibridi, di cui 19 interventi a mortalità zero per cuore sinistro ipoplasico; 3.000 pazienti curati; 595 ricoveri; 85 interventi di cardiocirurgia; 435 interventi in sala di emodinamica; 17 interventi on site nelle strutture ospedaliere di Catania, Enna, Palermo, Messina, Ragusa e Patti. Il Ccpm rispetta sia in termini quantitativi che qualitativi i criteri di eccellenza di Baby Heart e anche quelli della American Society Cardioracic Surgery.

L. G.

[BAMBINI]



Lo smog, il fumo passivo una cattiva alimentazione piccoli allergici crescono

Un elenco di misure preventive per le future mamme

Piante e fiori rinascono, il polline si diffonde nell'aria: è la primavera. Per molte persone, però, la stagione mite coincide con la comparsa delle allergie: starnuti, occhi arrossati, naso gocciolante, prurito, lacrimazione degli occhi, tosse continua sono i primi sintomi di una patologia che può condurre, in alcuni casi, a problemi respiratori più gravi, fino alla comparsa di asma.

«Le allergie - dice Daniele Ghiglioni pediatra allergologo all'ospedale Fatebenefratelli di Milano - sono malattie multifattoriali, cioè determinate da una combinazione di cause ereditarie e ambientali. Questi fattori agiscono sul nostro sistema immunitario modificandolo, cioè inducendolo a rispondere in modo anomalo a sostanze generalmente innocue, come per esempio i pollini». Questo fenomeno è in costante aumento, soprattutto nei più piccoli: in Italia, circa il 20% dei bambini ha problemi di allergia, mentre negli anni '90 ne soffriva solo il 7%. Tra le cause principali di questa impennata, gli stili e le condizioni di vita tipicamente «occidentali»: inquinamento, fumo, cattiva alimentazione. «L'inquinamento ambientale, il mutamento della composizione familiare - afferma Salvatore Barberi, Pediatra Pneumo-allergologo Ospedale San Paolo Milano - hanno dimostrato di influire sull'aumento dell'allergia nelle nostre popolazioni. Sicuramente la predisposizione genetica svolge un ruolo importante nella predisposizione allergica, ma non tale da giustificare da sola un incremento così repentino delle malattie allergiche nei paesi

occidentali».

«Le allergie sono malattie croniche che richiedono cure regolari e continue. - aggiunge Giuseppe Di Mauro, oresidente della Società italiana di Pediatria Preventiva e Sociale - l'alta percentuale di soggetti affetti da tali patologie nel nostro paese, così come in tutti i paesi occidentali, pone seri problemi di sanità pubblica che possono e devono essere controllati attraverso l'attuazione di misure di prevenzione da adottare fin dalle prime fasi di vita».

Come riconoscere i sintomi e individuare la cura giusta

E proprio rivolgendosi alle future mamme, i pediatri della SIPPS hanno stilato un elenco di semplici misure preventive da seguire fin dai primi giorni della gravidanza e nei primi mesi di vita del neonato: smettere di fumare; contenere se possibile l'esposizione all'inquinamento ambientale; utilizzare solo se prescritti alcuni farmaci, quali antiacidi, paracetamolo, antibiotici; evitare le situazioni di stress; evitare di esporre i neonati al fumo passivo; favorire l'allattamento al seno per almeno sei mesi.

Molti studi hanno dimostrato che, in particolare, il fumo è uno dei principali responsabili dell'insorgenza di allergopatie e, in presenza di allergie

già conclamate, è in grado di favorire la progressione. Alcune sostanze contenute nel fumo di sigaretta, infatti, stimolano la produzione di importanti molecole irritanti. Inoltre, vi sono numerosi dati che indicano come la prevalenza delle allergopatie risulti essere maggiore nei figli di madri fumatrici; è stato anche osservato che l'asma bronchiale esordisce più precocemente e con una sintomatologia più grave nei bambini che vivono con adulti fumatori.

Spesso nei bambini è difficile riconoscere le allergie, perché i sintomi iniziali possono sembrare quelli di una semplice influenza o di un raffreddore. Se il genitore sospetta un caso di allergia nel proprio bambino, il primo passo è quello di rivolgersi al pediatra di fiducia, che lo indirizzerà, quando necessario, in un centro specializzato di allergologia pediatrica. Normalmente, dopo una prima fase di raccolta di informazioni e del quadro dei sintomi, il pediatra allergologo effettuerà alcuni test per verificare la sensibilizzazione a sostanze potenzialmente allergeniche, sia sulla cute (prick test), sia nel sangue (Immunoglobuline E o IgE, anticorpi elevati in caso di reazioni allergiche). Una volta accertata la presenza di allergia, vanno messe in atto diverse misure di «prevenzione secondaria», cioè azioni che prevengono i sintomi che si sviluppano al contatto con gli allergeni.

