

MEDICINA SPECIALISTICA  
CHIRURGIA PLASTICA

MEDICINE NON CONVENZIONALI  
DERMO ESTETICA

PROFESSIONI SANITARIE

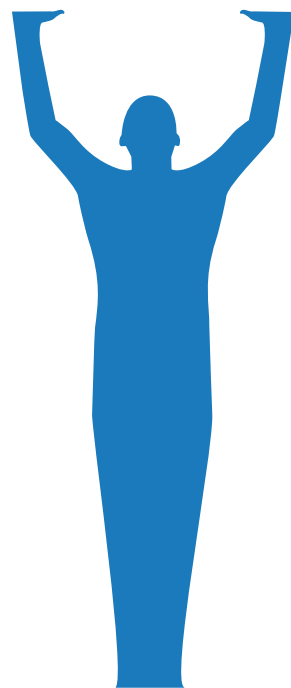
MEDICINA GENERALE

WELLNESS

SICUREZZA E IGIENE

SETTORE FARMACEUTICO

E ALTRO...



*"Vita brevis, ars longa, occasio praeceps,  
experimentum periculosum, iudicium difficile"*  
Ippocrate

# L'INSULINO - TERAPIA VISTA DALL'ENDOCRINOLOGO EDUCATORE TERAPEUTICO

di Francesco Losurdo\*

\*specialista in Diabetologia - NovoNordisk

Obiettivo della terapia insulinica è di mantenere la glicemia quanto più vicino possibile al suo range fisiologico (90-130 mg/dl a digiuno e <180 mg/dl 2 h dopo l'inizio del pasto) riducendo così notevolmente il rischio di complicanze micro e macro angiopatiche. L'andamento delle glicemie nei 2-3 mesi precedenti può essere monitorato con il dosaggio percentuale della emoglobina glicata (HbA1c). L'obiettivo, come suggerito da più linee guida 2,3, è di ottenere un valore di HbA1c < 7% e comunque quanto più vicino possibile al suo valore medio in soggetti non diabetici (< 6%) senza avere ipoglicemie clinicamente significative. Per questo motivo il reperto di valori di HbA1c > 7% è indice di scarsa efficacia della terapia in corso e suggerisce al medico di intervenire sulla stessa per garantire un miglior controllo glicometabolico. Altri studi mettono in luce che più della metà dei pazienti con diabete mellito sia di tipo 1 che di tipo 2 non riescono a centrare questo obiettivo terapeutico esponendosi così ad un incremento del rischio di sviluppare le complicanze del diabete. E' necessario quindi per il terapeuta analizzare tutti gli ostacoli incontrati dal malato nella corretta esecuzione della terapia insulinica. Spesso, infatti, la causa del cattivo compenso glicemico non è nella inadeguatezza della terapia ma in un'inadeguata esecuzione da parte del malato di una terapia appropriata. Esistono diversi studi che forniscono evidenza della efficacia della educazione terapeutica nel migliorare il compenso glicometabolico, in particolare ci sono dati significativi circa l'efficacia dell'educazione terapeutica nel migliorare i valori di HbA1c, migliorare la qualità di vita, il peso corporeo e la conoscenza riguardo alla propria condizione clinica. Per questo motivo diverse linee guida suggeriscono l'esecuzione di programmi di educazione terapeutica per indirizzarsi verso gli aspetti psicosociali della malattia.

Possiamo schematicamente evidenziare 7 situazioni causa di insufficiente controllo glicemico:

1. Uno schema terapeutico non adeguato
2. Un insufficiente autocontrollo glicemico
3. L'esistenza di lipo-ipertrofia
4. La paura dell'ipoglicemia
5. La paura dell'incremento ponderale
6. I problemi psicologici da incompleta accettazione della malattia
7. La mancata accettazione delle regole comportamentali imposte dalla terapia.



Farmacologia

Compito del medico educatore terapeuta è quindi quello di identificare le cause dell'insuccesso terapeutico, ricercandole non solo nella adeguatezza del regime insulinico proposto ma anche e soprattutto tra i fattori individuali che possono interferire con l'effettiva messa in atto di tale regime, e conseguentemente di aiutare il paziente nella esecuzione di una terapia insulinica adeguata alla sua persona e al suo stile di vita.



1. Acta Diabetol (2008) 45:107-127
2. Diabetes Care (2007) 30:S1
3. Annali di Sanità Pubblica 2005
4. Nutr Metab Cardiovasc Dis (2007)
5. Diabetes Care (2001) 24:561
6. Patient Educ Couns (2004) 52:97
7. Arch Intern Med (2004) 164:1641

