

IPPOCRATE & DINTORNI

APPROFONDIMENTO MEDICO

GRUPPO MEDICO
D'ARCHIVIO

Il rapporto Medico-Paziente

Dott. Claudio D'Archivio

**Carbossiterapia
medicale
anticellulite**
Dott.ssa M.L. Sozio

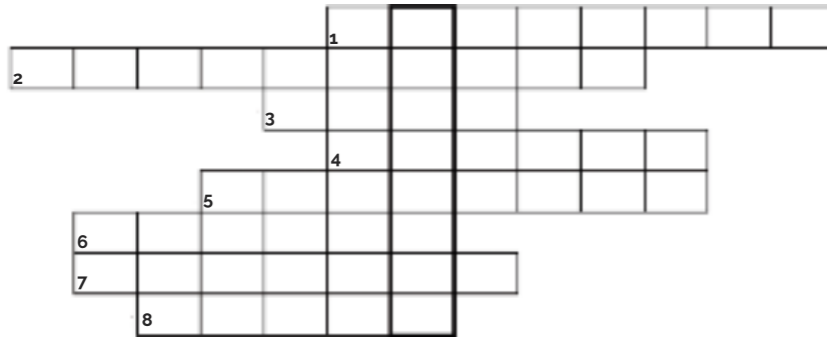
Selfie d'Autore
**La Medicina
nell'Arte**
V. Muzii

Lombosciatalgia
Dott.ssa E.M. Nives.



CRUCIVERBA

Beatrice Corcelli
Illustrazioni e testi



- 1 Puoi fittarlo al mare per un giorno o per tutta la stagione
- 2 Giochino per farci i castelli di sabbia
- 3 Si dice baci i belli
- 4 Camminarci sopra verso mezzogiorno è impossibile)
- 5 Al posto di due mani ha due chele
- 6 Sotto all'ombrellone qualcuno la preferisce al lettino
- 7 Indumento da mare
- 8 C'è chi la usa con protezione solare e chi abbronzante.

È un tumore maligno della pelle che origina dal Melanocita, cellula della cute che è preposta alla sintesi della melanina.



Direttore Responsabile

Dott. Claudio D'Archivio

Direttore Editoriale

Alessandra Meschieri
marketing@gruppomedicodarchivio.it

Amministrazione

via G. Galilei, 59
Giulianova Lido - TE

Progetto grafico e impaginazione

Claudia D'Ascanio

Illustrazioni

Beatrice Corcelli

Stampa

Tipolitografia LA RAPIDA

Pillole di allegria

2 Una mela al giorno
B. Corcelli

Editoriale

3 La polvere sotto il ...
G. Consorti

Selfie d'autore

4 La Medicina nell'arte
V. Muzii

Fantasticando

11 Perché se non per?
M. Palandrani

Storia della Radiologia

14 Lo Screening del seno
Dott.ssa

Chirurgia e Medicina Estetica

6 Carbossiterapia...
Dott.ssa M.L. Sozio

Parliamo in chiaro

7 Rapporto Medico - Paziente
Dott. C. D'Archivio

Elettromiografia

8 Lombosciatalgia
Dott. E. M. Nives

Ginecologia

10 La Sindrome Metabolica
Dott.ssa V. Franchi

Nutrizione

12 Aperitivo cenato...
Dott.C. Di Donato, A. Meschieri

La polvere sotto il tappeto



Dott. **Gino CONSORTI**
Giornalista Professionista

Il 19 luglio di 23 anni fa Cosa nostra, in via D'Amelio, a Palermo, mise fine all'esistenza di Paolo Borsellino e di cinque agenti di scorta, Emanuela Loi, Agostino Catalano, Vincenzo Li Muli, Walter Eddie Cosina e Claudio Traina. Un inferno causato dal tritolo con cui era imbottita una Fiat 126 parcheggiata dinanzi l'ingresso dell'abitazione della madre dell'indimenticabile magistrato antimafia. Da tempo, ormai, soprattutto dopo l'uccisione del suo collega e fraterno amico Giovanni Falcone, avvenuta due mesi prima sempre ad opera della mafia, sapeva di avere i giorni contati. E pure sino alla fine Borsellino, magistrato di raro intuito e con un eccezionale senso dello stato, aveva continuato a lavorare nel tentativo di mettere la piovra in un angolo portando alla sbarra i cosiddetti colletti bianchi.

Nel doveroso ricordo di questo triste anniversario, allora, non possiamo non pensare alla trasformazione operata in questi anni dalla mafia. Basta stragi, basta omicidi, basta tritolo. Perché tanto rumore? Perché attirarsi addosso gli occhi dell'opinione pubblica quando è possibile fare affari anche senza sangue ed esplosivo? Ecco, allora, l'astuto maquillage di Cosa nostra che appende coppola e lupara per indossare giacca e cravatta. Entrare, cioè, nelle istituzioni, nei consigli comunali, regionali, in parlamento costruendo un sistema di potere. È lì, infatti, che si fanno affari; è lì che si organizzano gli appalti; è lì che si fanno leggi; è lì che la politica diventa un mezzo per fare business. Con questa nuova strategia, però, la sola Sicilia non basta più, occorre allargare gli orizzonti, occupare altri territori più fecondi. In pratica occorre esportare il nuovo modello nel Nord ricco e facoltoso, dove le grandi opere non mancano mai. Lungo il percorso, però, non si può fare a meno di gettare uno sguardo su una capitale brulicante di potenziali affari. I rifiuti, l'emergenza abitativa, gli immigrati e il sistema di

accoglienza. Grasso che cola... Ecco, allora, come testimoniano le recenti cronache sull'inchiesta Mafia Capitale, che un dilagante sistema corruttivo, piano piano si è impadronito delle istituzioni senza fare distinzioni tra rossi e neri... Figurati, le "bandiere" non abitano più neanche nel tempio del calcio... Sarebbe quanto meno da pazzi, dunque, sacrificare denaro e potere in nome di un'ideologia politica...

Già, la politica... Me ne ero quasi dimenticato... Ma quale atteggiamento ha assunto dopo la seconda ondata di arresti che vede coinvolti nomi eccellenti della politica capitolina? Potremmo dire che ha fatto spallucce... oppure che ha messo la polvere sotto il tappeto... Come si può pensare mai, hanno subito tuonato alcuni cervelloni governativi, di sciogliere il comune di Roma per mafia? Alle porte ci sono il Giubileo e una candidatura alle Olimpiadi del 2024 da propagandare nel mondo...

