

il caduceo

Vol.13, n° 4 - 2011



Il Caduceo

Rivista di aggiornamento
scientifico e cultura medica

REGISTRAZIONE
AL TRIBUNALE DI ROMA
AUT. N° 196/99 DEL 27/04/1999

DIRETTORE RESPONSABILE
M. Sperone

DIRETTORE SCIENTIFICO
Co-EDITOR
B. Trinti

COMITATO SCIENTIFICO
**F. Palazzo, A.F. Radicioni,
S. Sciacchitano, A. Torre,
S. Trinti**

COORDINAMENTO EDITORIALE
S. Trinti

SEGRETARIA DI REDAZIONE
A. Cecchi

EDITORE
RM '81 S.p.a.
Via Eschilo, 191 - Roma

STAMPA
Arti Grafiche Tris S.r.l.
Via delle Case Rosse, 23
00131 Roma

FINITO DI STAMPARE NEL MESE
DI DICEMBRE 2011
TIRATURA: 10.000 COPIE

Foto di Copertina
Luce blu by Brigitte Baron

Rivista medica periodica a distribuzione gratuita,
edita a cura dell'Unione Sanitaria Internazionale in
collaborazione con Cancer Therapy & Prevention
Research Association - Onlus.

Le pubblicazioni o ristampe degli articoli della
rivista devono essere autorizzate per iscritto
dall'editore.

Il contenuto degli articoli e degli inserti pubblicitari
de Il Caduceo sono redatte sotto la responsabilità
degli autori e degli inserzionisti.

 Associato USPI
Unione Stampa Periodica Italiana

Redazione:
Via Machiavelli, 22 - 00185 Roma
Tel. 06.32.868.34.04
Fax 06.77.25.04.82
ilcaduceo@hotmail.com
www.usi.it


Unione Sanitaria Internazionale

SOMMARIO

1. Sommario
2. Istruzioni agli Autori
3. L'igiene vocale
E.F.M. Bellizzi, C. Marsico
6. Classificazione e studio delle anomalie
coronariche con TC multidetettore a 320 strati
G. Pero, E. Popolizio, C. Gaudio
13. Studio sull'incidenza di ipovitaminosi D
in una popolazione anziana in uno studio
di medicina generale
V.M. Magro
16. Le nostre orme una traccia per il loro futuro
Ass. Luigi Sperone
19. L'importanza della Psicoeducazione
per i pazienti affetti da disturbo bipolare
*L. Vergnani, G. Trabucchi, A. Minichino,
R. Pannese, R. Delle Chiaie, M. Biondi*
23. LILT – ESOPPO: Epidemiological Study of Pain
in Oncology
*C. Cipolla, A. Maturo, A. Dell'Erba, A. Martoni,
V. Zagonel, F. Schittulli*
24. LILT – L'esperienza del dolore nei malati
oncologici: estensione, caratteristiche,
possibili soluzioni. Una ricerca nazionale
C. Cipolla, A. Maturo
27. LILT – Le problematiche economiche
e logistiche del paziente oncologico in Italia
N. Patriarca
32. All'USI fisioterapia vuol dire fiducia
M. Trecca
34. "Il Milione News"
Rubrica a cura di E. Rosati
36. La sacra ombra del male
M. Trecca

ISTRUZIONI AGLI AUTORI

Il Caduceo pubblica articoli originali, rapporti di gruppi di lavoro, presentazioni di casistica, note tecniche, lettere all'Editore, che abbiano come argomento le scienze mediche e biologiche ovvero opinioni pertinenti il campo biomedico.

Gli articoli vanno inviati alla redazione. Si accettano solo articoli non pubblicati, in tutto o in parte, in altri giornali. I testi debbono essere presentati in triplice copia dattiloscritti, con spaziatura doppia ed ampi margini laterali. Al testo scritto va accluso un CD registrato con programmi di Word processor IBM compatibili (Word 2003-2007). Ogni articolo deve essere preceduto da una prima pagina su cui vanno indicati: titolo del lavoro; nome e cognome degli Autori; denominazione dei reparti di appartenenza; titolo corrente; nome, indirizzo e numero telefonico dell'Autore responsabile dei rapporti con la rivista.

Previo accordo con la redazione si accettano anche articoli, con le caratteristiche su citate, inviati come allegati e-mail.

Gli articoli originali debbono essere di regola impostati seguendo uno schema costituito da:

- 1) SOMMARIO
- 2) INTRODUZIONE
- 3) MATERIALI E METODI
- 4) RISULTATI
- 5) DISCUSSIONE
- 6) EVENTUALI RINGRAZIAMENTI
- 7) BIBLIOGRAFIA

1. SOMMARIO. Non deve superare le 250 parole. Deve da solo poter esprimere il significato del lavoro: comprende una frase introduttiva, la presentazione della entità della casistica, i risultati fondamentali e un commento conclusivo. In calce al sommario debbono essere indicate le Parole chiave: da un minimo di tre a un massimo di sei.

2. INTRODUZIONE. Deve comprendere una breve ricapitolazione dell'argomento con richiami bibliografici essenziali, illustrando il punto da cui si è partiti per iniziare lo studio in oggetto. Deve chiarire in modo particolare lo "scopo dello studio".

3. MATERIALI E METODI. Deve comprendere una completa ma breve descrizione della casistica in esame e dei metodi usati per valutarla. Casistiche ampie e/o complesse possono giovare di presentazioni mediante una o più tabelle.

4. RISULTATI. Devono essere espressi in modo chiaro e conciso, senza interpretazioni e commenti, anche per essi possono essere utili una o più tabelle. L'iconografia a completamento della descrizione dei risultati deve essere chiara ed essenziale.

5. DISCUSSIONE. Deve interpretare e commentare i risultati, facendo riferimento alla letteratura esistente, specificando e spiegando eventuali discordanze con la stessa. Nei lavori di tipo clinico, sarà utile paragonare i risultati ottenuti con quanto dimo-

strabile con altre metodiche e presentare l'eventuale impatto dei risultati nella pratica quotidiana.

6. RINGRAZIAMENTI. Eventuali ringraziamenti e riconoscimenti debbono essere riportati su una pagina separata.

7. BIBLIOGRAFIA. Deve essere essenziale, ma completa ed aggiornata. Deve comprendere i soli Autori nominati nel lavoro, elencati in ordine di citazione. I titoli delle riviste vanno abbreviati attenendosi a quanto riportato nell'esempio:

Bosch FX, Munoz N. The causal relation between HPV and cervical cancer. J Clin Pathol 2002;55: 244-65.

L'accuratezza della bibliografia è sotto la responsabilità degli Autori.

Figure, immagini o foto

- formato TIFF, JPG, EPS o PDF
- risoluzione delle immagini/foto da 300dpi in su
- ordinate in modo progressivo e usando numeri arabi.

Tabelle

Devono essere ordinate in modo progressivo, usando numeri romani, con numerazione separata rispetto a quella delle illustrazioni, anch'esse vanno inviate in formato elettronico.

Didascalie

A corredo delle figure e delle tabelle, devono essere dattiloscritte, a parte, su uno o più fogli formato Word.

I lavori di Presentazione di Casistica devono essere più concisi e accompagnati da un breve sommario. È necessario peraltro mettere ben in evidenza lo scopo del lavoro e descrivere in modo accurato, ma non prolisso, il caso clinico. Si consiglia di non superare le dieci voci bibliografiche.

Ai manoscritti deve essere acclusa la seguente dichiarazione, firmata da tutti gli Autori: "Il (i) sotto-scritto (i) trasferisce (scono) il copyright concernente il presente articolo a: il Caduceo - Sede redazione - Via Machiavelli, 22 - 00185 Roma.

Egli (Essi) dichiara (no) che l'articolo, non è stato pubblicato in tutto o in parte e che non è presente nell'attesa di accettazione presso altre riviste".

N.B. Si invitano gli Autori, prima di inviare il manoscritto, ad una attenta rilettura dello stesso, sia per quanto riguarda la parte linguistica formale che quella dei contenuti, poiché la redazione, non riproponendo sempre la revisione delle bozze agli Autori, declina ogni responsabilità sulle modifiche interpretative apportate nella stesura definitiva del lavoro.

L'igiene vocale

E.F.M. Bellizzi °, C. Marsico °°

° Consulente Otorinolaringoiatra U.S.I

°° Dirigente Medico Otorinolaringoiatra Ospedale S.Eugenio - Roma

L'igiene vocale ha un ruolo fondamentale nella prevenzione dei fattori di rischio che possono alterare la voce, infatti, rappresenta il primo gradino della terapia riabilitativa logopedica.

I fattori di rischio della voce possono causare lesioni prima funzionali e poi organiche delle corde vocali (Fig. 1); essi sono numerosi ed originano, in particolare:

- dall'abuso vocale ;
- dall'ambiente;
- dallo stile di vita;
- dallo stato di salute generale;
- dall'assunzione di farmaci.

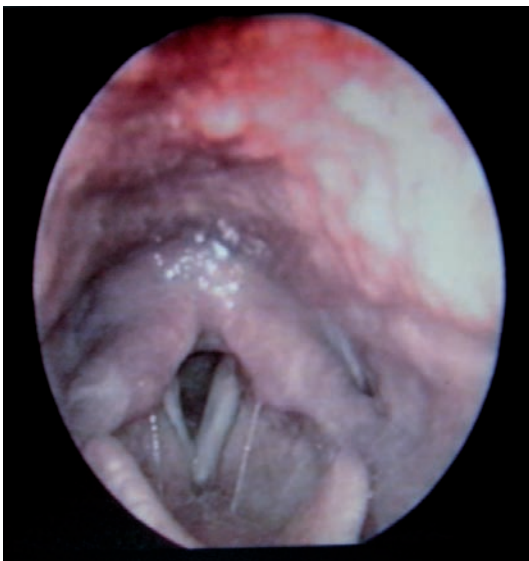


Fig. 1 - Visione endoscopica delle corde vocali.

L'abuso vocale

L'abuso vocale è il principale fattore di rischio e può insorgere da ognuna o da più di queste abitudini vocali:

- il parlare ed il cantare con intensità elevata a causa di ambienti o rumorosi, o troppo grandi, o con una acustica difettosa;
- l'uso di una tessitura non adatta alla propria voce parlando in un range di altezze non appropriato alle proprie caratteristiche vocali (le imitazioni di voci altrui);
- l'ignorare che i propri mezzi vocali non sono senza limiti ed anche la voce si affatica per cui bisogna saper discernere i primi segni della stanchezza vocale ed autolimitarsi;
- la non utilizzazione di tecniche di riscaldamento e di raffreddamento vocale;
- il parlare con voce sussurrata o bisbigliata, essendo

la voce bisbigliata non meno faticosa e lesiva di quella gridata;

- il ridere senza controllo;
- l'urlare ed il gridare durante il lavoro e nella vita quotidiana;
- il tossire ed il raschiare continuamente la gola (raccage).

L'ambiente

Il principale fattore di rischio presente nell'ambiente in cui si vive e si lavora è rappresentato dalla presenza di emissioni sonore che costringono ad elevare l'intensità della voce. L'inquinamento acustico non rappresenta però, l'unico elemento di rischio proveniente dall'ambiente, spesso, infatti ci si trova a lavorare in ambienti con microclima fortemente alterato. Infatti, le fragili mucose delle vie aeree in generale e delle corde vocali, in particolare, non sopportano il clima caldo e asciutto, essendo il 60-65% il loro livello ideale di umidità ambientale. Ed una mucosa faringo-laringea disidratata è più vulnerabile alle infiammazioni ed è maggiormente colpita dall'abuso vocale. A tutto ciò bisogna sommare i danni dell'inquinamento ambientale, dovuto a polveri ed acari presenti in ambienti poco aerati e con molta tappezzeria, favorenti nei soggetti atopici la comparsa di affezioni allergiche, come la temibile asma.

Le abitudini di vita

Tra le abitudini di vita che maggiormente possono influenzare l'emissione vocale, dobbiamo annoverare: le consuetudini voluttuarie come l'uso di fumo, alcool e droghe, lo stress, l'alimentazione errata, l'abbigliamento scomodo e l'attività fisica forsennata.

Consuetudini voluttuarie - Tra le consuetudini voluttuarie, sicuramente dannose per la voce, abbiamo: il fumo di tabacco, l'assunzione di sostanze stupefacenti e di alcool. Il fumo di tabacco danneggia l'emissione vocale con molteplici azioni lesive: a) lo stato di infiammazione continuo che induce sulle mucose faringo-laringee edema cronico delle stesse e produzione di secrezioni catarrali; b) lo stato di secchezza indotto dal calore che esso trasferisce alle suddette mucose; c) il favorire l'insorgenza di patologie polmonari che causano un'insufficienza del mantice polmonare. Tra le sostanze stupefacenti ricordiamo l'uso di cocaina e cannabinoidi. L'inalazione di cocaina comporta un danno, soprattutto, a carico delle mucose rinofaringee determinato dall'irritazione ed essiccamento delle stesse con possibili epistassi recidivanti, a cui si somma uno stato

di euforia che induce un inconsapevole abuso vocale protratto nel tempo per incapacità di sentire la fatica. Mentre il fumo dei cannabinoidi provoca danni del tutto sovrapponibili a quello del fumo di tabacco ma decisamente più intensi. Infine, l'assunzione di alcool riduce la coordinazione motoria a livello articolatorio fonatorio, aumenta la secrezione gastrica con possibile comparsa del reflusso gastro-esofageo, e determina a livello della mucosa della corda vocale una vasodilatazione con conseguente edema ed iperemia della stessa che la rendono più vulnerabile allo sforzo vocale, per cui si sconsiglia l'uso di sostanze alcoliche sia prima che dopo una prestazione vocale.

Lo stress - Lo stress e l'ansia che lo accompagna provocano una postura ed una respirazione scorretta ed inadeguata ad una corretta emissione vocale. Infatti, il corpo diviene rigido per l'aumento della tensione muscolare anche a livello laringeo, mentre la respirazione diventa costale superiore, e il ritmo respiratorio si velocizza e le prese d'aria si fanno insufficienti. Infine, le corde vocali assumono un atteggiamento adduttorio con riduzione della mobilità glottica che non favorisce la fonazione.

Le abitudini alimentari errate - Al fine di conservare una buona voce è indispensabile un ottimale livello di idratazione corporea con l'assunzione quotidiana di almeno due litri di acqua, soprattutto, per coloro che utilizzano la voce professionalmente come i cantanti. L'acqua, infatti, consente di ottenere una discreta idratazione delle mucose faringo-laringee e fluidifica il muco che, accumulandosi a livello del bordo cordale, ostacola il ciclo vibratorio della mucosa laringea e induce la necessità di raclage. È auspicabile limitare l'assunzione di bevande e alimenti contenenti caffeina, tè, caffè, coca-cola, bevande energetiche e cioccolato per il loro effetto diuretico (inducente disidratazione), e per l'azione irritante sulla mucosa laringea cordale sia su quella gastrica che favorisce il reflusso gastro-esofageo. Inoltre, è consigliabile la riduzione del consumo di: alimenti piccanti e speziati, bibite gassate, agrumi, kiwi, castagne, pomodori, succhi di pompelmo, etc.. che risultano irritanti per la mucosa faringea ed aumentano l'incidenza del reflusso gastro-esofago-laringeo. Ed infine è meglio non assumere cibi e bevande calde (zuppe, tisane, cappuccino, ecc), soprattutto, dopo una prestazione vocale impegnativa per evitare anche l'azione lesiva del calore del cibo.

L'abbigliamento scomodo - L'abbigliamento non deve ostacolare i movimenti del mantice respiratorio, è quindi da evitare tutto ciò che può rivelarsi costrittivo per il distretto toraco-addominale, come pantaloni o abiti stretti, che non consentono il normale allungamento costale inferiore e la protrusione dell'addome. Inoltre, le scarpe non dovrebbero essere troppo alte perché aumentando la lordosi della colonna lombare e cervicale provocano un'iperestensione del capo con conseguente aumento di tensione laringea, mentre i tacchi a spillo causano instabilità che ingenera rigidità corporea.

L'attività fisica forsennata - Una contenuta attività fisica può esser valida per assicurare un buon tono muscolare, bisogna però evitare gli sport molto faticosi

che comportano un ipertono muscolare, come ad esempio gli sport di lotta, i pesi, etc.. In ogni caso va evitato l'utilizzo della voce durante uno sforzo o un esercizio fisico e dopo un'intensa attività fisica.

Lo stato di salute generale

L'apparato di emissione vocale, ed in particolare la laringe ed i polmoni, risentono dello stato generale di salute dell'intero organismo. In particolare, alcune patologie possono influenzare la funzionalità vocale: le infiammazioni delle prime vie aeree, il reflusso esofageo, le allergopatie dell'apparato respiratorio e la sindrome pre-mestruale.

Inflammazioni delle prime vie aeree - Le infiammazioni delle vie aeree superiori devono essere curate immediatamente al fine di evitare l'interessamento della laringe, se però questo dovesse avvenire con comparsa di disfonia bisogna rispettare un periodo di riposo vocale ed in presenza di secrezione mucosa bisogna aumentare l'idratazione per fluidificare ed espellere il muco che, depositandosi sul bordo libero cordale, indurrebbe raclage, mentre la presenza di tosse deve indurre a cercare di tossire dolcemente per evitare i violenti traumatismi alle corde vocali che la tosse comporta.

Reflusso esofageo - Il reflusso esofageo, molte volte asintomatico, è presente in molti disturbi vocali a causa dell'infiammazione prodotta sulla mucosa laringea soprattutto a livello posteriore, con conseguente affaticamento vocale e necessità di raclage. La sua comparsa è dovuta a più cause riconducibili ad un regime alimentare disordinato (caffè, tè, cioccolata, bibite gassate, cibi piccanti, frittture, grassi), a ritmi di vita troppo intensi e stressanti, al sovrappeso e all'assunzione di farmaci antinfiammatori e cortisonici.

Le allergopatie dell'apparato respiratorio - Poiché le manifestazioni allergiche dell'apparato respiratorio causano edema della mucosa nasale, ostacolando una corretta respirazione (rinite allergica), broncospasmo a livello bronchiale con diminuzione della capacità respiratoria (asma bronchiale), irritazione faringea con sensazione di corpo estraneo in gola e muco a livello del bordo libero cordale, con conseguente necessità di raclage, per non danneggiare l'emissione vocale si impone una loro cura accurata e preventiva, tenendo presente che la terapia farmacologica con antistaminici, anche se utile, ha un effetto disidratante sulle mucose.

La sindrome premenstruale - La sindrome premenstruale determina una serie di modificazioni a livello di tutti i tessuti dell'organismo a causa della forte stimolazione estrogenica: rilassamento muscolare, vasodilatazione intra-tissutale e ritenzione di sali e di acqua. Tutto questo determina un insieme sintomatologico: ansietà e irritabilità; sonnolenza e faticabilità muscolare; riduzione della motilità gastrica con possibile reflusso e meteorismo intestinale e dolori addominali per contrazioni uterine. A livello dell'apparato fonatorio vi è un edema a livello dello strato intermedio della lamina propria della mucosa cordale ed aumento della massa cordale con conseguente maggior suscettibilità agli stati infiammatori. Le modificazioni della voce

sono caratterizzate da riduzione dell'adattabilità vocale soprattutto verso i toni acuti, una difficoltà nella regolazione dell'intensità anche per i concomitanti sintomi addominali già descritti che limitano il controllo dell'appoggio respiratorio.

