

ORE12 SANITÀ ITALIA

**Confermi Industria Sanità,
una ricetta internazionale**

**Operatori socio sanitari,
Aimon in campo per la categoria**

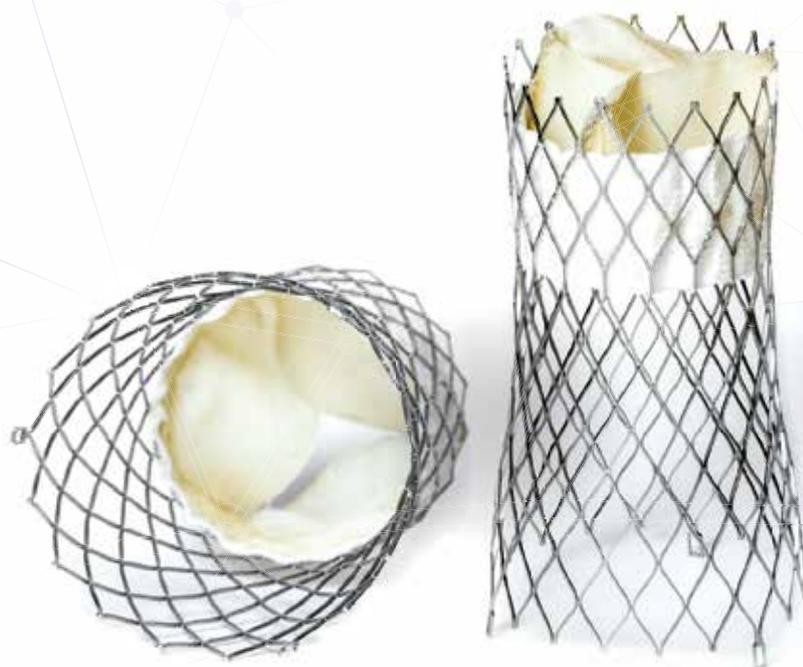
**Sclerosi multipla,
un Paese modello**

**Per scoliosi e dorso curvo
ora non mancano le soluzioni**

**PROGETTO VITA
IL FUTURO E' ORA**



VIOLATECH
BIOMEDICAL SOLUTIONS



TricValve - Transcatheter Bicaval Valves

È un sistema costituito da due valvole biologiche per il trattamento dei pazienti con insufficienza tricuspидale emodinamicamente rilevante e reflusso cavale. È specialmente indicato per l'utilizzo in pazienti a rischio molto elevato o che non sono in grado di subire un intervento di chirurgia.

**L'esclusivo sistema per il trattamento
del rigurgito tricuspидale costituito da valvole cavali.**



P&F PRODUCTS & FEATURES
GmbH

CONTATTACI



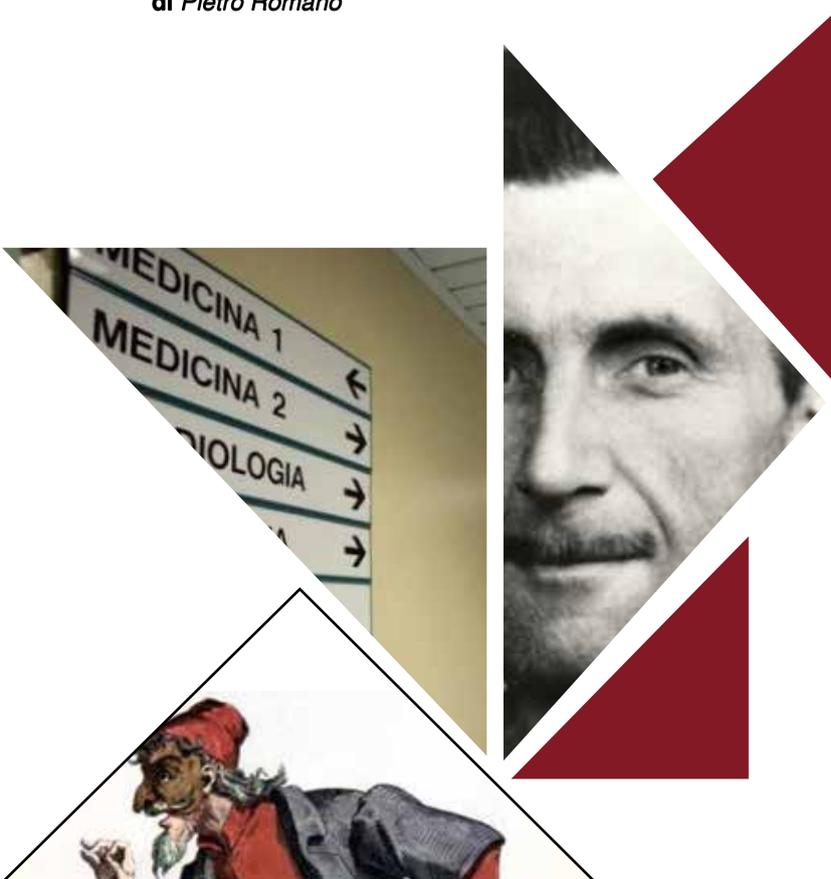
VIOLATECH

Violatech S.r.l. · Via Kenia, 74 · 00144 Roma
Tel. +39 065922087 · Fax +39 0659290468 · info@violatech.it
www.violatech.it

Hic et nunc

Il diktat è orwelliano. E Pantalone paga due volte

di *Pietro Romano*



della pandemia. Colpa, si è ripetuto, di una stagione ormai lunga (oltre dieci anni) di tagli alla sanità necessari a tappare i buchi della finanza pubblica. Senonché i tagli nel pubblico hanno gioco forza costretto a esborsi privati. Risultato? Oggi in Italia le spese sanitarie sostenute direttamente dai privati ammontano a quasi il 25 per cento della spesa sanitaria complessiva contro una media europea del 16 per cento.

Di fronte a questi numeri hai voglia di continuare a intonare la messa cantata del servizio sanitario nazionale migliore (o quasi) al mondo. O non è così o gli italiani sono impazziti e amano buttare i soldi dalla finestra.

In tale contesto, però, è nato un altro epiteto – quello di consumista sanitario – per marchiare i cittadini che decidono di ricorrere alla sanità integrativa. L'ennesima colpevolizzazione di una categoria che, con il suo comportamento, sbugiarderebbe il mito – politico – della sanità pubblica, amministrata direttamente o indirettamente dalla longa manus degli amministratori locali. In quanto tale, la migliore in assoluto. Una colpevolizzazione che rischia di penalizzare addirittura quanti, ricorrendo alla sanità privata magari con l'ausilio dei fondi di sanità integrativa nell'ambito della libera contrattazione lavorativa, comunque alleviano la sanità pubblica, oggi e/o nel futuro, in caso di interventi preventivi.

Quale sottile e perfida strategia potrebbe essere attuata? La sanità integrativa gode di detrazioni fiscali e oneri deducibili che nel 2020 avrebbero comportato un mancato gettito per l'erario pari a circa 650 milioni di euro. Secondo indiscrezioni, le vie della penalizzazione sarebbero due, che potrebbero essere imboccate insieme o in alternativa. La prima vedrebbe l'innalzamento delle prestazioni integrative a quelle garantite dal Servizio sanitario nazionale dall'attuale 20 per cento minimo a una quota consistentemente più alta. La seconda comporterebbe una riduzione delle aliquote delle detrazioni fiscali. L'alternativa? Aspettare le prestazioni tempi biblici. O rinunciare del tutto alle cure, magari perché ritenute superflue dalla burocrazia imperante. In puro stile orwelliano e in ossequio al Servizio sanitario nazionale migliore del mondo.

L'emergenza Covid ha messo a nudo i problemi del nostro Servizio sanitario nazionale. Sarà sempre tra i migliori al mondo, anche per mancanza di parametri certi di confronto, ma ha dimostrato di non essere più in grado di garantire prestazioni adeguate agli italiani.

Non entriamo nel merito della risposta all'emergenza, perché le emergenze rappresentano sempre una incognita, ma le risposte alla "norma" sono state praticamente azzerate per due anni. E gli strascichi sono destinati a durare per lungo tempo. Alla faccia dei malati "normali", anche di quelli che hanno patito e patiscono malattie gravi.

Un problema non solo italiano, questo, del blocco sanitario alle patologie ordinarie ma che nel nostro Paese era già insorto, sotto altra forma. Le lunghissime liste di attesa per le varie prestazioni sanitarie, lo ricordiamo tutti, erano diventate strutturali da ben prima

ORE12 SANITÀ

Mensile di informazione Tecnico Scientifica

www.ore12web.it

Direttore Responsabile

Katrin Bove
katrin.Bove@ore12italia.it

Direttore Editoriale

Pietro Romano
direttore@ore12italia.it

Direttore Comitato Scientifico

Roberto Chiappa

Redazione

redazione@ore12italia.it

Graphic designer & photo editor

Fabrizio Orazi

Hanno collaborato a questo numero

Annachiara Albanese è laureata in scienze della comunicazione

Giulia Alfieri è giornalista

Gioietta Ciuffa è giornalista

Caterina Del Principe è lo pseudonimo di una giornalista

Massimo Pulin è presidente di Confimi industria sanità

Danilo Quinto è giornalista

Riccardo Romani è lo pseudonimo di un giornalista

Flavia Scicchitano è giornalista

Lidia Tamburrino è giornalista

Stampa

Tipografia Brandi snc
Via Orti della Farnesina, 9/A
00135 Roma

Privacy

Art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679
Informativa sulla privacy disponibile nella sezione [privacy-protezione-dei-dati] su www.ore12italia.eu - privacy@ore12italia.it

Abbonamenti e Arretrati

Copia singola: 10,00 euro
Abbonamento annuo: 60,00 Euro

Warning

Tutti i diritti di proprietà letteraria e artistica, salvo diversa indicazione, sono riservati. Manoscritti o/o foto anche se non pubblicati, non si restituiscono. Garantendo un accurato lavoro del nostro centro documentazione, con regolare acquisizione delle relative licenze, l'editore si dichiara comunque disponibile a valutare segnalazioni, rimuove materiale, liquidare spettanze nei confronti di aventi diritto non raggiunti o impossibili da rintracciare



Publicato in Italia e nel mondo da
RICOMUNICARE SRL
Piazza Mazzini, 27 - 00195 Roma
Registrazione al tribunale di Roma n.183 del 22/11/2018.
Iscrizione ROC n. 26995

ORE12ITALIA/ORE12GROUP © 2016/2019 RICOMUNICARE SRL.
All rights reserved

1	HIC ET NUNC
5	LA LETTERA
7	DEMOGRAFIA
11	USA-RUSSIA
13	RIABILITAZIONE ORTOPEDICA
17	INFERMIERI
19	AIMON
22	SCLEROSI MULTIPLA
25	PIEDE DIABETICO
SOM	



PNEUMOLOGIA E COVID-19



PUBERTÀ PRECOCE

33

TATUAGGI

37

**ASSISTENZA
DOMICILIARE**

39

OMS



**PANCREATITE,
LA SI PUÒ
PREVENIRE.**

47

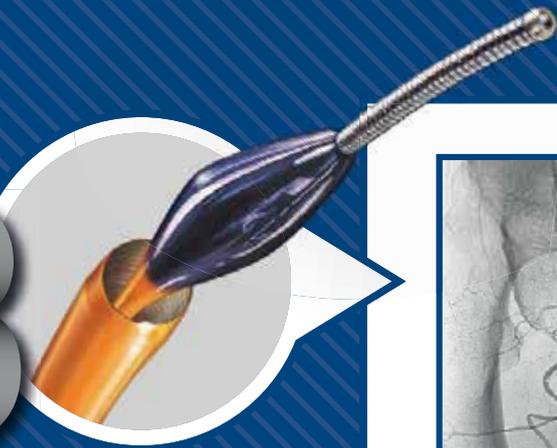
**GLI OCCHI
DELL'AMORE**

MARIO

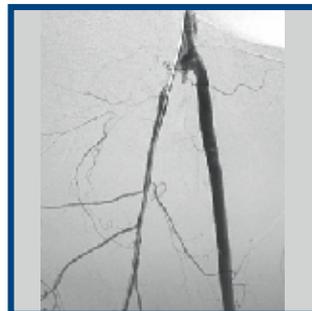
Indigo System

The Indigo System is intended for the removal of fresh, soft emboli and thrombi from vessels of the peripheral arterial and venous systems using continuous aspiration.

CAT
8



Arterial and venous clot in larger vessels where power aspiration is desired



Aspiration of Thrombus from Occluded Fem-Pop Graft

Dr. Corey Teigen, Sanford Health, ND, USA

CAT
6



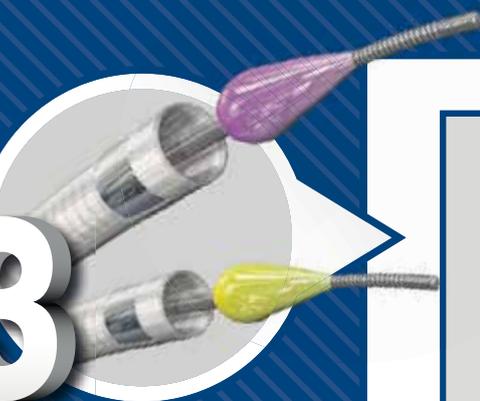
Arterial clot in larger arteries including SFA, popliteal and viscerals



Aspiration of Thrombus from Popliteal Artery

Dr. Frank Arko, Atrium Health, NC, USA

CAT
5
& 3



Smaller, distal reach for upper and lower arterial extremities cases



Aspiration of Thrombus from Anterior Tibial

Dr. Florian Wolf, Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, Vienna, Austria

• NUMERO 1 •



Tanti i temi che trattiamo nel primo numero di ORE 12 SANITA' del 2022. Ne abbiamo scelto uno che fa premio su tutti. È quello della denatalità, con un servizio dedicato alla Casa di Cura Santa Famiglia di Roma e al primo nato del nuovo anno. È un tema di grande attualità: nel 2020 i nati sono stati 404.892 (-15.000 rispetto al 2019). Secondo i dati provvisori di gennaio-settembre 2021, le minori nascite sono state 12.500, quasi il doppio dello stesso periodo del 2020. Il numero medio di figli per donna è sceso nel 2020 a 1,24 per il complesso delle residenti, da 1,44 negli anni 2008-2010. Il numero medio di figli delle donne di cittadinanza italiana nel 2020 è stato pari a 1,17. Si tratta del numero più basso di sempre. Per invertire la rotta di questa crisi delle nascite, che sembra irreversibile e che ha conseguenze gravissime sul futuro del Paese – pensiamo a quanto incide l'invecchiamento della popolazione sul sistema sanitario – sono necessari interventi legislativi urgentissimi che promuovano e favoriscano la natalità.

In questo numero ci occupiamo di altri temi importanti: dall'ortopedia ad alcuni aspetti del sistema sanitario in Russia, dalla situazione degli infermieri e degli OSS, intesi come categorie da tutelare all'attività domiciliare di radiologia. E poi, le interviste: al prof. Claudio Gasperini, Direttore UOC Neurologia e Neurofisiopatologia del San Camillo Forlanini di Roma, sulla "sclerosi multipla"; al prof. Claudio Micheletto, Direttore del Reparto di Pneumologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, al dr. Andrea Venturin, specialista di Medicina Fisica e Riabilitativa presso l'Azienda Ospedaliera dell'Università di Padova, sul "dorso curvo" nei giovani e negli anziani.

Augurando a Voi lettori tutto il meglio in questo 2022, siamo certi che condividiate con noi l'auspicio che il virus diventi presto un ricordo e che la sanità torni ad occuparsi dei pazienti affetti da altre gravissime patologie, che negli ultimi due anni hanno sofferto per il loro stato di salute.



ARTIVION™

Formerly CryoLife | Jotec

Advancing Aortic Technologies with Purpose™

Our decades of expertise in providing cardiac and vascular surgeons with solutions to treat patients with aortic diseases—coupled with our recent acquisitions and partnerships—have collectively empowered our intentional focus on offering life-changing aortic-centric technologies.