**novo nordisk**  
changing diabetes

# CHEMIOIPERMIA INTRAPERITONEALE: UNA NUOVA TERAPIA PER IL TUMORE OVARICO

di Alessandro Bovicelli\*

\*Ricercatore in Ginecologia e Ostetricia, Università di Bologna



Medicina specialistica



Il carcinoma ovarico viene in molti casi contrastato efficacemente dalla chemioterapia sistemica ma alcuni studi recenti riportano buoni risultati ottenuti da citoreduzione associata a chemioipertermia intraperitoneale (CIIP) nel trattamento di carcinomi ovarici plurirecidenti oppure di stadio e grado avanzato. La chemioipertermia intraperitoneale si è dimostrata particolarmente efficace perché riesce ad aggirare la "barriera" Plasmatico-Peritoneale, rappresentata dal tessuto sottomesoteliale e dalla membrana basale dei capillari, che limitano il riassorbimento di alcuni tipi di farmaci. Sembra infatti che alcune molecole abbiano la tendenza a concentrarsi a livello del peritoneo attraversandolo solo gradualmente, ad esempio i farmaci idrofili o ad elevato peso molecolare come il cisplatino. È stato dimostrato, infatti, che il cisplatino mostra una maggiore capacità di penetrazione nel tessuto tumorale se somministrato in condizioni ipertermiche. Inoltre, a 40-42 ° C le cellule neoplastiche diventano più chemiosensibili

per l'aumentata concentrazione intracellulare dei farmaci, la maggiore attivazione, specialmente per gli agenti alchilanti, la diminuita capacità di riparo dei danni al DNA. La formazione di addotti platino-DNA dopo esposizione al cisplatino è aumentata e la sua rimozione ridotta in condizioni ipertermiche, con un conseguente relativo effetto letale sulle cellule. Analogo comportamento in condizioni di ipertermia è tipico di altri farmaci come la Mitomicina C e la Doxorubicina (per la Doxorubicina solo da 42° C in su). La chemioipertermia coniuga quindi la possibilità di sfruttare da un lato l'effetto del calore (a temperature oltre 40 gradi) che, oltre possedere di per sé proprietà tumoricide, favorisce l'ingresso nelle cellule di alcuni farmaci e la loro attività antitumorale. Dall'altro, consente di utilizzare i farmaci antitumorali a dosi centinaia o in qualche caso migliaia di volte superiori a quelle utilizzabili quando le stesse sostanze sono somministrate per endovena. Il tutto con una minima incidenza di effetti indesiderati generali. Le indicazioni alla applicazione di questa procedura hanno riguardato in prima battuta il mesotelioma e lo pseudomixioma peritonei, ma gli studi hanno poi dimostrato che si dimostra efficace anche nel trattamento di tumori del colon, dello stomaco e dell'ovaio. Si tratta di un vero e proprio "lavaggio" della zona addominale che viene eseguito attraverso l'inserimento di quattro tubi nella parete addominale. Queste quattro cannule sono collegate ad un circuito esterno che funziona come una pompa. Due di queste servono per l'infusione del liquido, rispettivamente nella cavità sottofrenica destra e nella pelvi. Le altre, posizionate rispettivamente nella cavità in sede centro addominale e superficialmente nella pelvi, servono invece per la effusione del liquido. Si tratta di un meccanismo simile a quello dell'apparecchio per la

circolazione extracorporea ma, anziché abbassare la temperatura, essa viene aumentata e portata fino a circa 42 gradi grazie ad uno scambiatore di calore. Il liquido rimane in circolo nell'organismo per circa un'ora e mezzo, con un flusso di oltre mezzo litro al minuto. In questo modo tutta la parete addominale viene lavata dalla soluzione farmacologica e vengono raggiunte anche le cellule tumorali libere. Terminata la perfusione intraoperatoria, viene aspirato completamente il liquido in addome. Si tratta di un intervento invasivo e piuttosto aggressivo che richiede di rimanere in ospedale per circa venti giorni (2-3 giorni in terapia intensiva). I risultati finora raggiunti sembrano però premiare questo sforzo: grazie a questo tipo di terapia è oggi possibile trattare pazienti che fino a pochi anni fa non disponevano di una concreta possibilità di cura con risultati notevoli, sia in termini di aumentata sopravvivenza che di miglioramento della qualità della vita. Esistono dei rischi specifici legati a ciascuna delle due fasi del trattamento: dopo l'intervento chirurgico potrebbero infatti verificarsi delle complicanze (in media nel 15% dei casi), tali da rendere necessario il ritorno in sala operatoria. Allo stesso modo, potrebbero verificarsi delle reazioni al farmaco utilizzato (si manifestano nel 20% circa dei pazienti). Dopo l'intervento, può essere necessario in alcuni casi un ciclo di chemioterapia sistemica di copertura. Il limite più evidente riscontrato praticando la chemioipertermia è rappresentato dalla scarsa capacità di penetrazione dei farmaci chemioterapici in masse voluminose. È dunque fondamentale, prima di praticare la chemioipertermia, un intervento chirurgico che consenta di ottenere una massa neoplastica residua inferiore ai 3mm.



[www.30mag.com](http://www.30mag.com), il vostro freepress online



# IL DIABETE SENILE

di Ernesto Rossi\*

\*Specialista in Diabetologia - NovoNordisk



Medicina generale

Il diabete mellito è una sindrome cronica che può insorgere in qualsiasi periodo della vita. Se noi ci riferiamo a quel periodo della vita che va dai settanta anni ed oltre, dobbiamo parlare di diabete mellito nell'anziano. Questi soggetti possono essere a loro volta differenziati in Diabetici Senili (pazienti in cui il diabete mellito compare per la prima volta dopo i settanta anni) e Diabetici invecchiati (pazienti in cui il diabete Mellito è comparso in gioventù oppure verso i 40). In quest'articolo si parlerà esclusivamente di diabete senile. Studi epidemiologici concordano nel valutare la prevalenza del Diabete mellito senile intorno al 15%-20% (molto più alto di quella del Diabete di tipo 2 che è intorno al 4% della popolazione Generale).