Le cure farmacologiche

Qualunque terapia farmacologica ha un effetto diretto o indiretto sulla voce. In particolare, numerosi farmaci hanno un effetto disidratante a livello delle vie aeree superiori, come gli antistaminici, i diuretici, i farmaci antiedemigeni, i farmaci anti-tussigeni a base di codeina o antistaminici, gli antiipertensivi ed i balsamici. E la disidratazione delle mucose faringo-laringee le rende vulnerabili alle infiammazioni e favorisce l'instaurarsi dello sforzo vocale. I farmaci antistaminici, in aggiunta, aumentano la viscosità del muco particolarmente a livello della mucosa cordale. Tra gli antinfiammatori, l'aspirina ha effetto vasodilatatorio, e favorisce l'emorragia della mucosa cordale, mentre i corticosteroidi favoriscono l'insorgenza del reflusso esofageo.

Gli antidolorifici possono nascondere le prime avvisaglie dello sforzo vocale, aumentando il pericolo dell'instaurarsi di danni da sovraccarico.

L'uso di betabloccanti può dar luogo a spasmi laringei ed aumentare la salivazione.

I farmaci anabolizzanti, talvolta utilizzati per aumentare le prestazioni fisiche e superare la stanchezza, causano virilizzazione della voce spesso irreversibile. Mentre, in alcuni casi, l'assunzione di antistaminici e psicofarmaci, come i sonniferi, possono ingenerare i rischi per la voce alterando la motricità fine, per il loro effetto sedativo, con consequenziali difficoltà articolatorie. Ugualmente, l'assunzione di prodotti erboristici non è esente da rischi per la voce, ad esempio la radice di liquirizia favorisce la ritenzione idrica e di conseguenza l'edema della mucosa cordale, mentre la menta piperita, rilasciando la muscolatura liscia, può favorire il reflusso esofageo.

Bibliografia

1. Aronson A. I disturbi della voce. Milano: Masson Italia Ed. 1985
2. Fussi F, Magnani S. Lo Spartito Logopedico. Torino. Omega Ed. 2003.
3. Le Huches F, Aliali A. La Voce. Milano. Masson Ed. 1994.
4. Magnani S. Igiene Vocale. In: Magnani S. Comunicare a Teatro. Torino. Ed Omega. 1991.
5. Magnani S. Clinica delle disfonie. In: Magnani S. Curare la Voce. Milano. Franco Angeli Ed. 2005.
6. Sataloff RT. Vocal Health and Pedagogy. San Dieso. London. Singular Publishing group Inc. 1996.



Ottima riuscita della presentazione della Società Scientifica Telesa a Montecitorio, per l'occasione premiati 18 giovani ricercatori e consegnata la rivista "Il Caduceo" agli intervenuti

Con il patrocinio del Ministero della Salute, della Gioventù, del Comune di Roma e di Lazio Salute e Sanità per l'eccellenza è stata presentata il giorno 13 ottobre scorso a Palazzo Montecitorio, presso la Sala del Mappamondo, la Società dei Tecnici Sanitari di laboratorio biomedico "Telesa". Autorevoli le presenze politiche registrate quali il Prof. Giuseppe Palumbo, Presidente della XII^a Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati che ha portato il saluto a nome del Governo e incoraggiato tutte le espressioni della ricerca nel campo biomedico e della medicina di laboratorio, il Sen. Stefano De Lillo, componente della Commissione Igiene e Sanità

del Senato che ha elogiato l'impegno delle Professioni Sanitarie nel rilancio del sistema salute italiano, nonostante le difficoltà di bilancio e l'On.le Beatrice Lorenzin, madrina di Telesa, che nel suo intervento ha sostenuto che l'iniziativa rappresenta un esempio del dinamismo e vitalità dei giovani ricercatori italiani nel campo biomedico. La premiazione dei ricercatori è stata compiuta dal Prof. Fernando Aiuti, immunologo di fama internazionale e Presidente della Com-



missione Salute di Roma Capitale, che nel suo intervento ha ricordato gli anni di studio e ricerca negli Stati Uniti sull'AIDS dove il ruolo del tecnico sanitario di laboratorio analisi era fondamentale.

Alla cerimonia erano presenti altre Società Scientifiche quali la Federazione Diabete Giovanile, la Società Italiana di Anatomia Patologica e Citologia Diagnostica, la Società Italiana di Citometria, l'Associazione Medici Diabetologi, la Federazione Centri per la diagnosi della trombosi e la sorveglianza delle terapie antitrombotiche, il Club Epatoologi Italiani e la Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza. I componenti del Comitato Scientifico sono stati presentati dal Direttore Scientifico di Telesa, dott. Tiziano Zanin e dal Presidente della Confederazione Antel-Assiatel-Aitic, dott. Fernando Capuano.



Classificazione e studio delle anomalie coronariche con TC multidetettore a 320 strati

Gaetano Pero, Elisabetta Popolizio, Carlo Gaudio

Dipartimento di Scienze Cardiovascolari, Respiratorie, Nefrologiche e Geriatriche. Policlinico Umberto I. Università "Sapienza" Roma.

La cardiopatia ischemica è nella maggior parte dei casi causata dalla malattia aterosclerotica delle arterie coronarie, sebbene siano state individuate cause non aterosclerotiche in una discreta percentuale di pazienti. In particolare circa il 4-7% dei soggetti con infarto miocardico acuto non ha placche, e questa percentuale si quadruplica nel caso di individui di età inferiore ai 35 anni come dimostrato tramite studi angiografici, autoptici o entrambi^{1,2}.

Gli eventi acuti nei pazienti con infarto miocardico letale e coronarie pervie possono essere spiegati nel 50-60% dei casi con lo spasmo coronarico (anatomia normale), mentre nel 40-50% dei casi si dimostrano anomalie congenite dell'albero coronarico. I progressi tecnologici che ha subito la Tomografia Computerizzata (TC) negli ultimi dieci anni, culminati nel 2008 con l'introduzione nella pratica clinica del tomografo multidetettore a 320 strati, hanno reso questa metodica il gold standard nella ricerca delle suddette alterazioni congenite, permettendo di effettuare una diagnosi accurata, precoce e non invasiva nei soggetti giovani con sintomatologia atipica e indicazioni dubbie all'angiografia coronarica convenzionale.

Le anomalie congenite coronariche

Le variazioni dell'anatomia coronarica si riscontrano molto più frequentemente in soggetti con arteriopatie congenite rispetto agli individui altrimenti normali, tuttavia le forme isolate non sono eccezionali. Queste malformazioni sono state ritrovate nello 0,3-0,5% dei casi nelle serie autoptiche e nello 0,3-1,3%^{3,4} dei pazienti sottoposti ad angiografia coronarica.

Dal punto di vista clinico possiamo suddividere le anomalie coronariche in quattro classi: benigne, rilevanti, severe, critiche.

Dal punto di vista morfologico la classificazione di Greenberg e collaboratori⁵, prevede:

A. Anomalie dell'origine delle coronarie:

- A.1. Osti coronarici ad elevato takeoff;
- A.2. Osti multipli;
- A.3. Arteria coronaria unica;
- A.4. Origine anomala di una coronaria dall'arteria polmonare*;
- A.5. Origine di una coronaria o di una branca dal seno aortico opposto o non coronarico con decorso anomalo (retroaortico, intra-arterioso*, prepolmonare, settale);

B. Anomalie del decorso:

- B.1. Bridging miocardico*;
- B.2. Duplicazione delle coronarie;

C. Anomalie della terminazione:

- C.1. Fistola coronarica*;
- C.2. *Coronary arcade*;
- C.3. Terminazione extracardiaca.

A.1. Osti coronarici ad elevato takeoff: Questa anomalia di origine si caratterizza per l'anomalo posizionamento degli osti coronarici, situati nella porzione tubulare dell'aorta (posizione di *takeoff*) e non nei seni di Valsalva. Questa conformazione è associata ad un deficit di perfusione con conseguente ischemia miocardica. Nei casi in cui essa causi sintomatologia, è stato verificato all'esame autoptico che un *takeoff* più alto di 2,5 mm dalla giunzione tubulo-sinusale è causa di un decorso aortico intra-parietale responsabile di un assottigliamento del lume e della riduzione del flusso a valle (Fig. 1).

*Anomalie coronariche responsabili di deficit della perfusione miocardica.

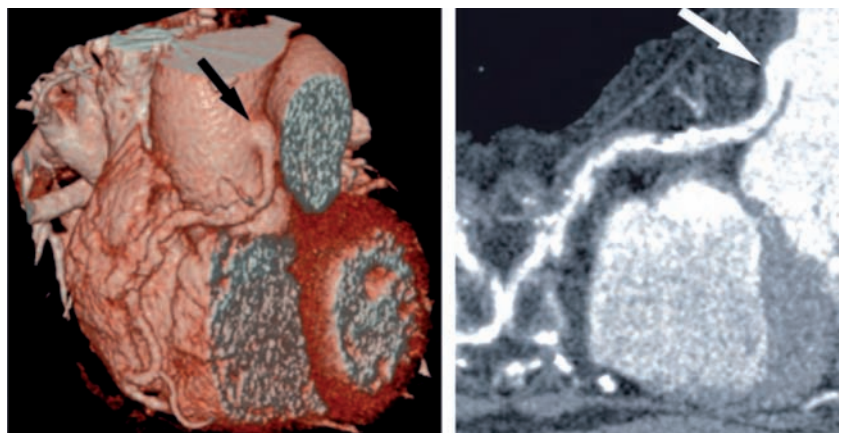


Fig. 1 - Ricostruzioni 3D-VR e MPR di elevato takeoff della RCA.

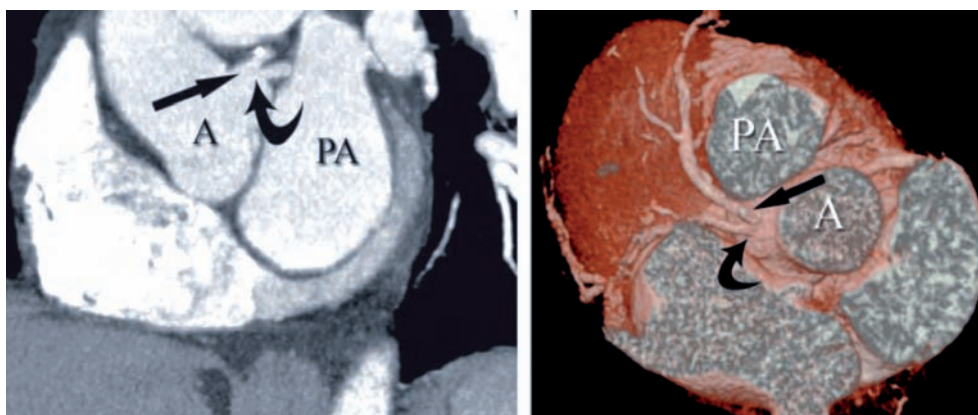


Fig. 2 - Osti multipli con origine separata della LDA e LCx.

A.2. Osti coronarici multipli: Questa anomalia si caratterizza per l'origine da due osti separati della coronaria destra e della discendente posteriore, oppure della coronaria discendente anteriore e della sinistra. Sebbene causino un aumento delle difficoltà di esecuzione dell'esame coronarografico, garantiscono una fonte di collaterali alternativa nei pazienti con stenosi coronariche prossimali (Fig. 2).

A.3. Arteria coronaria unica: Questa anomalia congenita vede l'origine dell'intera circolazione arteriosa cardiaca da un singolo ostio coronarico. Rara in assenza di altre malformazioni associate, può assumere un carattere clinicamente significativo nel caso in cui uno o più rami attraversino la base tra aorta ed arteria polmonare; causando ischemia secondaria all'eccessiva angolazione del vaso. Sono state dimostrate inoltre, in pazienti con coronaria unica senza aterosclerosi e decorso anomalo, angina pectoris e produzione miocardica di lattato (Fig. 3).

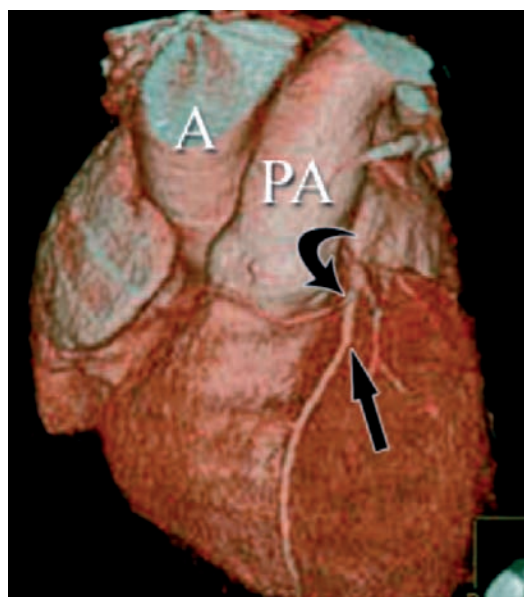


Fig. 3 - Ricostruzione 3D-VR di arteria coronaria unica. La RCA origina dalla LDA.

A.4. Origine anomala di una o entrambe le coronarie dal tronco dell'arteria polmonare: L'origine anomala di una o entrambe le coronarie dal tronco polmonare è responsabile dell'insorgenza di ischemia/infarto del miocardio nell'infanzia e nell'adolescenza. In più del 90% dei casi è interessato il tronco comune (Fig. 4).

A.5. Origine delle coronarie dallo stesso seno di Valsalva o dal seno noncoronarico: In questa anomalia congenita la coronaria destra o sinistra originano, rispettivamente, dal seno di Valsalva sinistro o destro. Nel caso in cui il vaso che origina dal seno opposto passi tra aorta e tronco dell'arteria polmonare si possono verificare complicanze acute quali infarto del miocardio e morte improvvisa. Il meccanismo fisiopatogenetico responsabile di questi eventi maggiori sarebbe legato alla forma degli osti coronarici dei vasi con decorso anomalo che, con l'aumento della portata cardiaca e con la conseguente dilatazione delle pareti aortiche, assumerebbe una conformazione stenotica impedendo il flusso di sangue.

È improbabile che ci sia una compressione della coronaria anomala tra la parete dell'aorta e il tronco della polmonare a causa delle notevoli differenze tra le pressioni diastoliche (Fig. 5).

B.1. Bridging miocardico: Un fascio di muscolo cardiaco sovrastante una porzione tunnellizzata di arteria coronaria epicardica è definito *bridge miocardico* ed è caratterizzato dalla compressione sistolica del segmento intramiocardico, rimanendo tuttavia asintomatico nella maggior parte dei pazienti. Nei casi clinicamente rilevanti, il *bridging* può causare complicanze gravi quali ischemia e sindromi coronariche acute, spasmo coronarico, rottura del setto interventricolare, aritmie (incluse tachicardie parossistiche sopraventricolari e ventricolari), blocchi atrioventricolari indotti dall'esercizio fisico, stunning, disfunzione ventricolare transitoria e morte improvvisa. Il vaso più colpito è l'arteria discendente anteriore, mentre l'arteria circonflessa e la coronaria destra sono meno interessate (Fig. 6).

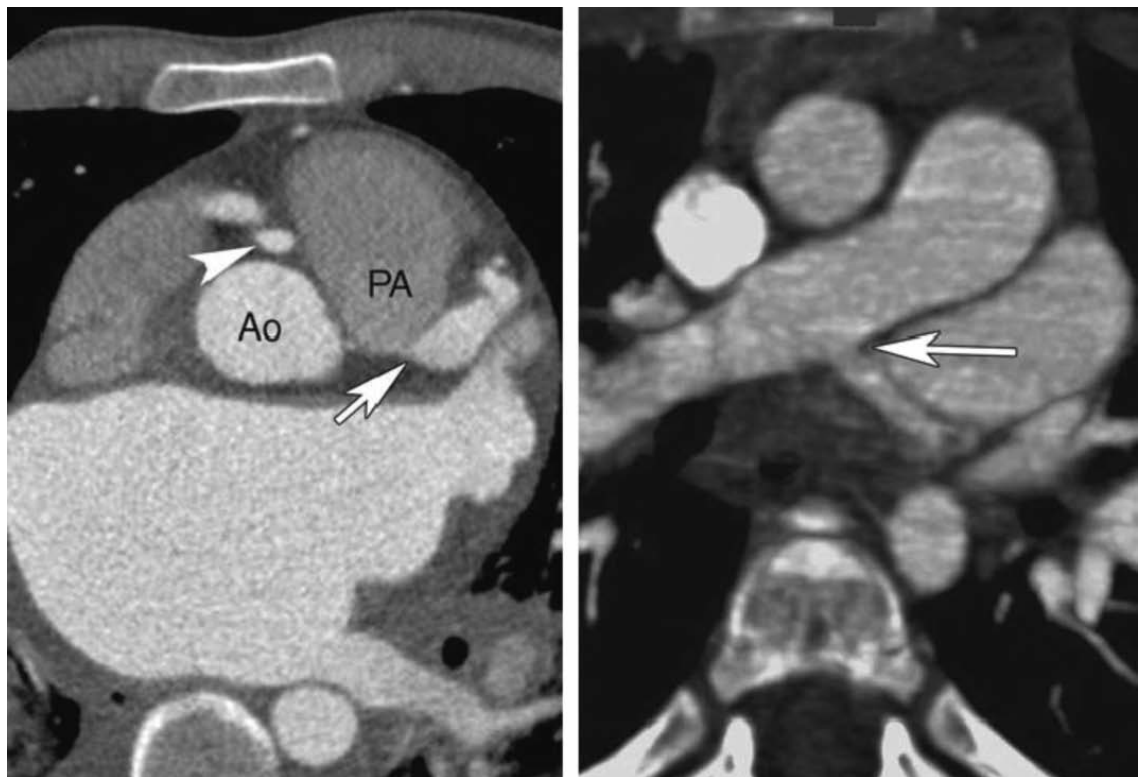


Fig. 4 - A sinistra: La coronaria discendente anteriore che origina dall'arteria polmonare. A destra: L'arteria circonflessa origina dall'arteria polmonare.

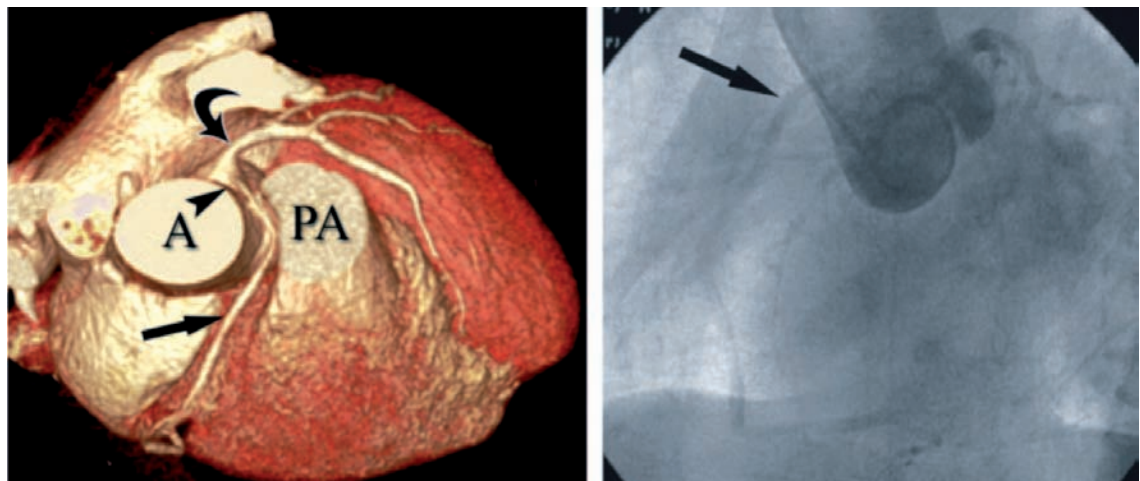


Fig. 5 - Ricostruzione 3D-VR: la RCA origina dalla LCA ed assume un decorso interarterioso. Si nota come dal quadro angiografico non sia possibile discriminare l'origine del vaso anomalo.