Artivion, CryoLife, and Jotec are trademarks owned by Artivion, Inc. or its subsidiaries. © 2022 Artivion, Inc. All rights reserved. Note: All products and indications are not available/approved in all markets. MLENG1528.000 (2022-01)



Learn more at artivion.com

DEMOGRAFIA

è tempo di agire

di Giosetta Ciuffa



DONATELLA POSSEMATO

Anche quest'anno, la prima nascita in Italia è avvenuta nella casa di cura Santa Famiglia di Roma. Con il suo pianto pieno di vita e poco più di quattro chili, Olivia ha salutato mamma e papà assicurando loro un capodanno indimenticabile e ricevendo sui social il benvenuto da parte del sindaco di Roma, Roberto Gualtieri, e della presidente della Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza, Licia Ronzulli. È la quinta volta consecutiva che l'unica clinica monospecialistica italiana in Ostetricia e Ginecologia si aggiudica la prima nascita dell'anno. Insieme ad Aleksandra e Luca, genitori di Olivia, nel 2021 sono stati molti altri a scegliere la clinica romana di via dei Gracchi per mettere al mondo i propri bambini: la clinica ha infatti registrato il felice record di 2050 bebè. La direttrice della casa di cura Santa Famiglia Donatella Possemato e il responsabile dell'Ostetricia, dottor Luca Cipriano, esprimono soddisfazione per una collaborazione di successo che accresce la reputazione della clinica come centro nascite di eccellenza a Roma: «Questa nascita – spiega Donatella Possemato - rappresenta una doppia vittoria, innanzitutto perché ogni nuovo nato è un inno alla vita ma soprattutto perché entrambi i genitori erano risultati positivi a pochi giorni dal termine della gravidanza e sono riusciti a sconfiggere il Covid in tempo per accogliere al meglio la loro primogenita! Ringrazio di cuore l'equipe medica guidata dal dottor Luca Cipriano e tutti i dipendenti della clinica i quali, con competenza e dedizione, prendono in carico la donna fornendo un'assistenza a 360 gradi e garantendo gli standard qualitativi di eccellenza che - conclude - hanno permesso di sviluppare un modello assistenziale 'casa di cura Santa Famiglia' ad hoc per la donna e per il percorso nascita». Una nascita che ha tenuto tutti con il fiato sospeso proprio a causa della positività di en-



Il dottor Luca Cipriano (a destra per il lettore) con un collega

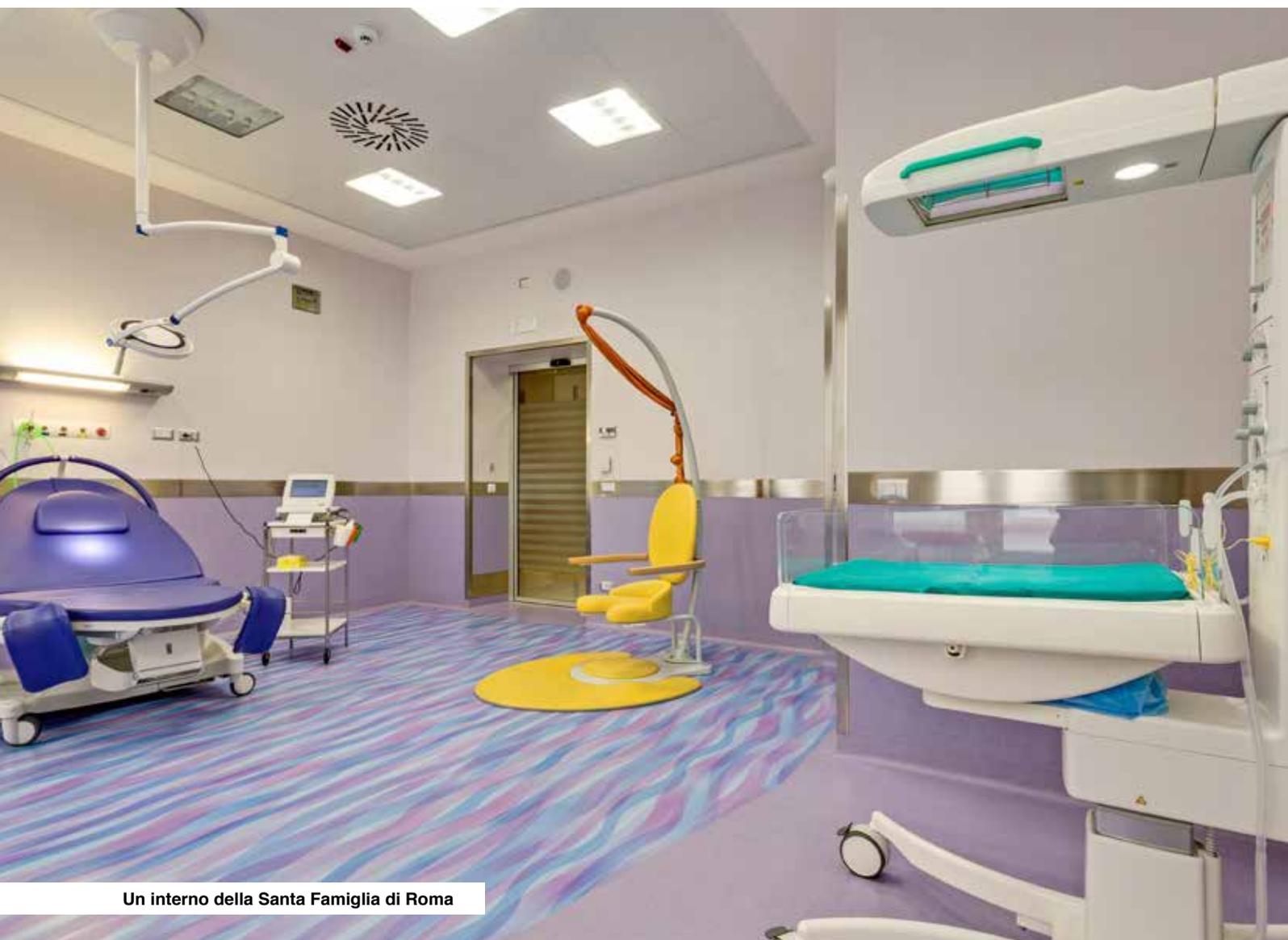
trambi i genitori Luca e Aleksandra (Banach, modella e già Miss Roma 2014), che hanno preferito aspettare di vaccinarsi dopo il parto, rischiando però complicazioni a causa del contagio, che fortunatamente non si sono presentate. Si consiglia o meno la vaccinazione alle donne in gravidanza? Precisa Donatella Possemato: “La storia dei genitori di Olivia è in effetti un’occasione per ribadire l’importanza della vaccinazione e che le donne incinte non hanno nulla da temere. Il Covid-19 oggi rende tutto più complicato nella gestione del parto e del neonato ma proprio grazie ai rigorosi protocolli di sicurezza e ai percorsi anti Covid garantiti nella nostra struttura, nonché l’accesso limitato a un solo familiare, solitamente il papà, munito di super green pass e test antigenico rapido, possiamo assicurare la continuità

assistenziale alle nostre pazienti che qui vivono un momento magico della loro vita, garantendo tutte le cure e le attenzioni sulle quali si fonda il benessere complessivo della mamma, del bambino e della sua famiglia”. E a vedere Olivia appena venuta al mondo, in braccio alla mamma e al papà, in una foto che ha avuto una diffusione davvero molto ampia sulla stampa e sui media online, è palpabile la gioia non solo della coppia ma anche del coordinatore, dottor Luca Cipriano, e di tutta la sua équipe. Conosciuto anche come il ginecologo delle vip, Cipriano specifica che questa definizione non gli si addice: “Sono il ginecologo di tutte, è vero però che la casa di cura Santa Famiglia viene scelta da tanti personaggi famosi appartenenti al mondo dello spettacolo, della politica, dello sport, per far nascere i loro figli. Per

noi, però, le partorienti sono tutte vip! Ogni mamma ha un suo percorso, una storia, un vissuto e noi vogliamo coccolarla, farla sentire al top, accoglierla e prenderci cura di lei nel migliore dei modi, con eccellenza. Penso sia questo il segreto alla base della scelta di molte donne di essere accompagnate da noi e di partorire nella nostra struttura.”

Intanto, Donatella Possemato può vantare anche il record di 2050 bambini nati nel 2021 in Santa Famiglia, un dato in controtendenza rispetto all’inverno demografico che si registra nel nostro Paese: “Siamo felici e orgogliosi di questo risultato a livello nazionale e soprattutto regionale – sottolinea - nel Lazio tra il 2015 e il 2020 c’è stata una caduta generale della natalità, aggravata dalla pandemia, un risultato che ci posiziona subito dopo la Sardegna che ha il triste primato del maggior calo nascite”.

I numeri forniti dal rapporto del Censis sulla denatalità in Italia sono allarmanti: nel 2020 si è registrato un calo di 15mila nascite rispetto all’anno precedente. Nel 2021 trend ancora drammaticamente in diminuzione: tra gennaio e settembre sono nati 12.500 bimbi in meno rispetto al 2020. Tra le province che perdono maggiormente popolazione, tre sono laziali (Rieti, Frosinone e Viterbo) a fronte delle province di Bolzano (+2,6%), Milano (+1,5%) e Parma (+1.5%) dove invece la popolazione cresce. Nel Lazio nel 2020 i neonati sono stati appena 37mila, il 21,4% in meno (a livello nazionale è -16,8%). Una popolazione di 5 milioni e 700mila persone che fa nascere appena 37mila bambini è davvero un fatto macroscopico. Parallelamente, l’Istat non vede un futuro demografico più roseo bensì un calo graduale ma continuativo della popolazione: in venti anni, dal 2020 al 2040, le previsioni stimano



Un interno della Santa Famiglia di Roma



Olivia, la prima nata del 2022

importanti variazioni nel numero delle coppie con figli, che passerebbero dal 32,1% al 23,9% delle famiglie totali. Le coppie senza figli salirebbero invece dal 19,8 del 2020 al 21,6%. Ancora un altro dato «tecnico», questa volta anagrafico: si fanno figli in età sempre più avanzata, quando l'età della coppia è nella curva discendente della fertilità (sopra i 30 anni), quando maggiori sono le difficoltà per procreare.

Spesso il crollo delle nascite è addebitato a fattori economici, all'instabilità del lavoro e così via. Soggettivamente queste saranno ragioni vere, ma sul piano generale la tesi non regge: nascono più bambini nelle periferie del mondo che nei centri città. Il punto dev'essere da qualche altra parte: negli stili di vita; nelle nuove gerarchie di attribuzione d'importanza ai singoli eventi della vita personale; alla percezione della con-

Il modello Santa Famiglia: nella casa di cura romana primo nato del 2022 e record di nascite del 2021

traddizione tra avere un figlio e altre aspettative. Però ci dev'essere dell'altro, di ancora più profondo. "Credo sia fondamentale ripartire da una cultura del sentimento, perché penso – ribadisce Donatella Possemato - che la nascita di un figlio sia il più grande atto di fiducia nella vita". La società odierna però non trasmette altrettanta fiducia. Un'intelligente proposta al Governo, lanciata dalla direttrice della casa di cura nonché presidente dell'associazione Impresa per la Vita, è l'istituzione immediata di un'autorità che attraverso azioni concrete inverta la tendenza in corso e attivi strategie che consentano di uscire dallo stallo demografico: un percorso lungo, poiché si è già superato il punto di non ritorno. Compito di un'istituzione del genere sarebbe inoltre fare formazione e, mediante materie quali psicologia, nutrizione, sessuologia, prevenzione, educare i giovanissimi a divenire adulti consapevoli e a ritrovare fiducia in se stessi, negli altri e nel domani, come ha sottolineato il presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, nel suo discorso di fine anno al Quirinale: "Alle nuove generazioni sento di dover dire: non fermatevi, non scoraggiatevi, prendetevi il vostro futuro perché soltanto così lo donerete alla società".

USA-RUSSIA

modelli a confronto

di Massimo Pulin

confimi industria
SANITÀ
Confederazione dell'Industria Manifatturiera Italiana e dell'Impresa Privata

*Confimi Industria Sanità, verticale di Confimi Industria, nella sua opera concreta di aiutare le imprese a conoscere istituzioni e sistemi sanitari differenti, permette di trovare collaborazioni e nuovi mercati, aumentando gli apprezzamenti che il Biomedicale Italiano ha in tutto il mondo permettendoci di far crescere la nostra economia. In questo articolo, il presidente, Massimo Pulin, sulla base delle sue esperienze, ci propone il confronto tra due sistemi sanitari internazionali e ci presenta un'eccellenza russa, il **Central Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences**.*

I due anni di convivenza con il Covid19 hanno sconvolto il modo di vivere e di confrontarci. In questi due anni abbiamo anche capito che la salute è un bene fondamentale e, a mio avviso, non può essere pensata come mero strumento economico, a meno che non si voglia assoggettare una vita umana a un semplice numero. Per qualcuno forse non costituirà alcuna differenza ma per la maggior parte dei cittadini del mondo la tutela della salute è sinonimo di benessere e di crescita.

Grazie ai miei viaggi, negli Usa e in particolare a Boston al MIT e al Children Hospital, e poi più di recente in Russia, a Mosca, in alcune strutture sociosanitarie e ospedaliere, mi sono fatto un'idea di come siano differenti due importanti sistemi per la cura e il benessere dei propri cittadini. Gli Stati Uniti d'America spendono per la sanità una quantità di denaro molto rilevante sia in termini assoluti (nel 2020, 10.948 dollari pro capite annui rispetto, per esempio, a parità di potere d'acquisto ai 1.599,8 dollari del Costa Rica) sia in termini relativi (il 16,8% del prodotto interno lordo). Eppure, nel Paese emergono i sintomi di una comunità poco coesa: l'1% più ricco della popolazio-

ne ha un'aspettativa di vita fra i 10 e i 15 anni superiore all'1% più povero. Beninteso, questa osservazione non rappresenta una critica al sistema, che comunque esprime a livello mondiale eccellenze in campo medico e biomedico, soprattutto in medicina avanzata, ma costituisce uno stimolo di riflessione per ottimizzare le risorse.

Negli Usa i cittadini per disporre di servizi sanitari di qualità devono dotarsi di una polizza sanitaria che permette loro di accedere a cure altrimenti precluse, benché esistano ospedali totalmente pubblici dove vengono somministrate le cure primarie e sono centri di primo intervento (medicina di base integrata).

In Russia, anche se il divario sociale è forte (il 10% delle persone possiede oltre l'80% della ricchezza), l'assistenza medica è fornita gratuitamente a tutta la popolazione e il suo finanziamento viene dai contributi sociali, attraverso il bilancio dello Stato. La maggior parte dei policlinici e degli ospedali è di proprietà statale. Per utilizzare tutti i servizi della medicina di Stato, oggi è necessario disporre di una polizza sanitaria obbligatoria gratuita. Ogni cittadino può ottenerla presso la clinica più vicina al luogo di resi-



Alexey Nikitin, Professore di medicina e direttore del reparto medico e Inna Velichko, Amministratore delegato del Central clinical hospital dell'Accademia russa delle scienze

denza quasi immediatamente dopo la nascita: le strutture mediche pediatriche e per adulti sono separate, ma tutte sono coperte dalla polizza.

Il primo elemento della salute pubblica russa è il cosiddetto policlinico ("poliklinika" in russo). In queste strutture lavorano medici generici e specialisti (chirurghi, oculisti, neurologi, cardiologi e così via). È necessario scegliere un proprio policlinico di riferimento, un po' nella logica del medico di base o di famiglia italiano. In tali strutture, su indicazione del medico generico, si possono eseguire vari esami, ecografie, elettrocardiogrammi o radiografie, e solo il medico di base lo ritiene opportuno il paziente viene inviato all'ospedale generale.

In Russia l'assistenza medica è fornita gratuitamente a tutta la popolazione e finanziata dal bilancio statale

CENTRAL CLINICAL HOSPITAL OF THE RUSSIAN ACADEMY OF SCIENCES.

L'ospedale russo dell'Accademia delle Scienze è un'organizzazione medica dipartimentale composta da un centro consultivo e diagnostico, un policlinico per la fornitura di cure mediche ambulatoriali e un ospedale da 450 posti letto per la fornitura di cure mediche specializzate e ad alta tecnologia. L'ospedale ha un servizio diagnostico per tutti i pazienti inviati dai policlinici generali per le cure ad alta specializzazione. L'ospedale ha un dipartimento multidisciplinare di Area medica (reparti di neurologia, cardiologia, pneumologia) e un dipartimento di Area chirurgica (reparti di urologia, chirurgia generale, traumatologia ortopedica, oftalmologia, chirurgia endovascolare).

La clinica dispone di moderne apparecchiature diagnostiche e anche di 18 sale operatorie dotate delle più avanzate tecnologie. Acquista apparecchiature diagnostiche dai principali produttori mondiali, che consentono di eseguire diagnosi di altissimo livello. Il Dipartimento si fornisce di apparecchiature mediche delle migliori aziende globali garantendo i più elevati standard di qualità tecnologica. In Russia, l'assistenza medica high-tech viene erogata ai cittadini gratuitamente. La clinica fornisce assistenza medica ai residenti non solo di Mosca e della regione di Mosca, ma anche ai residenti di altri distretti federali del Paese. Essendo un ospedale ad alta specializzazione vengono inviati i pazienti con gravi patologie a cui danno assistenza medica.