Ma mi faccia il piacere, direbbe il mitico e sempre attuale Totò... Cosa vogliamo propagandare nel mondo se l'Italia, secondo l'ultimo rapporto annuale dell'organizzazione internazionale Transparency International, guida la classifica dei paesi più corrotti dell'Unione Europea? Addirittura nel panorama globale, in una scala da zero (gravemente corrotto) a 100 (assolutamente pulito), il nostro paese con i suoi 43 punti si colloca tra le nazioni al mondo che non raggiungono neppure la sufficienza in trasparenza... E come se, nel disperato tentativo di salvargli la vita, mettessimo un ventaglio tra le mani di un suicida che sta gettandosi dentro un vulcano...

Chissà se il "rottamatore" di Palazzo Chigi è a conoscenza di questo nostro bel primato... Credo proprio di no. Anzi, nessun dubbio, ne sono sicuro. Altrimenti, fedele ai suoi proclami di cambiamento, in quattro e quattr'otto li avrebbe mandati tutti a casa... Probabilmente tra una lezione d'inglese, una visita all'Expo, una crepes alla Nutella, un tweet e un hashtag si sarà perso la classifica di Transparency International...



ANDROLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA TORACICA, CHIRURGIA VASCOLARE, DERMATOLOGIA, ELETTROMIOGRAFIA, ENDOCRINOLOGIA, GINECOLOGIA, MEDICINA ESTETICA, MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA, MEDICINA DELLO SPORT, NEUROCHIRURGI, NEUROLOGIA, NUTRIZIONE, OMEOPATIA, ORTOPEDIA, OSTEOPATIA, OTORINOLARINGOIATRIA, SENOLOGIA, UROLOGIA

Via Mamiani, 7 - Giulianova Lido (Te) Tel. 085 8005036 Fax 085 8027606 info@diomiramedicina.it
www.gruppomedicodarchivio.it

Selfie d'autore LA MEDICINA nell'arte

Il medico: le origini (Seconda parte)



Valentina Muzii

Restauratrice di
opere d'arte.
Diplomata presso
l'Università
Internazionale dell'Arte
di Firenze.

Vive e lavora a Teramo.
www.studiodirestauro.it

Nel mese di giugno abbiamo analizzato e conosciuto la pittoresca e controversa figura del *Ciarlatano*, alla base dell'odierna immagine del medico.

Nell'antichità vi erano però altre due figure che operavano nel campo della medicina, con competenze e risultati forse migliori o quantomeno più scientifici rispetto al ciarlatano.

Innanzitutto, lo *Speziale* (o farmacista), si occupava della preparazione delle medicine, operando a cavallo tra farmacia ed erboristeria, poiché la maggior parte dei rimedi proveniva dall'utilizzo e dallo studio di piante e delle loro proprietà curative. Lo speziale aveva numerosi vasi posti sugli scaffali, che contenevano erbe, radici, semi, acque distillate, spezie aromatiche, sciroppi, olii, unguenti e pillole.

Nella bottega dello speziale era possibile trovare anche profumi ed essenze, colori utilizzati dai pittori e

dai tintori, le carte e gli inchiostri, e spesso anche i dolci alle spezie, quindi tutto quello che era possibile ricavare dalla lavorazione delle piante.

L'opera n°1 ci mostra la bottega di un farmacista veneziano: questi sta visitando una cortigiana, mentre all'estrema sinistra due clienti attendono il loro turno; sullo sfondo compare un'immane scaffalatura che espone numerosi vasi contenenti erbe e rimedi.

In primo piano vediamo un giovane garzone intento a riscaldare un meno identificato intruglio, mentre all'estrema destra un uomo scrive una prescrizione.

Da notare la pianta di agave in primo piano, considerata fin dall'antichità un prezioso rimedio, grazie alle sue grandi proprietà curative.

Altra figura, che oggi potrebbe suscitare molte perplessità, era quella del *Barbiere chirurgo* (o cerusico). La chirurgia, per tutta l'antichità, è stata considerata una disciplina inferiore a quella medica, poiché consisteva in una pratica manuale, che costringeva a "sporcarsi le mani"; questa errata concezione condusse a non poche conseguenze: l'apprendistato era sostanzialmente pratico e di bottega, basato sullo studio di trattati di tecniche chirurgiche, purtroppo però non si trattava di un percorso formativo accademico, riservato invece agli adepti della più nobile medicina.



Pietro Longhi - Il farmacista - (1752)

La chirurgia era quindi affidata ai barbieri, i quali essendo già avvezzi alle lame dei rasoi erano certamente i più vicini professionalmente alle pratiche chirurgiche; se l'antica associazione tra due professioni oggi così lontane tra loro ci fa sorridere (e forse ci inquieta anche un po'), il peggio è che il barbiere lavorava spesso in strada, analogamente al ciarlatano, in ambiti di mercati o comunque in condizioni decisamente preoccupanti dal punto di vista igienico.

È importante segnalare che l'anestesia fu inventata solo nel 1840, quindi prima di tale data non potevano essere effettuate operazioni chirurgiche molto lunghe o profonde: è opportuno intendere il lavoro del barbiere come operazioni rapide di "piccola chirurgia", quindi incisioni di ascessi, suture di ferite, salassi, estrazione di calcoli, cura delle emorroidi, ecc...

Accadeva così di recarsi dal barbiere per fare barba e capelli e magari lo si trovava impegnato nell'incisione di una pustola! Bisogna purtroppo attendere il XIX sec. perché la chirurgia entri ufficialmente e dignitosamente a far parte a pieno titolo della medicina.

L'opera n° 2, realizzata da un artista olandese, è molto esaustiva sull'argomento, e con inquietante realismo ci offre un'istantanea durante una piccola operazione: risulta impossibile non notare l'ambientazione decisamente poco confortevole sia per il paziente che per il



Adriaen Brouwer - L'operazione - (1630)



David Tenier il Giovane - Il chirurgo - (XVII sec.)

chirurgo, nonostante la scena sia ambientata in un interno e non in strada, le condizioni igieniche non sono migliori. Entrambi i protagonisti in primo piano assumono delle posizioni non solo scomode, ma anche pericolosamente controproducenti dal punto di vista pratico, soprattutto il chirurgo, accovacciato in bilico su un solo ginocchio, nonostante abbia un bisturi in mano! Curiosa ed estremamente realistica, peculiarità tipica di Brouwer, la mimica facciale del paziente, in evidente ed inevitabile sensazione di dolore...

L'opera n° 3 mostra una scena più articolata: il chirurgo intento nell'incisione di una pustola sulla schiena del paziente, attorniato da vari assistenti; sullo sfondo ne vediamo uno impegnato nella fasciatura di un braccio, in seguito ad un salasso con sanguisughe. Le condizioni igieniche non cambiano: anzi nella stanza pare regnare un certo disordine, vasi e contenitori sono poggiati addirittura a terra e anche qui l'artista ci offre la possibilità di cogliere il dolore provato dal paziente, rendendoci partecipi emotivamente.