B.2. Duplicazione delle coronarie: La duplicazione dell'arteria discendente anteriore consiste nella presenza di una branca corta, che decorre e termina nel solco interventricolare anteriore senza raggiungere l'apice, e di una branca lunga che raggiunge il solco stesso distalmente per contornare l'apice. L'origine di quest'ultima può derivare dall'arteria discendente anteriore comune o dalla coronaria destra.

C.1. Fistola coronarica: Una fistola coronarica è una comunicazione anomala tra il lume di una arteria coronaria epicardica e una camera cardiaca oppure un grande vaso (vena cava, vene polmonari, arteria polmonare). Diagnosticabili ad ogni età, sono la malformazione coronarica più frequente e la loro importanza clinica è secondaria alla grandezza della comunicazione tra le due strutture; fistole piccole si riscontrano



Fig. 6 - Ricostruzioni 3D-VR (A) ed MPR (B) di un bridge miocardico profondo della LDA.

occasionalmente alla coronarografia, mentre le forme più gravi sono responsabili della presenza di un soffio continuo, angina, infarto del miocardio, morte improvvisa, furto coronarico, scompenso, endocardite, ictus, aritmie, formazione di aneurismi coronarici.

Le fistole provenienti dalla coronaria destra sono più comuni di quelle della sinistra e più del 90% di esse drena all'interno del circolo venoso. La storia naturale di queste anomalie è variabile, caratterizzata da lunghi periodi di stabilità in alcuni casi e insorgenza di complicanze acute fino alla morte improvvisa o graduale progressione della sintomatologia in altri. La chiusura spontanea è rara.

C.2. Coronary Arcade: Per *coronary arcade* si intende una rara condizione in cui è possibile riscontrare angiograficamente la presenza di una comunicazione tra arteria coronaria destra e discendente anteriore. Questa anomalia si riscontra generalmente a livello della crux cordis.

C.3. Terminazione extracardiaca: La terminazione extracardiaca di una coronaria è un'anomalia caratterizzata da connessioni tra le coronarie e vasi extracardiaci (arterie bronchiali, mammaria interna, pericardiche, mediastiniche anteriori, freniche superiori e inferiori, intercostali e esofagee).

Attuale iter diagnostico delle anomalie congenite coronariche e ruolo della TC multidetettore a 320 strati

L'ecocardiografia è stata considerata a lungo una metodica affidabile nella caratterizzazione delle anoma-

lie delle coronarie grazie alla buona definizione anatomica dell'ostio e del decorso epicardico prossimale dei suddetti vasi. Tuttavia questa non permette lo studio delle porzioni distali ed a volte può fallire nella determinazione dell'origine dei vasi coronarici a causa della scarsa finestra acustica. Per questo motivo fino ad oggi il gold standard nella diagnosi delle malformazioni coronariche congenite è stato rappresentato dall'angiografia coronarica selettiva, nonostante l'invasività e i rischi di morbidità (1,5%) e mortalità (0,15%) ad essa associati. Inoltre, l'esatto decorso tridimensionale della coronaria analizzata poteva essere di difficile valutazione a causa delle proiezioni bidimensionali fluoroscopiche.

Un'ulteriore metodica che è stata utilizzata con successo nella caratterizzazione delle anomalie del decorso prossimale delle coronarie è la risonanza magnetica (RM), come dimostrato da alcuni studi⁶ che hanno ottenuto ottimi risultati nella visualizzazione dell'origine e delle porzioni prossimali vasali anche nei casi in cui l'angiografia convenzionale non era diagnostica. I limiti della tecnica sono rappresentati dalla scarsa capacità di visualizzare le porzioni distali e quindi di repertare malformazioni quali le fistole, l'origine anomala dai ventricoli o dall'arteria polmonare nonché alterazioni delle collaterali. Inoltre, la visualizzazione della discendente posteriore risulta problematica.

Queste limitazioni sono state superate grazie alla TC multidetettore (MDCT) che, grazie al suo carattere non invasivo e alla capacità di fornire una ricostruzione tridimensionale delle immagini acquisite, permette una valutazione omnicomprensiva delle coronarie e della loro relazione con le strutture adiacenti diventando, di fatto, l'esame diagnostico di scelta.

In particolar modo, con i nuovi tomografi multidetettore a 320 strati è possibile acquisire l'intero volume cardiaco in un singolo battito grazie alla copertura sull'asse longitudinale di 16 cm, con una notevole riduzione della quantità di radiazioni a cui è sottoposto il paziente. Inoltre, la capacità di ottenere le immagini del cuore e dell'albero coronarico in una singola diastole, a differenza delle precedenti macchine spirale con cui erano necessari almeno tre cicli cardiaci, permette di eliminare artefatti da movimento e da sovrapposizione tipici delle vecchie generazioni di tomografi e di visualizzare un *enancement* contrastografico omogeneo nonostante la riduzione di mezzo di contrasto somministrato.

Nello specifico, si è ottenuta una riduzione dei valori medi di radiazioni dai 6-7 mSv dei tomografi a 64 strati a meno di 2 mSv e una riduzione di contrasto da circa 65 ml a 40 ml.

Per quanto riguarda i pazienti pediatrici è possibile ottenere valori ancora inferiori, come dimostrato in letteratura, rendendo la TC-320 strati un esame sicuro anche in questa popolazione di pazienti e rendendola la metodica di scelta nella diagnosi e nel follow-up delle patologie cardiache congenite. Con i dovuti aggiustamenti delle impostazioni del tomografo sono stati infatti raggiunti valori di $0,8 \pm 0,4$ mSv⁷.

Conclusioni

Grazie alle migliorie tecniche a cui si è assistito negli ultimi anni, la coronarografia non costituisce più l'es-

me di scelta nella diagnostica delle anomalie coronariche congenite. In particolar modo grazie ai nuovi tomografi a 320 strati, sarà possibile caratterizzare l'intero albero coronarico in modo accurato, non invasivo, a basse dosi di radiazioni e di contrasto sia nei pazienti adulti che nei pazienti pediatrici.

Bibliografia

1. Waller BF. Atherosclerotic and nonatherosclerotic coronary artery factors in acute myocardial infarction. In: Pepine CJ, ed. *Acute Myocardial Infarction*. Philadelphia: FA Davis, 1989: 29-104.
2. Cheitlin MD, Virmani R. Myocardial infarction in the absence of coronary atherosclerotic disease. In: Virmani R, Forman MB, eds. *Nonatherosclerotic Ischemic Heart Disease*. New York: Raven Press, 1989: 1-30.
3. Yamanaka O, Hobbs RE. Coronary artery anomalies in 126,595 patients undergoing coronary arteriography. *Cathet Cardiovasc Diagn*. 1990 Sep; 21(1):28-40.
4. Roberts WC. Major anomalies of coronary arterial origin seen in adulthood. *Am Heart J* 1986; 111: 941-963.
5. Greenberg MA, Fish BG, Spindola-Franco H. Congenital anomalies of the coronary arteries. Classification and significance. *Radiol Clin North Am*. 1989 Nov; 27(6): 1127-46.
6. McConnell MV, Ganz P, Selwyn AP, Li W, Edelman RR, Manning WJ. Identification of anomalous coronary arteries and their anatomic course by magnetic resonance coronary angiography. *Circulation*. 1995 Dec 1; 92(11): 3158-62.
7. Al-Mousily F, Shifrin RY, Fricker FJ, Feranec N, Quinn NS, Chandran A. Use of 320-detector computed tomographic angiography for infants and young children with congenital heart disease. *Pediatr Cardiol*. 2011 Apr; 32(4): 426-32.

Infarti e ictus, in 20 anni +15% morti fra donne

Infarti e ictus mortali in crescita fra le donne: in 20 anni si è registrato un aumento del 15% dei decessi per queste malattie nell'universo femminile. Lo riporta il Libro Bianco sulla Salute della donna, la cui terza edizione è stata presentata a Roma nella sede di Farindustria. Queste patologie - rileva il rapporto - rappresentano ancora oggi una tra le principali cause di morte e di invalidità nell'Unione europea e nei Paesi più industrializzati, sia per la loro diffusione in continua crescita, che per la mortalità a esse associata, anche fra le donne. Ma non sono più a esclusivo appannaggio del sesso maschile. Gli studi condotti sulla popolazione femminile, infatti, calcolano in Italia 130.000 decessi ogni anno, di cui 33.000 per infarto del miocardio, arrivando così a numeri pari a più del triplo rispetto a quelli del tumore della mammella. In generale la mortalità femminile per malattie ischemiche del cuore è pari a 8,56 per 10.000, con una punta di 92,56 nella classe di età 75 anni e oltre. "La vita sempre più sedentaria - ha sottolineato Francesca Merzagora, presidente Onda - l'alimentazione eccessiva e sempre più lontana da quella mediterranea, stanno portando anche fra le donne a un aumento delle malattie cardiovascolari. A ciò si aggiunga il fatto che, per questioni di cultura e per la propensione al ruolo di "caregiver" nei confronti della famiglia, la donna tende a minimizzare i problemi di salute, con il risultato che solo una su tre si sottopone a un controllo annuale cardiocircolatorio, anche nel periodo della menopausa, quello più critico in cui aumentano notevolmente i rischi per il cuore". "I dati emersi dalla III edizione del Libro Bianco, per ciò che concerne le malattie ischemiche, non sono confortanti - aggiunge Merzagora - con tassi di mortalità in continua crescita che, già preoccupanti a livello nazionale, diventano ancora più drammatici se si analizzano per le singole regioni. Si fa dunque sempre più evidente la necessità di misure adeguate che agiscano non solo sul fronte terapeutico, ma anche su quello preventivo". "Tuttavia, oltre a fattori esterni - continua Tiziana Sabetta dell'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma - è importante considerare anche quei fattori non modificabili, quali ad esempio l'età. Per la donna la menopausa è il momento di maggior criticità, che va aumentando con l'avanzare degli anni; analizzando la mortalità per malattie ischemiche del cuore, si osserva infatti fra le donne più anziane un tasso di decessi addirittura 144 volte più alto rispetto a quello delle più giovani (rispettivamente 92,56 e 0,64 decessi per 10.000)". Roma, 30 set. *Adnkronos Salute*.



A Natale dona un sorriso ai bambini di Smile Train!



Al mondo migliaia di bambini non possono sorridere a causa della labiopalatoschisi, una malformazione che nei paesi più disagiati colpisce circa un bambino ogni 300 nati. La labiopalatoschisi è una deformità del labbro e del palato che deturpa completamente il volto dei bambini che ne sono affetti, comportando inoltre difficoltà nella nutrizione, problemi di logopedia, e spesso anche un grave disagio sociale causato dall'isolamento ed emarginazione a cui le culture locali condannano questi piccoli.

L'intervento chirurgico per correggere il labbro leporino dura circa 45 minuti; questa piccola operazione non rappresenta per un bambino solamente la soluzione definitiva ad una patologia, ma anche e soprattutto la speranza di poter vivere un nuovo avvenire.

Smile Train Italia Onlus nasce proprio con l'intento di operare bambini affetti da labiopalatoschisi nei paesi disagiati, per donare loro il sorriso e la possibilità di godere di un futuro migliore. L'Associazione è costituita da volontari: medici specialisti in chirurgia plastica, maxillo-facciale, anestesia, pediatria, infermieri ed esperti logisti. Il lavoro dei volontari consiste nella realizzazione di missioni chirurgiche nei paesi dove l'incidenza di tali patologie è estremamente elevata e dove è molto limitata la presenza di chirurghi plastici locali in grado di intervenire chirurgicamente su questa particolare malformazione.

Grazie all'operato dei medici volontari di Smile Train più di 700.000 bambini nel mondo hanno ritrovato il sorriso, ma molti altri sono ancora in attesa di un gesto di solidarietà...

Aiutaci a restituire il sorriso ai bambini affetti da malformazioni del volto: **in occasione del Natale puoi sostenere i progetti della nostra associazione** scegliendo tra diverse modalità di supporto:

- Natale è un momento magico da condividere con amici e familiari, un'occasione per compiere un gesto di solidarietà da condividere con i propri cari. Smile Train ha ideato diversi modelli di biglietti di Natale a disposizione di privati e aziende, che possono personalizzare a proprio piacimento i testi ed inserire nuovi elementi grafici. Tutti i modelli di biglietti di Natale si possono visionare in questa pagina del nostro sito internet www.smiletrain.it/natale.html, per ordinare i biglietti e per maggiori informazioni potete chiamarci al numero 06.84242799 oppure m.romagnoli@smiletrain.it
- Nel sito www.smilegift.it è possibile scegliere tra diverse proposte di regali sorridenti: in occasione del Natale puoi scegliere di tramutare i tuoi regali in un gesto veramente responsabile che permetterà ad un bambino nel mondo di ritrovare il sorriso
- Donazioni su conto corrente postale intestato a Smile Train Italia Onlus n. 80387632
- Donazioni su conto corrente bancario intestato a Smile Train Italia Onlus: Banca Popolare dell'Emilia Romagna
Codice Iban - IT91J0538703203000001616000



Sali anche Tu sul Treno del Sorriso

Smile Train è un'organizzazione umanitaria nata negli Stati Uniti nel 1999 con l'obiettivo di **restituire il sorriso e la speranza di una vita migliore ai bambini affetti da labiopalatoschisi**, una malformazione del volto particolarmente diffusa nei paesi con minori risorse, che comporta per i bambini che ne sono affetti, non solo difficoltà di nutrizione e nel parlare, ma anche un profondo disagio sul piano dell'inserimento sociale, a causa dei pregiudizi che la loro malformazione comporta.

Smile Train organizza missioni di chirurgia plastica ricostruttiva nei paesi in via di sviluppo per operare bambini affetti da labiopalatoschisi, esiti di ustioni e traumi bellici.

Obiettivo dell'organizzazione è anche **formare il personale sanitario locale** dei vari paesi caratterizzati da elementi di criticità socio-sanitaria in cui effettua le missioni chirurgiche, sia attraverso l'organizzazione di corsi professionali, sia mediante la fornitura agli ospedali locali di tutto il materiale sanitario chirurgico necessario per poter gestire in autonomia la cura delle patologie malformative del volto.

Grazie all'operato di **Smile Train** migliaia di bambini in tutto il mondo hanno ritrovato il sorriso, ma molti altri sono ancora in attesa di un gesto di solidarietà, per offrire loro un nuovo futuro abbiamo bisogno del tuo sostegno ...

AIUTACI AD AIUTARE!



SmileTrainItalia

Sostieni Smile Train Italia Onlus

conto corrente postale **80387632**

donazioni con carta di credito www.smilegift.it

Per informazioni

Smile Train Italia Onlus

Via Salaria, 95 - 00198 Roma

Tel. [+39] 06 84 24 27 99

E-mail: info@smiletrain.it

Web: www.smiletrain.it

Studio sull'incidenza di ipovitaminosi D in una popolazione anziana in uno studio di medicina generale

Valerio Massimo Magro
Medico formato in Medicina Generale



Abstract - Hypovitaminosis D is describing as a silent endemic problem, especially in the elderly. The aim of this observational study was to assess the frequency of vitamin D deficiency among older patients at risk of osteoporosis in the setting of a study of General Medicine, where it is possible to start the population health interventions having character of primary and secondary prevention. The data, although small, confirm the high frequency of hypovitaminosis D in the elderly population, the underestimation of the problem and also it confirms the greater commitment on part of General Practitioners for the early recognition of these subjects and the implementation of correction of hypovitaminosis D, an important risk factor for fracture.

Key words: *elderly patient; hypovitaminosis D; general practitioner.*

Riassunto - L'ipovitaminosi D viene sempre più descritta come una endemia silenziosa, soprattutto nei soggetti anziani. Obiettivo di questo studio osservazionale è stato quello di valutare la frequenza della carenza di vitamina D, tra i pazienti di età più avanzata e a rischio di osteoporosi, nel setting di uno studio di Medicina Generale, luogo in cui è possibile avviare interventi di salute nella popolazione che abbiano carattere di prevenzione primaria e secondaria. I dati, benché esigui, confermano l'alta frequenza dell'ipovitaminosi D nella popolazione anziana, della sottostima del problema e di come sia necessario un maggiore impegno da parte del MMG per il riconoscimento precoce di questi soggetti e la messa in atto della correzione della carenza dell'ipovitaminosi D, per intervenire su un importante fattore di rischio di frattura.

Parole chiave: *paziente anziano; ipovitaminosi D; medico di medicina generale.*

Introduzione

Lo stato vitaminico D rappresenta un importante fattore di rischio per numerose patologie, in particolar modo eventi fratturativi, specie nelle persone anziane^{1,2}. La carenza di questa vitamina è molto frequente in Italia^{3,4} ed è legata a deficit alimentari, errati stili di vita, scarsa esposizione alla luce solare, deficit senile di sintesi e/o assorbimento, patologie⁵. Diversi studi hanno dimostrato un'alta incidenza di ipovitaminosi D nella popolazione anziana in generale ed in vari classi di pazienti considerati in base ad età, sesso, etnia, stato nutrizionale, stagionalità, patologia, *settings* (pazienti ambulatoriali universitari, ospedalizzati, istituzionalizzati)⁶⁻¹⁴. Un numero minore di studi ha indagato il problema nell'ambito della Medicina Generale. Il Medico di Medicina Generale (MMG) è direttamente coinvolto nella questione soprattutto da un punto di vista preventivo, per il riconoscimento precoce dei soggetti a rischio di ipovitaminosi D, ma anche curativo, rilevando il deficit e valutando la necessità di trattamento. Uno studio che aveva indagato atteggiamenti, pratiche e conoscenze dei MMG in relazione alla vitamina D mostrava una certa confusione per quanto riguardava la stessa, l'esposizione al sole, la protezione solare ed il rischio di tumori cutanei¹⁵, mostrando un *gap* tra ricerca e pratica clinica. Un altro studio evidenziava conoscenze differenti e dubbi sulla letteratura medica che sfociavano in comportamenti molto difforni nel *setting* delle cure primarie, con una tendenza all'insufficiente monitoraggio clinico e terapeutico nell'ambito generalista^{16,17}.

Scopo dello studio

Veniva così iniziato uno studio osservazionale per verificare la presenza del fenomeno dell'ipovitaminosi D nello studio del MMG, verificarne lo status e dedurne eventualmente l'incidenza. Lo studio serviva anche come audit per indagare quali pazienti fossero avviati ad ulteriori indagini (DEXA, morfometria vertebrale) in regime di appropriatezza prescrittiva.

Materiali e metodi

Durante la visita ambulatoriale, i pazienti con età >65 anni, uomini e donne, venivano sottoposti a rilevazione del peso corporeo e successivamente ad Osteoporosis Self Assessment Tool (OST) per uomini e donne, rispettivamente^{18,19}, in grado di predire la densità minerale ossea tramite densitometria ossea con tecnica di assorbimento a raggi X (dual energy x-ray absorp-

tiometry o DEXA). Lo score variava da valori di -5 a 20: soggetti con score 4-20 venivano considerati a basso rischio per osteoporosi, quelli con score da 3 a -1 a rischio intermedio e quelli con -2 o meno ad alto rischio. La misurazione del rischio veniva effettuata tramite *utility* per iPhone *myMedCalc Health*[®]. (Foundation Internet Service, LLC). I soggetti a rischio di osteoporosi intermedio ed alto venivano sottoposti, assieme ai comuni esami di I livello per l'inquadramento dell'osteoporosi²⁰, a dosaggio sierico della vitamina D (calcidiolo o 25-idrossi vitamina D), definendone prima dell'inizio dello studio i valori normali e patologici: i livelli di vitamina D venivano definiti normali se superiori a 30 ng/ml, ipovitaminosici se compresi fra 10 e 30 ng/ml, di carenza se inferiori a 10 ng/mL (< 25 nmol/L) e di insufficienza se inferiori a 5 ng/mL (< 12.5 nmol/L)^{21,22}. I risultati venivano espressi come media \pm deviazione standard. Al termine dello studio inoltre veniva ottenuta la percentuale dei soggetti ipovitaminosici, carenti di vit. D (numero dei soggetti carenti/numero soggetti studiati) e la percentuale dei soggetti con insufficiente vit. D (numero dei soggetti insufficienti/numero soggetti studiati).