GINNASTICA MEDICA E CORSETTO

RIABILITAZIONE ORTOPEDICA

Le soluzioni per la scoliosi
e il dorso curvo

Il prof. Andrea Venturin è specialista di Medicina Fisica e Riabilitativa, Medicina Legale e delle Assicurazioni. È responsabile dell'Unità Operativa Semplice di Riabilitazione Ortopedica presso il Servizio di Riabilitazione Ortopedica Clinica Ortopedica dell'Azienda Ospedaliera – Università di Padova. È componente della Commissione incaricata dalla S.I.M.F.E.R. (Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione) su mandato del Ministero della Sanità a definire le "Linee Guida Nazionali per il Trattamento Riabilitativo del Paziente in Età Evolutiva Affetto da Patologie del Rachide"

Può definire che cosa si intende per scoliosi?

La scoliosi idiopatica è una deformità complessa tridimensionale della colonna vertebrale caratterizzata da una flessione laterale di più di 10° della colonna, da una torsione e rotazione dei corpi vertebrali e da una riduzione delle curve sagittali, quali la cifosi toracica e la lordosi lombare.



Andrea Venturin

Si distinguono forme funzionali - non vere scoliosi - totalmente correggibili e per lo più correlate a eterometria degli arti inferiori, da forme strutturate - vere scoliosi - solo parzialmente correggibili e con presenza di gibbo. Le forme strutturate di scoliosi presentano una etiologia sconosciuta (impronta genetica e una alterata maturazione del SNC), prediligono il sesso femminile con un rapporto di 4 a 1 rispetto ai maschi e hanno una prevalenza del 2-3%. L'età maggiormente interessata è quella dell'adolescenza circa tra i 10 e i 17 anni.

Come viene individuata la scoliosi?

Un attento esame obiettivo durante le routinarie visite pediatriche e sportive, consente di individuare facilmente la presenza di scoliosi e di inviare il soggetto a valutazione specialistica: asimmetria delle spalle e dei triangoli della taglia, presenza di gibbo rappresentano gli indici più importanti da un punto di vista clinico, il sesso femminile e la familiarità gli indici più significativi da un punto di vista anamnestico.

Si può prevenire?

Se da un lato non si può prevenire l'insorgenza della scoliosi, dall'altro se ne può prevenire l'aggravamento. La ginnastica medica da sola nelle forme lievi di scoliosi (tra i 10° e i 20°-25°) e la ginnastica medica associata all'utilizzo di un corsetto nelle forme di media gravità (tra i 20°-25° e i 40°-45°), si è dimostrata efficace nel ridurre la progressione della malattia.

Importante quindi che vi sia un'iniziale precoce individuazione della scoliosi (visite pediatriche e sportive), un'accurata valutazione specialistica (fisiatrica, ortopedica) da parte del medico che si occupa specificamente di patologie vertebrali, che dovrà impostare un programma di trattamento, e un rieducatore (fisioterapista) specializzato nella ginnastica medica, che ponga in atto il programma stabilito; non ultima la figura del tecnico ortopedico specializzato nel confezionamento dei corsetti correttivi per la scoliosi.



Il dorso curvo, invece, che cos'è?

L'ipercifosi toracica o dorso curvo è un aumento della fisiologica curvatura in avanti (cifosi) del rachide a livello dorsale (più di 40°-45°). Anche per questa deformità si distinguono forme funzionali totalmente correggibili e forme strutturate solo parzialmente correggibili e che possono presentare specifiche alterazioni vertebrali con deformità a cuneo anteriore (M. di Scheuermann o dorso curvo giovanile). A differenza della scoliosi, in questo caso le forme funzionali se non adeguatamente corrette possono evolvere in forme strutturate.

Allo stesso modo che per la scoliosi, risulta importante un attento esame obiettivo durante le routinarie visite pediatriche o sportive, che consenta di individuare facilmente la presenza di ipercifosi toracica (misurazione di superficie dell'entità della citasi toracica) e di inviare così il soggetto a valutazione specialistica. La ginnastica medica da sola nelle forme funzionali e la ginnastica medica associata all'utilizzo di un corsetto nelle forme strutturate si è dimostrata efficace nel ridurre la progressione della malattia.

I giovani possono essere colpiti anche da problemi alle vertebre?

Sì. La patologia si chiama spondilolistesi: è lo scivolamento in avanti di una vertebra rispetto alla sottostante; in caso di scivolamento posteriore si parla di retrolistesi. Esistono

due tipi di spondilolistesi: da lisi istmica e degenerativa.

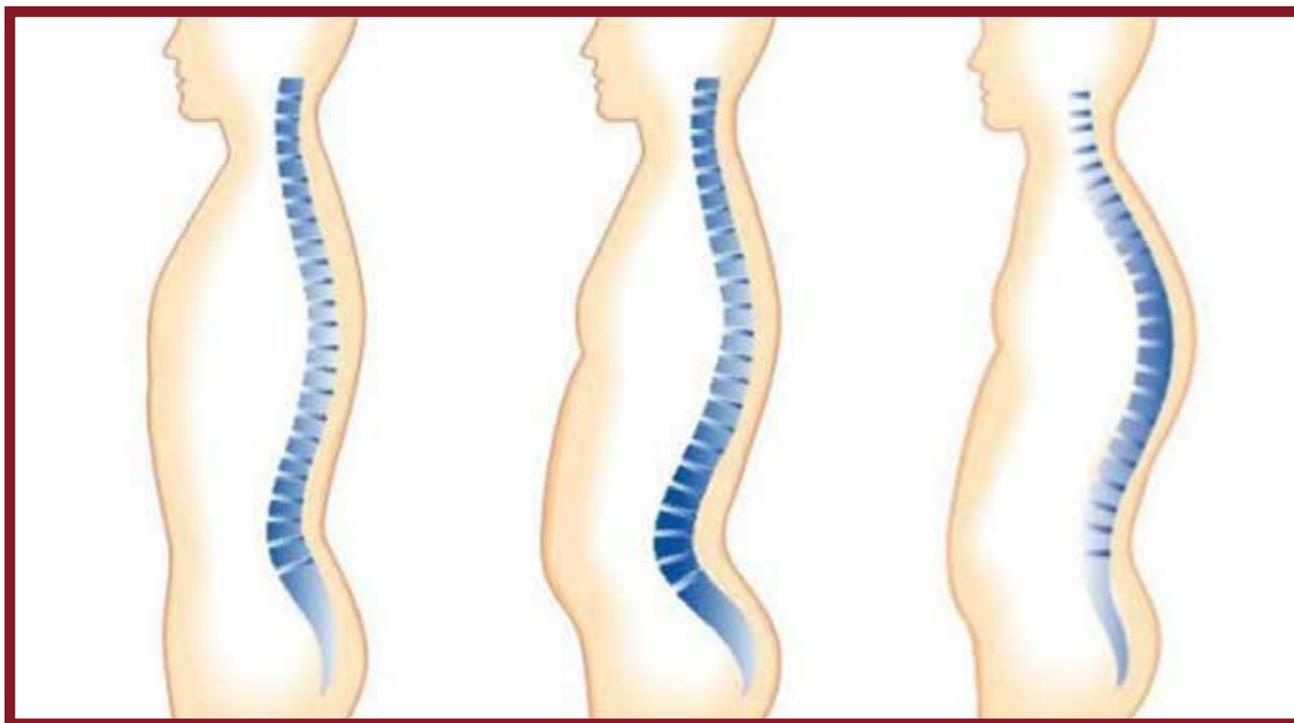
La Spondilolistesi da Lisi Istmica, più frequente, ad insorgenza giovanile, è dovuta ad interruzione dell'istmo (cioè lo spazio compreso tra l'articolare superiore e l'articolare inferiore). Interessa in grandissima percentuale lo spazio L5-S1, in misura minore L4-L5 ed L3-L4. Colpisce circa il 5% della popolazione in età giovanile

La spondilolistesi può essere del tutto asintomatica, tanto che spesso viene scoperta per caso eseguendo radiografie del rachide lombare. Comunque, c'è sempre scarsa correlazione tra il grado di scivolamento e la presenza di sintomi.

Quali sono i sintomi?

I sintomi più frequenti sono: la lombalgia meccanica, che peggiora con i movimenti e migliora con il riposo, di solito accentuata in estensione o in stazione eretta e durante il passaggio dalla posizione seduta a quella in piedi; la contrattura dei muscoli ischiocrurali, ipertonicità dei muscoli paraspinali; i disturbi di sensibilità (formicolio, bruciore, intorpidimento) fino a deficit motorio degli arti inferiori; iperlordosi lombare; depressione a "gradino" del passaggio lombosacrale.

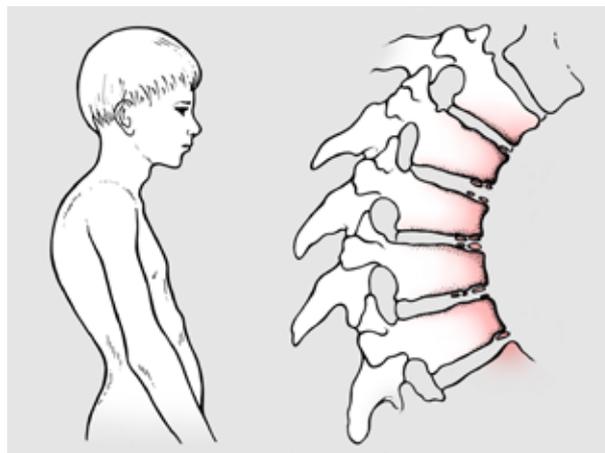
La maggior parte dei pazienti affetti da spondilolistesi può essere trattata conservativamente. Infatti, soprattutto le forme lievi rappresentano una condizione benigna, dove la progressione dello scivolamento si ha solo nel 30% dei



pazienti. Lo scopo del trattamento conservativo è quello di rinforzare la muscolatura del tronco per ridare stabilità alla colonna, rieducare il paziente a mantenere una postura adeguata. In fase acuta, quando il quadro clinico è dominato da un costante dolore lombare, la terapia è quella della lombalgia. In presenza di sintomi disabilitanti conseguenti ad una compressione radicolare o all'instabilità, è invece necessario il trattamento chirurgico.

Lo sport può costituire una soluzione per queste forme?

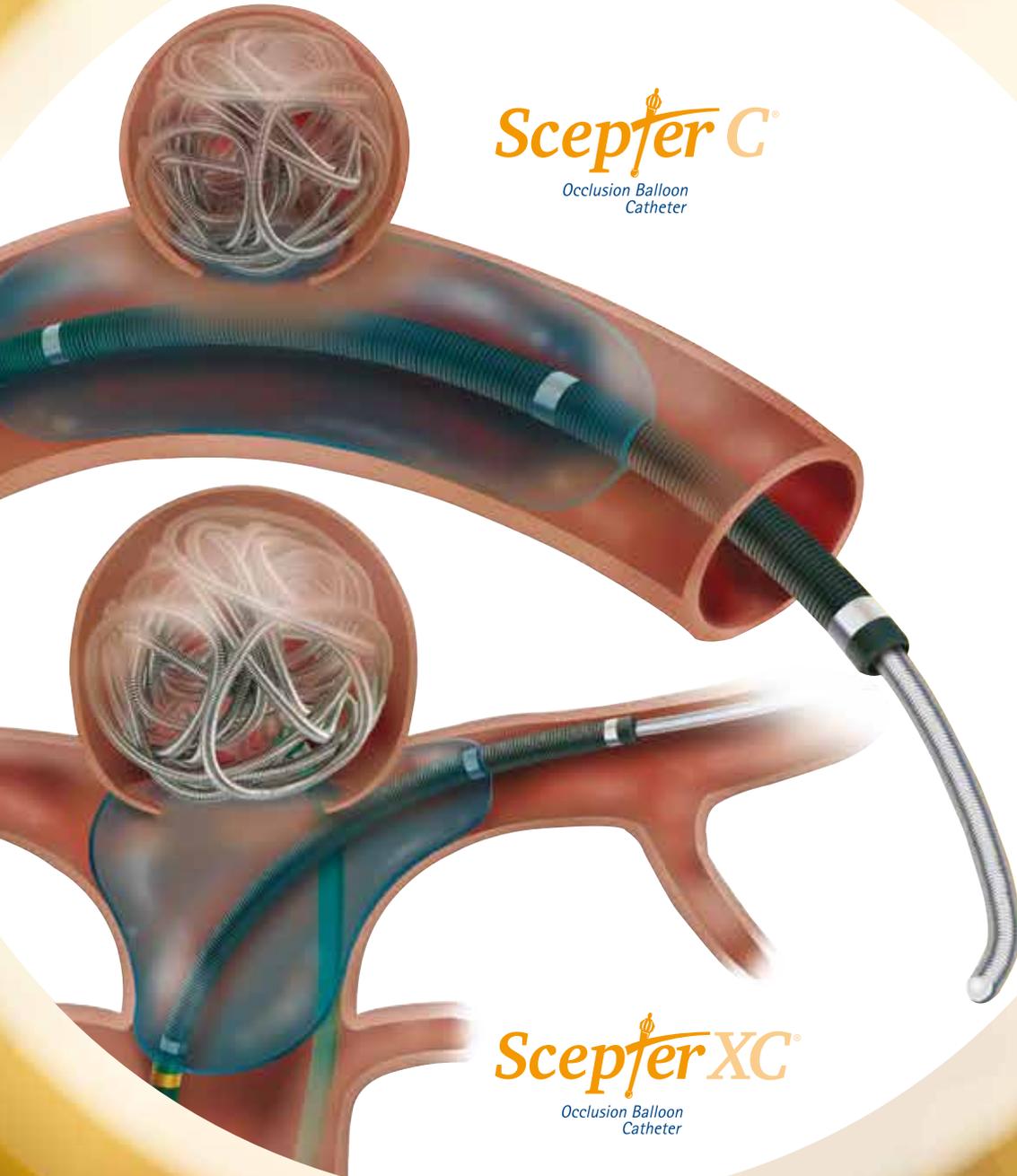
La raccomandazione è che lo sport, nuoto compreso, non venga prescritto come un trattamento per la scoliosi idiopatica o il dorso curvo. Lo svolgimento di attività sportive di carattere generale offre al paziente scoliotico vantaggi aspecifici in termini psicologici, neuromotori ed organici generali, ma non hanno alcuna valenza terapeutica. Le lezioni di educazione fisica scolastica non devono essere interrotte in nessuna fase del trattamento, mentre, in base all'entità della curva scoliotica o dell'ipercifosi toracica e alla fase evolutiva, a giudizio del clinico esperto di patologie vertebrali, possono essere poste limitazioni rispetto ad alcune particolari attività sportive agonistiche molto mobilizzanti o particolarmente asimmetriche in scoliosi ad alto rischio di evolutività. Si raccomanda inoltre la continuazione delle attività sportive anche durante il periodo d'uso di un corsetto per i vantaggi fisici e psicologici che questo garantisce. Infine, bisogna scoraggiare l'eccessiva sedentarietà, potendo essa rappresentare un fattore sfavorevole nella patomeccanica dell'ipercifosi toracica ed evitare nella Malattia di Scheuermann, specie in presenza di rachialgia importante, sollecitazioni meccaniche eccessive del rachide come nel caso di alcuni



sport agonistici; va invece fatta chiarezza sulla possibilità che l'uso di zainetti, anche pesanti, possa essere causa di rachialgia: il peso dello zaino, il disegno dello zaino e il modo di portarlo, non aumentano il rischio di sviluppare mal di schiena negli adolescenti nè sono in grado di aggravare considerevolmente l'ipercifosi toracica, non fosse altro per il fatto che l'arco di tempo nel quale viene indossato è veramente esiguo. Infine, bisogna sempre ricordare che le patologie vertebrali in età evolutiva sono patologie serie che possono avere ripercussioni in età adulta e che non possono essere trattate in maniera semplicistica con solette o bite, ma richiedono un approccio specialistico qualificato. Anche terapie come manipolazioni vertebrali, chiropratica o altro, essendo tecniche molto mobilizzanti la colonna vertebrale possono fare evolvere considerevolmente la scoliosi in età evolutiva.

A.A.

Scepter C[®]
Occlusion Balloon
Catheter



Scepter XC[®]
Occlusion Balloon
Catheter

**ENDOASCULAR
SERVICE**
ENDOASCULAR SERVICE

ALLA RICERCA DELL'INFERMIERE PERDUTO

di Annachiara Albanese

Il numero degli infermieri nel sistema sanitario italiano è scarso, troppo scarso. A denunciarlo il Centro per la ricerca economica applicata in sanità che sostiene vadano individuate nuove soluzioni che ridisegnino la figura e il ruolo dell'infermiere, anche in vista dell'applicazione della Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza.