I Fattori più importanti correlati con la comparsa del Diabete Mellito Senile sono vari:

- a) Insulino Resistenza
- b) Iperinsulinismo e successivo Deficit d'insulino Attività.
- c) Danno Vascolare macroangiopatico generalizzato e/o distrettuale.

A) E' noto che con l'invecchiamento l'organismo subisce modifiche della composizione corporea con riduzione dell'acqua totale corporea, progressiva diminuzione della massa magra ed un aumento della massa adiposa viscerale (di tipo androide). Nel diabetico Senile il peso corporeo (W), la percentuale di grasso corporeo ed il BMI sono più elevati

rispetto ai Diabetici invecchiati e/o agli anziani non diabetici. L'insulino resistenza è da imputare a queste modifiche della composizione corporea.

B) L'iperinsulinemia quindi riflette una resistenza all'azione dell'ormone cosa che favorisce a livello vascolare la formazione della placca aterosclerotica. L'insulinemia presenta valori più elevati del Diabete senile specie nel primo periodo di comparsa della malattia.

C) I soggetti affetti da Diabete Senile nei primi anni della malattia presentavano molto solitamente in misura grave un'alta frequenza d'infiltrazione grassa a livello pancreatico, inoltre a livello vascolare il pancreas presenta danni macroangiopatici su base aterosclerotica con "ispessimento e stenosi" che può svolgere un ruolo primario insieme agli altri fattori patogenetici. Nella comparsa del Diabete Mellito

senile per concludere si può affermare che questa forma di Diabete possiede regolari caratteristiche patogenetiche che a livello vascolare è caratterizzata dalla presenza della lesione aterosclerotica.



**novo nordisk**  
**changing diabetes**

# INTOLLERANZE ALIMENTARI

di Luigi Torchio\*

\*medico chirurgo specializzato in medicina dello sport, agopuntore, omeopata e studioso di medicina naturale.



Wellness

Le intolleranze alimentari sono in notevole aumento nella società moderna.

Occorre distinguerle dalle allergie, che insorgono rapidamente dopo l'ingestione di una quantità anche minima di cibo, con manifestazioni locali (pizzicore e prurito alle mucose), orticaria, cefalea, rinite e asma, dolori addominali e diarrea, fino ad arrivare a rush cutanei e manifestazioni generali gravi (angioedema e shock anafilattico). Le intolleranze sono invece più difficili da riconoscere, avendo una sintomatologia più lieve e ritardata nel tempo, potendo insorgere anche molte ore dopo il pasto. A differenza delle allergie, le intolleranze sono direttamente proporzionali alla quantità di cibo ingerito: piccole quantità danno disturbi impercettibili, grandi quantità ripetute nel tempo danno disturbi importanti.

La sintomatologia delle intolleranze è inoltre molto varia, riguarda prima di tutto il sistema digerente con dolori e gonfiori di stomaco e intestino, alitosi, diarrea o stipsi, afte alle mucose orali ecc, ma anche problemi di pelle come pruriti,

orticaria ed eczemi cronici, stanchezza

cronica, dolori muscolari e cefalee. L'aumento generalizzato della produzione di muco danneggia non solo l'assorbimento intestinale, ma crea problemi anche in altri distretti, come la maggiore formazione di catarro bronchiale e alle vie aeree superiori (favorendo così tosse, sinusiti e otiti).

In molti casi la colite cronica si associa a dolori e spasmi viscerali che coinvolgono la muscolatura della bassa schiena, con una sintomatologia dolorosa che si confonde con eventuali lombalgie. Nella donna l'indebolimento della flora batterica intestinale può anche favorire l'insorgenza candidosi e di cistiti croniche. Le cause possono essere ricondotte ad una predisposizione genetica, a un eccessivo consumo di certi cibi (si creerebbe un accumulo di tossine), a un'alterazione della flora batterica intestinale dovuta a un consumo di cibi poco genuini o ricchi di conservanti e additivi chimici e in ultimo, da non trascurare, le cause psicosomatiche, che vedono crescere le intolleranze alimentari nel mondo occidentale, caratterizzato da una società stressata, nevrotica e intollerante.

Vediamo quali sono le più frequenti intolleranze alimentari:

Latte e derivati (formaggi latticini ecc.) sono gli alimenti che scatenano più frequentemente intolleranze. Si stima che quasi un terzo della popolazione abbia questo tipo di problema.

Lievito di birra: contenuto in pane, pizza e prodotti da forno,

Uovo: specialmente il bianco, meno il rosso

Fruento: costituente fondamentale di pane e pasta

Arachidi e nocciole

Verdure: cavoli

Frutta: Ananas, kiwi.

Le cure vanno impostate sulla base delle caratteristiche individuali con una dieta adeguata, dove gli alimenti che scatenano intolleranza vengano limitati o in alcuni casi aboliti, ma è importante curare e rigenerare periodicamente la flora batterica intestinale, disintossicare l'organismo stimolando l'azione digestiva del fegato e modulare l'azione del sistema immunitario con cure specifiche.

Nei casi in cui si individui una concausa psicologica può essere molto utile la

psicoterapia, l'ipnosi o la pratica dello yoga.



**RIDAGLI  
LA SUA INFANZIA**



**ADOTTALO  
A DISTANZA.**



**SOS ITALIA**  
VILLAGGI DEI BAMBINI  
D N L U S

[WWW.SOSITALIA.IT](http://WWW.SOSITALIA.IT)

# Il Botulino e i Filler

di Carmine Martino\*

\*Specialista in Chirurgia Plastica Socio SICPRE (Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica)

Il botulino è una tossina che ha la proprietà di determinare la paralisi dei muscoli con cui viene in contatto.