Popolazione studiata

La popolazione era costituita da soggetti con età >65 anni, uomini e donne. Criteri di esclusione erano: deficit cognitivo di ogni entità, assenza di compliance e rifiuto da parte del paziente dell'esecuzione del dosaggio proposto. Venivano quindi presi in esame 60 soggetti con età media 86,1 anni \pm 1,12, di cui il 55 % di sesso femminile ed il 45 % di sesso maschile; di questi, sulla base dell'Osteoporosis Self Assessment Tool (OST), 18 soggetti (età media 82,05 anni \pm 4,68), 15 donne (83 %) e 3 uomini (17 %), eseguiva il dosaggio della vitamina D. Nessuno dei soggetti aveva in anamnesi una diagnosi di osteoporosi.

Risultati

L'età media delle donne era 81,26 \pm 4,65 anni. Ipovitaminosi D era presente in 9 donne su 15 (60%); 5 donne su 15 (33%) risultava carente di vitamina D (Tabella 1); l'età media degli uomini era 86 anni \pm 2,64 anni. Ipovitaminosi era presente in tutti i pazienti maschi; 1 uomo su 3 (30%) risultava avere carenza di vitamina D (Tabella 2). Non emergeva alcuna insufficienza di vitamina D in nessuno dei 2 gruppi, secondo i livelli predefiniti all'inizio dello studio. In totale, 12 soggetti su 18 (66%) risultavano affetti da ipovitaminosi D e 6 su 18 (33%) carenti in vitamina. In tutti i soggetti dello studio veniva operato il tentativo di correzione degli errati stili di vita (dieta, mobilizzazione ed attività fisica, quando fattibile, svolta con la maggiore regolarità possibile, abolizione di fumo e alcool, incoraggiamento dell'esposizione solare, eliminazione, per quanto possibile, delle condizioni ambientali ed individuali favorevoli ai traumi). Tutti i soggetti in esame venivano inoltre avviati ad un trattamento con calcio

(1000 mg al giorno) e vitamina D, sulla base dei reperti di funzionalità renale ed epatica. A tutte le pazienti, qualora non l'avessero già eseguita, veniva richiesta l'indagine densitometrica (DEXA) associata a studio radiologico morfometrico del rachide dorso-lombare. Delle 15 pazienti ultrasessantacinquenni solo 10 (66%) avevano già effettuato una densitometria ossea. Il soggetto maschio di 89 anni, in assenza di altri fattori di rischio maggiori e minori indagati, veniva avviato allo studio radiologico della colonna.

Tabella 1 - Pazienti anziani di sesso femminile studiati e risultati del dosaggio della vitamina D.

Numero paziente studiato	Età	Vitamina D
1	85 anni	< 10 ng/ml
2	74 anni	48,6 ng/ml
3	79 anni	32,5 ng/ml
4	81 anni	< 10 ng/ml
5	80 anni	12 ng/ml
6	81 anni	22,6 ng/ml
7	85 anni	< 10 ng/ml
8	87 anni	< 10 ng/ml
9	77 anni	35,7 ng/ml
10	83 anni	15,2 ng/ml
11	89 anni	< 10 ng/ml
12	80 anni	34,3 ng/ml
13	81 anni	39 ng/ml
14	85 anni	23 ng/ml
15	72 anni	49 ng/ml

Tabella 2 - Pazienti anziani di sesso maschile studiati e risultati del dosaggio della vitamina D.

Numero paziente studiato	Età	Vitamina D
1	89 anni	< 10 ng/ml
2	84 anni	12,8 ng/ml
3	85 anni	19,9 ng/ml

Discussione

Benché il campione di soggetti in esame non sia numeroso, esso sembra rimarcare l'alta frequenza dell'ipovitaminosi D nella popolazione anziana. Il dato che emerge da questo studio, in linea con i dati della letteratura, che descrivono l'ipovitaminosi D come una pandemia silenziosa, riguarda l'importanza della rilevazione della carenza di questa vitamina anche e soprattutto nel *setting* di Medicina Generale, per una va-

Studio sull'incidenza di ipovitaminosi D in una popolazione anziana in uno studio di M.G.

lida azione socio-sanitaria di prevenzione sia primaria che secondaria. Anche se in numero abbastanza esiguo e meritevole di conferme, mediante altri studi, i dati confermano comunque la sottostima dell'osteoporosi e l'inadeguatezza del monitoraggio e del trattamento nei pazienti anziani nell'ambito delle cure primarie, che impongono al MMG una maggiore presa di coscienza del problema, un più attento studio della letteratura e delle linee guida dedicate associate a maggiori sforzi per il miglioramento del *management* di questi pazienti.

Bibliografia

- Rossini M, Mattarei A, Braga V, et al. Risk factors for hip fracture in elderly persons. *Reumatismo* 2010; 62(4): 273-82.
- Bordelon P, Ghetu MV, Langan RC. Recognition and management of vitamin D deficiency. *Am Fam Physician* 2009; 80(8): 841-6.
- Rossini M., Perbellini S., Lazzarin M., et al. Incidenza di ipovitaminosi D nel Nord Italia. *It J Min Elect Metab* 1990; 4: 13-17.
- Isaia G, Giorgino R, Rini GB, et al. Prevalence of hypovitaminosis D in elderly women in Italy: clinical consequences and risk factors. *Osteoporos Int* 2003; 14: 577-82.
- Tsiaras WG, Weinstock MA. Factors influencing vitamin D status. *Acta Derm Venereol* 2011; 91:115-24.
- Holick MF, Chen TC. Vitamin D deficiency: a worldwide problem with health consequences. *Am J Clin Nutr* 2008; 87(4): 1080S-6S.
- Orwoll E, Nielson CM, Marshall LM, et al; Osteoporotic Fractures in Men (MrOS) Study Group. Vitamin D deficiency in older men. *J Clin Endocrinol Metab* 2009; 94(4): 1214-22.
- Mytton J, Frater AP, Oakley G, et al. Vitamin D deficiency in multicultural primary care: a case series of 299 patients. *Br J Gen Pract* 2007; 57(540): 577-9.
- Metson D. Should GPs be prescribing more vitamin D? *Br J Gen Pract* 2005; 55(521): 96.
- Chatfield SM, Brand C, Ebeling PR, et al. Vitamin D deficiency in general medical inpatients in summer and winter. *Intern Med J* 2007; 37: 377-82.
- Long AN, Ray MM, Nandikanti D, et al. Prevalence of 25-hydroxyvitamin D deficiency in an urban general internal medicine academic practice. *Tenn Med* 2011; 104(1): 45-6, 52.
- Lyman D. Undiagnosed vitamin D deficiency in the hospitalized patient. *Am Fam Physician* 2005; 71(2): 299-304.
- C. Scremin C, Rocco L, Gonzalez A, et al. Frattura di femore e deficit vitaminico D: una piccola casistica dell'Alta Padovana. *Abstract del VI Congresso Nazionale GIBIS*: 30-31. 8-9 maggio 2008. Verona
- Reda A, Bartoletti MG. Screening sull'osteoporosi in una Residenza Sanitaria Assistenziale: studio osservazionale. *Abstract del VI Congresso Nazionale GIBIS*: 34-35. 8-9 maggio 2008. Verona
- Bonevski B, Girgis A, Magin P, et al. Prescribing sunshine: A cross-sectional survey of 500 Australian general practitioners' practices and attitudes about vitamin D. *Int J Cancer* 2011 Jun 6. doi: 10.1002/ijc.26225. [Epub ahead of print]
- Nahas R. Not enough vitamin D coverage. *Can Fam Physician* 2007; 53(12): 2104-5.
- Dalla Via A. Self-audit sulle fratture osteoporotiche in donne anziane in una popolazione ambulatoriale. *Rivista QQ* 2007; XII (2): 8-11.
- Adler RA, Tran MT, Petkov VI. Performance of the Osteoporosis Self-assessment Screening Tool for osteoporosis in American Men. *Mayo Clinic Proc* 2003; 78(6): 723-727.
- Geusens P, Hochberg MC, van der Voort DJ, et al. Performance of risk indices for identifying low bone density in postmenopausal women. *Mayo Clin Proc* 2002; 77(7): 629-637.
- Adami S, Bertoldo F, Brandi ML, et al. Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro – SIOMMMS. Guidelines for the diagnosis, prevention and treatment of osteoporosis. *Reumatismo* 2009; 61(4): 1-26.
- Pugliatti M. Il ruolo della vitamina D. *Atti del Congresso della Società Italiana di Neurologia (SIN)* 2010.
- Frasoldati A, Zini M. Da Attanasio R, Borretta G, Cesareo R, et al. *Manuale per la valutazione e l'inquadramento delle patologie paratiroidi e delle malattie metaboliche dell'osso*. Sezione III: procedure per la diagnostica. Capitolo 15: Diagnostica di laboratorio: utilizzo, vantaggi e limiti dei diversi dosaggi. 15e: metaboliti della vitamina D. 2010; 185-187.

Quattro nuovi vaccini nel Piano nazionale 2010-2012

Varicella, antipneumococco, antimeningococco e Hpv: sono le quattro nuove vaccinazioni raccomandate dal nuovo Piano nazionale vaccini 2010-2012, che aspetta ora il via libera della Conferenza Stato-Regioni. Il Piano colma un vuoto di tre anni, visto che l'ultimo risale al triennio 2005-2007. Le Regioni, in fatto di vaccini, hanno continuato negli ultimi anni a decidere in ordine sparso su modalità organizzative, calendari e oneri per i cittadini. Di qui la necessità prevista dal Piano di garantire un'offerta omogenea, di raggiungere standard di copertura adeguati, e di attivare un sistema di valutazione continua basato sull'Health technology assessment e sulla completa informatizzazione sulle anagrafi vaccinali. Il nuovo piano assume come base di riferimento il calendario già in uso: si conferma la presenza degli antidoti obbligatori contro difterite, tetano, poliomelite ed epatite B, pertosse, influenza B (disponibili insieme agli altri quattro nel complesso in formulazione esavalente); morbillo, rosolia e parotite (vaccino combinato trivalente). Nel calendario trovano anche posto l'antipneumococco coniugato, l'antimeningococco C e il vaccino contro il papillomavirus (Hpv) alle ragazze nel dodicesimo anno di vita. Introdotti, infine, il vaccino contro l'influenza per gruppi a rischio e la vaccinazione universale contro la varicella.



LE NOSTRE ORME UNA TRACCIA PER IL LORO FUTURO

LAVORIAMO PER REALIZZARE PROGETTI SANITARI IN ITALIA E NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO.

L'Associazione prende nome dal fondatore del gruppo sanitario U.S.I. ed è stata costituita per proseguire il suo impegno e i suoi insegnamenti in campo socio-sanitario, in cui l'azienda opera con successo da oltre 50 anni nella Regione Lazio. In quest'ottica quindi l'Associazione intende dare il proprio contributo a sostegno di progetti sia di sviluppo integrato che di emergenza nei paesi in via di sviluppo.

Di seguito sarà illustrato più dettagliatamente l'iniziativa cui ha preso parte l'Ass.Luigi Sperone, partecipando direttamente al ciclo di progetto, in modo da acquisire l'esperienza necessaria per poter concepire al più presto iniziative proprie e valutare al meglio quelle finanziate.

GRAZIE AL PROGETTO "UN VILLAGGIO NEL CUORE" SONO STATI CREATI DUE LABORATORI DI ANALISI E NON SOLO...

AD ILULA - TANZANIA PER I BAMBINI ORFANI E DISABILI...



La zona di esecuzione del progetto

Iringa è una città situata su un vasto altopiano nel centro-sud del Paese e dista circa 650 km da Dar Es Salaam.

Nella regione di Iringa è molto diffusa l'agricoltura, soprattutto la coltivazione del mais. Purtroppo, lo sfruttamento del terreno e le scarse piogge hanno favorito il fenomeno della progressiva desertificazione, mettendo in crescenti difficoltà le fasce più deboli della popolazione.

Nella regione è completamente assente la cultura dell'allevamento del bestiame di taglia media e grande, per cui la produzione di carne rimane alquanto modesta e quella del latte ancora più scarsa, salvo rare eccezioni (come quella del Villaggio della Gioia della Missione di Ilula).

La povertà dell'alimentazione pregiudica spesso anche il corretto risultato delle cure mediche (in particolare dei farmaci antiretrovirali contro l'HIV).

La povertà si rispecchia anche nello stile di vita delle comunità. Le case, generalmente fatte di fango misto ad escrementi e ricoperte da un tetto di paglia per isolare dal caldo e dalle piogge.

Il mobilio all'interno delle case è quasi inesistente, non ci sono arredi, non ci sono pareti divisorie, né porte, né finestre, né pavimenti; generalmente si dorme in terra, stesi su di una stuoia di vimini. Non ci sono bagni né fognature, ma solo latrine all'aperto, ubicate negli stessi spazi comuni dove quotidianamente si cucina e si lavano i panni, dove i bambini passano le giornate insieme a cani di strada e galline, i quali depositano i loro escrementi dove capita. In queste gravi condizioni di igiene, il rischio di colera, tifo e di altre malattie è molto elevato.

A queste difficili condizioni si aggiunge il flagello dell'AIDS: moltissime famiglie ne sono colpite e aumenta in modo impressionante il numero di bambini che vengono contagiati. Ma anche la vita dei bambini ancora sani è molto difficile: infatti, sempre più sono gli orfani affidati alle cure di qualche parente che li sfrutta come forza-lavoro e successivamente se ne disfa, abbandonandoli al proprio destino.

Ilula è un luogo di passaggio per camionisti ed immigrati in cerca di fortuna; sono molto diffusi atti di violenza, il contrabbando e la prostituzione. Anche per queste ondate migratorie, Ilula rappresenta un nodo di propagazione di malattie infettive.

L'accesso alle fonti d'acqua è difficile e le pratiche igieniche e di salute sono pressoché sconosciute. Le strutture sanitarie riscontrano numerosissimi casi di anemia, malaria, meningite, tubercolosi (TB) ed HIV.

Le nostre orme una traccia per il loro futuro

Si registra presso il distretto un basso numero di test per riconoscere il proprio status immunologico prevalentemente dovuto ad ignoranza, paura dello stigma legato all'infezione, periodica mancanza dei test, scarsità dei servizi di VCT.

Osservazioni generali e andamento delle attività



Nell'immagine vediamo il dispensario della Missione, su cui sono stati raffigurati i loghi dell'Associazione Luigi Sperone e di Sensacional, altra organizzazione no profit che ha preso parte al progetto.

Al termine dei primi sei mesi di esecuzione, le attività si trovano già a buon punto. Sono state rispettate le tempistiche previste e si stima che tutto il progetto sarà completato prima della sua data ufficiale di conclusione.

Per l'Associazione Luigi Sperone questa rappresenta una grande opportunità per dimostrare che il bene può essere fatto bene, se si dedica alle attività attenzione, professionalità ed entusiasmo.

Fin dall'arrivo sul campo abbiamo trovato grande collaborazione da parte del nostro partner locale, la Missione di Ilula, che ci ha aiutato principalmente sul lato della logistica e dei rapporti con le istituzioni. La nostra formazione è stata *on-the-job*, molto pratica ed immediatamente applicabile nei diversi ambiti del progetto. Con questi presupposti, i vari collaboratori locali hanno ricevuto responsabilità finora inconsuete, riuscendo ad allontanarsi da un approccio lavorativo di tipo lassista ed assistenziale, soprattutto quando si collabora con organizzazioni internazionali. Raggiungere questo standard lavorativo è stato sicuramente costoso in termini di tempo e di energie, ma alla lunga permetterà al nostro partner locale di poter raggiungere l'indipendenza esecutiva.

Nel corso dell'ultimo anno, si sono verificati numerosi cambiamenti positivi all'interno della Missione di Ilula, di cui ha beneficiato anche il progetto. In particolare:

1. È stato completato l'allestimento del Villaggio della Gioia
2. nel Villaggio è stato allestito un dispensario per far fronte alle prime esigenze mediche degli abitanti della zona
3. nel Villaggio è stata costruita una struttura per alloggiare e far praticare le circa 30 ragazze adolescenti della scuola professionale di sartoria, gestita direttamente dalla Missione
4. dallo scorso ottobre, al Villaggio è partito un corso professionale in agraria per circa 60 ragazzi, il primo del genere in Tanzania e supportato dal governo nazionale. Il corso avrà durata di 2 anni: per questo, il prossimo anno la popolazione di studenti del corso raggiungerà le 120 persone, proveniente da ogni regione della Tanzania.

Obiettivo generale del progetto è quello di migliorare l'assistenza sanitaria nel villaggio di Ilula e prevenire nuovi casi di infezione da HIV, in particolare nelle donne e nei bambini. Sul lato formativo, creare un polo educativo in grado di garantire un'istruzione di qualità ed un inserimento nel mondo lavorativo per i giovani.

Come introdotto, l'esecuzione delle attività è da considerarsi a buon punto. Nonostante ciò, la prolungata permanenza in loco ha permesso di individuare i punti di forza e di debolezza di ciascuna attività e del nostro partner locale, nonché di identificare possibili percorsi per futuri progetti sostenibili, in grado di supportare economicamente la Missione, che dipende ancora dai contributi inviati periodicamente dalla Diocesi di Nicosia, in Sicilia.

Punti di forza del progetto:

- Le strutture della Missione sono disponibili per l'esecuzione di qualsiasi tipo di corso di formazione; il governo tanzaniano è pronto ad investire nella formazione ad Ilula.
- Il centro di riabilitazione è operativo e gode di strumenti e personale adeguato.
- La presenza di un secondo laboratorio di analisi permetterà di alleggerire il flusso dei pazienti verso il laboratorio principale; il governo vuole incrementare il numero di servizi del dispensario e trasformarlo in Centro di Salute; il laboratorio è richiestissimo dalla gente, che aspetta solo che si aprano i battenti.
- La struttura del Villaggio della Gioia è da considerarsi autosufficiente.

Ass. Luigi Sperone

Prossimi passi:

- Responsabilizzare le persone di fiducia di padre Mammano e dimostrare che il loro contributo è prezioso sia per il progetto che per la Missione.
- Cominciare il corso per Counsellor; completare i corsi di formazione come da progetto; stringere vincoli durevoli con le istituzioni per la creazione di un polo educativo all'interno della Missione.
- Definire le linee guida operative, i punti di contatto tra le Onlus impegnate nel centro di riabilitazione.
- Continuare ad insistere sulla formazione per gli assistenti sanitari e sulla creazione di un clima armonico e vivibile per tutti.

Conclusioni

Il progetto può considerarsi fin da ora un'iniziativa di successo. Sicuramente esso rappresenta il primo di una lunga serie di passi che l'Associazione Luigi Sperone e la Missione di Ilula possono compiere insieme. L'affidabilità del partner locale e la pro positività di enti ed istituzioni locali deve fungere da stimolo per essere più ambiziosi e pensare in un programma più articolato, in grado di raggiungere traguardi importanti.