La questione rimane quella dell'adeguatezza degli organici: a livello internazionale, in termini di numero di medici che praticano attivamente la professione, il nostro Paese è in cima alle graduatorie europee. Nel 2018 operavano in Italia 4,06 medici ogni mille abi-

tanti contro i 3,17 in Francia e i 2,84 nel Regno Unito. Diverso il caso del personale infermieristico attivo, per il quale nel nostro Paese si registra un tasso molto inferiore alla media europea. Nel 2018 in Italia operavano 5,5 infermieri per mille abitanti contro i 7,8 del Regno Unito e i 10,8 della Francia. "Il surplus di medici si traduce in un'eccedenza di quasi 29mila unità mentre il gap di infermieri in una carenza di oltre 237mila unità di personale", si attesta nel rapporto.

Secondo Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi), la carenza di infermieri si sta

// _____
**IN ITALIA
 MANCANO
 CIRCA 300MILA
 SPECIALISTI.
 SI RISCHIA
 LA PARALISI**





trasformando con la pandemia in un vero e proprio allarme. La stima più prudente calcola in almeno 63mila unità il “buco”, ma istituzioni come l’Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari) e centri di ricerca (Bocconi e appunto Crea Sanità) segnalano anche oltre 300mila posti vacanti di infermieri.

La Fnopi denuncia, per di più, che nella Legge di Bilancio 2022 il Governo ha “dimenticato” gli infermieri. Gli unici due emendamenti alla manovra presentati da parlamentari della maggioranza e dell’opposizione riguardavano l’assegnazione-ponte di quell’indennità di specificità infermieristica promessa e finanziata nella Legge di Bilancio 2021 (e mai assegnata ai professionisti) oltre alla possibilità di aumentare il numero di docenti-infermieri nelle università per poter poi incrementare con la giusta qualità il numero di infermieri.

“Stiamo perdendo l’ultima cosa che ci era rimasta: la speranza - si legge nella lettera indirizzata al Governo dalla Fnopi - la speranza in una Sanità e in una politica in grado di riconoscere percorsi di valorizzazione della professione infermieristica, con un adeguato ritorno economico e un sistema realmente meritocratico”.

Di fatti, dalla bozza del nuovo contratto alla Legge di Bilancio, dalle riforme professionali ai percorsi accademici e universitari, niente sembra andare incontro alle richieste della FNOPI. Anche la Commissione europea, nello “State

of health in the EU”, lancia l’allarme nel profilo Sanità 2021 dell’Italia, affermando che “l’Italia impiega meno infermieri rispetto a quasi tutti i paesi dell’Europa occidentale e il loro numero (6,2 per mille abitanti) è inferiore del 25% alla media Ue. Vista la diminuzione del numero di infermieri laureati dal 2014, le carenze di personale in questo settore sono destinate ad aggravarsi in futuro”.

Ora la Fnopi è decisa a coagulare una risposta unitaria, indipendente da appartenenze sindacali e partitiche, da ruoli e posizioni, “con l’etica che da sempre contraddistingue gli oltre 450mila infermieri, ma con l’exasperazione che ormai li investe. E’ ancora possibile scrivere una storia che restituisca dignità agli infermieri, ma non c’è più tempo da perdere”.

La Fnopi non ha dubbi e lancia l’altolà: “Così muore una professione. Così si impedisce il ritorno degli infermieri formati in Italia e valorizzati all’estero. Così si ignorano il dolore e l’impegno di centinaia di migliaia di vite. Così si tradisce la fiducia dei cittadini italiani”.



AIMON, la voce nazionale degli Operatori socio sanitari

LA PANDEMIA HA ACCESO I RIFLETTORI SULL'IMPORTANTE RUOLO DELL'OPERATORE SOCIO SANITARIO. ORA SI CHIEDE UN RICONOSCIMENTO ISTITUZIONALE DELLA CATEGORIA E UNA REVISIONE DELLA FORMAZIONE A LIVELLO NAZIONALE

di *Flavia Scicchitano*

La modifica del titolo di accesso alla professione non più con la terza media ma attraverso un percorso di studi che rilasci il diploma (e non più l'attestato) di operatore socio sanitario. Una formazione nuova, non più affidata alle Regioni ma al ministero dell'Istruzione, una revisione delle competenze accompagnate dall'accesso ai corsi di aggiornamento Ecm. E ancora, l'istituzione di un Registro nazionale degli Oss con iscrizione obbligatoria. Sono solo alcune delle richieste avanzate dall'A.I.M.O.N, Associazione Italiana Movimento Operatori Socio Sanitari, che ha fatto il

punto sulle criticità del settore nel corso del convegno 'Il futuro dell'operatore socio sanitario, proposte per una figura sempre più importante nel nostro Ssn', a Roma. Al convegno, oltre ai rappresentanti dell'Associazione, hanno partecipato la senatrice M5S, Barbara Guidolin, e il dirigente Aran, Marco Rizzato. "A.I.M.O.N nasce dalla passione per il proprio lavoro di un gruppo di operatori socio sanitari che credono fermamente in ciò che fanno e hanno intrapreso un percorso per l'evoluzione e la valorizzazione della professione, in rappresentanza della categoria, fino a poco tem-

po fa rappresentata dagli enti formativi o dalla parte infermieristica - spiega Antonella Luci, operatore socio sanitario presso gli Asst Civili di Brescia, presidente dell'associazione A.I.M.O.N. - La figura dell'operatore socio sanitario nasce dall'accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2001, ormai vecchio e obsoleto, e nonostante sia sempre stata parte integrante del Servizio sanitario nazionale solo con la pandemia ha avuto visibilità: nelle Rsa ci siamo sostituiti ai caregiver e spesso siamo costretti a sostituirci all'infermiere, facendo abuso di professione. Lavoriamo nel sanitario, nel sociosanitario e sul territorio, collaboriamo con gli altri professionisti per il bene del paziente, la 'relazione d'aiuto' è a nostro carico ma non siamo riconosciuti istituzionalmente, non abbiamo un registro nazionale obbligatorio e non siamo iscritti al ministero della Salute come tutte le altre professioni del Ssn". Quali sono allora le principali criticità della normativa attuale da superare, sia nel pubblico che nel privato, per ridefinire il ruolo dell'operatore socio sanitario? "Per quanto riguarda la formazione - prosegue Antonella Luci - questa è a carico delle Regioni e non è omogenea su tutto il territorio, è gestita da enti formalmente accreditati ma non controllati dalle Regioni. Molte non hanno nemmeno l'elenco degli enti accreditati, con il rischio che l'attestato di fine corso non venga riconosciuto. Non avendo un registro non abbiamo un censimento e non si conosce neanche il fabbisogno regionale. C'è un grande business sugli enti formativi, inoltre, per l'accesso al corso Oss basta il diploma di scuola media inferiore. Per quanto riguarda, invece, il contratto - aggiunge la presidente A.I.M.O.N. - non abbiamo l'inquadramento che ci spetta, anche se con l'emendamento approvato nel decreto sostegni bis siamo entrati giuridicamente a far parte dell'area socio sanitaria. Altro problema: proprio perché non riconosciuti, le aziende assumono Oss ma contrattualizzano questo personale come Asa. I piani di lavoro non ben definiti portano a demansionamenti o abuso di professione. Le problematiche sono tantissime e riteniamo che dopo venti anni sia arrivato il momento di cambiare, a beneficio del paziente. Confidiamo nelle istituzioni, per un cambiamento radicale che va dal riconoscimento istituzionale della categoria alla revisione della formazione a livello nazionale, con l'accesso alla formazione continua, come avviene per tutte le altre professioni sanitarie". Ma vediamo nel dettaglio quali sono le proposte dell'Associazione, illustrate da Giuseppe Ciaurro, operatore socio sanitario, dipendente del Ssn con esperienza lavorativa in Rsa privata, segretario nazionale A.I.M.O.N. "Il punto di partenza - osserva - deve essere la revisione dell'accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001, accordo in cui fu istituita per la prima volta in Italia la figura dell'operatore socio sanitario e che, dopo 20 anni, non è mai stato rivisto né modificato: innanzitutto riteniamo necessaria la modifica del titolo di accesso alla professione, non più con la terza media ma attraverso un percorso di



studi che rilasci il diploma (e non più l'attestato) di operatore socio sanitario. A tal fine chiediamo al ministero dell'Istruzione l'istituzione di Istituti superiori socio sanitari che, nel corso di 5 anni (articolati tra studi di cultura generale e studi a specifico indirizzo socio sanitario, tra teoria e tirocinio pratico in strutture del Ssn o da esso accreditate) rilascino il diploma. In un percorso simile, chi decide di diventare Oss potrà esserlo già a 19 anni, con la possibilità di proseguire i suoi studi all'Università, di progredire e di specializzarsi ulteriormente in ambito sanitario. In merito a questi punti la Conferenza Stato-Regioni ha in carico un nostro documento". Dunque, le modifiche da mettere in campo: "Chiediamo che la formazione dei nuovi Oss non sia più affidata alle Regioni, non all'altezza del compito, tra formazione disomogenea, scarso controllo sugli enti di formazione (corsi organizzati da enti non riconosciuti o non accreditati) e sul fabbisogno di Oss nei territori, istituzione di percorsi eterogenei spesso generativi di confusione e conflitti. Una formazione nuova dovrebbe quindi essere affidata al ministero dell'Istruzione con tanto di revisione delle competenze accompagnate dall'accesso ai corsi di aggiornamento Ecm. Al contempo - prosegue il segretario nazionale A.I.M.O.N. - chiediamo la riqualificazione degli attuali Oss, in collaborazione con la Fnopi, attraverso la frequenza di specifici corsi organizzati dagli Opi provinciali. Se, come pare, si intende attribuire agli Oss nuove competenze in linea con le nuove esigenze e richieste di collaborazione del personale infermieristico è necessario, da un lato, attribuire alla categoria mansioni attualmente esclusivamente infermieristiche, dall'altro escludere mansioni attribuibili al personale ausiliario o della costituenda area degli operatori. Chiediamo poi l'istituzione di un Registro nazionale degli Oss, con iscrizione obbligatoria, che fotografi in modo chiaro il percorso professionale, le conoscenze ed esperienze maturate dal professionista, e che permetta di conoscere la reale disponibilità e l'eventuale fabbisogno di Oss in ogni Regione. Con il diploma di scuola



In alto:
da sinistra, Marco Rizzato Dirigente ARAN,
Giovanni Pelliccia coordinamento AIMON Lombardia,
Antonella Luci Presidente AIMON
e Barbara Guidolin Senatrice M5S.
Inquadrato nel monitor Giuseppe Ciaurro
segretario nazionale AIMON



media superiore avremmo la possibilità di costituirci in Collegi (nazionale, regionali e provinciali), come già avvenuto in passato per gli infermieri. Contrattualmente, avremmo la possibilità di entrare a pieno titolo in fascia C, nonché nella recentemente ipotizzata area degli assistenti. Tale impostazione ci pare quella più idonea e corretta per una categoria di professionisti che, di fatto, sono veri e propri assistenti degli infermieri". A.I.M.O.N. spiega infine come tutte queste richieste possono trovare piena e immediata realizzazione. "Sul piano finanziario - afferma Ciaurro - con un mirato e intelligente utilizzo dei fondi del Pnrr; sul piano

politico e pratico, attraverso l'immediata istituzione di un tavolo tecnico che coinvolga il ministero della Salute, il ministero dell'Istruzione, la Conferenza Stato-Regioni, le associazioni di categoria degli Oss, la Fnopi. Attualmente tante questioni legate alla rivisitazione della nostra figura professionale sono ancora irrisolte perché gli Oss non sono direttamente coinvolti nei processi decisionali. E' arrivato il momento di cambiare". L'ultima parola alla politica: "In Senato la prima cosa che ho fatto è stata cercare di risolvere alcuni problemi degli Oss, con un emendamento siamo riusciti a collocare la figura non più nel ruolo tecnico in cui era ingabbiata da vent'anni ma nel ruolo socio sanitario, che avrà il suo peso anche in sede di contrattazione collettiva - ha dichiarato la senatrice M5S, Barbara Guidolin - E' l'inizio di un percorso ma il futuro dell'Oss deve passare attraverso una formazione di qualità e Istituti professionali statali. Siamo poi riusciti a inserire l'Oss tra i lavori gravosi, un altro risultato importante. Dobbiamo essere uniti, percorrere questa strada e interloquire con il ministero e con l'Aran. Si potrebbe chiedere un incontro al ministro della Salute con l'impegno di aprire un tavolo tecnico per la riforma degli Oss".

Il Convegno organizzato a Roma dall'Aimon (Associazione italiana movimento operatori socio sanitari) ha fatto il punto sulle tante problematiche da risolvere nell'interesse degli operatori e a beneficio dei pazienti

L'ITALIA, MODELLO PER LA SCLEROSI MULTIPLA

di *Danilo Quinto*

CLAUDIO GASPERINI



Il prof. Claudio Gasperini è specialista in Neurologia. Dirigente Medico I Livello presso il Dipartimento di Neuroscienze Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma. Docente presso la I Facoltà della Scuola di Specializzazione in Neurologia dell'Ospedale Policlinico Umberto I di Roma Università "Sapienza" di Roma. Membro di una Task Force Europea per progetto Comunità Europea sulla ottimizzazione dell'uso della RMN nella Sclerosi Multipla dal 2009 e del Consiglio Direttivo Nazionale

Una patologia dall'eziologia ancora sconosciuta, ma l'Italia è l'unico Paese al mondo ad aver individuato centri specifici per i pazienti affetti da sclerosi multipla

della Società dei Neurologi Ospedalieri (SNO). Autore di oltre 150 pubblicazioni di cui 105 pubblicate su riviste straniere con elevato impact factor. Svolge attività professionale come neurologo presso UPMC Salvator Mundi International Hospital.

È membro del comitato direttivo del MAGNIMS (Magnetic Resonance Imaging in MS), una rete europea di accademici che condividono un interesse comune nello studio della Sclerosi Multipla utilizzando la risonanza magnetica. Dal 2008 è coordinatore di una accademia di giovani ricercatori italiani provenienti da centri sclerosi multipla clinici universitari e ospedalieri (RIREMS). Negli ultimi ha attivamente partecipato alla stesura del Percorso Diagnostico-Assistenziale (PDTA) per la sclerosi Multipla della regione Lazio approvato con decreto regionale nel 2014.



Può descrivere che cos'è la sclerosi multipla?

È una patologia che ha un meccanismo eziopatogenico di tipo autoimmunitario. Non conosciamo l'eziologia e quindi si ipotizza una causa della sclerosi multipla legata a più fattori: virali, ambientali, ma anche una predisposizione genetica. Si caratterizza, dal punto di vista patogenico, con la formazione di anticorpi che possono attaccare il rivestimento del nervo – la guaina mielinica – e successivamente i fili di rame del nostro “filo elettrico”. Quindi, questo meccanismo patogenico determina un danno tessituale che interrompe la comunicazione fra più parti del sistema nervoso centrale. Si produce, così, una sintomatologia neurologica che dipenderà dal punto in cui è avvenuto il danno.

Quali sono i disturbi più frequenti?

La neurite ottica, per il coinvolgimento del nervo ottico, disturbi di forza, difficoltà a deambulare, di equilibrio o di sensibilità.

Come viene diagnosticata?

È una patologia del giovane adulto. Coinvolge un range di età che va dai bambini fino a persone di 60-65 anni, ma il picco è tra i 25 e i 35 anni. In Italia abbiamo circa 130.000 casi: il nostro paese è un'area ad alta incidenza e prevalenza.

C'è una spiegazione?

Non vi è una spiegazione assoluta. È una zona ad alta prevalenza molto simile a quella europea. Vi sono alcune aree in cui l'incidenza è molto elevata, in particolare la Sicilia e la Sardegna, dove probabilmente l'aspetto genetico gioca un ruolo importante.

Rispetto alla diagnosi, come giudica il ruolo che svolge la medicina territoriale?

L'Italia è un modello per la sclerosi multipla, invidiato in tutto il mondo, perché il Ministero, dal 1996, con l'introduzione delle prime terapie, ha individuato dei Centri specifici per la diagnosi ed il trattamento, cosa che non esiste in nessun'altra parte del mondo. I Centri, insieme all'Associazione Italiana Sclerosi Multipla, hanno fatto un lavoro straordinario di educazione e formazione, non soltanto all'interno delle strutture ospedaliere, ma anche sul territorio ai medici di base. Per cui, c'è una grande sensibilizzazione: anche i medici del territorio, ai primi sintomi neurologici, soprattutto in giovani pazienti, tendono ad inviarli ai Centri specialistici per avviare l'iter diagnostico. Tant'è vero che oggi, poiché sono cambiati i termini della diagnosi, è possibile farla in tempi precocissimi, utilizzando la risonanza magnetica. Nel mese di gennaio 2022 è stato pubblicato un nuovo lavoro che dimostra come l'utilizzazione dei criteri diagnostici che vengono usati dal 2018, permette di fare una diagnosi entro tre mesi dall'esordio della sintomatologia. Questo è molto importante, perché la possibilità di fare una diagnosi precoce permette di iniziare un trattamento precoce, che è sicuramente più efficace e consente di cambiare la storia naturale della malattia.