Per le allergie provocate dagli acari, particolarmente importanti risultano essere gli interventi di prevenzione ambientale. Quindi, in presenza di un



bambino allergico: evitare esposizione al fumo di sigaretta, sia attivo sia passivo; ridurre le concentrazioni di acari della polvere, quindi ridurre e lavare frequentemente gli arredi che costituiscono un habitat favorevole per l'acaro, come moquette, divani, poltrone, tendaggi pesanti; nei soggetti sensibilizzati favorire ventilazione e ricambio dell'aria negli ambienti domestici; ricorrere a materiali speciali per il rivestimento dei cuscini e dei

materassi; lavare ad alte temperature, considerando che gli acari resistono al di sotto dei 60 gradi.

In base al quadro clinico, per tenere sotto controllo le allergie è possibile ricorrere anche ad aiuti farmacologici di vario tipo, come antistaminici, cortisonici, cromoni e altro. Un presidio che si è rivelato, in molti casi, fondamentale per ridurre, ma anche per prevenire le manifestazioni allergiche è il cosiddetto «vaccino», che più cor-

rettamente viene definito immunoterapia specifica. Il vaccino consiste nella somministrazione dell'allergene responsabile dei disturbi allergici, secondo la prescrizione dello specialista. E ha dimostrato efficacia soprattutto a lungo termine: per esempio in bambini con rinite allergica ha ridotto notevolmente la comparsa dell'asma in età più avanzata, rispetto a quanto è accaduto in bambini non vaccinati.

L. G.

REUMATOLOGIA PEDIATRICA: INTERVISTA ALLA DOTTRESSA PATRIZIA BARONE, RESPONSABILE DEL CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE

Artrite idiopatica giovanile, svolta nella cura i farmaci biotecnologici stoppano la malattia

GIOVANNA GENOVESE

Oggi un bambino su mille soffre di artrite idiopatica giovanile (Aig). Nella forma a insorgenza precoce colpisce in prevalenza le femmine (80 su 100), mentre nelle forme associate ad entesopatia prende più di mira i maschietti. Il dolore e la limitazione dei movimenti rendono difficile la qualità di vita di questi bambini durante la fase acuta e le ripetute infiammazioni articolari possono danneggiare irrimediabilmente le articolazioni determinando una invalidità futura. E qui entra in gioco il ruolo, fondamentale, della ricerca. La migliore comprensione dei meccanismi patogenetici alla base delle malattie autoimmuni e l'utilizzo dei nuovi farmaci biotecnologici, ha fatto sì che la reumatologia pediatrica sia diventata oggi una delle branche della Pediatria con maggiori innovazioni dal punto di vista sia terapeutico sia prognostico.

«La gestione delle malattie reumatiche - spiega la dottoressa Patrizia Barone responsabile del Centro di riferimento regionale per la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare reumatologiche del bambino al Policlinico di Catania (direttore prof. Mario La Rosa) - ha subito negli ultimi anni una profonda rivoluzione. Le tecniche di biologia molecolare hanno permesso non solo di meglio studiare e comprendere i meccanismi patogenetici alla base delle malattie autoimmuni, ma anche di costruire farmaci capaci di inibire selettivamente singole molecole o popolazioni cellulari coinvolte nella infiammazione».

«Vede, fino a pochi anni fa i farmaci in uso nella artrite reumatoide dell'adulto, venivano impiegati nel bambino senza

la concreta possibilità di effettuare studi controllati sulla loro efficacia e sicurezza. Poi è nato il «Printo Paediatric Rheumatology International Trials Organisation» (oggi comprende 43 paesi) per dare vita a una larga rete internazionale al fine di raccogliere i dati per valutare efficacia e sicurezza dei farmaci nel bambino e per standardizzare un corretto protocollo diagnostico e terapeutico uguale per tutti i centri in modo che il bambino reumatico possa usufruire dello stesse opportunità di cura in ogni parte del mondo. Oggi finalmente non siamo più costretti ad assistere impotenti alle severe distruzioni articolari del passato e grazie ai nuovi farmaci biotecnologici finalmente i malati, piccoli e

grandi, possono riprendere una vita normale dopo un'esistenza da emarginati.

Cosa sono e come agiscono questi nuovi farmaci nei bambini?