Grazie di cuore a chi ci sostiene e a chi lo vorrà fare.

Per tutte le informazioni riguardanti il progetto ed il funzionamento generale dell'Associazione rivolgersi alla segreteria:

Tel: 06 50938385 Fax 06 50917367 oppure tramite e mail info@luigisperoneonlus.it



COME FARE PER SOSTENERE L'ASSOCIAZIONE LUIGI SPERONE ONLUS:

- Tramite bollettino c/c postale (n. 000005574880) intestato ad Associazione Luigi Sperone
- Tramite bonifico bancario Poste Italiane cod. IBAN: IT 61T0760103200000005574880

Via Eschilo, 191 00125 Roma Tel. +39 06.50938385 Fax +39 06.50917367
E mail info@luigisperoneonlus.it www.luigisperoneonlus.it



OGGI PUOI DONARE COMPRANDO LA NOSTRA MAGLIETTA E IL NOSTRO CALENDARIO!

Per l'acquisto basta visitare il nostro sito www.luigisperoneonlus.it oppure rivolgersi alla nostra segreteria Tel. +39 06.50938385



L'importanza della Psicoeducazione per i pazienti affetti da disturbo bipolare

Lucilla Vergnani, Guido Trabucchi, Amedeo Minichino, Rossella Pannese, Roberto Delle Chiaie, Massimo Biondi

Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Policlinico Umberto I. Università "Sapienza" Roma

I **disturbi dello "spettro bipolare"**, ovvero i quadri clinici un tempo globalmente indicati col termine di "*malattia maniaco-depressiva*", consistono in sindromi di interesse psichiatrico sostanzialmente caratterizzate da un'alternanza fra le condizioni contro-polari di eccitamento ed inibizione dell'attività psichica. Questa disregolazione funzionale si traduce nello sviluppo di alterazioni dell'equilibrio timico (psicopatologia dell'umore), dei processi ideativi (alterazioni della forma e del contenuto del pensiero), della motricità e dell'iniziativa comportamentale, nonché in manifestazioni neurovegetative (anomalie dei livelli di energia, dell'appetito, della libido, del ritmo sonno-veglia). I disturbi bipolari comportano gravi compromissioni della qualità della vita dei pazienti (e spesso anche dei loro familiari), inabilità lavorativa, e un alto rischio di mortalità per suicidio. L'aspettativa di guarigione migliora se viene effettuata una diagnosi accurata e precoce, se viene mantenuta l'aderenza al trattamento farmacologico e si conduce uno stile di vita sano. Le conseguenze della malattia e delle continue ricadute rendono dunque necessario uno sforzo che vada oltre la farmacoterapia, ma che, al tempo stesso, la faciliti.

Alcuni studi clinici controllati con un follow-up fino a 5 anni hanno dimostrato l'efficacia degli interventi psicoeducativi nella gestione e nella cura dei pazienti affetti da disturbo bipolare, con riduzione del numero e della durata dei ricoveri ospedalieri, un miglioramento dell'adesione alla terapia farmacologica ed un decremento delle ricadute, in particolar modo sul versante depressivo. Per tale motivo l'intervento psicoeducativo viene considerato parte integrante del trattamento del disturbo bipolare dalle principali linee guida internazionali. Tuttavia numerose indagini hanno messo in luce che purtroppo solo raramente questo tipo di intervento viene offerto dai servizi ai pazienti, privandoli in tal modo di un trattamento efficace e, per di più, poco costoso.

Il progetto ha come principale obiettivo quello di offrire ai pazienti affetti da disturbo bipolare un intervento integrato, che si aggiunge e completa il trattamento farmacologico standard, al fine di migliorare il decorso di malattia, prevenire le ricadute, migliorare lo stile di vita dei pazienti e la qualità di vita sia di questi ultimi che dei propri familiari. Alcuni studi hanno inoltre fornito interessanti evidenze sul vantaggioso rapporto costo-efficacia di tale tipo d'intervento, che permetterebbe, attraverso l'ottimizzazione delle risorse economiche, anche un'importante attenuazione dei costi diretti ed indiretti collegati al trattamento di questo disturbo.

L'approccio psicoeducativo integra interventi psicoterapici ed educativi, mettendo a disposizione del paziente tutte le informazioni necessarie alla comprensione del proprio disturbo: esordio, decorso, sintomi, possibili cure, etc.. Il paziente viene quindi guidato dai terapeuti verso l'identificazione degli strumenti utili alla gestione del disturbo stesso e delle situazioni ad esso legate.



Strutturazione del corso psicoeducativo

Il programma prevede 21 sessioni di gruppo, a cui partecipano un massimo di 12 pazienti. Ogni sessione ha cadenza settimanale, con una durata di circa 90 minuti ed è condotta da due terapeuti coadiuvati da co-terapeuti che hanno seguito un training formativo specifico.

Il programma di psicoeducazione è diviso in 5 blocchi:

- I. Coscienza di malattia
- II. Aderenza al trattamento farmacologico
- III. Prevenzione dell'abuso di sostanze
- IV. Identificazione precoce di nuovi episodi
- V. Regolarizzazione dello stile di vita e gestione dello stress

Le tematiche affrontate durante la psicoeducazione hanno i seguenti obiettivi:

- migliorare l'aderenza al trattamento farmacologico, poiché la sua assenza costituisce il più importante fattore di rischio per nuove ricadute;
- educare il paziente ad identificare i prodromi (vedi Quadro 1) maniacali e depressivi (diversi dai sintomi dichiarati), al fine di favorire un intervento precoce e quindi più efficace;
- educare il paziente circa l'importanza della regolizzazione del ritmo sonno-veglia (igiene del sonno), quale fattore predittivo di nuove ricadute, promuovendo una gestione più consapevole dei ritmi quotidiani di vita.

Requisito fondamentale della psicoeducazione è la possibilità, da parte del paziente, di avere accesso diretto all'equipe curante, in particolare allo psichiatra e ad un altro membro dell'equipe (identificato all'inizio del programma), al fine di prevenire le possibili ricadute e/o diminuire la loro durata-intensità attraverso la messa a punto di un intervento precoce individualizzato. Lo scopo che la psicoeducazione per il disturbo bipolare si prefigge, è quello di insegnare ai pazienti a gestire meglio la propria malattia, a convivere con essa, ad identificare precocemente le ricadute, ad assumere la terapia in maniera adeguata e, soprattutto, a capire perché sia necessario assumerla. E' inoltre importante al fine di apprendere tecniche specifiche che aiuteranno i pazienti ad andare incontro a un minor numero di ricadute. Seguire un programma di psicoeducazione, oltre a essere assolutamente necessario dal punto di vista della medicina basata sull'evidenza, rappresenta anche un diritto del paziente – il diritto di conoscere la propria malattia – e un complemento quasi imprescindibile alla terapia farmacologica. L'intervento psicoeducativo ha come ulteriore obiettivo l'abbattimento dello stigma sociale, permettendo in tal modo al paziente di accettare, con meno disagio, la propria malattia.

Il ruolo dei familiari

Il disturbo bipolare non colpisce solamente il paziente che ne è affetto, ma anche le persone con le quali vive, le quali non solo soffrono le conseguenze della malattia, ma svolgono anche un'importante funzione di accudimento e vigilanza. L'importanza dello stress ambientale sull'evoluzione del disturbo bipolare, il carico sperimentato dai familiari che vivono con il paziente e la loro richiesta di ricevere informazioni sul disturbo e sulle strategie per affrontarlo, rappresentano ragioni cardine che hanno reso necessaria l'introduzione di interventi psicoeducativi anche per le figure di attaccamento dei pazienti (Reinart et Al.2002). Questo tipo di intervento familiare ha lo scopo di dotare le famiglie di una serie di conoscenze che permettano loro di incrementare la comprensione della malattia, di incrementare l'aderenza terapeuti-

Quadro 1 – PRODROMI

Per “prodromi” intendiamo quelle situazioni di vita che il paziente esperisce nelle fasi che precedono l'insorgenza dei sintomi. Non sono, quindi, sintomi precoci bensì segni indiretti di imminente labilità umorale.

Ogni paziente ha il compito di individuare i propri, che sono diversi da quelli degli altri.

Esempi:

Prodromi di imminente ingresso in fase depressiva: clinofilia, minore voglia di uscire, continuare a dormire a lungo al mattino senza essere andati a letto tardi, etc...

Prodromi di imminente ingresso in fase maniacale: minore necessità di dormire, assunzione di minori quantità di alcool, coinvolgimento in molte più attività di quante se ne potrebbero portare a termine, etc...

ca, di facilitare alcuni cambiamenti nelle attitudini e nei comportamenti e di ottimizzare le strategie per affrontare il disturbo.

La famiglia assume un ruolo di primaria importanza all'interno del progetto psicoterapeutico-riabilitativo, poiché è solo tramite una stretta collaborazione tra tutti gli attori coinvolti che è possibile trovare risposte più funzionali che coinvolgano sia la famiglia che i servizi.

Ciò ha condotto alla nascita dei trattamenti psicoeducativi, interventi rivolti a valorizzare il significato della famiglia nel processo di cura del paziente psichiatrico, a migliorare la capacità di gestione delle problematiche emotive, a ridurre il carico familiare e a promuovere l'attivazione di una rete sociale al fine di evitare l'isolamento.

I familiari sono interlocutori indispensabili con i quali lo psichiatra deve confrontarsi, la fonte da cui attingere risorse trasformative ed apportatrici di cambiamento; devono essere considerati veri e propri co-terapeuti nel processo di cura del paziente.

La famiglia e l'“emotività espressa” -

Family Focused Treatment (FFT) Approach

Alla base di questa forma di intervento vi è l'ipotesi che il disturbo bipolare possa rappresentare un evento molto stressante, non solo per il paziente, ma anche per la sua famiglia, andandone ad alterare significativamente l'equilibrio. Da qui la necessità di intervenire con una forma di psicoterapia che ponga la famiglia al centro dell'attenzione. Il Family Focused Treatment è un programma di intervento basato sul modello teorico di vulnerabilità allo stress e di instabilità (Miklowitz & Goldstein, 1997) (Fig.1).

L'importanza della Psicoeducazione per i pazienti affetti da disturbo bipolare

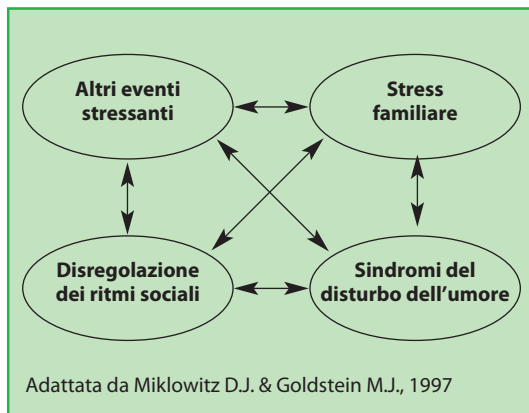


Fig. 1 - Modello della vulnerabilità alla stress e dell'instabilità.

Secondo tale modello i disturbi bipolari e, più in generale, i disturbi dell'umore sarebbero causati sia da fattori genetici e biologici che da fattori psicologici e sociali.

In pratica, una predisposizione biologica e genetica renderebbe questi soggetti più vulnerabili agli stress di vita in generale e agli stress familiari in particolare, producendo una disregolazione dei ritmi sociali, responsabile della manifestazione clinica del disturbo. Diversi studi si sono concentrati sull'individuazione dei fattori che rendono l'ambiente familiare disfunzionale e che possono contribuire all'insorgenza dei sintomi. L'obiettivo è stato quindi quello di intervenire su tali fattori al fine di ridurre il rischio di malattia. Tra quelli predittivi del disturbo, che sono stati individuati nel corso del tempo, spicca il livello di emotività espressa all'interno della famiglia.

Per "emotività espressa" si intende una serie di atteggiamenti familiari, come la tendenza alle critiche, l'ostilità e l'ipercoinvolgimento emotivo dei genitori o del coniuge che, se presenti ad alti livelli, possono concorrere allo sviluppo di disturbi affettivi, nello specifico di disturbi bipolari. È stato dimostrato che il ritorno di un paziente presso la sua famiglia, dopo un periodo di ricovero, aumenta notevolmente la possibilità di sviluppare un nuovo episodio e di aver necessità di un nuovo ricovero se questa risulta caratterizzata da alti livelli di emotività espressa.

Classicamente possiamo distinguere familiari ad alta e a bassa emotività espressa in base a determinate caratteristiche:

- I *familiari ad alta EE* sono tendenzialmente intrusivi, cercano il contatto del paziente senza considerare le sue effettive esigenze e richieste. Vogliono esercitare controllo, sostituendosi talvolta al congiunto in tutto e per tutto, senza tenere in debito conto le sue necessità relazionali.
- I *familiari a bassa EE* sono più in grado di adattarsi alle richieste e ai bisogni espressi dal congiunto, maggiormente quando il calore affettivo nei suoi confronti è molto elevato.

Nel momento del confronto con la malattia:

- I *familiari ad alta EE* considerano il congiunto responsabile di tutte o quasi tutte le sue azioni, anche quelle che chiaramente costituiscono sintomi del disturbo. Hanno la propensione a trovare colpe da addossare all'altro, facendone un "capro espiatorio" in grado di nascondere i propri problemi di accettazione e di ostilità.
- Quelli *a bassa EE* cercano di costruirsi una spiegazione razionale di quello che sta accadendo, dei comportamenti del congiunto, riconoscendo maggiormente quelli dettati dalla sua malattia. Questi familiari sono in un certo senso "avvantaggiati" nel riuscire a spiegare il disturbo del familiare come dovuto ad una patologia organica.

Sono da evitare:

- ruoli confusi;
- negazione delle conseguenze legate alla malattia, al fine di mitigare una realtà avvertita come intollerabile;
- rigidità tesa a mantenere lo "status quo ante", negando che ci sia bisogno di cambiamento per affrontare il problema;
- atteggiamento iperprotettivo ed eccessivamente coinvolto con manifestazioni di ansia marcata nei confronti del sofferente;
- scarsa spinta all'autonomia;
- atteggiamento distaccato per cui si preferisce, per proteggersi dall'ansia, delegare o nascondere il tutto, soffocando il conflitto esistente.

Un metodo di comportamento positivo e collaborativo rappresenta un fattore di grande utilità nello stabilizzare i sintomi delle malattie psichiatriche e, nello specifico, del disturbo bipolare.

In tal senso, i familiari sono visti come alleati e coprotagonisti, non viene loro attribuita alcuna colpa o responsabilità, non sono considerati malati o bisognosi di trattamento. Si riconosce piuttosto il fatto che sopportino un carico e molte limitazioni in conseguenza del disturbo del congiunto e che debbano essere aiutati a migliorare le loro strategie di gestione del disturbo e di comunicazione con gli altri, ad affrontare meglio lo stress della vita di tutti i giorni per tendere al raggiungimento degli obiettivi personali e della famiglia.

Il Family Focused Treatment si divide in quattro fasi principali, precedute da una fase di valutazione iniziale e seguite da una fase di conclusione del trattamento, per un totale di 21 sedute svolte nell'arco di nove mesi.

Le fasi vere e proprie sono:

1. Fase di informazione (modulo psicoeducativo)
2. Fase di training per migliorare le strategie comunicative
3. Fase di training per potenziare le abilità di problem solving
4. Fase di intervento sulla crisi.

Conclusioni

I risultati che abbiamo finora osservato sono notevoli e molto soddisfacenti.

I pazienti con disturbo bipolare presentano problematiche che riguardano soprattutto la compliance farmacologica e la condotta di vita regolare, che nella nostra esperienza sono notevolmente migliorate.

La prevenzione è fondamentale sia per il paziente (per evitare, con i comportamenti inadeguati - tipici soprattutto delle fasi maniacali - di intaccare la sua vita di relazione) che dal punto di vista economico-sanitario (un intervento psicoeducativo efficace riduce i ricoveri in ambito psichiatrico).

Ogni paziente acquisisce importanti conoscenze nell'individuare i prodromi del proprio Disturbo Bipolare (vedi **Riquadro 1**) e impara a contattare precocemente il proprio curante prima di entrare nella fase acuta (in cui un ricovero diviene necessario per stabilizzare l'umore).

Preziosa anche l'esperienza di psicoeducazione di familiari ed amici: il paziente, circondato da persone

che lo aiutino a gestire il proprio disturbo, non è più isolato a causa della malattia ma si sente al centro di una comunità che lo supporta senza stigmatizzarlo.

Bibliografia

1. Angst J. Epidemiology of the bipolar spectrum Encephale. 1995 Dec; 21 Spec No 6: 37-42.
2. Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Long SR. 2003 Development and reliability analysis of the Work Productivity Short Inventory (WPSI) instrument measuring employee health and productivity.
3. Hirschfeld et al 2003 The efficacy of atypical antipsychotics in bipolar disorders. J Clin Psychiatry. 2003;64 Suppl 8: 15-21. Review
4. Manuale di psicoeducazione per il disturbo bipolare di Francesc Colom Eduard Vieta.

Autore responsabile dei rapporti con la rivista:

Dott.ssa Rossella Pannese

Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma)

Email: rossellapannese@libero.it

L'invecchiamento è reversibile, nuova giovinezza per le cellule dei centenari

La scoperta di un'équipe francese. La regressione ottenuta per la prima volta anche in soggetti anziani

La cura di giovinezza per centenari comincia all'Istituto di genomica funzionale dell'Università di Montpellier, dove il dottor Jean-Marc Lemaître e la sua équipe hanno appena dimostrato che l'invecchiamento - cellulare, per adesso - non è un fenomeno irreversibile: gli scienziati francesi sono riusciti a riprogrammare in vitro alcune cellule di età avanzata trasformandole in «staminali pluripotenti indotte», cioè restituendo la capacità di suddividersi e moltiplicarsi a vecchie cellule - donate da uomini di 74, 92, 94, 96 e persino 101 anni - solitamente degradate e vicine alla fine. Come per ogni scoperta di questo tipo le rituali cautele impongono di ricordare che le prime applicazioni mediche arriveranno - forse - tra 10-15 anni, ma lo studio pubblicato ieri sulla rivista scientifica Genes & Development autorizza in linea di principio i sogni di una giovinezza da riacquistare e protrarre molto a lungo. Lemaître ha lavorato nella direzione comune a molte squadre di ricercatori di tutto il mondo, che da alcuni anni puntano a rigenerare in laboratorio tessuti o organi umani danneggiati. Esperimenti promettenti sono in corso a partire dalle staminali embrionali, che hanno il potere di differenziarsi in qualsiasi cellula dell'organismo - epatica, cardiaca, cerebrale, ecc. - ma che suscitano grandi problemi etici a causa dell'utilizzo degli embrioni. In Francia, per esempio, l'uso di staminali embrionali è proibito, salvo deroghe speciali. Nel 2007, il giapponese Shinya Yamakanaka è stato protagonista della prima svolta mettendo a punto - a partire da cellule di donatori adulti - alcune staminali dotate delle stesse capacità di differenziarsi delle embrionali. L'attuale, grande passo in avanti di Lemaître consiste nell'aver creato staminali da cellule di persone non solo adulte, ma addirittura molto anziane. «Ogni cellula normalmente controlla con regolarità lo stato delle proprie funzioni, e quando si accorge che sono ormai degradate smette di dividersi e moltiplicarsi», spiega lo scienziato francese. Questo stadio di senescenza era considerato finora l'ultima tappa dell'invecchiamento prima della morte cellulare, ed era ritenuto irreversibile. L'équipe di Montpellier invece ha proseguito nella strada indicata dai giapponesi, che erano intervenuti sulle cellule adulte aggiungendo quattro geni. «Dopo molti tentativi abbiamo introdotto altri due geni e quello si è rivelato essere il cocktail vincente - dice Lemaître -. Nel giro di 15 giorni le cellule anziane hanno cominciato a proliferare di nuovo e poi a cambiare forma. Le nuove cellule assomigliavano in tutto e per tutto a quelle originarie, ma senza alcuna traccia di invecchiamento».