Come si attua la diagnosi?

Avviene attraverso la fissazione di un criterio, che è quello della disseminazione spaziale e temporale. Prima dell'avvento della risonanza magnetica, il paziente doveva avere due sintomi diversi fra di loro,

distanti nel tempo. Dopo aver escluso altre patologie, si poteva quindi fare la diagnosi di sclerosi multipla, in quanto erano soddisfatti i due criteri: due aree diverse del sistema nervoso centrale coinvolte in tempi diversi. Questo, però, poteva emergere anche dopo anni, perché un paziente poteva avere un disturbo in un certo tempo della sua vita e un altro disturbo dopo molto tempo. Con l'avvento della risonanza magnetica, i due criteri possono essere soddisfatti sin dall'esordio. Se il paziente ha più lesioni in diverse parti del sistema nervoso centrale e, tra queste, alcune sono vecchie ed altre nuove – perché si ha l'evidenza di attività di malattia – questo consente di valutare positivamente la presenza della malattia. Da questo momento inizia il percorso terapeutico.

In che cosa consiste il percorso terapeutico?

Nell'utilizzazione di farmaci che vanno ad agire sui meccanismi patogenetici della malattia, non avendo conoscenza dell'eziologia. Quindi, sono farmaci immuno-modulanti o farmaci immuno-soppressori. Dal 1996, vengono utilizzati farmaci immuno-modulanti, in particolare l'interferone e più recentemente terapie orali, che ci permettono di modulare il sistema infiammatorio, di ridurre la produzione di citochine infiammatorie che attaccano il sistema nervoso centrale e quindi di ridurre, in maniera significativa, la comparsa di ricadute cliniche o di nuove lesioni alla risonanza magnetica. Più recentemente, sono stati introdotti farmaci immuno-soppressori, molti dei quali sono gli anticorpi monoclonali: sono farmaci ad alta efficacia, con un rischio relativamente maggiore, che vengono utilizzati in quei pazienti che o all'esordio hanno una presenza di fattori prognostici sfavorevoli, che determinano un alto rischio di accumulare disabilità in un periodo relativamente breve oppure in quei pazienti, che pur facendo terapie di

prima linea, continuano ad avere segni della malattia in termini clinici e di risonanza magnetica. In questo caso, passiamo a farmaci ad alta efficacia.

Quali sono le ripercussioni sulla vita del paziente?

La malattia ha un impatto sicuramente negativo. I pazienti sono per la maggior parte giovani e può emergere la possibilità di una disabilità importante, con disturbi della deambulazione e quindi è una malattia che impatta psicologicamente sul paziente, in quanto, in un momento di grande progettualità del giovane, arriva questa terribile notizia, che può azzerare i suoi sogni. Il paziente cade in una situazione di grande fragilità. Questo quadro, negli ultimi tempi, è cambiato. Lo dimostrano studi recenti, anche italiani, che documentano a questo fine l'efficacia della diagnosi fatta dopo il 2011, con i criteri di diagnosi di cui le parlavo. Se prima l'80% dei pazienti aveva difficoltà a camminare ed il 20% no, ora – con la nuova modalità di diagnosi – questa percentuale è completamente cambiata, invertita direi: l'80% dei pazienti ha una buona qualità di vita, il 20% è rappresentato da quei pazienti che non rispondono alle terapie per motivi specifici, probabilmente anche genetici.

La malattia impatta anche nei confronti dei familiari?

Sicuramente, soprattutto rispetto a quei pazienti che hanno più disabilità e che hanno incapacità e impossibilità a svolgere le comuni attività della vita quotidiana. Ma il messaggio che voglio lanciare vuole essere positivo: la scienza, in questi ultimi 15-20 anni, ha accumulato veramente tante conoscenze su questa malattia ed ha permesso l'identificazione di terapie che, se utilizzate nella maniera corretta, permettono ai pazienti di svolgere una vita relativamente normale.

Com'è nata la sua specializzazione?

È nata tantissimi anni fa. Ero nella Scuola di Specializzazione della Sapienza. Il prof. Fieschi, che era il mio docente, aveva fondato il primo Centro sulla Sclerosi Multipla a Roma. Seguivamo i pazienti negli ambulatori della Sapienza. Non avevano terapia e gli ambulatori erano molto tristi, se vuole, perché potevamo usare davvero poche armi per affrontare la malattia. Decise di mandarmi a fare un'esperienza all'estero e andai in Inghilterra, all'Institute of Neurology (UCL) di Londra, diretto dal Professor Ian McDonald, che poi è colui che ha fatto i nuovi criteri di diagnosi e al mio ritorno s'inizio a parlare delle prime terapie con l'interferone. Facemmo il primo trials europeo e dimostrammo come l'interferone poteva impattare in maniera molto positiva su questi pazienti. Da allora, è nata questa mia attività specifica di ricerca sulla sclerosi multipla, che ha continuato prima alla Sapienza e poi al San Camillo-Forlanini, dove ora sono primario e dove esiste il Centro sulla Sclerosi Multipla forse più grande di Roma.





“PIEDE DIABETICO”, LE NOVITÀ TERAPEUTICHE IN CAMPO

OGNI ANNO IN ITALIA CI SONO CIRCA 150 MILA DIABETICI
CHE PRESENTANO UNA LESIONE ULKERATIVA AI PIEDI. STA DIMINUENDO L'ETÀ MEDIA DEI PAZIENTI

di *Flavia Scicchitano*

Ogni anno 150 mila italiani con diabete vanno incontro a una lesione ulcerativa ai piedi e di questi, nonostante le tante terapie innovative degli ultimi anni, circa 7 mila sono sottoposti ad amputazioni agli arti inferiori. Il piede diabetico colpisce soggetti sempre più giovani ed anche per questo cresce l'importanza di una diagnosi precoce, quando ancora non sono presenti le lesioni ulcerative, in modo tale da mettere in atto numerose strategie preventive. Ma molte sono anche le novità terapeutiche in campo negli ultimi anni: dal laser CO2 per il debridement chirurgico, alla terapia fotodinamica per il trattamento

delle infezioni, alla terapia con cellule staminali per il trattamento dell'ischemia, all'elettrostimolazione per il trattamento del dolore.

Dr. Matteo Monami, direttore della Unit del Piede Diabetico dell'AOU Careggi di Firenze, cosa si intende per piede diabetico, quante persone colpisce in Italia e a quale età si manifesta?

Con il termine piede diabetico ci si riferisce a varie malformazioni del piede di un soggetto affetto da diabete, di vario grado e natura, che possono andare dalle 'semplici' callosità, alluce valgo, 'piede piatto', fino a vere e

proprie lesioni ulcerative dovute alla neuropatia o alla arteriopatia agli arti inferiori. Si stima che circa il 10-15% dei pazienti con diabete svilupperà almeno una volta nella propria vita una lesione ulcerativa ai piedi. Negli ultimi anni il tasso annuale di ulcere al piede varia tra il 5% ed il 7% (circa 3 volte rispetto alla popolazione non affetta da diabete). Questo significa che ogni anno ci sono circa 150 mila italiani (con diabete) che hanno una lesione ulcerativa ai piedi e di questi, nonostante le tante terapie innovative degli ultimi anni, circa 7 mila l'anno vanno incontro ad amputazioni agli arti inferiori. Solitamente l'età media dei soggetti che sviluppa questa complicanza del diabete è intorno ai 65-70 anni. Purtroppo però ultimamente con l'abbassarsi dell'età media di insorgenza del diabete mellito di tipo 2 (dai 40 ai 35 anni) stanno giungendo ai nostri Centri diabetologici pazienti sempre più giovani con lesioni ulcerative anche molto gravi. Infatti, il principale fattore di rischio per la neuropatia e arteriopatia, insieme al controllo glicometabolico e al fumo, è proprio la durata di malattia.

Quali sono le cause e i sintomi?

Come detto, le malformazioni sono causate dalla neuropatia diabetica e dall'arteriopatia agli arti inferiori. La neuropatia è dovuta all'alterazione delle fibre nervose degli arti inferiori, che può essere responsabile di alcuni sintomi, quali formicolii, crampi notturni, ridotta sensibilità a livello dei piedi ed altro. L'arteriopatia, invece, è causata da restringimenti delle arterie degli arti inferiori, con conseguente ridotto afflusso di sangue ai piedi; i sintomi che di solito si possono avvertire sono dolori ai polpacci mentre si cammina, crampi notturni, estremità fredde.

Quanto è importante la diagnosi precoce ai fini della

prevenzione?

È molto importante riconoscere il piede diabetico, quando ancora non sono presenti le lesioni ulcerative; questo, infatti, permette di mettere in atto numerose strategie preventive, quali ad esempio con una scarpa comoda, meglio su misura, con pianta larga, possibilmente senza cuciture interne. È fondamentale controllare ogni giorno (con uno specchio o con l'aiuto di un familiare) che non vi siano lesioni o callosità a livello dei piedi. Il consiglio che diamo alle persone con diabete è quello di richiedere al medico curante l'invalidità civile, che permette di ottenere un paio di scarpe ortopediche/sanitarie con plantare su misura all'anno.

Qui sono le terapie per combattere la patologia?

Lo scarico dei punti di iperpressione è sicuramente la prima terapia del piede diabetico, sia che non abbia sviluppato lesioni ulcerative (scarpe ortopediche), sia che queste siano purtroppo già comparse (scarpe da medicazione, tutori ecc.). Una volta comparse le lesioni ulcerative le terapie di base sono molteplici. È sempre importante rimuovere i tessuti non vitali che impediscono l'attuazione dei processi di guarigione e applicare delle medicazioni topiche a seconda della tipologia della ferita. Vi sono medicazioni per le prime fasi quando ancora la lesione è infetta/infiammata o è presente fibrina (quali ad esempio iodopovidone, medicazioni contenenti argento o idrogel) ed altre che facilitano i processi di guarigione quando la lesione è in fasi più avanzate (quali schiume poliuretatiche o medicazioni occlusive).

Sono diverse anche le novità terapeutiche in campo per curare il paziente affetto da piede diabetico. Ce ne può parlare?

Lo scarico dei punti di iperpressione è la prima terapia





Matteo Monami

Una novità che riguarda il debridement chirurgico è innanzitutto il laser CO₂. Il laser in medicina viene utilizzato in tanti campi e da qualche anno abbiamo provato a utilizzare il laser CO₂ anche nel trattamento chirurgico delle lesioni ulcerative difficili del piede diabetico. Ci sono delle lesioni ulcerative in alcuni pazienti con piede diabetico che sono particolarmente difficili da trattare, sono le ulcere che hanno tessuti non vitali, come la fibrina, una fibrina colliquata (molle), una fibrina molto difficile da rimuovere con agenti meccanici come il bisturi o la curette. In questi casi il laser CO₂, che 'scioglie', elimina il tessuto non vitale, facendo 'esplodere' l'acqua all'interno delle cellule, rappresenta una metodica nuova di debridement chirurgico, cioè di rimozione chirurgica dei tessuti non vitali; l'utilizzo del laser CO₂ potrebbe darci vantaggi - e infatti ce li sta dando - nella rimozione di tessuti che 'soffocano' il letto dell'ulcera, premono sui tessuti di granulazione, quelli che fanno guarire la lesione ulcerativa, e rendono appunto difficoltoso il processo di guarigione. Utilizzare un laser CO₂ per le ulcere cavarie, profonde, per le fistole, per i tessuti infetti, sfruttando le alte temperature (il laser CO₂ arriva a 2.000 °C) può aiutarci a sterilizzare il letto dell'ulcera. In casi molto particolari, i più complessi, quindi, usiamo il laser CO₂ che ha una notevole versatilità: debridement chirurgico, sterilizzazione del letto dell'ulcera, fotocoagulazione, ci sono molte cose che questa tecnica ci consente di fare nei casi più difficili.

E ancora?

Novità riguardano poi il trattamento delle infezioni, con la terapia fotodinamica, che può essere utilizzata in ausilio alla terapia antibiotica, e agisce a livello locale. In sostanza, principi attivi contenuti in gel e pomate irraggiati con fonti luminose si attivano e liberano i radicali liberi dell'ossigeno, i quali a loro volta colpiscono i microrganismi presenti nell'ulcera e distruggono la flora batterica. Per quanto riguarda, invece, la cura dei pazienti diabetici con ischemia critica d'arto ad alto rischio di amputazione, stiamo da qualche tempo utilizzando un'innovativa terapia di medicina rigenerativa con cellule staminali, che si basa sul prelievo e l'utilizzo di cellule del sangue periferico del paziente stesso, ovvero le cellule mononucleate per cercare di creare nuovi vasi (vasi collaterali) in grado di aumentare l'ossigenazione dei tessuti periferici e aiutare quindi la rigenerazione tissutale delle lesioni ulcerative. Infine, la terapia elettrostimolativa può giocare un ruolo importante nel coadiuvare la terapia analgica. Cicli ripetuti di elettrostimolazioni possono essere infatti d'aiuto nel trattamento della neuropatia dolorosa e anche in altri tipi di dolori. Le elettrostimolazioni a livello delle terminazioni nervose ('fibre C' che conducono la sensazione dolorifica) hanno come scopo quello di demodulare la loro attività smorzando, con cicli ripetuti, la conduzione della sensazioni dolorifiche a livello del sistema nervoso centrale.

MVS
s.r.l.

micro vascular system

Sistema Qualità Certificato ISO 9001:2008



Pneumologia e Covid-19

*IL VIRUS CONTINUA A CIRCOLARE,
MA DIMINUISCONO LE OSPEDALIZZAZIONI*

di Caterina Del Principe

Il prof. Claudio Micheletto è laureato in Medicina e Chirurgia all'Università di Verona. Si è specializzato in malattie dell'Apparato Respiratorio all'Università di Modena. È Direttore UOC di Pneumologia Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona dal 2019 ed è Presidente nazionale eletto dell'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO).

Com'è apparso il Covid all'inizio del 2020?

Ho pensato al "Deserto dei Tartari", di Dino Buzzati. I Tartari vengono attesi dal sottotenente Giovanni Drogo per l'intera sua vita. Noi li abbiamo attesi per due mesi. Avevamo cominciato a leggere le notizie sul Covid, ma soprattutto gli articoli scientifici, perché i colleghi cinesi già a gennaio 2020 avevano pubblicato molte cose, descrivendo le caratteristiche della malattia. Pensavamo che l'attesa fosse lunga, invece all'inizio ci ha spiazzato, perché noi abbiamo aperto il Reparto nel mese di marzo, quando siamo stati investiti e sorpresi da un'onda crescente, che ci ha trovati totalmente impreparati: il Reparto stracolmo, l'enorme afflusso in Pronto Soccorso, l'aumento vertiginoso dei casi giornalieri. Dal mese di aprile abbiamo incominciato a constatare il calo, per cui dal punto di vista dell'impegno, sia psicologico che fisico, la prima "ondata" è durata solo tre mesi.

Che posizione ha rispetto alle cure domiciliari ai primi sintomi?

È un compito molto complicato per il medico di Medicina Generale, perché dire che all'inizio della malattia si possa fare una "vigile attesa" non è sbagliato, perché tempestare il paziente di cortisone e antibiotico il primo giorno che ha la febbre, non è corretto. Questi farmaci possono essere utili nel momento in cui servono. È difficile intercettare il momento e dobbiamo essere preci-

si sul fatto che curare una malattia vuol dire andare ad interferire con l'eziopatogenesi. La vera cura è arrivata da maggio del 2020, con gli anticorpi monoclonali, che vengono usati per prevenire l'ospedalizzazione.

In ospedale, invece, com'è stata affrontata la malattia?

Il mio paziente "numero uno" ha fatto, dal primo momento, l'eparina a basso peso molecolare. Quindi, i famosi anti-aggreganti sono stati dati a tutti, perché nel lavoro pubblicato su "Lancet" del gennaio 2020, i colleghi cinesi avevano già scritto che i pazienti Covid avevano i diddimeri alti. È falso dire che all'inizio i pazienti sono stati curati male ed è una nozione vecchissima quella in base alla quale durante le polmoniti gravi aumenta la coagu-



Claudio Micheletto



Azienda ospedaliera universitaria Integrata di Verona

lazione. Il principio di trattare questi pazienti per evitare problemi trombotici era chiaro dall'inizio. I pneumologi sanno che nella polmonite grave il cortisone serve, per cui eparina e cortisone sono stati dati a tutti i pazienti dal primo giorno e questo protocollo da allora non è cambiato. L'insufficienza respiratoria è stata trattata con l'ossigeno e la ventilazione meccanica non invasiva. L'aspetto innovativo, nel tempo, è stato cercare un antivirale, che non poteva esserci a marzo 2020 e non c'è neanche ora, se vogliamo. Sono stati riciclati alcuni farmaci che erano stati usati nel passato per "ebola" e per altre epidemie. L'unico antivirale che ha avuto validazione scientifica e che tutt'oggi usiamo è il "remdesivir". Sempre nei primi lavori dei colleghi cinesi era descritta la "tempesta citochinina": si è tentato, con i farmaci esistenti – in particolare quelli che si usano in reumatologia - di bloccarla.