Ciarlatano, speziale e barbiere sono i capostipiti che hanno dato origine agli odierni medici, farmacisti e chirurghi, figure oggi insostituibili, grazie ai progressi e traguardi raggiunti dalla medicina nel corso dei secoli, in particolar modo, a partire dal XIX sec..



Dott.ssa
**Maria Letizia
SOZIO**

Medico Chirurgo
Specialista in
Chirurgia Estetica e
Medicina Estetica e

La **CARBOSSITERAPIA** nasce in Francia, presso la stazione termale di Royat nel 1930 dove venne utilizzata per la prima volta in persone con malattie a carico del sistema venoso. Questa metodica sfrutta le proprietà della CO₂, gas normalmente prodotto dall'organismo, che grazie alla sua capacità di diffondere dalle 20 alle 25 volte più dell'ossigeno, arriva immedia-

tamente in tutti i tessuti dove innesca importanti reazioni. La principale di queste è una intensa vasodilatazione con notevole aumento del flusso di sangue e quindi un deciso miglioramento della circolazione.

CARBOSSITERAPIA MEDICALE ANTICELLULITE: strategia vincente

Per effetto indiretto la presenza di CO₂ in un tessuto causa un afflusso massivo di O₂ che permane molte ore dopo il trattamento promuovendo la scissione dei grassi e la demolizione degli accumuli adiposi localizzati. Il tutto senza alcun effetto collaterale poiché, dopo aver agito a livello locale la CO₂ viene eliminata fisiologicamente attraverso i polmoni.

Per **CARBOSSITERAPIA** si intende l'utilizzo di anidride carbonica (CO₂) medicale allo stato gassoso a scopo terapeutico realizzando azioni:

- Riabilitative sulla micro circolazione con una vasodilatazione locale;
- Lipolitiche

L'azione riabilitativa sulla circolazione viene sfruttata nel trattamento della cellulite essendo quest'ultima una infiammazione del tessuto adiposo causata principalmente da una cattiva ossigenazione del tessuto con stasi veno-linfatica che caratterizza appunto la PEFS.

Se immaginiamo la cellulite come una spugna imbevuta di acqua, l'eseguire la **CARBOSSITERAPIA** è come realizzare una strizzata energica della spugna stessa. Oltre l'azione vascolare si associa l'azione meccanica di lisi e quindi scoppio delle cellule adipose per azione meccanica pressoria del gas iniettato rendendo la **CARBOSSITERAPIA** una metodica con risposta terapeutica definitiva nel tempo.

L'azione lipolitica della **CARBOSSITERAPIA** è dunque dovuta a tre meccanismi:

- Attivazione recettoriale
- Aumento flusso ematico con iper ossigenazione tissutale
- Azione meccanica del gas.

Quando somministriamo CO₂ nel tessuto adiposo tale gas viene eliminato dall'organismo con gli stessi meccanismi con cui viene eliminata la CO₂ prodotta dal metabolismo cellulare.

La CO₂ non è embolizzante e per tale motivo la **CARBOSSITERAPIA** è una metodica terapeutica completamente priva di rischi.

Altro aspetto da sottolineare è la totale atossicità della CO₂ somministrata.

La **CARBOSSITERAPIA** consiste nell'insufflazione percutanea di CO₂ medicale gassosa mediante un apparecchio computerizzato CARBOMED (CENTRI AUTORIZZATI CARBOMED) che permette di rendere il gas sterile, atossico e riscaldato permettendone un utilizzo ottimale e sicuro.

Il gas causa un enfisema sottocutaneo con gonfiore localizzato della regione trattata che scompare nel giro di poche ore in seguito al riassorbimento fisiologico della CO₂.

La **CARBOSSITERAPIA** viene eseguita a cadenza mono o bisettimanale secondo protocolli specifici e differenziati da paziente a paziente.

Il ciclo di trattamento iniziale prevede mediamente 20-25 sedute con cicli di mantenimento personalizzati.

I benefici della **CARBOSSITERAPIA** sono:

- Miglioramento tono cutaneo (compattezza)
- Miglioramento buccia d'arancia
- Miglioramento "pesantezza" ed edemi arti inferiori
- Miglioramento idratazione cutanea
- Riduzione accumuli adiposi localizzati

.....95% soddisfazione dei nostri pazienti in Centri CARBOMED Autorizzati.

Il rapporto Medico - Paziente



Dottore
**Claudio
D'Archivio**

Specialista in
Radiodiagnostica e
Scienza della
immagini

Con il presente numero inizia una serie di puntate sulla delicata questione del rapporto medico-paziente preso in esame da più punti di vista. La sua storia, le varie sfaccettature dell'etica e della bioetica financo ai risvolti psicologici e filosofici. Un percorso affascinante che dimostra come un rapporto nato in modo asimmetrico, con una predominanza della figura del medico, si è poi parificato con la carta dei diritti del paziente del 1973. Questa

relazione però negli ultimi tempi sta vivendo un forte momento di crisi. Fortunatamente molte figure mediche, psicologiche, filosofiche ed altre fanno sentire il bisogno di ricostruire un rapporto importante e fondamentale per la qualità della vita del paziente ma anche per la professionalità del medico.

Il rapporto medico-paziente è quella particolare relazione che si instaura tra un medico ed un paziente a partire da uno stato di malattia di quest'ultimo caratterizzato da specifici doveri e diritti morali e giuridici. È un rapporto asimmetrico in cui la parte vulnerabile è il paziente, il quale è dipendente della competenza, e del potere del medico.

Il rapporto medico-paziente è stato caratterizzato fin dal giuramento di Ippocrate da un'etica paternalistica, vale a dire da una concezione etica che prescrive di agire, o di omettere di agire, per il bene di una persona senza che sia necessario chiedere il suo assenso.

I principi etici che sono alla base del paternalismo sono il principio di beneficenza - che prescrive l'obbligo di agire per il bene del paziente - ed il principio di non maleficenza - che esprime l'obbligo di non arrecare danno al paziente.

Questo è stato il rapporto medico-paziente, fortemente asimmetrico, fino alla seconda metà del XX secolo quando con l'approvazione da parte dell'American Hospital Association nel 1973 della Carta dei Diritti del Paziente, veniva reclamato il diritto del paziente ad essere informato e ad essere partecipe delle decisioni terapeutiche che lo riguardano.

Pertanto al modello paternalistico si è sostituito un



Parliamo in chiaro

modello di relazione che pone al centro il principio etico del rispetto dell'autonomia del paziente: il modello etico contrattuale.

In tal modo il rapporto medico-paziente viene definito simmetrico in cui i contraenti, autonomi, uguali ed aventi il medesimo potere di negoziazione, sottoscrivono liberamente il patto.