Questa proprietà viene sfruttata da anni per trattare i casi di spasticità neurologica. In dosi infinitesimali viene usata in estetica per produrre una paralisi localizzata, parziale e reversibile di alcuni muscoli del terzo superiore del volto e della fronte, ottenendo un perfetto stiramento della zona trattata.

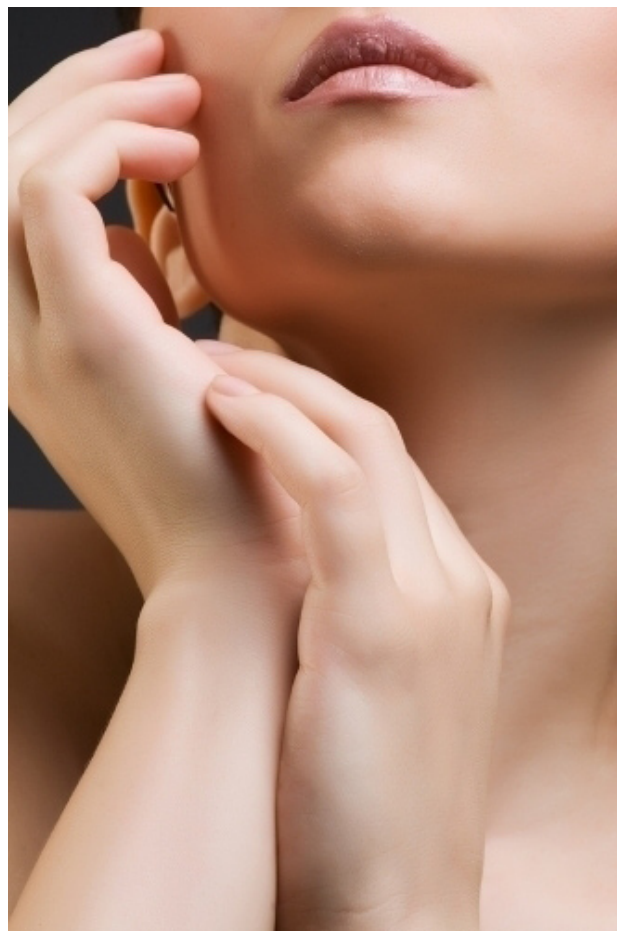
E' l'ultima vera ed efficace innovazione degli ultimi anni nel campo della chirurgia estetica.

Si utilizza per spianare completamente le rughe ed i solchi frontali. I suoi effetti durano circa 5 mesi e sono stupefacenti, perché la fronte si stira completamente, scompaiono le rughe della glabella ( quei solchi verticali che stanno sulla fronte subito sopra il naso), si distendono leggermente le 'zampe di gallina' intorno alle palpebre, si solleva leggermente la parte più interna delle sopracciglia.

Il prodotto viene iniettato attraverso delle micropunture assolutamente indolori, effettuate con un ago sottilissimo ( 30 G ), in zone standard , che vanno accuratamente mappate.

A volte una lieve cefalea nelle ore successive alla somministrazione.

Se viene usato da specialisti esperti , che conoscono la anatomia del volto e la tecnica , i pericoli sono praticamente inesistenti. Il prodotto è collaudato da anni dai neurologi per la risoluzione di contratture spastiche muscolari ed è sicuro ed affidabile.



I fillers sono sostanze biologiche o chimiche , che vengono iniettate nei tessuti allo scopo di ottenere un aumento di volume (es labbra , zigomi, guance) oppure riempire solchi o rughe.

Esistono fillers permanenti e temporanei. Il principale limite al loro utilizzo è stata la constatazione che i



Dermo Estetica

permanentemente hanno dato ,in qualche caso, reazioni infiammatorie di varia entità,che ne hanno limitato l'uso, mentre i temporanei ,certamente sicuri e privi di effetti collaterali , venivano riassorbiti troppo rapidamente ed i costi erano troppo elevati. Oggi , finalmente esistono dei fillers temporanei a basso costo ed a lento riassorbimento ,soprattutto a base di acido ialuronico, che sono universalmente riconosciuti come i più affidabili. La durata del riempimento supera i 6-8 mesi e basta effettuare due trattamenti l'anno per mantenere il risultato.

Oggi l'uso di fillers a base di acido ialuronico permette un aumento volumetrico progressivo e controllabile delle labbra , delle guance , degli zigomi ,anche utilizzando grandi quantità di prodotto , senza significativi effetti collaterali. E' , quindi , possibile modificare i lineamenti e soprattutto ottenere un notevole effetto di ringiovanimento , che in alcuni casi è persino superiore a quello del lifting. Infatti spesso l'invecchiamento del viso si manifesta con lo svuotamento e la caduta dei tessuti. Con il lifting facciale i tessuti vengono solo stirati , ma non riempiti e resi più turgidi. Con i fillers è possibile dare volume, tono e sollevamento , contrastando l'effetto di svuotamento legato all'età. L'uso di filler a base di acido ialuronico per distendere e riempire la parte media ed inferiore del volto, unitamente al botulino che distende la fronte eliminando i solchi e le rughe, offrono un sorprendente effetto di ringiovanimento senza ricorrere alla chirurgia , ma con semplici microiniezioni.