I vaccini come hanno cambiato la situazione?

Con i vaccini, in termini percentuali, abbiamo ottenuto

dei buoni risultati. Sapevamo che non potevano contenere la diffusione della malattia e con l'attuale variante la nota dolente è stata quella dei grandi numeri di positività. I vaccini hanno ridotto notevolmente la percentuale degli ospedalizzati. Da ottobre 2021, entrano in ospedale un 70% di non vaccinati o comunque persone che non hanno un ciclo vaccinale completo. L'insuccesso del vaccino è legato all'età e alle comorbidità, in particolare a quelle ematologiche e a tutte quelle che vanno a ridurre le difese immunitarie. Il vaccino protegge e riduce le ospedalizzazioni. Per quanto riguarda i ricoverati, la percentuale di coloro che finiscono in rianimazione, è molto più bassa rispetto al passato. Questo vuol dire che in chi si è infettato nonostante il vaccino, la malattia ha avuto un decorso diverso.

Lei ha trattato anche bambini e adolescenti?

Non personalmente. I numeri in età pediatrica relativamente all'ospedalizzazione sono stati sempre molto



bassi. Forse, sono leggermente aumentati in percentuale nel corso di quest'ondata. Nei bambini, come la malattia fa poco, così il numero di segnalazioni per eventi avversi a causa del vaccino, mi sembra sia molto basso.

A suo avviso, i vaccini devono essere reiterati nel tempo più volte?

Tutti ci aspettiamo vaccini che durino più a lungo, perché c'è un problema organizzativo molto importante. Nella nostra Azienda Universitaria abbiamo un laboratorio di alto livello che da due anni sostanzialmente fa tamponi. Non è pensabile che un tecnico vada a lavorare 10-12 ore al giorno per fare solo tamponi. Anche il sistema vaccinale prevede la presenza di molti medici, in parte volontari, in parte ripresi da Medicina Generale o anche dagli Ospedali. Non possiamo andare avanti per anni con una parte del personale sanitario che faccia tamponi o vaccini. Ci auguriamo, quindi, di arrivare al vaccino tipo influenzale, una volta all'anno. Speriamo che la terza dose faccia da rinforzo e duri di più. Comunque, è stato già un miracolo avere un vaccino, perché per tante malattie infettive si è arrivati ad un vaccino in tempi molto lunghi.

Il Covid, ha avuto un impatto rispetto alla cura di pazienti colpiti da altre malattie?

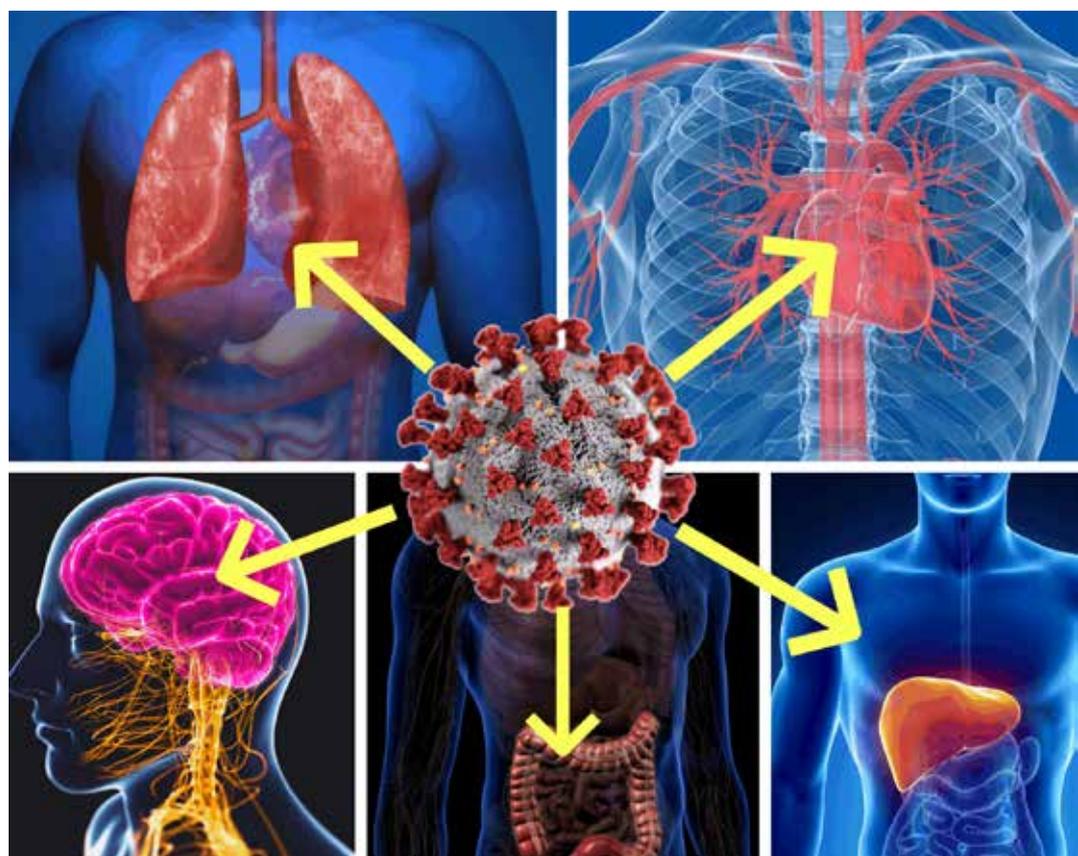
Questa è una nota dolente. Il mio Reparto è mediamente di 20 posti-letto. È arrivato, nella prima ondata, a 44, nella seconda a 80 letti, oggi ne conta 60. Con i miei me-

dici non posso gestire una situazione di questo genere. Quindi arrivano medici di altre branche specialistiche, ma soprattutto devo chiudere una pneumologia cosiddetta "pulita". Il mio cruccio non è quello di dire "questo è un lavoro pesante; siamo vestiti, bardati, sudiamo, la sofferenza ...". Questo è il nostro lavoro. Il mio grande rimpianto per questi due anni è di aver lasciato indietro i pazienti pneumologici: vengono poco, perché tutti hanno paura; quelli che vengono finiscono in altri reparti, però perdono una gestione specialistica. È evidente che con il Covid si dovrà convivere e proprio per questo bisognerebbe trovare dal punto di vista organizzativo il modo per far sì che tutti i Reparti possano avere una vita normale, indipendentemente da un ritorno epidemico.

Che esperienza ha avuto in questi due anni del cosiddetto "long Covid"?

Abbiamo tentato di gestire un ambulatorio del "post Covid" e abbiamo fatto un'esperienza molto importante. Purtroppo, è una brutta malattia anche da questo punto di vista. Perché non è solamente un problema di sequele polmonari fibrotiche, il problema grosso è un "long Covid" multisistemico, con problematiche muscolari, neurologici, cardiologici e psicologici. L'esperienza di una rianimazione, di una semi-intensiva e di un lungo ricovero, comporta l'ansia di superare quest'esperienza, da numerosi problemi. Questo lo dico dopo aver osservato migliaia di persone nel post-ricovero.

La sindrome da "long Covid" è multisistemica





**FORNITURE DI APPARECCHIATURE
E PRESIDI MEDICO CHIRURGICI**

**SERVIZIO
ASSISTENZA**

PRE E POST VENDITA 24/24

**IL NOSTRO SERVIZIO PREVEDE, ANCHE NEI
GIORNI FESTIVI, L'ASSISTENZA TECNICA IN
SALA OPERATORIA DEL PROPRIO
PERSONALE ALTAMENTE SPECIALIZZATO
E SEMPRE AGGIORNATO.**



**LA NOSTRA AZIENDA
TALENT MEDICAL DEVICES**

Da sempre TMD - Talent Medical Devices S.r.l. opera nel settore delle forniture di Apparecchiature e Presidi Medico Chirurgici, servendo le principali Strutture Pubbliche e Private della Regione Lazio e di altre Regioni del Centro Sud.

L'aver stipulato contratti di Distribuzione in Esclusiva con Produttori Nazionali e Aziende Multinazionali di rilievo, le ha permesso di commercializzare prodotti di alta specializzazione per la linea CardioVascolare, CRDM ed Elettrostimolazione.

Grazie alla propria struttura dotata di Customer Service, articolata rete vendita, logistica, magazzini propri e parco automezzi, la Talent Medical Devices S.r.l. ha basato il proprio elemento di distinzione sul rapporto diretto e personale che ha con i propri clienti, sulla capacità di essere in grado di provvedere in tempo reale a qualsiasi richiesta, fornendo un Servizio di Assistenza Pre e Post vendita attivo 24 ore su 24.

TMD Talent Medical Devices S.r.l.

Via Roberto Rossellini, N.54 - 00137 - Roma

Tel. +39 06 86899629, Fax +39 06 90216546



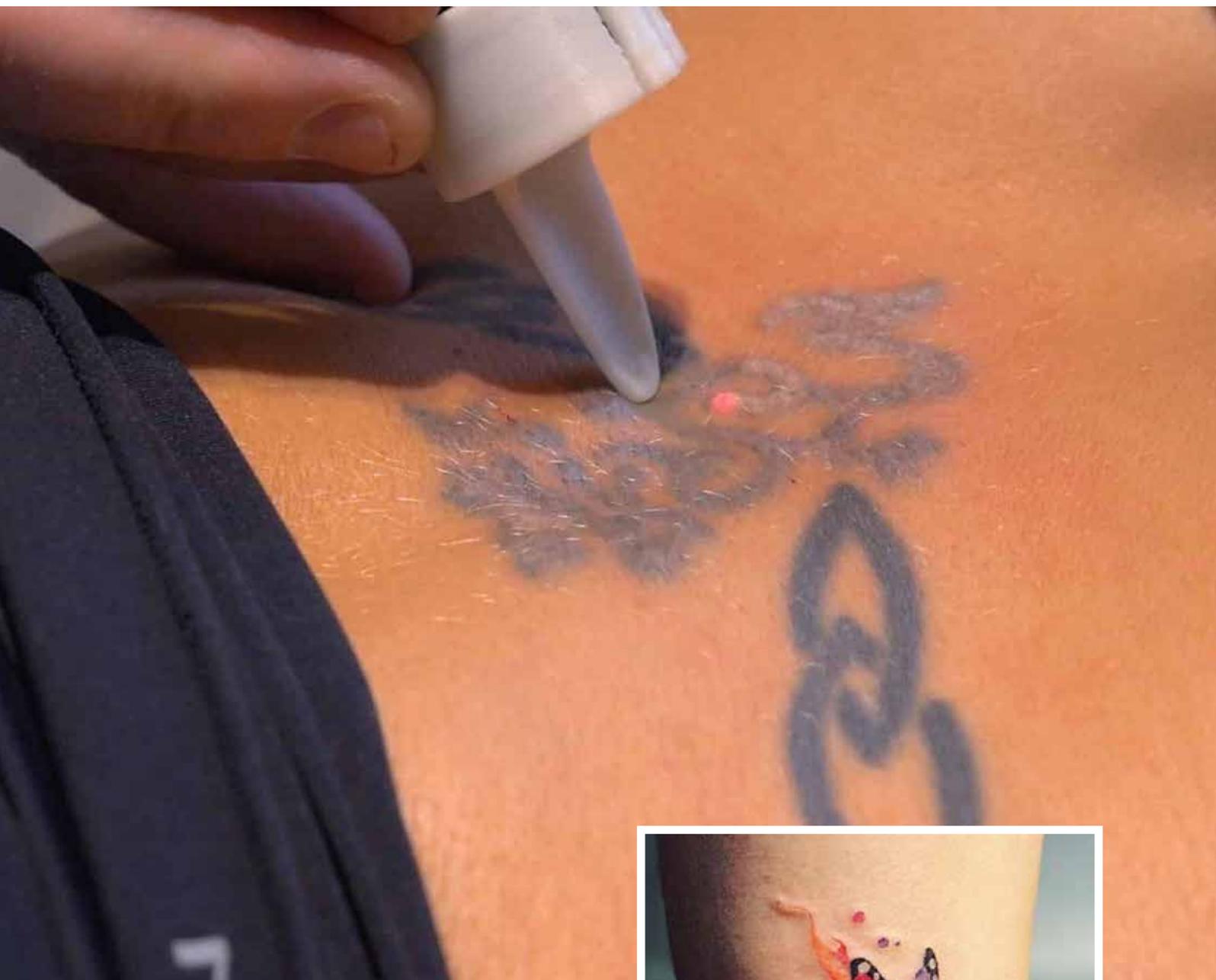
Tatuaggi, rimuoverli fa tendenza

di Flavia Scicchitano

Il 4 gennaio 2022 è entrata in vigore una nuova normativa europea che mette al bando gli inchiostri colorati per i tatuaggi e trucco permanente. E la tendenza, già avviata, di chiedere la rimozione del tattoo, sembra avere messo il turbo. Ne parliamo con il Prof. Daniele Spirito, specialista in chirurgia plastica, che si occupa anche di cancellare i disegni sottopelle. **Prof. Daniele Spirito quali sono i principali rischi in cui ci si imbatte nel momento in cui si decide di incidere la pelle con un disegno colorato o trucco permanente?** “Il rischio principale è uno e noi chirurghi, purtroppo,

siamo ormai abituati a constatarlo: i pigmenti possono staccarsi dai disegni sottopelle e depositarsi nei linfonodi, organi ‘sentinella’ che si attivano in caso di virus, attacchi batterici e tumori. Il rischio è che una volta colorati questi linfonodi inizino a dare risposte anomale, si creino infezioni e infiammazioni. Per questo la scelta di tatuarsi non va mai presa con leggerezza”.

La normativa europea entrata in vigore a inizio anno come interviene per mettere al riparo da questi rischi? “Ad essere vietati non sono gli inchiostri di per sé



ma i pigmenti colorati che contengono isopropanolo. Questa sostanza, presente nella maggior parte degli inchiostri per tatuaggi, viene aggiunta per renderli sterili. Il problema dell'isopropanolo è che è classificato tra le sostanze potenzialmente cancerogene: le lesioni cutanee che vengono provocate durante i tatuaggi

**Ad essere vietati
sono i pigmenti colorati
che contengono
isopropanolo**



possono infatti causare l'assorbimento di questa sostanza dall'organismo, con conseguenze negative. Il rischio, seppur basso, esiste. Il divieto non interessa solo il mondo dei tatuaggi, ma riguarda anche gli inchiostri utilizzati per il trucco permanente o per il microblading, tecnica che permette di tatuare le sopracciglia e correggerne la forma”.

Sono in aumento le richieste di rimozione dei tatuaggi?

“Sì, già da qualche tempo e a maggior ragione dopo questa ulteriore spinta arrivata dall'Unione europea. Statisticamente la richiesta di rimozione nasce da una perdita di interesse o da una delusione d'amore. Nomi di persone care, oggetti, icone politiche o sportive, sono i tatuaggi più rappresentativi. Quando l'interesse decade, i gusti cambiano o subentra una delusione ecco il desiderio di cancellare definitivamente il messaggio. E' bene però ricordare che tutte le attività finalizzate alla rimozione di tatuaggi o di trucchi permanenti sono considerate mediche e in quanto tali dovranno essere eseguite da un medico. La persona a cui rivolgersi, dunque, non dovrà essere il tatuatore che ha eseguito il tatuaggio ma un medico, meglio se specialista dermatologo o chirurgo plastico”.

Quali sono allora i trattamenti per la rimozione meno invasivi e più efficaci?

“Purtroppo non abbiamo la gomma da cancellare ma esistono diverse tecniche in grado di scolorire gradualmente il tatuaggio fino a farlo scomparire, lasciando spesso un'impronta. Il laser al neodimio è sicuramente la tecnica a più utilizzata. In pratica, attraverso un impulso laser di brevissima durata, si colpisce il pigmento frammentandosi in parti minuscole, l'inchiostro viene ingerito dai globuli bianchi (macrofagi). Per i casi più semplici si procede con 3-5 sedute, mentre per quelli più difficili ne serviranno anche 8-12: in entrambi i casi, le sedute devono essere distanziate di circa 4-8 settimane l'una



Daniele Spirito

dall'altra. Chi esegue questo tipo di trattamento deve considerare che la pelle potrebbe arrossarsi e, sulla parte interessata, potrebbero comparire vesciche, croste o desquamazione. Il pico laser è, invece, un laser di un'ultima generazione. L'emissione di energia con potenza elevatissima a impulsi brevissimi (Picosecondi) e le 3 lunghezze d'onda consentono di agire su colori differenti di pigmento tramite un puro effetto fotoacustico. Il laser lavora quindi in modo combinato eliminando diversi tipi di pigmenti colorati, a differenti profondità, con risultati eccezionali su tutti i tipi di tatuaggi multicolore e trucchi cosmetici”.