Si introduce in questo modo il consenso informato, vale a dire l'assenso che viene richiesto ad ogni singolo paziente dal personale sanitario prima di sottoporlo ad accertamenti diagnostici o atti terapeutici, dopo aver fornito un'adeguata informazione.

Diventano quindi rilevanti il dovere del medico di informare il paziente e di ottenere il suo consenso, ed il diritto del paziente di decidere a quale trattamento sanitario, sia esso diagnostico e terapeutico, sottoporsi o non sottoporsi.

Questo tipo di rapporto medico-paziente ha comunque delle problematiche etiche e bioetiche. L'obbligo del sanitario di avere il consenso informato da parte del paziente innesca una serie di problematiche su quale debba essere la competenza che il paziente deve avere per poter dare un consenso libero e per poter comprendere le informazioni che gli vengono fornite e su quale debba essere l'informazione più appropriata perché il consenso sia realmente informato. Inoltre esiste la problematica della inapplicabilità del consenso informato quando ci si trova di fronte a pazienti non autonomi.

D'altra parte l'autonomia del paziente può entrare in conflitto con l'autonomia del medico. Può succedere infatti che il sanitario non condivida le prospettive del paziente sia in base a ragioni di scienza sia in base a personali ragioni etiche. In questi casi il sanitario può appellarsi al generale rifiuto di prestare l'opera professionale che è previsto dal codice di deontologia medica, al fine di tutelare l'autonomia e la responsabilità diagnostico-terapeutica del medico; cioè appellarsi al diritto dell'obiezione di coscienza.

Lombosciatalgia



Dottoressa
**Maria Elena
NIVES**

Medico Chirurgo
Specialista in
Neurologia

La definizione di lombosciatalgia (o sciatalgia) è: "un insieme di sintomi che originano dalla radice nervosa di una vertebra lombare o sacrale e si presentano lungo tutto il decorso del nervo sciatico fino al piede", perché se il nervo è compresso deve provocare i sintomi in tutte le regioni corporee che attraversa. Generalmente, la vera lombosciatalgia è una discopatia causata dall'ernia, cioè una parte del disco interverte-

brale che si sposta posteriormente e preme sulla radice nervosa. Si parla di lombosciatalgia acuta nei primi 2/3 giorni dall'esordio, dopo questo periodo di tempo i sintomi dovrebbero attenuarsi fino a sparire, ma per molti pazienti il dolore rimane e il disturbo diventa una lombosciatalgia cronica. Il dolore dev'essere persistente sin dal primo giorno perché la pressione sul nervo è continua. Se le vertebre sono schiacciate, vuol dire che il disco si è disidratato, cioè ha perso il liquido contenuto nel nucleo polposo. In certi casi c'è una sacralizzazione o emisacralizzazione di L5, ovvero una malformazione ossea congenita in cui lo spazio fisiologico tra le due vertebre è sparito e i processi trasversi dell'ultima vertebra lombare sono uniti all'osso sacro. Le radici nervose che attraversano i fori vertebrali si fondono insieme e formano dei tronchi nervosi; il nervo sciatico è formato dall'unione delle radici nervose delle ultime tre vertebre lombari e le prime tre sacrali. Il nervo porta gli stimoli sensitivi (sensibilità) e quelli contrattili (per la contrazione muscolare), se è compresso da una protrusione discale il suo funzionamento è compromesso, quindi si ha:

- Perdita di forza e sensibilità,
- Dolore
- Formicolio fino al piede.

La lombosciatalgia si presenta quasi sempre su un solo arto, sono rarissimi i casi in cui è bilaterale. I dischi intervertebrali più colpiti sono tra L5-S1 e tra L4-L5. È più raro incontrare un'ernia ai livelli superiori a L4, in quel caso invece di provocare una lombosciatalgia, si sentono i sintomi di una lombocuralgia, cioè dolore all'inguine e nella parte anteriore interna della coscia fino al ginocchio, lungo il decorso del nervo crurale.

Qual è la causa della sciatalgia?

La causa della lombosciatalgia può essere un'ernia del disco. Una delle cause più frequenti di ernia del disco è il sollevamento di un peso da terra con gli arti inferiori distesi. Anche la cattiva postura a sedere con la schiena inarcata in avanti e le gambe accavallate, alla lunga può provocare questa nevralgia. L'obesità unita all'ipotrofia della muscolatura paravertebrale, conseguente alla vita sedentaria, ha favorito la fuoriuscita del disco. Una causa minore di ernia del disco può essere un trauma. Lo sport generalmente non causa una lombosciatalgia, ma gli sforzi eccessivi possono provocare una pressione eccessiva sul disco e se questo è già indebolito si può rompere. La lombosciatalgia, conosciuta anche come "sciatica", deve causare i sintomi in una determinata regione della schiena e degli arti inferiori. La differenza tra questa e le tre sindromi dolorose descritte sopra è che l'ernia discale causa dei sintomi che si irradiano lungo il

decorso del nervo come una corda, mentre la sindrome del piriforme e gli altri disturbi muscolari provocano un dolore diffuso. In caso di infiammazione del nervo sciatico il paziente avverte mal di schiena, dolore alla gamba, al gluteo, dietro al ginocchio, sul polpaccio, alla caviglia e al piede. Se la protrusione discale è a livello di L5-S1 il dolore attraversa il gluteo, l'area posteriore-centrale della coscia e della gamba, l'area esterna del malleolo e del piede fino al quinto dito. Se la radice interessata è L4-L5 i sintomi si avvertono nella regione laterale del gluteo, della coscia e della gamba fino a metà polpaccio, poi si irradia anteriormente sul collo del piede fino alla parte centrale del piede sia dorsale che plantare. I nervi del plesso lombo-sacrale attraversano anche la regione pelvica: testicoli, ovaie, vescica ecc.. Il paziente con ernia del disco può soffrire anche di incontinenza urinaria o fecale, ma è un evento piuttosto raro. Il dolore del nervo è terribile, il peggiore insieme a quello osseo e del periostio, il paziente ha una sensazione simile a un bruciore. In caso di lombosciatalgia, nella fase acuta i pazienti sono bloccati a letto e hanno difficoltà ad alzarsi. I momenti peggiori sono ruotare a letto, piegarsi per mettere le calze e le scarpe, cambiare posizione (seduto, in piedi o sdraiato) e mantenere la stessa posizione a lungo. Le attività della vita quotidiana sono dolorosissime e quasi impossibili. Le rotazioni o l'inclinazione laterale da un lato sono generalmente più dolorose che dall'altro. La lombosciatalgia non causa febbre, anche se il dolore è fortissimo.

Come si diagnostica la Lombosciatalgia?