FINECO

- Più interessi
- Spese azzerabili
- Carta di credito gratis

APRI CONTO

# LA CHIRURGIA PLASTICA E LA CHIRURGIA ESTETICA

di Maximilian Dembinski\*

\*Specialista in Chirurgia Plastica

Nella società moderna i mass-media comunicano messaggi in cui la bellezza fisica ha un ruolo visibilmente importante e spesso la bellezza esteriore e l'armonia delle forme condizionano fortemente le possibilità di apprezzamento sociale e di affermazione professionale del singolo individuo. L'immagine ideale è quella di un corpo perfetto, armonioso, proporzionato ed elegante. La chirurgia plastica ed estetica, avendo per definizione lo scopo di ricreare l'armonia delle forme e delle proporzioni secondo canoni estetici universalmente riconosciuti, è in grado di migliorare sensibilmente l'aspetto fisico e più in generale lo stato di benessere di un individuo, con ripercussioni positive sulla sua capacità di relazionare con il mondo esterno. Questo spiega il frequente ricorso ad interventi di chirurgia plastica e di chirurgia estetica. Diverso, però, è l'ambito di operatività delle due discipline. La chirurgia plastica, infatti, consiste in interventi di carattere ricostruttivo (es. ricostruzione mammaria post-mastectomia, rino- settoplastica post-traumatica, mastoplastica riduttiva per ginecomastia, ricostruzione post-melanoma e tumori cutanei ecc.) volti a ripristinare una condizione di integrità fisica preesistente gravemente danneggiata da eventi di diversa natura (incidenti stradali, infortuni sul lavoro, tumori, ecc.). La chirurgia estetica, invece, consiste in interventi di carattere correttivo (es. rinoplastica estetica, otoplastica, blefaroplastica, lifting, mastoplastica additiva, liposuzione e liposcultura ecc.) necessari per eliminare o migliorare imperfezioni fisiche naturali, anche modeste, ritenute dal paziente fortemente pregiudizievoli della sua sfera affettiva, sociale o professionale. Entrambe le



Chirurgia Plastica

discipline hanno finalità terapeutica in quanto volte alla tutela della salute, intesa come stato completo di benessere fisico, mentale e sociale. Il paziente che si rivolge al chirurgo plastico ed estetico, infatti, desidera comunque conseguire o ripristinare uno stato di benessere e di salute, indipendentemente dalle motivazioni che lo hanno indotto a ricorrere alla chirurgia plastica ed estetica. C'è chi, ad esempio, ha la necessità di correggere una deformità fisica avente natura oggettivamente patologica e chi, invece, ricorre alla chirurgia plastica ed estetica per migliorare dei semplici inestetismi. C'è chi, a causa dell'età, di una gravidanza o di un evento traumatico, non si riconosce più nel proprio corpo e vuole recuperare le forme perdute e chi, invece, non avendo avuto in dono forme armoniose vuole modificarle per piacere o per piacersi di più. C'è chi desidera mostrare un'immagine corrispondente più al proprio modo di essere che alla sua età anagrafica e chi prende spunto da un cambiamento avvenuto nella propria sfera familiare o sociale per modificare o rinnovare anche la sua immagine. In tutti questi casi la chirurgia plastica ed estetica consente di ricreare un'armonia delle forme e un equilibrio esteriore che spesso contribuiscono a rafforzare l'equilibrio interiore e il senso di autostima del paziente, ristabilendo uno stato di benessere fisico, mentale e sociale.

# I RIFIUTI E IL RISCHIO DIOSSINA

di Luca Gabriele Punziano\*

\*medico generico specializzando di Igiene e Medicina Preventiva all'Umberto I di Roma

La diossina è un termine generico che viene utilizzato per indicare una numerosa famiglia di sostanze chimiche che contengono cloro. Queste sostanze si caratterizzano per proprietà simili, tra cui:

- Difficoltà a sciogliersi nell'acqua;
- Elevata capacità di sciogliersi nei grassi;
- Difficoltà a biodegradarsi;
- Lunga durata nell'ambiente;
- Forte tendenza ad accumularsi negli organismi viventi.

È un potente cancerogeno, non è un prodotto industriale, ma un sottoprodotto indesiderato di altre reazioni chimiche. Esso deriva, dalle seguenti fonti:

- Processi di combustione incontrollata, come l'incenerimento dei rifiuti del giardinaggio e delle attività agricole;
- Incendi boschivi;
- Incendi di siti industriali;
- Fuochi dei caminetti

Le diossine, dipendono dalle caratteristiche della combustione, oltre che dalla dimensione e dalla durata del processo in sé. Tra i precursori della diossina, ci sono i seguenti composti:

- Policlorobifenili;
- Polivinilcloruro;
- Pentaclorofenolo;
- Prodotti fitosanitari clorurati.