In quali casi si procede, invece, con la chirurgia?

“Nel caso in cui il tatuaggio abbia delle dimensioni piccole l'escissione chirurgica diretta in toto ha sempre la sua validità tenendo presente ovviamente l'ubicazione della inevitabile cicatrice. Vorrei ricordare, infine, anche la saladermoabrasione, una vecchia tecnica, economica, che ha ancora una sua collocazione. La cute viene escoriata per il primo strato cutaneo. Si applica del sale macinato fino che ha il potere di assorbire il pigmento. Alla prima medicazione suggestivo il disegno posto in negativo sulla garza. Ovviamente bisogna avere esperienza e professionalità. Non è fai da te”.

Il laser al neodimio è la tecnica più utilizzata per la rimozione dei tatuaggi



GIUSTO IL MAGAZINE CHE TI MANCAVA.
COMUNQUE TU LEGGA. ORE 12 E' CON TE.

Abbonati ora alla versione cartacea o digitale

WWW.ORE12WEB.IT



Assistenza domiciliare, *arriva il radiologo di prossimità*

**IL DOTTOR CARMINE ROMANO, RADIOLOGO,
SI OCCUPA DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

di Danilo Quinto

Com'è iniziata la sua esperienza di radiologo?

Prima della fine del corso di laurea – era il 2002 - sono stato assunto per direttissima al San Matteo Hospital di Pavia, del Gruppo San Donato, sia per le mie competenze tecniche, sia per mancanza di personale, come borsista, acquisendo un'ottima conoscenza della radiologia tradizionale, utilizzando ancora la camera oscura. Successivamente, sono stato assunto presso il Policlinico San Donato Milanese-Gruppo San Raffaele di Milano. Ho lavorato per due anni sia in Radioterapia, sia in Radiologia Tradizionale ed ho imparato ad usare l'Acceleratore Lineare da 6 Mev per Terapia Oncologica e Simulatore.

Quando ha iniziato a svolgere l'esperienza domiciliare?

Con un gruppo di San Donato Milanese. Andavamo in giro per le case con la camera oscura allestita in un grosso camper. Sviluppavamo con gli acidi. Sto parlando degli anni 2002-2003. Andavamo nei Comuni che logisticamente parlando erano impossibili da raggiungere. Nonostante siano trascorsi vent'anni, ci sono ancora Comuni abbandonati dal punto di vista sanitario. Questo è stato il grosso problema di Bergamo e Brescia, durante la pandemia, perché ci sono luoghi nelle valli difficilissimi da raggiungere. È un gap che difficilmente si potrà colmare, finché non si comprenderà come l'assistenza domiciliare possa essere integrata con l'assistenza sanitaria pubblica.

Dopo gli anni a Pavia e al San Donato Milanese, quali altre esperienze ha fatto?

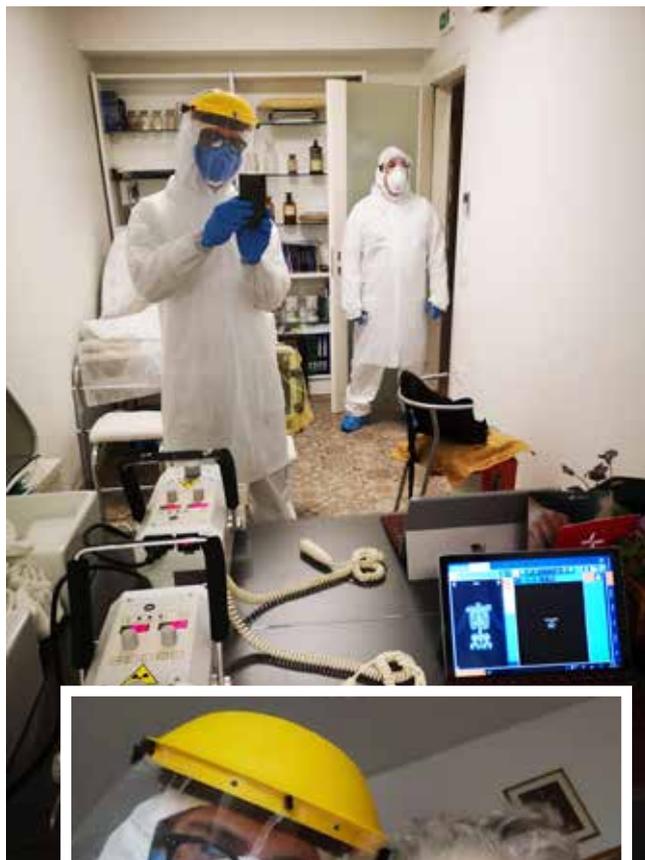
Professionalmente, la mia più grossa esperienza è stata quella con il Policlinico di Monza, dove ho lavorato per tanti anni nel reparto di Radiologia. Ho lavorato principalmente per le strutture di Vercelli, Monza, Novara e Alessandria. Sono stato vice-responsabile dell'Area di Radiologia Medica.

Come avviene l' "incontro" con il Covid?

Ero a casa ad Alessandria. Ero appena tornato da un'esperienza dall'estero. Il primo paziente Covid è stato rivelato a Codogno, molto vicino a dove risiedevo. Una sera mi ha chiamato il Comune di Azzano perché era scoppiata l'emergenza. Quando sono arrivato all'aeroporto di Orio al Serio, l'ho trovato completamente vuoto. Allora, ho capito che cosa stava succedendo. Poi, mi ha colpito il rumore assordante delle ambulanze. Quando sono stato immerso nella situazione d'emergenza – come responsabile e coordinatore dei presidi di Radiologia Domiciliare - il virus me lo sentivo addosso e ho avuto paura, è inutile negarlo, perché non si sapeva niente di quanto stava accadendo. Il primo paziente che ho assistito a Bergamo desaturava 70-72, con un deficit respiratorio veramente impressionante. Il secondo paziente era una signora con la bara del marito vicino a lei. Queste scene per me rimarranno per sempre impresse.

Quanto tempo è rimasto a Bergamo?

Sei mesi. Ho fatto l'intera prima emergenza del 2020, andando nelle case delle persone a fare le RX TORACE



per polmoniti interstiziali, non ospedalizzate perché non erano sufficienti le ambulanze. C'era una lista d'attesa che durava giorni. Il Comune di Azzano decise di fare questo servizio, che si avvaleva anche di personale volontario, quasi completamente gratuito. Tutti i pazienti che ho trattato, insieme ad un medico di base precario di origine siciliana che mi accompagnava, si sono salvati e curati a casa, senza ospedalizzazione, garantendo l'assistenza domiciliare a casa. Abbiamo cercato, con successo, di alleggerire il lavoro dei Pronto Soccorsi e degli Ospedali e ci siamo riusciti.

Dopo l'esperienza di Bergamo, che cosa è avvenuto?

A partire dal mese di settembre del 2020, in base all'esperienza acquisita, ho proposto a molti Comuni italiani di attrezzarsi per l'autunno, perché ritenevo fosse necessario rafforzare l'assistenza domiciliare. Purtroppo, le proposte sono state rifiutate. Non mi chieda perché, ma questo è quello che è avvenuto.

Quando avviene la decisione di trasferirsi in Puglia?

Ad ottobre del 2020, soggiornavo ad Avellino e vengo chiamato dall'ASL3 di Napoli per organizzare il territorio di competenza. Preparo il progetto, ma non ricevo risposta. Mi trasferisco a Caltagirone, dove ero stato chiamato e lì mi chiama la clinica Mangialardi, di Polignano a Mare, vicino Bari. In quello stesso periodo, ricevo una proposta di lavoro dalla SGA di Conversano, un grosso gruppo di Radiologia, sempre vicino Bari, con il quale tuttora

lavoro. Il mio obiettivo era però di creare l'assistenza domiciliare in questo territorio, perché amo entrare nella casa del paziente, dare assistenza e soprattutto mi piace la rassicurazione che vedo negli occhi del paziente quando questi vede un medico entrare nella sua casa. Mi radico, quindi, definitivamente in Puglia, in particolare nella provincia di Bari ed inizio a svolgere quest'attività che mi appassiona molto.

Che tipo di prestazioni domiciliari svolge?

Qualsiasi tipo di radiografia. Si usano radiazioni a basso dosaggio, pochissimo danno radioattivo, con una performance importante. È uno strumento fondamentale per la telemedicina, che dovrebbe essere potenziata e diffusa.

Progetti per il futuro?

Vorrei creare un vero e proprio Pronto Soccorso a domicilio, un "intermezzo" che manca tra paziente e ospedale, presente 24 ore su 24. Spero di riuscirci.

Anche all'Oms serve una cura

di *Giulia Alfieri*

IL FUTURO DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ NON SEMBRA ROSEO. GLI USA RIMANGONO CRITICI SULLA SUA GESTIONE. LA GOVERNANCE LASCIA A DESIDERARE. E I FINANZIAMENTI...



finanziamenti all'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) da parte degli Stati Uniti sono diminuiti del 25% durante la pandemia, l'equivalente di 200 milioni di dollari in un biennio, e il futuro sostegno di Washington all'agenzia delle Nazioni Unite è sotto esame. A darne notizia è l'agenzia di stampa Reuters.

A decidere di tagliare i fondi degli Stati Uniti all'Oms era stato l'ex presidente Usa, Donald Trump, il quale aveva dato l'annuncio nell'aprile 2020 per poi rendere effettiva la scelta il 6 luglio scorso.

L'organizzazione, che all'inizio della pandemia non condivise il divieto imposto da Trump all'ingresso negli Usa di viaggiatori dalla Cina, era stata accusata dalla Casa Bianca di essere "troppo filo-cinese" e di aver gestito in modo disastroso la pandemia.

Ma negli States, non solo Trump ha criticato l'Agenzia in merito alla pandemia. Anche i media americani più progressisti e critici nei confronti dell'ex presidente, ha scritto Repubblica, "non sono stati teneri nei confronti dell'Oms". È stato sottolineato, infatti, più volte che l'organizzazione ha atteso un mese prima di dichiarare la pandemia e che

il suo direttore generale, Tedros Adhanom Ghebreyesus, si è recato a Pechino “ad omaggiare Xi Jinping, tacendo sui silenzi e le censure iniziali con cui il governo cinese nascose al mondo l’epidemia”.

Tuttavia, fa sapere France24, Ghebreyesus si avvia verso il secondo mandato in quanto ieri ha ricevuto il sostegno necessario per la sua rielezione a maggio, nonostante il governo etiope lo abbia recentemente accusato di sostenere sia da un punto di vista diplomatico che militare l’esercito del Fronte di liberazione del Tigray (Tplf) nel conflitto in corso nella regione.

L’attuale presidente Usa, Joe Biden, fin dalla campagna elettorale, aveva però garantito che gli Usa sarebbero rientrati all’interno dell’organizzazione che avevano contribuito a fondare nel 1948 e così è stato.

Nel prossimo bilancio biennale dell’Oms, scrive Reuters, i fondi statunitensi sono destinati ad aumentare di nuovo, visti gli impegni presi e i 280 milioni di dollari promessi dall’amministrazione Biden, tuttavia Washington ha anche sollevato dubbi sul futuro sostegno all’organizzazione e sulla sua capacità di affrontare nuove sfide.

“Gli Stati Uniti cercano di capire meglio gli attuali meccanismi di finanziamento, le efficienze e il processo decisionale prima di considerare un aumento dei contributi valutati”, ha detto all’agenzia di stampa Mara Burr, funzionario sanitario statunitense.

Il calo di finanziamenti del 25% è il risultato dei tagli imposti da Trump, ma secondo un documento visionato in

esclusiva da Reuters, l’Agenzia è comunque riuscita a farcela anche senza i finanziamenti Usa grazie ad altri donatori che hanno permesso un aumento del suo bilancio totale.

Negli ultimi due anni, gli Stati Uniti hanno versato 672 milioni di dollari all’Oms, mentre nel biennio 2018-19 erano stati 893. Questo ha fatto sì che gli Stati Uniti non fossero più il primo donatore, cedendo il posto alla Germania, che li ha gradualmente sostituiti inviando trasferimenti da più di un miliardo di dollari negli ultimi due anni. Al terzo posto si trova poi la “Fondazione Bill e Melinda Gates” con 584 milioni di dollari donati nel 2020-21 e spesi in gran parte per un programma globale che mira a eradicare la polio. Ghebreyesus ha ribadito che l’attuale modello di finanziamento è insostenibile perché troppo rigido: “Il problema è che qualsiasi cosa abbiamo fatto è principalmente un budget stanziato, quindi non è abbastanza flessibile”.

“Il futuro successo dell’Oms dipenderà dal vostro sostegno”, ha detto il direttore generale rivolgendosi ai 194 Stati membri. Attualmente, il 16% del bilancio proviene da contributi statali obbligatori (che Ghebreyesus vorrebbe portare al 50% entro il 2028-2029), mentre il resto è costituito da contributi volontari di donatori pubblici e privati che decidono i settori o addirittura i progetti in cui devono essere utilizzati. Riferendosi al bilancio 2018-2019, il Corriere della sera scrisse: “Di fatto l’Oms gestisce il 20% del suo budget, perché il resto sono progetti specifici decisi dai privati, e non tutti trasparenti”. (www.startmag.it)

**L’80% DEI FONDI
SAREBBERO GESTITI
DA SOGGETTI PRIVATI**





Pubertà precoce

SECONDO UNO STUDIO, PROMOSSO DAL BAMBINO GESÙ DI ROMA E DA ALTRI QUATTRO CENTRI DI ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA, STRESS E ISOLAMENTO SAREBBERO TRA LE CAUSE PIÙ PROBABILI DELL'ACCELERAZIONE DELLO SVILUPPO DEI CARATTERI SESSUALI

di Annachiara Albanese

La ricerca coordinata dall'Ospedale Bambino Gesù che ha coinvolto i centri di Endocrinologia pediatrica dell'Ospedale Gaslini di Genova, del Policlinico Federico II di Napoli, dell'Ospedale Pediatrico Microcitemico di Cagliari e della Clinica Pediatrica Ospedale di Perugia, ha osservato i casi di pubertà precoce o anticipata nel semestre marzo – settembre 2020 in Italia, rilevandone 338 contro i 152 dell'anno precedente, con un aumento pari al 122%. I soggetti maggiormente interessati sono risultati le bambine di età intorno ai 7 anni. Lo studio pubblicato per Endocrine Connections conferma i numeri della precedente ricerca del Reparto di Endocrinologia

del Bambino Gesù, guidato dal prof. Marco Cappa nell'ambito dell'Unità di ricerca di Terapie Innovative per le Endocrinopatie e prova a far luce sulle cause.

Come si manifesta la pubertà precoce?

La pubertà precoce si identifica con l'inizio della maturazione sessuale prima degli 8 anni nelle bambine e prima dei 9 anni nei bambini. Annoverata tra le malattie rare, in Italia riguarda da 1 a 6 nati ogni 1000.

Il corpo del bambino inizia a trasformarsi in adulto prima del tempo, con un'accelerazione dello sviluppo dei caratteri sessuali e una rapida chiusura delle cartilagini di accrescimento osseo.

Per effetto di questo processo, i bambini crescono velocemente in altezza, ma esaurito il picco, la statura rimane inferiore alla media.

Per rallentare il processo di pubertà precoce occorre agire tempestivamente, prima degli 8 anni, con una diagnosi che permetta di intervenire tramite una terapia farmacologica.

Tra le bambine l'aumento più consistente di casi

Nel nuovo studio multicentrico, il maggiore aumento dei casi è stato osservato nelle bambine (328 pazienti nel 2020 contro 140 nel 2019, con un incremento del 134%) e soprattutto nella seconda metà del periodo di osservazione (92 bambine tra marzo e maggio rispetto alle 236 bambine del periodo tra giugno e settembre 2020, con un incremento del 156%). Non è stato invece rilevato un aumento significativo dei casi nei maschi (10 pazienti nel 2010 contro i 12 del 2019).

«Al momento non abbiamo spiegazioni per questa differenza tra i sessi – afferma Carla Bizzarri, pediatra endocrinologa del Bambino Gesù che ha coordinato lo studio -. Sappiamo però che la pubertà precoce è molto meno comune nel maschio rispetto alle femmine ed è più spesso il risultato di mutazioni genetiche predisponenti o disturbi organici dell'asse ipotalamo-ipofisario. Possiamo ipotizzare che l'impatto di fattori scatenanti ambientali, quali quelli correlati alla pandemia, sia meno significativo sui tempi della pubertà maschile».