Risonanza magnetica della Colonna lombare con evidenziata l'ernia L5-S1.

La diagnosi di lombosciatalgia parte da una anamnesi approfondita. A questo punto è utile proseguire l'iter diagnostico con una risonanza magnetica della colonna lombare per diagnosticare la presenza di una protrusione o ernia del disco che improntando sul sacco durale (preme sulla dura madre), può causare una compressione del nervo, provocando i sintomi di una Lombosciatalgia. Successivamente esistono degli esami di approfondimento più specifici che servono per valutare l'entità del danno effettuato dalla compressione della protrusione discale sulla radice nervosa o per effettuare diagnosi differenziale con altre eventuali patologie del sistema nervoso periferico o muscolare. Si tratta dell'elettromiografia, che consta di uno studio elettroencefalografico che valuta l'integrità della conduzione nervosa ed in un studio elettromiografico che studia l'eventuale presenza di una sofferenza muscolare sui miomeri innervati dalla radice compressa (L4-L5 o S1) dalla protrusione discale (radicolopatia acuta o cronica).

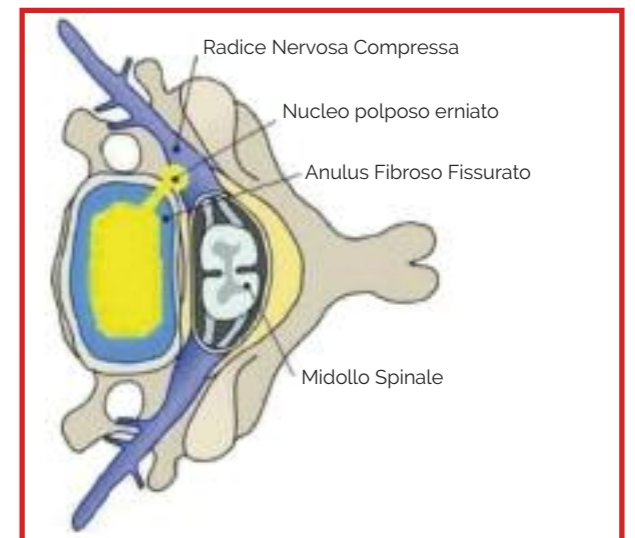
Cosa fare? Qual è la terapia per la sciatalgia?

Se il paziente ha un dolore aspecifico non riconducibile alla lombosciatalgia, le terapie per l'ernia del disco falliscono, perché si cerca di curare una lesione che non c'è o che non provoca il dolore.

Non esistono delle linee guida o un protocollo standard per curare questo disturbo, ma in base al tipo di paziente si decide la terapia più indicata. L'ozono terapia e l'intervento chirurgico devono essere eseguiti solo su pazienti che presentano sintomi inequivocabili dell'ernia del disco. I farmaci a base di cortisone (bentelan, orudis, feldene, ecc) agiscono risolvendo l'infiammazione o il gonfiore interno causato dalla rottura del disco intervertebrale; in alcuni casi eliminano la compressione sul nervo, ma non rimuovono l'origine del disturbo. Generalmente si associano i miorilassanti (ad esempio il muscoril) per le contratture dei muscoli. Il problema di questi medicinali sono le numerose controindicazioni e gli effetti collaterali. I cerotti con farmaco antinfiammatorio sono medicine a rilascio lento da tenere sulla pelle per tante ore, ma è un tipo di cura troppo leggera e poco efficace, mentre le infiltrazioni di cortisone danno risultati migliori.

Quali sono i tempi di guarigione? Qual è la durata del dolore?

Non esiste un tempo di recupero della malattia con date precise: ogni persona risponde diversamente alle terapie. Alcuni pazienti guariscono in pochi giorni perché la causa è solo l'infiammazione causata dalla frattura del disco intervertebrale; se la protrusione o gli osteofiti provocano il dolore, la prognosi può invece essere di alcuni mesi.



SOLUZIONI del CRUCIVERBA (pag. 2)

1 Ombrellone - 2 Secchiello - 3 Sole - 4 Sabbia - 5 Granchio - 6 Sdraio - 7 Costume - 8 Crema



Dottoressa
Valentina FRANCHI

Medico Chirurgo
Specialista in
Ginecologia ed Ostetricia

Il termine Sindrome Metabolica (SM) identifica un gruppo di disordini metabolici che predispone gli individui che ne sono affetti ad un alto rischio per malattia cardiovascolare e diabete mellito di tipo 2. I fattori di rischio sono rappresentati da obesità addominale (per le donne, circonferenza vita > 80 cm), dislipidemia aterogena (aumento dei trigliceridi e del colesterolo LDL, riduzione del colesterolo HDL), aumento della pressione arteriosa, insulino-resistenza con elevata glicemia a digiuno (>100 mg/dL).

La prevalenza mondiale è in aumento, legata ai cambiamenti nelle abitudini alimentari e nello stile di vita, con sedentarietà ed obesità sempre maggiori. Caratteristicamente considerata una patologia dell'età avanzata (con esordio in peri-menopausa), è sempre più frequente la diagnosi in alcune categorie di donne in età fertile, specie in coloro affette da sindrome dell'ovaio policistico, e nelle adolescenti in

La sindrome metabolica durante la vita della donna

sovrappeso ed obeso.

Età fertile: sindrome dell'ovaio policistico

La sindrome dell'ovaio policistico (PCOS) è un disordine endocrino-metabolico. Fino a pochi anni fa era ritenuta un disordine puro dell'apparato riproduttivo, data la presenza di disturbi mestruali ed infertilità, con ripercussioni estetiche (acne, alopecia, irsutismo) dovuti agli aumentati livelli di androgeni (iperandrogenismo). Oggi è considerata invece una "variante femminile" della SM in età fertile, condividendo con essa insulino-resistenza ed obesità addominale. Inoltre tutte le donne con PCOS, sia obese che normopeso, sembrano condividere le stesse modificazioni fisio-patologiche: insulino-resistenza, iperinsulinemia, ed iperandrogenismo secondario, in un circolo vizioso in cui uno mantiene ed amplifica l'altro. La fertilità femminile peraltro è estremamente sensibile al peso corporeo le cui alterazioni, sia in difetto che in eccesso, favoriscono la comparsa di disordini del ciclo mestruale, assenza dell'ovulazione (anovularietà), ri-

dotto fertilità, aumentato rischio di complicanze gravidiche (aborti, ipertensione, parto pretermine) e maggior incidenza di anomalie fetali. Nelle donne in sovrappeso ed obese, gli studi scientifici dimostrano che l'esercizio fisico, una dieta ipocalorica e la riduzione del grasso corporeo comportano un miglioramento della funzione ovarica con ripristino dell'ovulazione spontanea e miglioramento della fertilità, ed una normalizzazione del metabolismo glucidico con riduzione del rischio di diabete mellito di tipo 2.