Le caratteristiche chimico-fisiche variano in base al grado di clorurazione: ad un maggior numero di atomi di cloro corrispondono una bassa solubilità in acqua ed un alto grado di lipofilità. Hanno poi una bassa tensione di vapore (che ne determina una lenta evaporazione), un alto punto di fusione, una bassa biodegradabilità ed una degradazione fotochimica

variabile in base alle condizioni. Questo causa bioaccumulo ed una lunga persistenza ambientale. Sono ubiquitarie e presenti ovunque anche a bassissime dosi: hanno una grande variabilità nell'ambiente, e tracce di questo composto sono state rinvenute negli anni quaranta e negli ultimi decenni sono state messe in atto delle misure rigorose per la riduzione del rischio diossina. Poco a poco, si è giunto ad abbattere i livelli ambientali e delle concentrazioni rilevate nell'essere umano. Il rischio diossina, deriva sostanzialmente dalla presenza di due tipi di rifiuti; ovvero sia, quelli di origine industriale e quelli generati dalle attività agricole e zootecniche, che aggravano significativamente l'immissione di diossina nell'ambiente. La penetrazione di diossina nell'organismo umano, avviene per via alimentare, in più del 90 per cento dei casi, mentre appare quindi poco probabile una penetrazione per via inalatoria mediante la combustione incontrollata dei rifiuti domestici. La via alimentare, segue invece un altro percorso: la pratica di bruciare rifiuti agricoli all'aperto, come teloni di copertura di plastica, sacchi con residui di fitofarmaci clorurati, tubi in PVC,

fanno liberare e ricadere sul terreno le diossine che vengono ingerite dagli animali di pascolo, come ovini e bovini, che ingeriscono una certa quantità di terra che può contenere queste sostanze, quando brucano l'erba.

Un bovino, ogni giorno, può ingerire 200-300 grammi di terra, la diossina si accumula nel grasso dell'animale e per gli animali produttori di latte si può poi accumulare nel latte prodotto e negli alimenti derivati.



Sicurezza e Igiene



**mondo todo**  
Fai rotta verso il divetimento.

**Stand by Canarie**  
Roulette Hotel 3 Stelle  
ALL INCLUSIVE  
7 notti - € 299

**Sharm El Sheik**  
Roulette 4 Stelle  
Pensione Completa  
7 notti - € 399

todo

# SINDROME DA BAMBINO BATTUTO, IL RUOLO DELLA RADIOLOGIA MEDICA

di Vilfreda De Marco\*

\*TSRM AZ.OSP. OIRM-S.ANNA TORINO



In ogni pronto soccorso pediatrico, clinica o reparto di pediatria entrano ed escono ogni giorno un numero consistente di bambini tra cui una percentuale sicuramente maltrattata. La legislazione italiana distingue a livello penale, tra violenza fisica e maltrattamento fisico, imputando alla prima un carattere di azione subito dannosa che produce un effetto fisico acuto e comporta un inevitabile intervento immediato, mentre il maltrattamento fisico consta di azioni ripetute nel tempo, continuative, che infliggono sofferenza prolungata alla vittima, in un contesto generale di incuria e con un quadro psicologico di disagio. Nel caso di violenza fisica si incorrerà nell'osservazione di lesioni spesso solo focali uniche e recenti, mentre in caso di maltrattamento fisico saremo davanti alla più complessa sindrome di AMBROISE TARDIEU, che descriveva nel dettaglio sintomi ed evidenze fisiche già nel 1860, come:

- Ecchimosi, graffi, ustioni (bruciature di sigarette),

- Morsi
- Deformità contusive (naso da pugile), ecc.
- Stato di trascuratezza
- Lesioni del SNC
- Lesioni degli organi addominali
- Lesioni degli organi toracici

Con la scoperta e l'utilizzo diagnostico dei raggi X questa descrizione verrà integrata negli anni '50 con la branca di semeiotica radiologica, che prende il nome di sindrome di CAFFEY-SILVERMAN o sindrome da BAMBINO BATTUTO.

Si può parlare di casi di piccoli pazienti con sindrome da bambino battuto, o più esattamente di traumi da lesioni non accidentali in bambini molto piccoli, lattanti e divezzi di età compresa tra 15-20 gg ai 2-3 anni. Se il bambino ha meno di 15-20 gg si tratta più verosimilmente di lesioni "da parto" o di casi particolari. Il ruolo dell'imaging radiologico è essenzialmente la detezione delle lesioni scheletriche, limitando il danno biologico da indagine radiologica e rispettando il principio costo-beneficio. La procedura consiste in un radiogramma di tutto lo scheletro obbligatoriamente sotto i 2 anni di vita. Si eseguirà la sistematica ossea solo in casi particolari tra 2 e 5 anni e raramente sopra i 5 anni. Il danno biologico al piccolo paziente sarà contenuto se si useranno proiezioni ad ampia panoramicità, assolutamente d'obbligo in questi casi. Nello specifico il protocollo prevede:

- pr. L-L cranio/cervicale
- pr. A-P toraco-addominale

- pr. A-P del bacino con arti inferiori possibilmente in un'unica proiezione-irradiazione
- pr. A-P degli arti superiori
- pr. L-L rachide D.L.S

Altri radiogrammi mirati si eseguiranno solo in un secondo tempo, decidendo caso per caso. Si potrà decidere anche di intervenire con imaging di secondo livello come l'ecografia addominale per la valutazione degli organi interni, la risonanza magnetica per la visualizzazione di lesioni delle parti molli e delle articolazioni, la tac per lo studio di fratture complesse (es. fratt. del massiccio facciale). Lo scopo principale della rilevazione delle lesioni scheletriche è successivamente quello di darne una datazione temporale, perché fratture multiple in diversi stadi di ossificazione e riparazione con giustificazioni grossolane o inverosimili del genitore, ci pone davanti ad un sospetto concreto ed elevato di maltrattamento fisico. Lesioni sospette sono ad esempio quelle dell'acromion, della clavicola e della scapola, quelle delle dita delle mani e dei piedi in bambini che ancora non camminano, lesioni delle branche ischio-ileo pubiche, del collo del femore, dei corpi vertebrali in neonati e lattanti, la presenza di fratture costali multiple di datazione diversa, fratture diafisarie delle ossa lunghe nei casi più gravi, fratture della teca cranica (queste ultime da sole non sono sufficienti).