Le applicazioni future più evidenti e facili da immaginare sono la cura delle malattie neurologiche come Alzheimer o Parkinson, fino al diabete, l'artrosi e i problemi cardiaci legati all'età avanzata. Per adesso, nessuna équipe al mondo ha ancora provato a reiniettare nel paziente cellule «ripotenziate», e il salto dalla teoria alla pratica è ancora relativamente lontano. La questione sembra però a questo punto solo tecnica: servono molti fondi, esperimenti, sforzi e tempo, è vero, ma la strada è segnata e l'eterno processo nascita-crescita-invecchiamento-morte sembra ormai sovvertibile, con tutte le enormi implicazioni filosofiche e religiose che ne conseguono. *Corriere.it* (2 novembre 2011)

ESOPO: Epidemiological Study of Pain in Oncology



a cura di

*Costantino Cipolla¹, Antonio Maturo¹, Armando Dell'Erba², Andrea Martoni³,
Vittorina Zagonel⁴, Francesco Schittulli⁵*

Dipartimento Sociologia, Università Bologna¹ - LILT Catania² - S.Orsola, Bologna³ -
Istituto Oncologico Veneto⁴ - LILT⁵

Premessa - Il dolore oncologico è un fenomeno complesso che contiene una componente somatica ed una soggettiva e percettiva (*illness*). Presenta varie dimensioni - intensità, qualità, andamento nel tempo, impatto, significato personale - che sono vissute da ogni paziente in maniera unica: "le famiglie felici sono tutte simili tra loro, ogni famiglia infelice è infelice a modo suo" (Tolstoy - Anna Karenina).

Importanti progressi sono stati realizzati in questi ultimi anni nel controllo del dolore cronico in oncologia, ma la rilevanza clinica, umana e sociale che, tuttora, il sintomo-dolore presenta, e le sue drammatiche peculiarità tuttora irrisolte, rendono necessario un controllo ed un monitoraggio sempre più continuo e scrupoloso del dolore, inserito all'interno di un più complesso e completo intervento di tipo palliativo. E ciò nonostante gli sviluppi nelle terapie anti-neoplastiche che hanno incrementato, significativamente, numero di guarigioni ed attesa di vita.

Gli attuali programmi di "simultaneous care", infatti, impongono che gli interventi sintomatici e psicologici non debbano, mai, essere disgiunti dalle terapie anti-neoplastiche, essendoci con queste una costante ed imprescindibile correlazione.

Obiettivi - Considerando l'importanza che il dolore riveste per i Pazienti oncologici e la necessità di realizzare interventi palliativi sempre più individualizzati e personalizzati, la LILT, insieme al Dipartimento di Sociologia dell'Università di Bologna ed in collaborazione con un rilevante numero di Unità Operative di Oncologia Medica e Radioterapia, distribuite omogeneamente su tutto il territorio nazionale, intende realizzare una survey nazionale con l'obiettivo di caratterizzare meglio il dolore oncologico corredandolo di tutte le possibili informazioni che possono risultare utili al fine dell'impostazione di un intervento terapeutico efficace, completo e, possibilmente, personalizzato.

Obiiettivo ulteriore è proseguire nell'intenso programma formativo dei Volontari LILT, finalizzato alla realizzazione di una rete nazionale, sempre più strutturata ed efficiente, in grado di affiancarsi, tecnicamente ed umanamente, al personale medico e para-medico, ai Pazienti ed ai loro familiari.



In termini più specifici, la ricerca intende attuare concretamente gli orientamenti espressi nella Legge del 15/03/2010 - *Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*, sia dal lato della dimensione medica sia dal lato del cittadino.

Strumenti e metodo - Ad oltre tremila malati, afferenti le Unità Operative di Oncologia Medica e Radioterapia sarà somministrato, con l'ausilio dei volontari LILT, un questionario (precedentemente, sottoposto a numerosi test valutativi). Le informazioni inerenti malattia, stadio e trattamento, saranno recepite dalle Cartelle Cliniche. La elevatissima dimensione del campione, garantendo una consistente rappresentatività statistica, fornirà una fedele rappresentazione della distribuzione epidemiologica del dolore nelle sue varie manifestazioni.

Il questionario è stato costruito attraverso una metodologia rigorosa, fatta di colloqui in profondità e focus group con clinici, associazioni di volontariato, psico-oncologi ed altri esperti. Inoltre, esso si basa su molteplici strumenti analoghi validati a livello internazionale (*Visual Rating Scale, Numerical rating Scale, Visual Analog Scale, Mc Gill Pain Questionnaire, Descriptor Differential Scale, Brief Pain Inventory*). In tal modo, sarà quindi possibile attuare anche una comparazione su ricerche sul dolore svolte in paesi stranieri.

"Il cuore dello stupido è nella sua bocca, ma la bocca del saggio è nel suo cuore."

Benjamin Franklin

L'esperienza del dolore nei malati oncologici: estensione, caratteristiche, possibili soluzioni. Una ricerca nazionale

a cura di

Costantino Cipolla e Antonio Maturo

Dipartimento di Sociologia, Università di Bologna

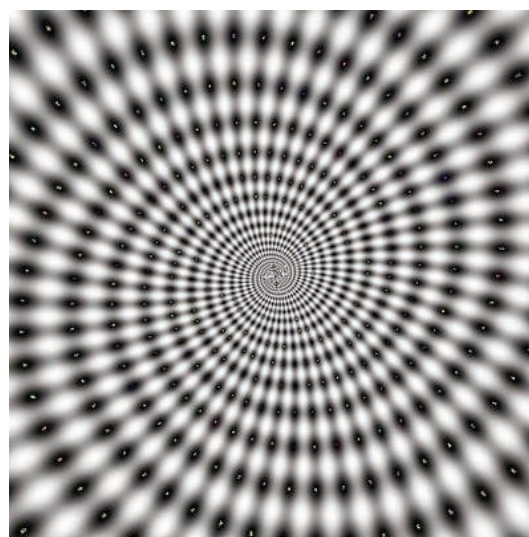
1. Quadro generale

Il dolore in ambito oncologico è diventato una questione sociale, una sfida per la persona che lo vive, ma anche per il mondo medico e per l'intera società. In special modo questo vale per l'Italia che per motivi storico-culturali è piuttosto arretrata nelle azioni contro il dolore¹.

Diverse ricerche evidenziano la sempre maggiore diffusione dell'esperienza dolorosa, sia essa connessa alle patologie croniche benigne (per esempio malattie reumatiche), che a quelle neoplastiche: l'EFIC (Federazione Europea delle Società per lo Studio del Dolore), nella ricerca "Pain in Europe" condotta nel 2006, ha evidenziato come il dolore cronico non neoplastico colpisca il 19% della popolazione europea. Ci sono dei Paesi in cui, il numero di persone affette da dolore cronico, è più alto rispetto alla media Europea: la maggiore prevalenza si ha in Norvegia (30%), seguita da Polonia (27%) e Italia (26%)² In generale, in Europa, il dolore cronico colpisce soprattutto il sesso femminile: 56% contro il 44% dei maschi.

Il dolore cronico di origine neoplastica, invece, è stato oggetto di analisi nella ricerca "European Pain in Cancer" [EPIC] curata dalla European Association for Palliative Care; da questa è emerso che il 96% dei malati italiani ha sofferto nell'arco dell'ultimo mese (contro il 73% della media europea), con una frequenza quotidiana nella metà dei pazienti, e di "almeno diverse volte alla settimana" nel 74% dei casi³. Dai dati emersi dalla ricerca, si evidenzia come l'Italia sia il paese, tra quelli considerati, in cui il dolore cronico neoplastico è più diffuso.

Importanti progressi sono stati realizzati in questi ultimi anni nel controllo del dolore cronico in oncologia, ma la rilevanza clinica, umana e sociale che, tuttora, il sintomo dolore presenta, le sue, spesso, drammatiche peculiarità, tuttora, irrisolte e gli importanti sviluppi nelle terapie anti-neoplastiche che hanno incrementato le attese di vita dei Pazienti ed aumentato il numero dei guari-



ti e dei lungo-sopravvissuti, rende necessario un controllo ed un monitoraggio sempre più continuo e scrupoloso del dolore, inserito all'interno di un più complesso e completo intervento di tipo palliativo.

Gli attuali programmi di "simultaneous care", infatti, impongono che gli interventi sintomatici e psicologici non debbano, mai, essere disgiunti dalle terapie anti-neoplastiche, essendoci con queste una costante ed imprescindibile correlazione.

Pur riconoscendo al dolore cronico "generale" o "benigno" alcune caratteristiche assimilabili a quelle presenti nel dolore oncologico, tra cui il costante impatto sulla qualità di vita, esistono delle importanti peculiarità che non ci consentono di condividere l'affermazione di Turk: "Remember the distinction between malignant and benign pain? Well, forget it".

Alcune di queste peculiarità determinano, necessariamente, un intervento terapeutico mirato:

- prima di tutto i dati di prevalenza assoluti e specifici di patologia e di stadio. Una recente metanalisi in cui sono stati condensati i dati derivanti da 52 studi, selezionati, ha evidenziato un 53% di presenza del dolore, globalmente, nei Pazienti con neoplasia. La prevalenza del sintomo è risultata, poi, essere del 33% dopo terapie a scopo guaritivo, del 59% nei pazienti sottoposti a trattamenti anti-neoplastici e del 64% nei Pazienti con malattia metastatica/avanzata e terminale;

¹ Cfr. D'Agostino F. (2006), *Editoriale*, in Belardinelli S., Allodi L., Germano I., *Bioetica del dolore*, «Salute e Società», Anno V, 3/2006.

² EFIC (2006), *Pain in Europe-a Report* (disponibile su: http://www.paineurope.com/files/PainInEuropeSurvey_2.pdf)

³ EAPC (2007), *European Pain in Cancer*.



- *valore clinico e vissuto di cupo presagio. Il dolore nel Paziente oncologico è spesso il sintomo rilevatore di ripresa di malattia o di progressione della stessa verso le fasi più avanzate e terminali. La prevalenza del sintomo e la sua intensità, infatti, direttamente correlano con lo stadio e l'estensione della malattia;*
- *elevata frequenza di un quadro sintomatologico complesso. Raramente il dolore oncologico assume il carattere di "dolore malattia" ma è accompagnato, solitamente, da una serie di sintomi tra i quali, ansia, insonnia, depressione, fatigue, secchezza delle fauci, difficoltà respiratorie, anoressia, nausea, vomito, perdita di peso e cachessia;*
- *differenze eziopatogenetiche. Di solito il dolore oncologico viene inquadrato in tre gruppi: dolore da effetto massa, da sindrome paraneoplastica e da effetto iatrogeno (chirurgia, chemioterapia, radioterapia). Di notevole rilevanza clinica è il riconoscimento che la produzione di citochine tumorali o monocitiche-macrofagiche possa essere alla base del sintomo dolore. Questo spiegherebbe la contemporaneità di importanti manifestazioni cliniche come fatigue e cachessia;*
- *breakthrough pain (BTP). Il BTP consiste nella comparsa, più o meno frequente, in un quadro di cronicità, di esacerbazioni dolorose improvvise. Il 52% dei Pazienti riferisce che queste manifestazioni sono imprevedibili. Possono, infatti, essere spontanee, per riflessi viscerali, spasmi intestinali, ritenzione ureterale, deglutizione, o correlate a movimento;*
- *frequenza di CIBP (cancer induced bone pain). Si ritiene che l'85% dei Pazienti con metastasi ossee presenti dolore associato a BTP, ansietà, depressione, ridotto PS e ridotta QoL;*
- *efficacia palliativa di chemioterapia e radioterapia;*
- *ridotto rischio nell'uso degli oppioidi. Specialmente nelle fasi più avanzate, il periodo di trattamento limitato, purtroppo, a pochi mesi, elimina ogni perplessità in merito a rischi da trattamenti prolungati.*

Nel contesto italiano l'importanza e l'attualità del presente tema è testimoniata dall'approvazione della recente Legge 38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". Con tale normativa si intende colmare le lacune finora esistenti, e tra i punti di maggiore rilievo si possono individuare:

- la chiara distinzione tra cure palliative e terapia del dolore, entrambe modalità di intervento annove-

- rate fra i Livelli Essenziali di Assistenza (articolo 2);
- l'obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie (articolo 7);
- in riferimento alle figure professionali e alle specifiche competenze, sono previsti una formazione e un aggiornamento del personale medico sanitario in materia di cure palliative e terapia del dolore (articolo 8);
- in relazione alle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore si introducono delle semplificazioni per l'accesso ai farmaci (articolo 10); viene infatti modificato il Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza (DPR 309 del 1990) semplificando la prescrizione dei farmaci oppiacei non iniettabili⁴.

Oltre alla presente legge, un tentativo di maggiore sensibilizzazione al tema del dolore, è stata intrapreso nel 2001 attraverso la normativa sulla realizzazione del progetto "Ospedale Senza Dolore". Tale progetto nacque nel 1992 in Canada con lo scopo di modificare le attitudini e il comportamento dei professionisti sanitari e, nello stesso tempo, anche dei malati ricoverati, in merito al dolore. Le linee-guida proposte nel 2001 in Italia e affidate alle Regioni per la loro applicazione, sono in perfetta sintonia con i principi della campagna internazionale e si pongono l'obiettivo del miglioramento del processo assistenziale specificamente rivolto al controllo del dolore di qualsiasi origine. Il progetto ha trovato implementazione in alcuni ospedali italiani.

2. Il dolore oncologico

Il dolore di origine neoplastica rappresenta un problema di enorme importanza sanitaria e sociale e, nel decorso della patologia tumorale, è certamente uno dei sintomi che maggiormente caratterizza l'evoluzione clinica della malattia.

Il dolore oncologico è costituito sia dal dolore cronico che da quello acuto: il 30% dei pazienti oncologici in terapia antitumorale e il 70% di quelli in fase avanzata e terminale di malattia è affetto da dolori cronici, dovuti alla malattia nel 70% dei casi, ai trattamenti ricevuti (20%) o a cause diverse (10%). Oltre la metà dei pazienti, però, vive anche episodi di dolore acuto, definiti come episodi di "breakthrough pain": si tratta di un dolore transitorio, che si manifesta in pazienti con

⁴ Per una riflessione sulla precarietà epistemologica e operativa della distinzione tra prevenzione primaria, secondaria, terziaria in ambito di sostanze stupefacenti, si veda il testo di Cipolla C. e Lombi L. *Dalle prevenzioni "aggettivate" ad interventi coordinati e sequenziali nel ciclo delle droghe*, in corso di pubblicazione. Nell'articolo tale classificazione è sostituita con la tripartizione prevenzione/gestione/recupero.



un dolore cronico di base ben controllato da una terapia analgesica⁵.

Il dolore, secondo quanto emerso dalla ricerca *European Pain in Cancer* [2007] è il primo sintomo che spinge il paziente a rivolgersi ad un medico, permettendo così l'individuazione della patologia neoplastica, ed accompagna, nella gran parte dei casi, l'intero decorso del tumore. Il dolore, quindi, da campanello d'allarme iniziale, si protrae e accompagna il paziente neoplastico lungo tutto il suo percorso di malattia: emerge infatti, che per un europeo su tre (30%), e per il 42% degli italiani, il dolore è stato il sintomo chiave per la diagnosi di tumore. Il 56% dei malati di cancro ha dichiarato di provare dolore al momento dell'intervista e il 96% lo ha sperimentato nell'arco dell'ultimo mese con una frequenza quotidiana nella metà dei pazienti e di "almeno diverse volte alla settimana" nel 74% dei casi. Più del 96% degli intervistati con dolore lamenta una sofferenza di grado moderato-severo, ovvero di livello maggiore a 5 su una scala numerica da 0 a 10, dove 10 indica "il peggior dolore possibile". Sebbene il 98% di questi malati riceva un trattamento per il proprio dolore, solamente il 16% degli intervistati italiani (e il 24% degli europei) giudica realmente efficace la terapia prescritta per il proprio dolore e, nel 70% dei casi, i farmaci assunti non sono in grado di scongiurare la ricomparsa. La ricerca EPIC ha dimostrato che, nonostante la disponibilità di trattamenti, il dolore da cancro continua a non essere gestito in maniera adeguata e per il 42% dei pazienti oncologici il dolore si delinea come "intollerabile".

In Italia la ricerca più consistente – per numero di casi e per profondità d'analisi – è stata svolta nel 2009. Si tratta di uno studio basato su oltre 2700 interviste a

malati oncologici, raccolte in trentasette strutture sanitarie sparse in tutta Italia⁶. La ricerca si è avvalsa della collaborazione di numerosi volontari oncologici della LILT nella fase di somministrazione del questionario. Specificatamente, sul dolore è emerso che oltre il 75% degli intervistati ha subito delle limitazioni della propria esistenza a causa della sofferenza. Il dolore oncologico è certamente connesso allo stadio della malattia, alla localizzazione del tumore e al tipo di trattamento (paradossalmente, in oncologia, le cure producono sofferenza, mentre il male, in alcuni casi, è silenzioso). Tuttavia, nella ricerca, si è notata anche una correlazione tra titolo di studio e percezione del dolore, così come tra luogo geografico di cura e senso di sofferenza. Inoltre, rimane centrale il tema dell'accesso agli antidolorifici.

Dolore, sofferenza, disagio psichico sono sensazioni diverse, ma spesso si presentano con confini sfumati. E molto spesso si potrebbero evitare o per lo meno ridurre. La liberazione dal dolore è principalmente un'esigenza etica inerente al diritto alla salute. Un diritto quindi di ogni persona. Oltre a ciò va sottolineato come la sofferenza pregiudichi l'esito delle cure. Sono numerose le ricerche che mostrano come fatalismo, rassegnazione e sfiducia siano connesse alle possibilità di guarigione, spesso passando per il grado di compliance. E non va neppure dimenticato che nell'ambito della malattia oncologica non si può non considerare il rapporto medico-malato senza prendere in considerazione altri attori come famiglia e, in moltissimi casi, il volontariato. Anch'essi sono coinvolti nel processo di gestione del dolore.



⁵Amadori D., Maltoni M. (2003), *Il sollievo dal dolore fisico*, in Centro di ascolto psico-sociale "Ghirotti" (a cura di), *Il sollievo. La cura del dolore in tutte le sue dimensioni*, Franco Angeli, Milano.

⁶Cipolla C., Maturo A. (a cura di) (2009), *Con gli occhi del paziente. Una ricerca nazionale sui vissuti di cura dei malati oncologici*, FrancoAngeli, Milano.

"Fare facilmente ciò che gli altri trovano difficile è talento; fare ciò che è impossibile al talento è genio."