Menopausa e sindrome metabolica

La menopausa rappresenta uno spartiacque nella vita della donna che segna importanti cambiamenti biologici, associati a specifici sintomi, che possono riassumersi nelle componenti fondamentali della SM. Ben il 30% delle donne in menopausa è affetto da SM. Punto chiave della menopausa è la riduzione dei livelli di estrogeni circolanti, con una progressiva androgenizzazione dell'ambiente ormonale. Tale shift sarebbe alla base all'insorgenza della SM, la cui incidenza aumenta progressivamente da 6 anni prima a 6 anni dopo la menopausa, indipendentemente dall'età e da altri fattori di rischio cardiovascolare. Solo l'obesità rappresenta un fattore di rischio ulteriore per l'insorgenza della SM, e dobbiamo considerare che diversi fattori contribuiscono all'aumento della massa adiposa in menopausa: ereditarietà, alimentazione inadeguata, sedentarietà, carenza estrogenica e riduzione delle ore di sonno. Ma la ridotta sensibilità insulinica, alla base della SM, è influenzata soprattutto dalla distribuzione dell'adipe in sede addominale, secondo quella che viene definita caratteristicamente obesità androide o "a mela".

La SM costituisce quindi una condizione ad elevato rischio cardiovascolare, la cui prevalenza aumenta con l'età, ma che non dispensa le fasce d'età più giovani. È quindi importante riconoscere precocemente i fattori di rischio ed attuare una efficace prevenzione primaria, basata sulla correzione dello stile di vita, sulla diagnostica strumentale e di laboratorio, sulle terapie mediche. Tra queste ultime, sono dimostrati i benefici della terapia con Inositolo sulle donne in età fertile affette da PCOS in termini di ovulazione, acne, irsutismo ed iperandrogenismo, oltre che sul profilo lipidico, pressione arteriosa e glicemia. Questo ne fa quindi un alleato anche per il trattamento della SM, con possibili vantaggi anche nelle donne in post-menopausa. Sono fondamentali l'abolizione dell'abitudine al fumo e la riduzione ponderale, mediante la restrizione dell'apporto calorico, di grassi

saturi e carboidrati semplici, nonché attraverso un programma di attività aerobica regolare. Queste strategie preventive, valide già in età infantile, valgono maggiormente dalla quarta decade di vita in poi, quando le modificazioni dell'organismo predispongono maggiormente all'insorgenza di eventi cardiovascolari. Ed il ginecologo, accompagnando la donna in tutte le tappe della vita, è responsabile dell'individuazione precoce del rischio cardiovascolare e metabolico, in un completo programma di prevenzione volto a mantenere il benessere psico-fisico globale.

Fantasticando

Perché se non per?

Perché queste mani se non per accarezzare la seta sul tuo viso?

Perché carità se non per donarti un sorriso?

Perché queste membra se non per esplorare le tue oscure vie?

Perché schiaffi e pugni se non per difendere il mio sangue?

Perché questa voce se non per sfogare la lingua dei padri?

Perché queste ferite se non per le cure di una madre?

Perché questo mare se non per tornare a casa?

Perché questa Vita se non per essere Libero?



Martina PALANDRANI

Responsabile Amministrativo del Centro Diagnostico D'Archivio



Studio Radiologico Gadaleta srl

Nello **Studio Radiologico Gadaleta**, di Teramo un'equipe di medici specialisti in Radiodiagnostica garantisce ogni giorno la possibilità di una diagnosi accurata ed immediata.



RISONANZA MAGNETICA ARTICOLARE APERTA

RADIOLOGIA TRADIZIONALE

M.O.C.



ORTOPANTOMOGRAMMA

ECOGRAFIA

ECOCOLOR DOPPLER

Presso lo **Studio Radiologico Gadaleta**, e in tutti gli studi del **Gruppo Medico D'Archivio** le indagini radiologiche vengono effettuate con apparecchiature che sottopongono il paziente ad una bassa esposizione di raggi X grazie ad un sistema digitale che ottimizza le immagini.

- Via Del Baluardo, 53
TERAMO
- Tel. 0861 246643 Fax 0861 251274
info@studioradiologicogadaleta.it
- www.gruppomedicodarchivio.it

APERITIVO CENATO

giusto o sbagliato?

Intervista a cura di Alessandra Meschieri

Non sei "teramano" se...non hai mai sentito parlare di "Aperistreet"! E' proprio così. La novità che ci ha traghettati dal vecchio al nuovo anno: un aperitivo cenato dal format ben studiato, capace di attirare letteralmente migliaia di ragazzi. Numeri alla mano: siamo passati da una "only one night" del 2014, a ben tre serate a settimana (più vari eventi straordinari) di questa estate...notevole miglioramento, direi! Ma cosa vuol dire "Aperitivo Cenato"? Sarà mica il vecchio caro "Happy Hour"? Occorre fare ordine. Vediamo...effettivamente no: l'Aperitivo Cenato non è un Happy Hour che si è rifatto il trucco. E' un nuovo modo di stare insieme agli amici, meno impegnativo di una cena, ma più consistente di un semplice aperitivo. Pagando un prezzo standard, un po' più di un semplice aperitivo e un po' meno di una cena, si può bere un drink e mangiare quasi come se si cenasse. Mentre l'Happy Hour consiste nella possibilità di consumare un drink, in un orario prestabilito, ad un costo inferiore, non comprendendo il cibo. La seconda opzione è tipica dei paesi anglosassoni, mentre la prima è il leitmotiv delle serate che conosciamo ed alle quali ci stiamo abituando molto velocemente. Giurassicamente parlando, il primo aperitivo della storia risale all'antica Roma: il Mulsum (misto di vino e miele). L'aperitivo come lo conosciamo ora, invece, lo dobbiamo ad Antonio Benedetto Caprano, che nel 1786, in una bottega sotto i portici della centrale Piazza Castello a Torino, ha iniziato a produrre un vino aromatizzato ottenuto con infuso di erbe e spezie: il vermouth, che diventò presto l'Aperitivo per antonomasia. Da allora la sua diffusione a macchia d'olio ha permesso molte trasformazioni ed altrettanti adattamenti



Dottore
**Corrado
DI DONATO**

Biologo Nutrizionista
Esperto in Diete
Personalizzate
ed Attacco delle
Adiposità
Localizzate