L'età media delle bambine osservate per pubertà precoce nello studio multicentrico è intorno ai 7 anni (senza differenze tra il 2019 e il 2020). Confrontando le popolazioni del 2019 e del 2020 non si evidenziano differenze significative dei parametri clinici ed auxologici (ovvero peso, altezza, BMI cioè l'indice di massa corporea, peso alla nascita, età di inizio dei sintomi). In particolare, a differenza di quanto ci si sarebbe atteso dopo il primo lockdown del 2020, non è stato osservato un aumento significativo del peso e quindi del BMI.

Nel 2020 risulta, invece, un aumento significativo dei casi di pubertà precoce a rapida evoluzione, cioè di quelli che richiedono una specifica terapia farmacologica (135 su 328 bambine osservate nel 2020 a fronte di 37 su 140 bambine osservate nel 2019, con una forbice di incremento dal 26% al 41%).

Abitudini alimentari e stili di vita: i risultati della ricerca

Nelle interviste alle famiglie delle bambine con pubertà precoce riguardo le abitudini alimentari e lo stile di vita è emerso un aumento significativo dell'uso dei dispositivi elettronici (PC, tablet, smartphone) nel 2020 rispetto al 2019. L'aumento dell'uso complessivo settimanale di questi dispositivi è riconducibile all'introduzione della DAD (raramente usata nella scuola primaria prima del 2020), insieme alla persistenza del loro uso per lo svago nel tempo libero. Un uso maggiore dei dispositivi elettronici, d'altra parte, è stato rilevato, già nel periodo precedente

In Italia sono raddoppiati tra le bambine i casi di pubertà precoce





la pandemia, nelle bambine a cui è stata diagnosticata una pubertà precoce a rapida evoluzione nel 2020.

Il primo lockdown del 2020 ha provocato anche una drastica riduzione dell'attività fisica praticata da bambini e ragazzi, a causa del forzato confinamento domestico. In particolare, nel sottogruppo con pubertà precoce a rapida evoluzione del 2020, è stato rilevato uno stile di vita più sedentario, già evidente prima della pandemia. Riguardo alle abitudini alimentari, a fronte di un maggior senso di fame nelle pazienti del 2020 riferito dalle famiglie, non corrisponde un aumento significativo dell'uso di carni bianche o "cibo spazzatura".

Più della metà delle famiglie delle pazienti osservate nel 2020, infine, ha riferito di cambiamenti nel comportamento (59%) e segnalato un aumento rilevante di sintomi correlabili allo stress (63%).

Anche se non è possibile definire un sicuro nesso causale, i risultati suggeriscono che un evento stressante (come il primo lockdown del 2020) possa aver innescato una precoce attivazione puberale in soggetti predisposti a causa di uno stile di vita più sedentario già evidente prima della pandemia.

Il ruolo dello stress

Diversi studi scientifici hanno analizzato l'impatto del COVID-19 e dell'isolamento sociale sulla salute mentale di bambini e adolescenti, segnalando un aumento significativo dei disturbi comportamentali ed emotivi a seguito della chiusura delle scuole. In particolare, un recente lavoro dell'Unità di Neuropsichiatria Infantile del

Bambino Gesù ha descritto un disturbo da stress post-traumatico a causa della quarantena o dell'isolamento sociale nel 30% dei bambini osservati.

«Al di là dell'esercizio fisico in sé – afferma la dott.ssa Bizzarri -, diversi studi hanno dimostrato un'associazione positiva tra attività fisica e benessere psicologico nei bambini e negli adolescenti. Lo stile di vita sedentario, invece, è stato correlato sia all'aumento della depressione che alla percezione di una qualità di vita meno soddisfacente. Recentemente, inoltre, si è visto come l'ansia e la tendenza all'isolamento sociale nelle ragazze in età prepuberale siano associate a un esordio puberale precoce».

«Sappiamo oggi – prosegue la dott.ssa Bizzarri - che la secrezione dell'ormone ipotalamico che dà inizio allo sviluppo puberale (GnRH) è regolata a livello del cervello, ma i meccanismi responsabili non sono ancora completamente noti. Potremmo presumere che una disregolazione dei neurotrasmettitori cerebrali indotta dallo stress sia alla base dell'aumento di nuovi casi di pubertà precoce osservati durante la pandemia.

Lo stress potrebbe agire come un fattore scatenante più potente sui neuroni che secernono GnRH nelle ragazze con ulteriori fattori di rischio, come uno stile di vita sedentario e un eccessivo uso di dispositivi elettronici già evidenti prima della pandemia. La verifica di questa ipotesi apre interessanti prospettive di sviluppo per la ricerca clinica nel campo della pubertà precoce dei prossimi anni».



Pancreatite, la si può prevenire. Prima di tutto a tavola

*NEL PIATTO VANNO PREFERITI LEGUMI,
FRUTTA, VERDURE A FOGLIE, CARNI BIANCHE*

di Flavia Scicchitano

La pancreatite acuta è un disturbo abbastanza comune, che si manifesta con forti fitte improvvise nella parte superiore dell'addome, di durata e gravità differenti. Ne parla Alessandro Zerbi, responsabile di Chirurgia pancreaticata in Humanita, l'ospedale ad alta specializzazione, centro di ricerca e sede di insegnamento universitario con sede a Milano.

Per cominciare, che cos'è il pancreas?

Il pancreas è una ghiandola importantissima, di forma allungata, situata nell'addome, tra lo stomaco e la colonna vertebrale. Ha funzione endocrina, cioè secerne nel circolo sanguigno gli ormoni che sintetizza, ed esocrina,

che consiste nella produzione di enzimi fondamentali nella digestione.

Al suo interno troviamo le isole pancreatiche, strutture endocrine responsabili della produzione e della secrezione di alcuni ormoni, come l'insulina e il glucagone, che contribuiscono al controllo dei livelli di glicemia nel sangue. Un pancreas infiammato può causare una pancreatite acuta.

E quali sono i sintomi della pancreatite acuta?

La pancreatite acuta è un'infiammazione del pancreas che insorge in maniera improvvisa. Può essere di forma lieve, risolvibile in pochi giorni, o di forma più grave.



Al dolore nella parte alta dell'addome irradiato al dorso, primo sintomo della patologia, si possono affiancare vomito, nausea e febbre. Nei casi più gravi, questi sintomi possono evolvere in setticemia e insufficienza renale e respiratoria.

La pancreatite tende a insorgere in seguito a una calcolosi della colecisti, o calcoli della cistifellea, e, seppur con meno probabilità, può derivare da un episodio di abuso di alcolici.

Come si diagnostica la pancreatite acuta?

Certamente la propagazione del dolore è un primo dato importante che lo specialista potrà considerare. Gli esami del sangue mostreranno se i valori di alcuni enzimi, come amilasi e lipasi, abbiano subito un aumento: se il tessuto

pancreatico è danneggiato, infatti, i valori di questi enzimi risulteranno alterati.

In base alla gravità, si possono richiedere una semplice ecografia, che permette di verificare la presenza di calcoli biliari o una Tac dell'addome, eseguita con mezzo di contrasto.

Come va trattata la pancreatite acuta?

Se la pancreatite acuta è in forma lieve, saranno sufficienti due o tre giorni di digiuno e la somministrazione di flebo per rifornire l'organismo dei liquidi persi. Se, invece, abbiamo a che fare con una versione più grave, potrebbe essere necessario anche il ricovero in terapia intensiva e, in rari casi, un intervento chirurgico. Sarà lo specialista, in ogni caso, a proporre la terapia più adeguata alla circostanza.

Dall'alimentazione può arrivare un aiuto a evitare l'insorgere di una pancreatite acuta?

Come in molti altri casi, la dieta mediterranea viene in aiuto a eventuali squilibri del pancreas. Limitare il consumo di grassi animali e di zuccheri, incrementando il consumo di legumi, frutta, verdura e alimenti ricchi di antiossidanti, può essere una scelta vincente. Carni bianche, cereali integrali, frutta secca, verdure a foglia verde sono degli esempi di alimenti "amici" del pancreas. (www.humanitassalute.it)

Un disturbo abbastanza comune che si manifesta con forti fitte improvvise



**I BAMBINI
SORDOCIECHI,
IL TUO AIUTO
LO TOCCHERANNO
CON MANO.**

Sono ancora tanti i **bambini sordociechi** che sognano un futuro migliore. Per ridurre le lunghe liste d'attesa e garantire una maggiore qualità dei servizi la **Legga del Filo d'Oro** sta costruendo il nuovo **Centro Nazionale**. Un posto che chi non vede e non sente potrà conoscere con le proprie mani. **Costruiamo il futuro dei bambini sordociechi**, insieme possiamo realizzare cose straordinarie.

#UNASTORIADIMANI

DONA ORA AL
45514
DAL 1 SETTEMBRE AL 31 DICEMBRE



lega del filo d'oro
www.unastoriadimani.it

2 € con SMS da cellulare



TIM Vodafone Iliad postemobile coopvoce TISCALI

5 o 10 € con chiamata da rete fissa



Vodafone



FASTWEB

TISCALI

5 € con chiamata da rete fissa



Conversense

postemobile



L'amore si vede dalla pupilla

*L'IRIDE DILATATO PUO' AVERE MOLTEPLICI CAUSE.
TRA QUESTE L'EMOZIONE PROVOCATA DALL'ATTRAZIONE*

di *Annachiara Albanese*

Lenstore, società leader nel settore delle lenti a contatto, ha analizzato nove motivi per i quali le nostre pupille si dilatano e l'amore è uno di questi.

Numerosi studi dimostrano che le emozioni giocano un ruolo importante nella dilatazione e restrizione pupillare, una reazione del tutto involontaria controllata dal sistema nervoso autonomo. Ma quali sono i motivi dietro questo riflesso involontario?

Il sistema nervoso autonomo avvia una serie di reazioni causate dalle emozioni, come l'eccitazione o la felicità. L'ormone della felicità, conosciuto anche come dopamina, viene prodotto dal nostro corpo quando aspettiamo qualcosa di piacevole come le attenzioni di una persona cara. Tra i suoi effetti, c'è anche la dilatazione delle pupille.

Per questo, quando guardiamo una persona a cui vogliamo bene e notiamo che ha le pupille dilatate, signifi-

ca che prova forti sentimenti per noi.

Le pupille sono controllate dai muscoli dell'iride – la zona pigmentata – che, a sua volta, dipende dal sistema nervoso. Il fenomeno avviene per regolare la quantità di luce che entra nell'occhio se siamo al buio e si restringono negli ambienti molto luminosi.

Sebbene con l'età tenda a ridursi, il diametro ha un'ampiezza media che va dai due ai quattro millimetri. In caso di dilatazione, però, arriva a misurare tra i quattro e gli otto millimetri: il doppio rispetto alla dimensione normale.

Quando guardiamo una persona che ci attrae è possibile che una forte emozione possa causare la dilatazione delle pupille.

Alcuni studi hanno evidenziato come gli uomini eterosessuali risultino più attratti dalle donne con pupille dilatate. Posti davanti a due foto della stessa donna, i

partecipanti sceglievano quella con le pupille più grandi. Il motivo? Lo sguardo sembrava più attraente e aperto. Inoltre, la donna veniva descritta come “dolce”, “carina” e “femminile”. Se le pupille erano ristrette, invece, veniva percepita come “dura”, “fredda” ed “egoista”. Da notare che nessuno si è accorto che le pupille avevano dimensioni diverse nelle foto.

I ricercatori hanno tuttavia riscontrato che le donne non rispondono allo stesso modo degli uomini. Al contrario, sono attratte da vari gradi di dilatazione pupillare. A confermarlo è un esperimento condotto da Selina Tombs e Irwin Silverman del Dipartimento di Psicologia dell'Università di York. I due ricercatori hanno notato che le partecipanti eterosessuali in cerca di relazioni brevi erano più attratte dalle foto con gli uomini dalle pupille dilatate. Quelle che preferivano relazioni a lungo termine, invece, trovavano attraenti le pupille ristrette.

Altri studi hanno anche riscontrato che la dilatazione pupillare può essere una reazione all'eccitazione. La dimensione e la gradazione cromatica sarebbero quindi dei segnali per determinare l'interesse sessuale.

Quali altre emozioni causano la dilatazione delle pupille?

L'amore e lo stato di eccitazione non sono le uniche emozioni che possono provocare il fenomeno di dilatazione, altri ad esempio sono la rabbia, la paura e l'ansia. Come reazione a questi stati emotivi, la pupilla può dilatarsi per permetterci di valutare meglio i pericoli. Esattamente come succede ad alcuni animali quando si preparano ad attaccare.

Le altre possibili cause

La presenza di “midriasi”, ovvero di dilatazione pupillare in assenza di cause emotive o di luminosità, può essere sintomo di lesioni, malattie oculari, assunzione di farmaci. Ma quali sono le cause più comuni? Sette in tutto. Eccole.

Farmaci

Alcuni farmaci possono influenzare i muscoli dell'iride e provocare quindi la dilatazione della pupilla. Ad esempio si tratta di medicinali che contengono Botox come principio attivo, antistaminici, medicinali per la cura del morbo di Parkinson, medicinali contro il mal d'auto e mal di mare, atropina e farmaci anticonvulsivi

Lesioni oculari

Danni ai nervi o ai muscoli dell'iride possono causare la

dilatazione o l'irregolarità della forma della pupilla. Questo tipo di lesione può verificarsi come complicazione di un intervento oculare, come il trapianto della cornea o la rimozione della cataratta.

Malattie o danni cerebrali

Ferite al cervello, ictus o tumori possono causare pressione all'interno del cranio e di conseguenza danneggiare i muscoli dell'iride. Indipendentemente che si verifichi in uno o entrambi gli occhi, c'è la possibilità che le pupille rimangano dilatate e non reagiscano agli stimoli luminosi.

Ecco spiegato perché, durante una visita, l'oculista punta una luce negli occhi del paziente: in questo modo può vedere se le pupille si restringono. Lo stesso vale per gli atleti infortunati: l'assenza di dilatazione potrebbe essere dovuta a un trauma cranico

Consumo di stupefacenti

Il consumo di sostanze stupefacenti come cocaina, anfetamina, LSD ed ecstasy può causare la dilatazione della pupilla e il rallentamento della risposta oculare agli stimoli luminosi. La dilatazione pupillare può protrarsi anche durante il processo di disintossicazione.

Sindrome di Adie

La sindrome di Adie (o pupilla tonica di Adie) è una rara malattia neurologica. Le pupille mostrano un diametro maggiore del normale, non si restringono o reagiscono molto lentamente a uno stimolo luminoso intenso. Non esiste una cura e spesso la causa che la provoca è sconosciuta.

Aniridia congenita

L'aniridia congenita è presente fin dalla nascita e generalmente si manifesta in entrambi gli occhi. In questa rara condizione patologica, l'iride è totalmente assente o presente in parte. Di conseguenza, l'occhio non riesce a regolare la quantità di luce che entra al suo interno. Ciò causa fotofobia e una forte dilatazione delle pupille. Midriasi unilaterale episodica benigna

La midriasi unilaterale episodica benigna è una condizione oculare innocua che causa la dilatazione di una sola pupilla. Spesso si accompagna a offuscamento della vista, cefalea, e dolore oculare. Si definisce benigna perché non è correlata a nessuna condizione grave.

Si risolve senza trattamento: la pupilla torna al suo normale diametro nel giro di qualche ora, ma può anche durare per più giorni.

Quando è che dobbiamo rivolgerci al medico

Nella maggior parte dei casi, la dilatazione pupillare non è motivo di allarme. A volte, però, può indicare patologie più serie. Se le pupille sono dilatate e non reagiscono a stimoli luminosi intensi, prenota una visita dall'oculista. In caso di trauma cranico e lesione cerebrale, recati subito al pronto soccorso, specie se una pupilla è più grande dell'altra.

**Amore a parte,
questo fenomeno può
avere anche cause
che impongono
il ricorso al medico**

...CHOOSE FROM THE HEART...



***SECORD
MEDICAL***



SECORD MEDICAL s.r.l. - Forniture medico ospedaliere
Via Sambuca Pistoiese, 72 - 00138 Roma
Tel. 06/86.200.504 - Fax 06/86.202.209 - e-mail: secordmedical@gmail.com

ECO MICROVAVE SABERWAVE



Modalità: Continua, Pulsata e Tiroide

Antenne:

11G, 14G, 15G, 16G e 17G Diametri

10cm, 15cm, 20cm, 25cm e 30cm

Lunghezze

Cavi staccabili per utilizzo sotto guida TC

Novità: Antenna per MRI