Henri Amie

Le problematiche economiche e logistiche del paziente oncologico in Italia

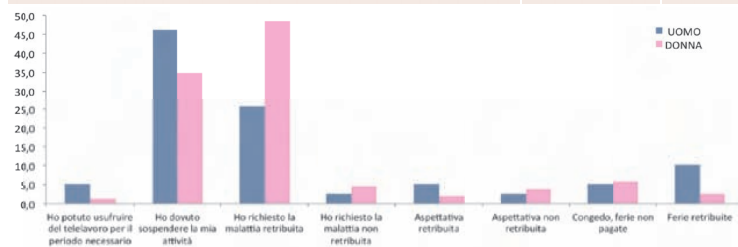


di Nicolò Patriarca

In un periodo di recessione generalizzata e congiunture economiche sfavorevoli, rischia di inasprirsi ancor più la condizione già spesso drammatica di chi si trova, direttamente o indirettamente, a doversi confrontare con un tumore. Oltre alla sofferenza per il malato e per la sua famiglia, una diagnosi di tumore comporta destabilizzazione psicofisica, un importante peso economico e spesso significa compromissione delle capacità di guadagno del malato o di chi lo ha in custodia, oltre all'effettivo investimento di tempo e risorse nelle cure.

La Lega Italiana per la Lotta Contro i Tumori, da sempre in prima linea per la Prevenzione, ha voluto condurre con il supporto della Comunità Europea nell'ambito del Programma Salute 2008-2013 una ricerca in materia di restrizioni assicurative e creditizie per i malati e/o ex malati oncologici: un tema particolarmente sentito anche in ragione del numero sempre crescente di pazienti oncologici che, grazie a prevenzione e cure, possono contare su una più lunga e migliore aspettativa di vita o riescono a guarire. Il 7 settembre - in occasione della conferenza **Continuing Cancer Care** organizzata dall'European Cancer Leagues - è stato presentato al Parlamento Europeo di Bruxelles un report dei primi risultati dell'indagine alla presenza di alcuni parlamentari europei e di una platea internazionale di stakeholders, firmatari di alcune risoluzioni per la difesa del paziente oncologico (accesso al credito e assicurazioni, supporto, cure palliative, riabilitazione e protezione sociale). La LILT, la prima organizzazione a rilevare con puntualità il fe-

Qual è stato l'impatto della patologia sulla sua vita professionale?	Uomo % su tot. rispondenti n. 39	Donna % su tot. rispondenti n. 155
a. Ho potuto usufruire del telelavoro per il periodo necessario	5,1	1,3
b. Ho dovuto sospendere la mia attività	46,2	34,8
c. Ho richiesto la malattia retribuita	25,6	48,4
d. Ho richiesto la malattia non retribuita	2,6	4,5
e. Aspettativa retribuita	5,1	1,9
f. Aspettativa non retribuita	2,6	3,9
g. Congedo/ferie non pagate	5,1	5,8
h. Ferie retribuite	10,3	2,6



Quali problematiche ha incontrato?

Economiche:

- grossi problemi economici (4)
- riduzione reddito
- ho chiesto l'invaldità, ma non ricevo nessun tipo di aiuto economico
- di sostentamento. Lo stato mi richiedeva comunque di pagare cose che non potevo. Facevo fatica ad avere soldi per tirare avanti
- problematiche economiche in quanto ha dovuto assumere una sostituta nel suo ristorante
- all'inizio mi sono dovuta pagare anche la stadiazione perché il mio medico non barrava la casella dell'esenzione

Professionali:

- lavoro da sola... o lavoro io o nessuno
- mi sono sentita in colpa per essere mancata dal lavoro
- sono stata inserita nelle liste speciali della legge 68/99 ma poiché il mio lavoro prevedeva sforzi continui e pesanti su entrambe le braccia, non ho potuto continuare e non mi è stata proposta la riqualificazione e quindi l'assunzione con lista speciale e relativa tutela
- sono stata inserita nelle liste speciali della legge 68/99 ma poiché il mio lavoro prevedeva sforzi continui e pesanti su entrambe le braccia, non ho potuto continuare e non mi è stata proposta la riqualificazione e quindi l'assunzione con lista speciale e relativa tutela

Psicologiche:

- solitudine (2)
- dopo l'intervento se non ti informi tu, sei solo
- sono rimasta sola, mio marito mi ha lasciato con 2 ragazzi adolescenti, senza stipendio e senza mantenimento e malata. Credete che qualche persona mi abbia dato una mano? No
- nessun supporto psicologico, solo la famiglia e gli amici
- ho avuto un atteggiamento passivo e mi sono concentrato sulla cura della malattia di mia madre
- non essere capita dalle persone
- poca disponibilità

In caso di richiesta di prestito bancario può dire che:

	Uomo % su tot. rispondenti n. 4	Donna % su tot. rispondenti n. 12
a. La pratica è stata semplice	50	25
b. La comunicazione dell'esito molto rapida	25	16,7
c. È stato effettuato a condizioni di mercato		25
d. Ci sono state delle restrizioni all'importo richiesto		
e. Ci sono state delle restrizioni della durata		
f. È stato concesso ma a fronte di garanzie significative e/o diverse da quelle usuali	75	50
g. Non è stato concesso per mancanza di garanzie	25	
h. Richiesto ma non ottenuto		8,3
Altro		8,3

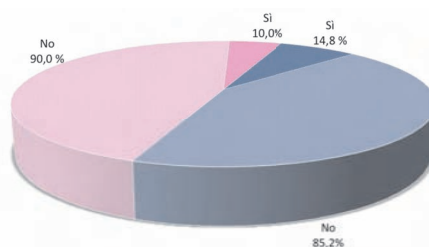
Se sono state richieste garanzie significative, quali?

	Uomo % su tot. rispondenti n. 4	Donna % su tot. rispondenti n. 7
a. Ipoteca	100	57,1
b. Fidejussione		42,9
c. Assicurazione		
d. CUD	25	

nomeno proponendosi l'ambizioso obiettivo di sensibilizzare l'opinione pubblica su una materia di così grande attualità pubblica e di interesse sociale, si pone dunque all'avanguardia nel promuovere la cultura della Prevenzione come metodo di vita in tutti i suoi aspetti, a partire dalla prevenzione primaria (ridurre i fattori di rischio e le cause di insorgenza della malat-

tia), alla prevenzione secondaria (visite mediche ed esami strumentali per la diagnosi precoce dei tumori), fino alla prevenzione terziaria, che come sottolinea questa indagine, sappia farsi carico delle problematiche del percorso di vita di chi ha sviluppato un cancro, allontanando l'eventuale processo di metastatizzazione, dando diritto ad una vita serena e dignitosa.

Ha mai segnalato le problematiche che ha incontrato?

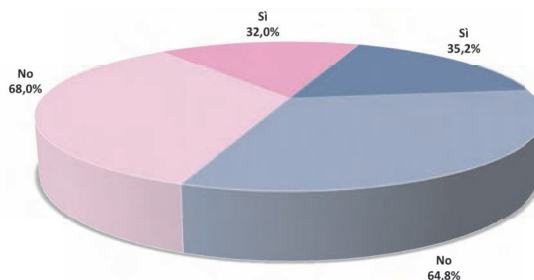


Se si, a chi?

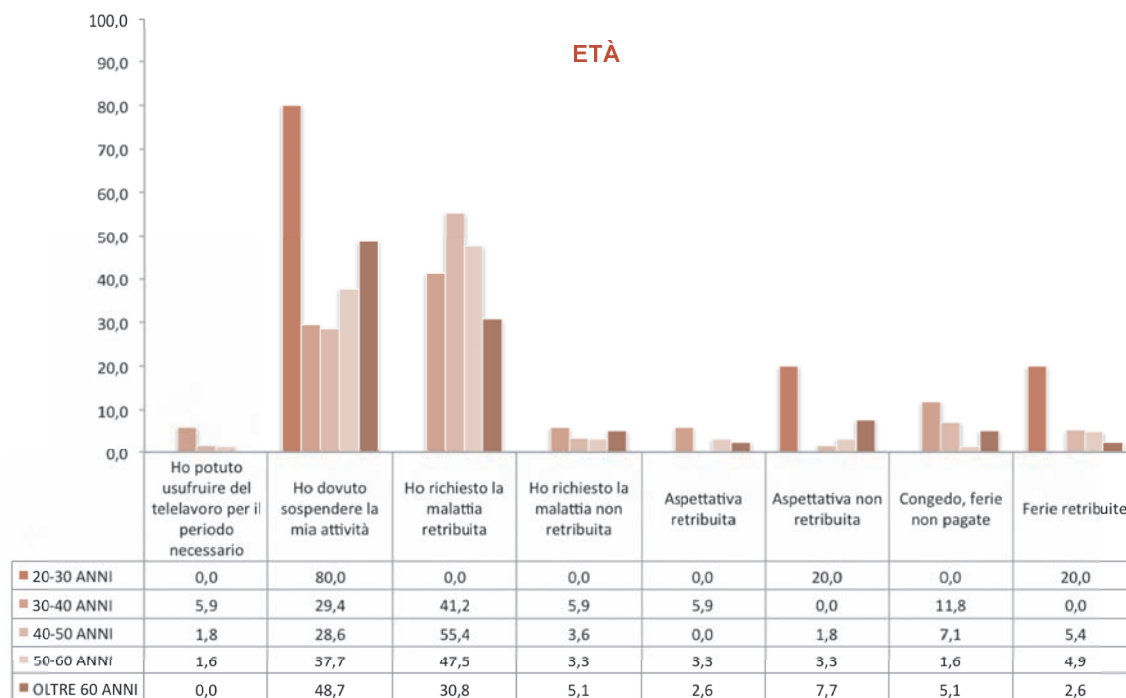
Totale rispondenti: 35 (uomini=8 donne=26)

LILT	Tribunale del malato	Altro Consumo	Associazioni di categoria	TV/Radio	Stampa	Altro	Gruppo Mutuo Aiuto Oncologico	Sindacato
62,9%	22,9%	2,9%	17,1%	2,9%	5,7%	14,3%	2,9%	2,9%

E' al corrente dell'esistenza di provvedimenti legislativi di tutela dei malati oncologici?



ETÀ



Mai più smagliature con il Laser TRIWORKS

"La medicina estetica fa passi da gigante: una dimostrazione nei centri U.S.I."



Le smagliature o striae distensae sono degli inestetismi della pelle che generalmente colpiscono le donne. Le cause possono essere varie: gravidanza, perdita improvvisa di peso e comunque, in generale, dipendono da una mancanza di tono ed elasticità della pelle sottoposta ad una eccessiva tensione. Quanto più la pelle è disidratata tanto più evidente sarà il danno subito. Le smagliature si formano in diverse zone del corpo, ma soprattutto: seno, addome, cosce, glutei, e interno braccia e si presentano come avvallamenti dal colore diverso dalla pelle sana. Nella fase iniziale le striature si presentano rossastre e sono quelle più facilmente eliminabili perché rappresentano un danno non ancora permanente. Successivamente le smagliature diventano biancastre, simili a cicatrici, ed in questa fase sono le più difficili da trattare.

Oggi però, in medicina estetica, sono presenti delle metodiche nuove e sicure che riescono a riportare ri-

sultati brillanti anche nel trattamento di questi fastidiosi inestetismi, da sempre temuti soprattutto dalle donne. Si tratta dei laser frazionati, come Icaro di Triworks: tecnologia innovativa quanto sicura. Icaro è uno strumento validissimo che permette di ottenere ottimi risultati perché va ad agire sia rafforzando lo strato di derma sottostante sia rendendo il colore della stria simile a quello della pelle vicina.

Qual è il metodo di funzionamento di Icaro? Essendo un laser frazionale, consiste in un raggio di luce che agisce bruciando delle microscopiche aree di tessuto in profondità, dette appunto "frazioni". Ovviamente le microbruciature sono impercettibili a livello sensibile e visibile perché lasciano intatti gli strati cutanei in superficie, ma -a livello del derma- servono ad attivare il processo riparativo delle cellule. Questo processo, infatti, fa sì che il derma sia stimolato per la rigenerazione tissutale e che avvenga un rinnovamento cellulare visibile sotto forma di pelle distesa e uniforme. Le smagliature, dunque, risultano appianate e con un colorito vicino a quello del tessuto "sano". I tempi di recupero sono immediati e gli effetti collaterali generalmente inesistenti.

Dove fare un trattamento con Icaro? Come sempre raccomandato, è necessario sottoporsi ad un trattamento di medicina estetica rivolgendosi a centri fidati e certificati, autorizzati dall'azienda per l'utilizzo del macchinario Triworks. Per quanto riguarda Icaro, è possibile effettuare questo tipo di trattamento per l'eliminazione sicura e controllata delle smagliature presso uno dei centri U.S.I., che da sempre si affidano alla sicurezza delle macchine Triworks.



Dottor Stefan Dima
Cell 337 738696 - Tel 06 328681
e-mail medestetica@usi.it

Progettare il benessere

Parlare di anziani è un argomento che acquista sempre maggiore importanza in una società, come la nostra, che sta vivendo una sorta di "rivoluzione demografica": nel 2000, nel mondo c'erano cir ca 600 milioni di persone con più di 60 anni, nel 2025 ce ne saranno 1,2 miliardi e 2 miliar di nel 2050. La longevità della popolazione anziana e il conseguente accentuarsi dell'incidenza degli anziani sulla popolazione complessiva italiana va attentamente valutata in relazione ai riflessi che tale fenomeno è destinato ad assumere.

Una famiglia italiana su dieci ha almeno un componente disabile al suo interno ed oltre un terzo di queste famiglie è composto da persone disabili sole.

Nel nostro paese, infatti, sono molto carenti le strutture sociali che si occupano dell'assistenza della popolazione della così detta terza età e la grande maggioranza degli anziani si trova ad affrontare da sola le molteplici carenze assistenziali, economiche e previdenziali che la nostra società non riesce ad affrontare. Gli ultimi dati in proposito ci dicono che oltre un anziano su quattro vive solo, in uno stato di disinteresse generale, emarginato dal

tessuto sociale e abbandonato al proprio destino.

Anche nei casi in cui è la famiglia ad occuparsi dell'anziano non sono da sottovalutare le conseguenze di tale

gesto. L'età anziana, infatti, si accompagna alla forte incidenza di multipatologie croniche, e di disabilità che ne condizionano fortemente i livelli di autosufficienza.

HAI BISOGNO D' ASSISTENZA?

Rivolgiti a

"PROGETTO SALUTE"

Da oltre 30 anni la cooperativa sociale "Progetto Salute" opera con successo nel settore dell'assistenza domiciliare rivolta a persone anziane e in difficoltà

Per un preventivo e maggiori informazioni

Tel: 06.88643473-75-76

Cell: 338.8759506

Operatori specializzati sempre a vostra disposizione



Quando si assiste un anziano, ogni membro della famiglia si ritrova a condividere un'esperienza nuova e con ripercussioni importanti sia a livello organizzativo che emotivo.

L'attività di sostegno e cura a familiari anziani fragili per quanto desiderata, può provocare un peggioramento significativo della qualità della vita del caregiver coinvolto,

che sperimenta livelli di tensione emotiva e psicologica, fino a diventare a sua volta una "seconda vittima" delle patologie invalidanti che colpiscono l'anziano e/o la persona disabile.

Cresce quindi il numero di anziani e disabili che necessitano di un'assistenza continuativa che può variare da interventi esclusivamente di tipo sociale, (invio di pasti caldi, supporto psicologico, disbrigo di pratiche amministrative, pulizia dell'appartamento etc.) ad interventi misti socio-sanitari (assistenza infermieristica, attività riabilitative, interventi del podologo, etc.). Un ruolo importante in questi casi è ricoperto da strutture come la PROGETTO SALUTE Società Cooperativa Sociale che offre assistenza, altamente qualificata, su tutto il territorio romano dal 1980. Superare l'emarginazione, promuovere l'autonomia, dare dignità alla persona, queste sono le parole chiave del successo trentennale dei servizi offerti dalla cooperativa.

Vincenzo Marchese

SERVIZI OFFERTI

"PROGETTO SALUTE" offre servizi domiciliari accuratamente pensati per il benessere della persona e della famiglia

➤ Assistenza domiciliare

- Bagno e igiene personale
- Sorveglianza, cura della persona
- Preparazione pasti
- Controllo e assunzione dei pasti
- Compagnia e socializzazione
- Mobilizzazione, ausili e protesi
- Disbrigo pratiche burocratiche
- Parrucchiere, pedicure e manicure
- Assistenza notturna

➤ Assistenza ospedaliera

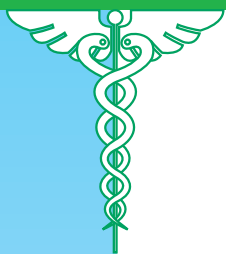
- Cure igieniche
- Nutrizione
- Supporto per la deambulazione
- Assistenza notturna

➤ Accompagnamento per

- Visite mediche
- Terapie
- Spesa assistita o a domicilio
- Passeggiate

www.scvprogettosalute.com





All'USI di via Orsini, potenziato il servizio di Fisiocinesiterapia. Ne parliamo con la dott.ssa Florinda Valdivia Torres, direttore tecnico del servizio, e con lei scopriamo una verità antica: la prima qualità di un buon medico è la sua umanità.

All'USI fisioterapia vuol dire fiducia

di Michele Trecca



C'è qualcosa di nuovo oggi all'USI, anzi di antico o, meglio, c'è l'uno e l'altro, il nuovo e l'antico, mescolati fra loro in una combinazione esplosiva. Procediamo con ordine. Di nuovo all'USI di via Orsini c'è il potenziamento del servizio di FKT, ovvero Fisiocinesiterapia, ormai prossimo al traguardo dell'eccellenza tecnologica grazie ad alcuni interventi di ristrutturazione e all'imminente arrivo dei migliori macchinari del settore. Bene, è nel DNA dell'USI, l'innovazione. È, però, nella tradizione dell'USI anche, e soprattutto, una costante attenzione al fattore umano nel rapporto medico-paziente. È il segreto del successo dell'USI: un segreto sotto gli occhi di tutti ma che, nonostante ciò, è difficile emulare... tanto difficile che lo possiamo tranquillamente raccontare. Ed allora passiamo la parola a Florinda Valdivia Torres, specializzata in fisiatria all'università La Sapienza.

«La mia figura all'USI – ci dice la dott.ssa Valdivia – è innovativa perché sono presente nella struttura tutto il giorno, dalla mattina fino al pomeriggio, e questo mi permette di avere un contatto quotidiano con tutti i pazienti che stanno effettuando il percorso riabilitativo, sia quelli visitati da me, sia quelli arrivati da noi con terapie prescritte da altri specialisti o dal medico di base. Il paziente, quindi, ha in me un punto di riferimento continuo, uno specialista sempre a disposizione per parlargli, confrontarsi e fare domande. È ovvio che sentirsi seguito e supportato dà alla persona in terapia fiducia nelle proprie capacità di recupero. L'incidenza di quest'apporto psicologico non è quantificabile ma è senz'altro rilevante».

Rilevante e... rilevabile, non dai numeri ma da quei segni ancor più importanti e inequivocabili che sono certi gesti minimi e però indelebili come pazienti che ti portano cioccolatini o una marmellata, rigorosamente fatta in casa. E c'è anche la signora che dice: «Dottoressa, devo proprio portare una mia amica di Cassino, mi fissi un appuntamento perché devo andare a prenderla io a Cassino. Ci tengo che la veda lei». E, forse, oltre all'indubbia professionalità, c'entra la solarità della persona. Un'ipotesi molto facile, anche perché verificata direttamente nel nostro incontro, è che la dott.ssa Valdivia conquisti i pazienti prima di

tutto con il sorriso. Il suo sorriso squillante non ha nulla di forzato o artificioso ma è una limpida espressione di generosità o disponibilità alle ragioni dell'altro. Un paziente di questo ha bisogno, prima di tutto: di sapere che il medico è dalla sua parte con la pienezza umana della sua persona, e non solo con il tecnicismo del suo sapere. Si chiama fiducia, e fa la differenza. All'USI è moneta antica.