«Sono molecole prodotte in laboratorio con metodiche di ingegneria molecolare (da qui il nome biotecnologici) in grado di combinarsi e quindi di inattivare l'azione delle sostanze infiammatorie messe in circolo durante la malattia. Si somministrano per via iniettiva, sono ben tollerati e rappresentano una cura valida per quei bambini che non riescono a trarre sufficienti benefici dalle terapie iniziali. Oltre a fermare la malattia riducono la necessità di usare altri farmaci che limitano il loro sviluppo».

Quanti bambini avete in cura?

«Allora, il Centro che ha una esperienza ventennale nella diagnosi e nel trattamento delle malattie reumatiche infantili, dal 1998 è anche centro Antares per lo studio dei piccoli affetti da artrite reumatoide con farmaci biologici e la prescrizione di tali farmaci innovativi. Oggi abbiamo in cura circa 130 bambini con Aig per un totale di 75 trattamenti con farmaci biologici di cui 26 in corso».

In sintesi, cos'è l'artrite idiopatica giovanile?

«E' una malattia ad eziologia sconosciuta, di natura autoimmune, in cui, per una alterazione dei meccanismi di controllo dell'infiammazione e dei mecca-

nismi di tolleranza, gli anticorpi normalmente prodotti dal nostro organismo contro le infezioni attaccano le proprie cellule e tessuti. Nella sua patogenesi entrano tre componenti distinte ma con forti reciproche interazioni: predisposizione genetica, fattori ambientali e disregolazione immunitaria.

È attualmente la più frequente malattia reumatica infantile e una delle più comuni malattie croniche del bambino: si calcola infatti una incidenza annua di circa 2-20 casi ogni 100.000 abitanti e una prevalenza di 16- 150 casi su 100.000».

Come si manifesta?

La Aig è caratterizzata da una artrite cronica dovuta a un'infiammazione della membrana sinoviale delle articolazioni, con conseguente gonfiore, dolore e rigidità degli arti. Tale processo infiammatorio, può persistere per mesi o persino anni, determinando danni ai tessuti, alla cartilagine, all'osso stesso. Eppoi c'è da dire che l'aig non è una singola malattia, ma comprende diverse forme con un differente quadro clinico e una differente prognosi.

Vogliamo vederle più da vicino?

Troppo complesso. Per sintetizzare le dirò che numerosi negli anni sono stati i tentativi di classificazione tutti volti a definire gruppi di soggetti con caratteristiche omogenee. La più recente è quella del 2001 della «International League Against Rheumatism (Ilgar), che prevede 7 forme distinte in base ai sintomi presenti nei primi sei mesi di malattia: artrite oligoarticolare, artrite poliarticolare, fattore reumatoide negativo, artrite poliarticolare, fattore reumatoide positivo, artrite sistemica o Morbo di Still, artrite psoriasica, artrite correlata all'entesite».



Piccoli malati di artrite idiopatica giovanile ricoverati nel Centro di riferimento regionale per la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie rare reumatologiche del bambino del Policlinico di Catania

LA SICILIA

www.lasicilia.it

Direttore responsabile
Mario Ciano Sanfilippo

Editrice
Domenico Sanfilippo Editore SpA



In redazione
Giovanna Genovese

Hanno collaborato:
Carmelo Barcella, Pierangela Cannone, Michele Farinaccio, Lucy Gullotta, Jessica Nicotra, Egidio Recupero, Vittorio Romano, Angelo Torrisi, Paolo Tralongo, Orazio Vecchio, Francesco Zaioro

Pubblicità
Publikompass Spa
Agenzia di Catania
Corso Sicilia 37/43
95131 Catania
Centralino 0957306311
diretto 0957306335
Cell. 336699395



Vi auguriamo una Serena Pasqua



Casa di Cura
Musumeci Gecas

■ Via S. Paolo, 68
Via dell'Autonomia, 57
Gravina di Catania (Ct)
Tel. 095-7504611



rem
radioterapia

■ Via Salvatore Paola, 18
95125 Catania
Tel. 095-447828



Istituto Oncologico
del Mediterraneo

■ Via Penninazzo, 7
Viagrande (Ct)
Tel. 095-7895000



Villa Lisa
Residenza Sanitaria Assistenziale

■ Via Pilata, 8
Misterbianco (Ct)
Tel. 095-464949



FONDAZIONE
IOM
Istituto Oncologico
del Mediterraneo

■ Via Penninazzo, 7
Viagrande (Ct)
Tel. 095-7895000



IOM Ricerca

■ Via Penninazzo, 11
Viagrande (Ct)
Tel. 095-7924711



Residenza Sanitaria ARKA

■ Largo Enrico Millo, 6
Catania
Tel. 095-223793