Professioni sanitarie

vivi  
nuove  
sensazioni



scopri il  
relax che  
cercavi

...tutto al  
miglior  
prezzo



NH  
HOTELS

# L'IPNOSI NELLA CURA DELLE FOBIE E DEL PANICO/2

di Emanuele Del Castello\*

\*Psicologo, Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia Clinico, membro del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Ipnosi, Docente della Scuola Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ericksoniana e della Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Direttore dell'Istituto di Scienze Cognitive Applicate di Capua



Medicine non convenzionali

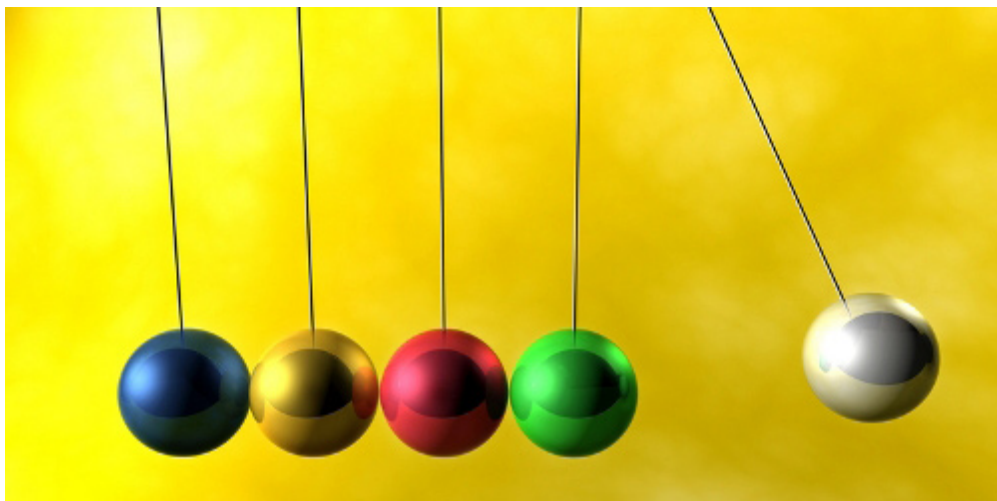
La scelta dello psicoterapeuta esperto in ipnosi. A questo punto i lettori sicuramente si stanno facendo un'altra domanda: "Come scegliere in sicurezza uno psicoterapeuta esperto in ipnosi?" Allo stesso modo in cui si può scegliere in sicurezza un chirurgo. Mi spiego. Innanzitutto ci accertiamo che abbia i titoli accademici necessari (abilitazione dell'esercizio della psicoterapia dichiarata dall'Ordine dei Medici o quello degli Psicologi di appartenenza). Ricordo che per essere abilitati alla psicoterapia, attualmente è necessaria una specializzazione quadriennale post laurea conseguita presso scuole universitarie o private riconosciute dal Ministero dell'Università. A Roma è attiva la Scuola di Ipnosi e Psicoterapia Ericksoniana (dove insegno) presso la quale è possibile reperire informazioni sui professionisti accreditati (Tel. 068548205). Naturalmente, così come si farebbe per un chirurgo, possiamo accertarci sia dell'esperienza generale che quella in particolare sui problemi che vogliamo trattare. Tuttavia, quando abbia-

mo bisogno di affidarci a qualcuno per essere curati vogliamo sentire di poterci fidare e questo, al di là dei titoli e della fama che può avere il professionista consultato, possiamo scoprirlo solo nel contatto personale, perché quello che può essere la persona giusta per uno può non esserla per un altro. Questo vale ancora di più quando si decide di usare l'ipnosi che, come abbiamo visto, evoca questi fantasmi di controllo unidirezionale di una persona sull'altra. Come spero di riuscire a dimostrare questa è una credenza errata che può essere definitivamente superata solo sperimentando l'ipnosi e riscoprendo così quelle funzioni di controllo interno di cui parlavo all'inizio.

L'ipnosi come risorsa terapeutica

L'ipnosi è uno stato mentale in cui l'attenzione è focalizzata sui contenuti e sui processi mentali interni, mentre viene distolta dalla realtà esterna. Se definiamo così l'ipnosi, ne comprendiamo facilmente l'utilità terapeutica. Se sono in grado di "risparmiare" le mie risorse mentali che abitualmente utilizzo per "controllare" la realtà esterna, potrò dedicarle alla ricerca di soluzioni "interne" ai miei problemi. In realtà il processo ipnoterapeutico consiste proprio in questo: nel guidare il paziente nella ricerca di risorse - sconosciute al paziente stesso - che possano aiutarlo a risolvere i problemi che lo hanno portato in terapia. Nell'ipnosi clinica i fenomeni ipnotici, che hanno affascinato il mondo occidentale per più di 200 anni, non rappresentano il frutto di un potere "magico" esercitato dall'ipnotista su un soggetto passivo, ma potenzialità presenti, sebbene in misura diversa, in tutti gli esseri umani. La collaborazione del soggetto e l'abilità tecnica dell'ipnoterapeuta possono far emergere queste potenzialità quando necessario e rappresentano le risorse da utilizzare per la terapia. In che modo i fenomeni che emergono in ipnosi possono rappresentare una risorsa per la terapia?