**Alessandra
MESCHIERI**

Responsabile
Marketing e
Comunicazione del
Gruppo Medico
D'Archivio

alle abitudini dei luoghi specifici in cui veniva consumato. A Firenze, ad esempio, nel 1919 nacque il Negroni; in Friuli-Venezia Giulia e in Veneto l'aperitivo era il locale Tocai (oggi Friulano); a Milano e Reggio Calabria si usa il Brunch, non solo scelta della bevanda alcolica o meno, ma abbondante buffet a sostenere la serata; in Sardegna solo degustazione di uno o due bicchieri di vino locale, senza buffet, prima dei pasti: cannonau, vermentino, vernaccia, anche se la situazione sta evolvendo. Il primato comunque spetta al dilagante Prosecco (il vino italiano più venduto all'estero) ed all'ultimo arrivato, il giovanissimo Spritz (dal verbo tedesco austriaco spritzen, che significa "spruzzare", il gesto appunto di allungare il vino con l'acqua frizzante). Ed è così che passando attraverso un Long Island Iced Tea, un Daiquiri, un Cosmopolitan, un Negroni Sbagliato, ed un Americano, arriviamo alla formula a cui siamo abituati: l'Aperitivo Cenato. Ma quanto incide sulla nostra dieta un "Aperitivo Cenato"? Cosa e quanto sarebbe opportuno mangiare e bere? "Aperitivando" spesso, si può comunque restare in forma? Ho bisogno di maggiori informazioni: qui ci vuole lo Specialist! Per questo motivo ho tirato in ballo il Dott. Corrado Di Donato, Biologo Nutrizionista, Esperto in Diete Personalizzate ed Attacco delle Adiposità Localizzate. "Da quando ho iniziato la mia attività di nutrizionista - mi dice il Dottore - ho avuto la possibilità di seguire diversi ragazzi, ed ascoltando le varie abitudini è saltato fuori che spesso avevano in comune l'Aperitivo Cenato. Solitamente nel menù di queste occasioni mondane, a cui ho notato è davvero difficile per loro rinunciare, si trovano molte golosità: diversi primi piatti, pizze rustiche, bruschette, verdure, stuzzichini di ogni genere, e frutta. Ma oltre al cibo c'è anche il drink, solitamente birra o vino, o addirittura un superalcolico".

Quali sono gli alimenti che possiedono un più elevato potere calorico?

Al primo posto troviamo gli alimenti con più alto contenuto in grassi: arachidi, patatine in busta, condimenti vari.

"Al secondo invece gli alcolici: basti pensare che un grammo di alcol corrisponde a 7 Kcal. Quindi, prendendo in considerazione un bicchiere di vino da 100ml con il 13% di alcol, dobbiamo renderci conto che possiede 91 Kcal, circa un quarto di un piatto di pasta. Negli occhi dei miei pazienti vedo il terrore quando si parla dell'aperitivo, pensando che io li possa privare di questa abitudine. Ma non è così." Allora quali sono le regole per un "buon Aperitivo Cenato"?

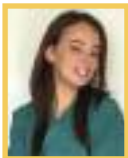
"Innanzitutto non si inizia mai l'aperitivo bevendo, ma si mangia sempre prima qualcosa, in quanto l'alcol è ipoglicemizzante e quindi potrebbe indurci a mangiare di più, aumentando la nostra sensazione di fame! Si può mangiare tranquillamente della pasta (senza esagerare nelle porzioni), delle patate al forno (mai quelle in busta!), del pesce piuttosto che della carne, della pizza rustica (magari con ripieno di verdura) e, per terminare, cercare di mangiare il più fibra possibile in maniera tale da abbassare l'assorbimento dei grassi e dei carboidrati in eccesso. L'importante è non esagerare nel contenuto in carboidrati e, soprattutto, in grassi. Ed ecco che, con un minimo di criterio, è possibile fare un aperitivo rimanendo in forma."

Da adesso non si può più sbagliare: grazie ai consigli dello Specialista, potremo goderci l'estate a ritmo di musica, in compagnia degli amici, senza rinunciare alla linea e, cosa ancor più importante, alla salute! Quindi per stasera si accettano consigli sulla location, ma una cosa è certa: che ne dite, "aperitiviamo"???

Lo SCREENING del SENO nel tempo



Dottoressa
Fiorella DI VITTORIO
Tecnico Sanitario di
Radiologia Medica



Dottoressa
Valentina IACOVELLI
Tecnico Sanitario di
Radiologia Medica

Attualmente, come ben sappiamo attraverso le informazioni che ci giungono dai media ogni giorno, uno dei più comuni tumori femminili, è considerato quello della mammella, avendo un'alta percentuale di incidenza nelle donne di età compresa tra i 40 e i 60 anni, pur avendo una migliore curabilità e possibilità di guarigione rispetto agli anni addietro grazie anche all'introduzione di programmi di screening diagnostici quali la mammografia, l'ecografia e la visita specialistica senologica. Ma quando è comparsa questa problematica medica?

Molti suppongono che la diffusione del carcinoma mammario abbia iniziato a prendere piede nelle civiltà moderne negli ultimi 20-30 anni anche se in realtà già veniva accennato nei papiri egizi del 3000 a.C. Chiamamente non è possibile stabilire l'età media di comparsa e l'incidenza, poiché l'età media delle donne era di circa 30anni.

Si hanno poche notizie sui trattamenti terapeutici del tempo; raramente veniva praticata l'asportazione completa della mammella a scopo terapeutico. Nel periodo di Ippocrate (460 a.C.) iniziano a prendere piede i primi trattamenti terapeutici per la cura del seno, quali l'utilizzo di sostanze emollienti come il grasso d'oca e di maiale oppure con unguenti preziosi e profumati come la mirra che venivano applicati localmente nel caso in cui si stesse trattando un tumore iniziale. Nel caso in cui invece la malattia fosse ben avanzata, si ricorreva all'impiego di lame taglienti, al fine di incidere la massa aggressiva.

Successivamente, nel periodo romano augusteo si stabilì una scissione tra i tumori iniziali e quelli più avanzati per cui fu fatta una classificazione e si deve



al medico greco Galeno (130 a.C.) la prima vera descrizione del tumore della mammella e l'introduzione del termine "cancro" e del suo relativo trattamento chirurgico.

A tal proposito, Galeno parlando dei tumori scrisse: "... allorchè, tutti i sintomi sono violenti, nessuno esiterà circa il nome ch'egli dovrà dare a questo disordine, essendo tutti d'accordo di dargli il nome di cancro. Ma è ben naturale il credere che non è da tutti il riconoscere se si tratti di cancro quando il disordine è all'inizio; come in agricoltura, quando un germoglio spunta appena da terra, quei solo che hanno gran pratica di questa scienza, sono in grado di dare il nome alla specie nascente".