«Sì, è vero. Si avverte un clima speciale. La maggior parte dei fisioterapisti lavora all'USI da parecchi anni, nel tempo hanno costituito un ottimo gruppo, e questo mi ha permesso di iniziare fin da subito un buon rapporto di collaborazione con loro. Sono stati subito contenti che io fossi presente nella struttura per tanto tempo. Ci confrontiamo spesso durante la giornata.»

- Ma com'è arrivata all'USI?

«Dopo aver conseguito la laurea e la specializzazione in fisiatria con i professori Santilli e Saraceni, ho avuto modo di contattare la dott.ssa Barbati che aveva in progetto il potenziamento del servizio di FKT a via Orsini. Ho incontrato, quindi, prima il dott. Borzillo, direttore sanitario della sede di via Orsini e poi la stessa dott.ssa Barbati. C'è stata un'intesa immediata con entrambi. Ho capito subito che lavorare all'USI mi avrebbe arricchita sia dal punto di vista umano che professionale, per cui ho accettato l'incarico con grande entusiasmo.»

- Ma qual è il suo ruolo all'USI?

«Ricopro il ruolo di direttore tecnico di FKT (fisiocinesiterapia) da circa tre mesi. La mia attività consiste nell'organizzare, gestire e supervisionare il lavoro della fisioterapia in palestra e della terapia fisica nei vari box predisposti nonché nell'effettuare visite specialistiche.»

- Qual è una prima novità della sua gestione?

«Una novità dei prossimi giorni è che la cartella clinica, finora cartacea, verrà compilata ed archiviata direttamente sul computer in modo da essere accessibile rapidamente per le successive visite di controllo e visionabile anche dagli altri colleghi.»

- E le nuove macchine?

«Entro un mese avremo a disposizione nuove macchine per la riabilitazione degli arti inferiori, leg press e leg extension, una cyclette, un tapis roulant per il lavoro aerobico ed una macchina che consente di eseguire numerosi esercizi per tutto il corpo consentendo così un allenamento di tutti i gruppi muscolari.»

- Ma come viene seguito il paziente?

«Sulla base dei dati clinici rilevati durante la visita fisiatrica, viene elaborato un programma riabilitativo individuale che il paziente dovrà seguire sotto la guida costante del fisioterapista. Nella struttura di via Orsini, ho la possibilità di lavorare, potremmo dire, in "equipe" perché mi avvalgo di un confronto continuo con gli altri specialisti e le varie figure professionali. È indubbiamente un bel vantaggio, per esempio, poter seguire direttamente un paziente mentre effettua un esame baropodometrico per l'analisi della postura e dell'appoggio plantare o avere immediato riscontro dal collega che effettua l'elettromiografia, l'ecografia o la risonanza. In questo modo posso avere un monitoraggio continuo dell'efficacia del trattamento.»

- Può definire meglio il raggio d'azione della fisioterapia?

«La Medicina Fisica e Riabilitativa abbraccia molte branche della medicina. Opera negli esiti delle malattie traumatologiche, ortopediche, reumatologiche, neurologiche, otoiatiche, respiratorie, urologiche, cardiologiche, dermatologiche, angiologiche. Il progetto riabilitativo individuale consiste nella presa in carico della persona disabile con la finalità di ottenere il miglior recupero funzionale, il massimo livello d'autonomia e la migliore qualità della vita concessa dalla malattia di base.»

- C'è un particolare ambito di specializzazione della struttura di via Orsini?

«Nei nostri ambulatori afferiscono per la maggior parte pazienti che presentano disturbi e disabilità conseguenti a patologie traumatiche sportive, ortopediche e reumatologiche. Vengono trattate, per esempio, condizioni in acuzie, gli esiti di eventi morbosi stabilizzati, così come gli esiti di patologie croniche, come per esempio la patologia artrosica, in modo da ritardare un'ulteriore perdita funzionale conseguente all'evoluzione della malattia. Tutte queste condizioni determinano una perdita di funzione ben definita che richiede interventi di recupero mirati.»

- Quali sono le prestazioni che vengono richieste più frequentemente all'USI?

«Nel paziente anziano la patologia artrosica nelle sue diverse sedi, è sicuramente la più trattata. Nel paziente giovane-adulto, è piuttosto diffusa la cervicalgia, a volte accompagnata da cefalea, conseguente spesso alla postura non corretta che viene mantenuta per ore e ore davanti al computer. I bambini, invece, possono presentare quadri clinici che vanno dalla scoliosi o atteggiamento scoliotico, al piede piatto. Nell'atleta, a tutti i livelli, le patologie più frequentemente trattate sono le lesioni muscolotendinee ed i traumi distorsivi.»

Non solo tutte le età: la verità, infatti, è che la fisioterapia abbraccia tutte le branche della medicina, dalla neurologia all'ortopedia alla reumatologia e a chi lo voglia offre la possibilità d'essere un medico senza frontiere. Parola della dott.ssa Florinda Valdivia Torres, direttore tecnico del servizio di Fisiocinesiterapia del centro USI di via Orsini.

Ortopedia - Viti riassorbibili, prima scelta nelle fratture del calcagno

Nella stabilizzazione delle fratture del calcagno, le viti riassorbibili presentano pari efficacia e minori effetti collaterali rispetto alle placche metalliche. È quanto emerge da uno studio condotto da Zhang Jingwei, del Sesto ospedale di Ningbo nello Zhejiang (Cina), e colleghi. Il trial clinico randomizzato ha valutato l'esito degli interventi di stabilizzazione in pazienti con fratture intra-articolari del calcagno operati tra il 2007 e il 2009. In 52 pazienti sono state impiegate placche metalliche, mentre nei rimanenti 47 viti riassorbibili. A un anno dall'intervento, la funzionalità dell'articolazione è risultata perfettamente sovrapponibile nei due gruppi. Misurata con l'American orthopaedic foot and ankle society ankle-hindfoot score, una scala che combina le valutazioni del paziente con l'esame obiettivo del chirurgo, ha dato 71,6 per i pazienti che avevano subito l'impianto della placca, 72,3 per quelli in cui erano state impiegate le viti riassorbibili. Analoghi risultati sono stati ottenuti dalle misurazioni con il Foot function index (21,4 per il primo gruppo, 22,7 per il secondo) e con il calcaneal fracture scoring system (73,5 vs 75.1). Differenze significative sono state riscontrate invece nell'incidenza di effetti avversi. Nel primo gruppo si sono registrati sei casi di difficoltà nella cicatrizzazione della ferita, un'infezione profonda e quattro tendiniti. Nel secondo, soltanto un'infezione superficiale della ferita. Dati, che fanno concludere agli autori che le viti riassorbibili siano da preferire nella stabilizzazione delle fratture sia per la minore incidenza di effetti avversi, sia perché non necessitano di rimozione chirurgica. *J Trauma*, 2011 Oct 13. [Epub ahead of print]

Rubrica a cura di Enrico Rosati

Direttore Sanitario
Casa di Cura "Marco Polo" (Roma)
Clinica oncologica monospecialistica per acuti

Il privato accreditato: autentica risorsa del SSN, a patto che le regole siano uguali per tutti.....

Il passaggio dalla riforma *bis* (D.lgs. 502/92 e D. Lgs. 517/93) alla riforma *ter* (D. Lgs. 229/99) del nostro modello organizzativo sanitario, introducendo concettualmente il percorso delle tre "A" ("Autorizzazione", "Accreditamento", "Accordi"), traccia un *iter* virtuale che conduce all'instaurazione di un rapporto fra il soggetto che offre la prestazione e il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che l'acquista per conto del paziente/utente.

La Pubblica Amministrazione, in tal modo, seleziona i soggetti erogatori, tentando di garantire, contestualmente, una soglia minima di qualità.

Seppur nella diffidenza generale da parte di chi non intende accettare (e metabolizzare) tale principio, è tuttavia arduo confutare che la *ratio* normativa non sottendesse la volontà di rielaborare l'equiparazione pubblico - privato, con il precipuo scopo di far convivere all'interno del SSN, in maniera permanente e duratura, le strutture sanitarie private accanto a quelle pubbliche.

Si è passati, di fatto, almeno nelle intenzioni, da un sistema pubblico "integrato", ovvero *laddove non arriva il pubblico interviene il privato*, ad un sistema "misto" pubblico-privato attraverso il quale, in un contesto di ipotetica equiparazione, una sana concorrenza gestionale e amministrativa tra gli istituti di cura avrebbe dovuto favorire il miglioramento dei servizi e delle prestazioni sanitarie, sotto il profilo squisitamente qualitativo, a favore dell'assistito.

Inutile negare che tale *disegno* non solo non si è realizzato, ma si è persino trasformato in una sua *brutta copia*, i cui tratti stanno acquisendo, nel tempo, una forma sempre più ambigua e indefinita, sebbene con le dovute differenze da regione a regione.

Significativo a tal riguardo, è il contenuto di una recente sentenza del Tar della Regione Sicilia, che ha stabilito, in ragione della conformità al diritto europeo che impone, una volta optato per un modello organizzativo misto pubblico-privato, che la *presenza privata* debba essere regolata in modo aderente ai principi di **trasparenza, obiettività e proporzionalità**: in altri termini, laddove è ammessa la presenza del privato, quest'ultimo *non può essere sottoposto a*



ulteriori limitazioni all'accesso che non siano quelle preordinate alla verifica di compatibilità con l'interesse pubblico sottostante e - nel caso delle prestazioni sanitarie - con le esigenze della finanza pubblica.

In realtà, il frequente pregiudizio secondo cui offrire ogni "prerogativa" al privato (leggasi *equiparazione*) rappresenti un potenziale aggravamento della spesa, determina, nei fatti, soltanto numerose disfunzioni organizzative con prevalente danno all'assistito, senza alcun risparmio o guadagno in termini economici. La sensazione è quella che, ostacolando l'accesso ai cittadini che si rivolgono al privato accreditato attraverso l'instaurazione di evidenti sperequazioni, si eserciti in maniera subdola quello che, in altri contesti, si definisce *concorrenza sleale*: un invisibile strumento ideologico-politico che esula ed inquina il percorso orientato verso una corretta, efficiente e imparziale gestione di un sistema sanitario dichiaratamente *misto*, ma con regole diverse tra i competitori.

Non si spiegherebbe altrimenti come, nella nostra Regione, le strutture private accreditate siano precluse al flusso FARMED ambulatoriale (per accedere al rimborso di farmaci oncologici particolarmente costosi), all'erogazione di trattamenti chemioterapici in regime di *day service*, al poter offrire alcune prestazioni diagnostiche e terapeutiche che, nel settore pubblico, vantano lunghe liste d'attesa.

Risulta incomprensibile poi la ragione per cui il sistema di remunerazione prospettico dell'attività ospedaliera per acuti (finanziamento "a prestazione"), in teoria basato esclusivamente sui DRG, venga applicato, nel nostro Paese, in maniera difforme e incoerente, incidendo in maggior o minor misura a seconda della tipologia di struttura (si veda figura).

In conclusione, la reale differenza non deve essere intesa tra "pubblico" o "privato", ma tra *efficienza e inefficienza*, tra *efficacia e inefficacia*, tra *appropriatezza e inappropriata*, tra *ottimizzazione delle risorse e spreco delle risorse*... certamente con le dovute distinzioni dei ruoli e delle potenzialità di ciascun istituto di cura, ma sempre a patto che le regole siano uguali per tutti gli attori del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Quale Equità? (*Figura a lato*)

Il finanziamento delle attività ospedaliere, basato sui DRG (ex art. 8 *sexies*, comma 4 del D. Lgs. 502/92 e s. m. e i.), impatta economicamente in maniera differente a seconda della tipologia ospedaliera, venendo meno le garanzie che regolano la concorrenza tra le diverse strutture sanitarie, a discapito dell'economicità, dell'efficienza e dell'accessibilità.



Scoperta proteina chiave blocca diffusione dei tumori

Studio su Cancer Research: è situata sulla superficie dei macrofagi, cellule del meccanismo di immunità innata, che, se "riprogrammate" contribuiscono alla crescita di quelle malate. L'esperto: "Grande passo in avanti e grande speranza, ma per il futuro".

La chiave per bloccare la crescita di un tumore nell'organismo, interrompendo il processo di conversione delle cellule normali in cellule neoplastiche, potrebbe essere nei macrofagi, cellule della linea di difesa primaria dell'organismo. I macrofagi, che fanno parte del meccanismo di immunità innata, vengono attirati nel tessuto tumorale e "riprogrammati", con il risultato di venire disarmati delle loro funzioni antitumorali e dirottati a contribuire alla crescita e diffusione delle cellule malate. Uno studio pubblicato sulla rivista *Cancer Research* e condotto da David Waisman, professore presso il Dipartimento di Biochimica e Biologia Molecolare e Patologia della Dalhousie University, ad Halifax, in Canada, ha individuato il ruolo chiave di una proteina posta sulla superficie del macrofagi, la S100A10, che consente proprio ai macrofagi di spostarsi sul sito della crescita tumorale, processo essenziale per lo sviluppo del tumore. I ricercatori canadesi hanno battezzato la proteina dei macrofagi 'forbice molecolare' e con questa scoperta hanno rivoluzionato il modo di studiare un tumore: l'attenzione non va posta solo sulle cellule malate ma anche su quelle che le aiutano a crescere e a 'convertire' le cellule sane. "Eravamo soliti pensare che le cellule che contano in un tumore sono quelle malate - afferma il coordinatore della ricerca e prima firma dello studio, David Waisman - ma ora abbiamo visto che altre cellule devono collaborare con le cellule tumorali, guidarne la crescita e consentire un'evoluzione delle cellule normali in cellule metastatiche. Questo cambiamento è ciò che provoca la prognosi infausta e in ultima analisi, è quello che uccide il paziente". La ricerca, inoltre, ha evidenziato che senza il processo di approvvigionamento, garantito dall'apporto dei macrofagi e dalla loro proteina S100A10, il tumore non cresce. "Questa proteina agisce come un paio di forbici - aggiunge Waisman - che tagliano il tessuto-barriera creato attorno al tumore, consentendo ai macrofagi di entrare nel sito della neoplasia e combinarsi con le cellule malate". Nel laboratorio canadese è stata portata avanti una sperimentazione su topi con tumore ai polmoni ed è stata documentata una "drastica riduzione" della crescita della neoplasia negli animali con deficit della proteina S100A10. Una scoperta che apre la strada alla ricerca, in primo luogo, delle funzioni di S100A10 e, successivamente, di agenti farmacologici che possano bloccare la sua azione e quella dei macrofagi, così da togliere l'ossigeno al tumore, fermarne la crescita e la diffusione di metastasi. Si tratta di uno studio importante e di un grande passo in avanti, commenta il presidente del Collegio italiano primari ospedalieri di oncologia medica Roberto Labianca, tuttavia, avverte, è necessaria "prudenza e, soprattutto, non vanno date ai malati false illusioni: va infatti detto che dal momento in cui si identifica il potenziale 'bersaglio' al momento in cui si può avere la disponibilità concreta di farmaci mirati sono necessari degli anni". *La Repubblica.it* (31 ottobre 2011)

Dopo il successo d'esordio con *Il suggeritore*, nel suo nuovo thriller Donato Carrisi racconta una rara patologia neurologica e un inquietante mistero "celato sotto gli occhi di tutti" nelle segrete stanze del Vaticano.

La sacra ombra del Male

di Michele Trecca

Le banconote le riconosci dalla filigrana. Anche i romanzi. *Il tribunale delle anime* di Donato Carrisi è una banconota di grosso taglio, un best seller e, precisamente, un noir con filigrana filosofico-teologica d'interrogazione sul Male che n'attesta l'autenticità di capolavoro. Se de *Il suggeritore*, opera d'esordio dello scrittore di Martina Franca, è stato detto che aveva il ritmo e la suspense dei migliori romanzi americani di "genere", per questo suo secondo lavoro bisognerà scomodare qualche classico.

All'origine della storia c'è un serial killer molto particolare perché nel corso degli anni uccide persone d'età progressivamente superiore, come a scandire con quegli omicidi il proprio percorso di vita. Naturalmente, c'è un «cacciatore» che lo insegue da una parte all'altra del mondo: Parigi, Città del Messico e poi Pripjat, a ridosso di Chernobyl, una moderna Pompei desertificata e contaminata dalla lava atomica, scenario d'assoluta suggestione metafisica dello scontro finale all'*ok corral* fra i due campioni del Bene e del Male.

La vitalità (o filigrana) narrativa del nuovo romanzo di Carrisi è, però, nella capacità dell'autore d'investigare «quel luogo in cui il mondo della luce incontra quello delle tenebre. È lì che avviene ogni cosa». Perfino l'incredibile e, cioè, l'intercambiabilità o fusione di quegli estremi morali che siamo abituati a pensare come opposti. In questa «terra delle ombre, dove tutto è rarefatto, confuso, incerto» indaga anche Sandra, che è poliziotta e in particolare fotorelevatrice con lo specifico compito di fare luce sui luoghi del delitto per raccogliere tracce. Da una parte la scienza con la sua strumentazione tecnologica, dall'altra il «cacciatore» con la sua "fede": Sandra interroga gli oggetti, il «cacciatore» scruta le anime. Tutti contro il "mostro" che, in realtà, «è il nostro alibi per sentirci migliori» ed evitare di confrontarci con quella zona grigia della nostra coscienza dove «avviene ogni cosa».

Nella propria indagine Sandra, ventinovenne, è mossa da un dolore personale. Le hanno ucciso il marito, David, un fotoreporter

freelance. La ricerca di Sandra è il secondo filone investigativo del romanzo. Il terzo è legato ad una serie di casi di cronaca, apparentemente sconnessi fra loro, che via via il cacciatore e Sandra riordinano come tasselli di un puzzle. Lo scenario delle due indagini parallele e poi convergenti è una Roma defilata rispetto ai percorsi turistici, brulicante di simboli e suggestioni esoteriche che più che illuminare punteggiano e quindi evidenziano i misteri secolari della capitale: come quello racchiuso nel titolo, che è il fondale della storia ed ha una potenza apocalittica mozzafiato oltre, sembrerebbe, al valore aggiunto di una comprovata verità.

Del nuovo romanzo di Carrisi colpisce la complessità umana dei personaggi, ben al di là della tipizzazione delle opere di genere. In Sandra, per esempio, la forza dell'amore, l'ansia di giustizia, l'alta professionalità convivono con fragilità, sensi di colpa, bisogno d'affetto, ingenuità, nostalgia, dubbi. Lo strugimento dei ricordi in lei è forte tanto quanto la voglia d'azione. Inoltre, per precisione e robustezza d'intarsio lessicale e sintattico, ne *Il tribunale delle anime* le parole pesano, come

queste tre sintesi che innervano in altrettanti snodi strategici un capitolo iniziale: «le case hanno un odore... le case muoiono, come le persone... le case non mentono mai». È Sandra che ricapitola le sue competenze professionali in una dolorosa ricognizione della propria casa senza David.

Infine, la letteratura un tempo detta di genere sta dando un grande contributo di conoscenza dei mali del nostro tempo. Basta considerare quanto ha svelato della propria società la scuola scandinava da Larsson in poi. Vale anche per l'Italia. È il caso, per esempio, del best seller annunciato dell'esordiente Costantini, *Tu sei il male. Il tribunale delle anime*, invece, non si confronta con la "presente stagione e viva" ma con quella dimensione metafisica dell'esistenza che sovrasta il divenire storico.



Donato Carrisi *Il tribunale delle anime*. Longanesi, pagg. 462, € 18,60