Continua nella versione web di  
[www.doctmag.com](http://www.doctmag.com) >>



the fresh travel agency  
lastminute.com

scegli  
la tua vacanza

tra più di 100  
Tour operator

prenota  
ORA

# GIUSEPPE RUSSO, STORIA DI UN ITALIANO "ALLA FRONTIERA DEL WEB"



Rubriche

Intervista al prof. Giuseppe Russo del Digi S Lab, laboratorio virtuale su SL, della rivista "Novità Bio-Nano" di Los Angeles, magazine dedicato alle biotecnologie USA da una prospettiva

italiana

L'incontro decisivo è avvenuto con un suo compaesano già da tempo in America, il noto prof. Antonio Giordano che, in occasione di un congresso, gli ha offerto un posto nel suo laboratorio alla Thomas Jefferson University di Filadelfia. Correva l'anno 2000 e da allora Giuseppe Russo, biologo molecolare nato e cresciuto a Napoli, gli Stati Uniti non li ha più lasciati.

Antonio Giordano è fondatore e presidente della Sbarro Health Research Organization (S.H.R.O.), uno dei maggiori centri statunitensi impegnato nel finanziare la ricerca d'eccellenza per la cura e la diagnosi di tumori, malattie cardiovascolari, diabete e altre malattie croniche, attualmente presso la Temple University. Giuseppe Russo ne è diventato uno dei più stretti collaboratori e oggi, a soli trentasette anni, è il direttore esecutivo del progetto relativo al primo laboratorio virtuale dello S.H.R.O., il Digi S Lab Project.

**1) Dunque, deve davvero tutto a quel fatidico incontro?**

Forse sì, anche se avevo in mente già da tempo di fare esperienza all'estero. Nel

2005, attraverso un programma di dottorato internazionale dell'Università di Siena, ho avuto la possibilità di concludere il Phd in patologia in collaborazione con la Temple University di Filadelfia, dove sono tutt'ora con una posizione accademica.

**2) Che cos'è il Digi S Lab?**

È un vero e proprio laboratorio di ricerca, con la sola eccezione che... non si trova in un luogo reale, ma sulla piattaforma tridimensionale virtuale Second Life, una sorta di mondo parallelo "alla frontiera" di Internet (Web 2.0)

**3) E funziona?**

Certo, perché esso è un laboratorio vero, con tanto di ricercatori virtuali che ci rappresentano e attrezzature digitali che riproducono fedelmente le apparecchiature di ricerca e l'ambiente dei laboratori reali. Il vantaggio è che questa sorta di isola digitale ci permette di abbattere qualsiasi distanza geografica, rendendo possibile un immediato scambio di idee, esperienze, e permettendo di collaborare in veri e propri esperimenti biotecnologici. Peraltro, non

siamo soli in questa avventura: molti lo utilizzano per fare formazione a distanza, persino la NASA lo utilizza per le proprie simulazioni. La nostra particolarità, però, è quella di voler interagire nel laboratorio a 360 gradi, partecipando attivamente agli esperimenti fatti in collaborazione con colleghi di tutto il mondo anche con interazioni altamente innovative di esperimenti di laboratorio reali.

**4) Quante persone ci vogliono per dare vita a un laboratorio virtuale?**

Esiste un team internazionale di otto persone, tra cui ricercatori (dott.ssa Letizia Cito), tecnici e una persona espressamente dedicata ai rapporti con la stampa, che si occupa di dare la massima visibilità a questo progetto sia qui che all'estero (dott. Pierpaolo Basso).

**5) Attualmente su quali progetti siete impegnati?**

Molti, perché il nostro

obiettivo è quello di permettere ai gruppi di ricerca della Sbarro Health Research Organization di essere collegati a livello globale, da Filadelfia, a Siena al CROM di Mercogliano (di cui il prof. Giordano è il direttore scientifico) e a qualsiasi posto che si renderà necessario.

**Continua nella versione web di  
[www.doctmag.com](http://www.doctmag.com) >>**



“Caro web reader, navigando a stretto contatto con illustri icone del panorama immenso del calendario eventi mi sono appassionato e soffermato su alcuni”:

44th EASD – EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF  
DIABETES  
dal 07/09/2008  
al 11/09/2008  
Roma

9° CONGRESSO NAZIONALE DELLA PNEUMOLOGIA UIP  
2008  
dal 10/09/2008  
al 13/09/2008  
Genova

42° CONVEGNO CARDIOLOGIA 2008  
dal 15/09/2008  
al 19/09/2008  
Milano

XIII CONGRESSO NAZIONALE GISMAD  
dal 18/09/2008  
al 20/09/2008  
Napoli

VII CONGRESSO NAZIONALE AIUC – LA TERAPIA DELL’  
ULCERA CUTANEA: UN PONTE TRA TRADIZIONE E  
INNOVAZIONE  
dal 24/09/2008  
al 27/09/2008  
Roma

CONGRESSO NAZIONALE SUL FARMACO GENERICO-  
EQUIVALENTE IN ITALIA  
dal 25/09/2008  
al 26/09/2008  
Roma