Con l'avvento del Medioevo, periodo di grande splendore per la nascita delle prime università e delle scuole chirurgiche in Italia si ha una grande svolta, considerando che finora chiunque praticasse procedure mediche era malvisto e ritenuto eretico specie perché era una pratica tramandata di padre in figlio. Il miglioramento delle pratiche chirurgiche viene man mano perfezionato durante il Rinascimento, anche se vi erano molti dubbi sul tipo di pratica di asportazione da effettuare; cioè se effettuare una dissezione dei linfonodi ascellari e/o conservare il muscolo pettorale. Solo qualche secolo più avanti, nel periodo del mas-

simo splendore del Risorgimento italiano, vi fu una grande svolta nella chirurgia del carcinoma mammario grazie al celebre chirurgo W.S. Halsted di Baltimora, il quale introdusse una nuova tecnica: la mastectomia radicale e successivamente quella modificata, pratiche chirurgiche ancora in uso, anche se con meno frequenza ai nostri giorni per trattare masse di grandi dimensioni.

Ma nel XXI secolo, qual è l'iter da intraprendere a proposito del carcinoma mammario?

La diagnostica del carcinoma mammario attualmente si basa sull'impiego di diverse metodiche: l'esame clinico è certamente il più semplice, in quanto non richiede strumentazione e viene eseguito da un medico specialista attraverso l'atto della palpazione, tuttavia si tratta di una tecnica imprecisa, in quanto le lesioni piccole non sono palpabili.

A tale metodica si affianca l'esame ecografico che si avvale dell'uso di apparecchiature con sonde ad alta frequenza, utili per definire la morfologia e i contorni delle lesioni, differenziandole in solide e cistiche. Tale metodica a volte risulta non sufficiente, in quanto difficilmente individua le calcificazioni, per questo è spesso integrato con la mammografia.

La mammografia consiste in un'indagine strumentale mediante un apparecchio a raggi x detto appunto mammografo, il quale proietta un fascio di raggi X direttamente sulla mammella. Al fine di rendere l'immagine più nitida e di ridurre al minimo le dosi di radiazione, la mammella viene posizionata su un apposito sostegno e compressa leggermente per alcuni secondi tra due piatti in plastica. In questo modo i tessuti adiposo e ghiandolare vengono compressi e dissociati rendendo più semplice la loro refertazione. Solitamente vengono eseguite due proiezioni per ogni mammella: una cranio caudale (C-C) dall'alto e una medio laterale (OBL). È una tecnica d'indagine non dolorosa eseguibile senza alcun tipo di preparazione da parte della paziente, ma di notevole importanza nella prevenzione del carcinoma mammario, perché offre la possibilità di determinare non solo la morfologia, il contorno e la densità delle lesioni, ma anche la presenza di eventuali microcalcificazioni non apprezzabili con altre metodiche.

A concludere l'iter diagnostico nella ricerca di neoplasie della mammella è l'esame citologico, di particolare importanza nella diagnosi differenziale. Questo consiste nel prelievo di cellule attraverso l'agoaspirazione

eseguita a mano libera, o ecoguidata, o con sistema stereotassico. In seguito il campione viene sottoposto ad esame istologico.

In alcuni casi vengono proposte altre metodologie in completamento alla "tripletta" (palpazione, eco/mammografia, citologia), come la Risonanza Magnetica e la Scintigrafia mammaria.

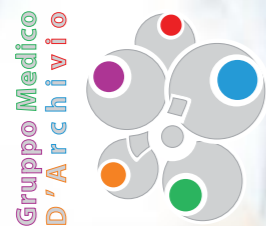
Tra le metodiche, la mammografia è attualmente quella di maggior rilievo per la specificità della diagnosi di prevenzione.

Il primo apparecchio esclusivamente dedicato alla mammografia fu il "Senographe I". Esso venne costruito dalla Compagnie Generale De Radiologie (CGR) di Parigi nel 1966, con la collaborazione del Prof. Charles Gros che grazie ai suoi studi e alla sue importanti innovazioni è considerato il fondatore della mammografia moderna. Questo era configurato in un'unità compatta, raggruppante, gli apparati elettrici ed elettronici in un unico armadio rack, sulle cui pareti erano montati il modulo di comando e l'apparato di ripresa, costituito da un braccio rotante di circa 180°, che portava in posizione contrapposta la sorgente radiogena ed il piano di appoggio della mammella.

A partire dagli anni 70, le caratteristiche tecniche e prestazionali dei mammografi sono state oggetto di perfezionamenti continui, quali esposimetri automatici, l'uso di opportune griglie antidiffusione, l'introduzione di sistemi di compressione con movimento motorizzato. L'accorciamento dei tempi di esposizione e lo sviluppo di nuovi sistemi del tubo radiogeno hanno migliorato notevolmente la qualità dell'esame, ridotto la dose di radiazioni ed al tempo stesso garantito una più agevole operatività.

Oggi si dispone di apparecchiature totalmente digitali e altamente sofisticate, che presentano il vantaggio di fornire in maniera immediata le immagini con elevata risoluzione di contrasto, risoluzione spaziale e possibilità di elaborazione.

CURIOSANDO: le antiche popolazioni Amazzoni asportavano alle bambine la mammella di destra al fine di renderle più agili nell'afferrare l'arco e la spada durante i combattimenti.



GRUPPO MEDICO D'ARCHIVIO

Garanzia di professionalità, qualità e sicurezza da 30 anni al tuo servizio.

Nei centri di Giulianova e Teramo equipe di medici specialisti in Radiodiagnostica garantiscono ogni giorno la possibilità di diagnosi accurate ed immediate.

Radiologia Tradizionale, Risonanza Magnetica Total Body, Densitometria Ossea, Ecografie, Ecocolor Doppler, TAC cone Beam, TAC con e senza MDC e Mammografia effettuate con apparecchiature di ultima generazione.

Il **GRUPPO MEDICO D'ARCHIVIO**, attraverso l'**AMBULATORIO MEDICO SPECIALISTICO DIOMIRA**, offre prestazioni ambulatoriali nei diversi campi del settore sanitario, avvalendosi della collaborazione dei migliori specialisti.



Centro Diagnostico
D'Archivio
ARCHE.IT



Studio Radiologico
Gadaleta srl



Diomira
Ambulatorio Medico Specialistico

DIOMIRA

CENTRO DIAGNOSTICO D'ARCHIVIO

Via G. Galilei, 59 - Giulianova Lido (Te)
Tel. 085 8008215

info@centrodiagnosticodarchivio.it

STUDIO RADIOLOGICO GADALETA

Via Del Baluardo, 53 - Teramo
Tel. 0861 246643

info@studioradiologicogadaleta.it

AMBULATORIO MEDICO SPECIALISTICO

Via Mamiani, 7 - Giulianova Lido (Te)
Tel. 085 8005036

info@diomiramedicina.it

www.gruppomedicodarchivio.it

