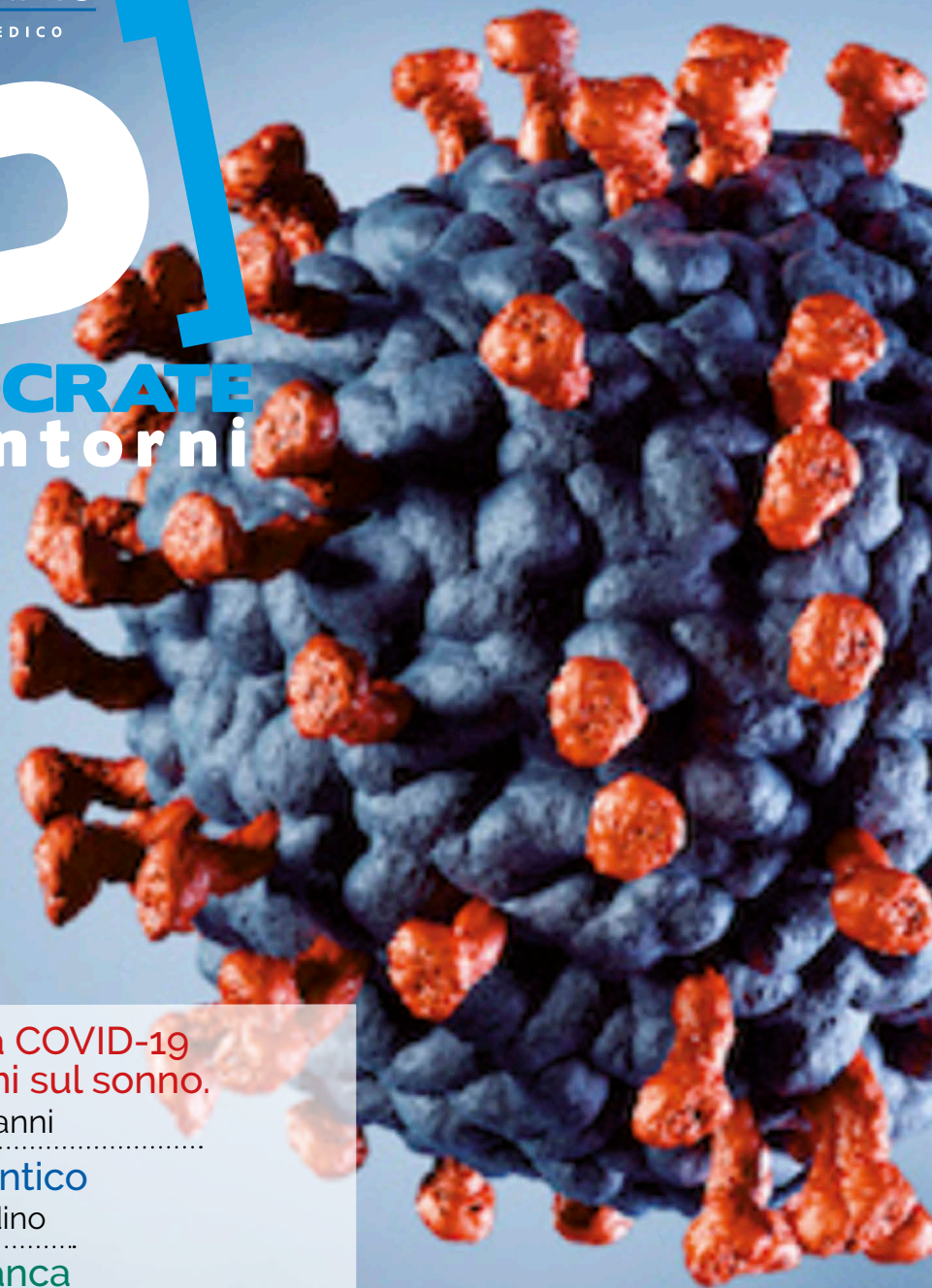




D'Archivio

GRUPPO MEDICO

LID & IPPOCRATE & dintorni



**La pandemia da COVID-19
e le ripercussioni sul sonno.**

Dott. Guido Di Giovanni

Check-up ortodontico

Dott. Michele Tepedino

L'artroscopia d'anca

Dott. Cesare Stagni

CURIOSANDO NELLA STORIA

**LE VACANZE A GIULIANOVA
DEI TERAMANI**

Dott. Sandro Galantini

FANTANGOLO

**TROVARSI AL POSTO GIUSTO,
NEL MOMENTO GIUSTO**

Il Fanta

VOX RERUM

*F*iCosimo
e RusPaolo

Dott.ssa Martina Palandrani

EDITORIALE

03 Una lunga estate calda...
Dott. Gino Consorti

CURIOSANDO NELLA STORIA

05 Le vacanze dei teramani a Giulianova
Dott. Sandro Galantini

MEDICINA VETERINARIA

07 La displasia nell'anca del cane
Dott. Francesco Simeoni

ODONTOIATRIA

11 Il ceck-up ortodontico
Dott. Michele Tepedino

ORTOPEDIA

14 L'artroscopia d'anca
Dott. Cesare Stagni

NEUROLOGIA

19 La pandemia da COVID-19
e le ripercussioni sul sonno
Dott. Guido Di Giovanni

LE TRADIZIONI NEL CASSETTO

23 "Lu cense", lo stigma che segnava
la popolazione contadina.
Prof. Alessandra Gasparroni

FANTAngolo

26 Trovarsi al posto giusto,
nel momento giusto
IL FANTA

VOX RERUM

28 *Ti*Cosimo
e RusPaolo
Dott.ssa Martina Palandrani

IPPOCRATE&Dintorni

Periodico trimestrale d'informazione
su medicina e salute

Anno VIII
Numero 2
Maggio/Luglio 2020

EDITORE
GRUPPO MEDICO D'ARCHIVIO

Via G. Galilei, 59
Tel. 085 8008215

info@centrodiagnosticodarchivio.it

AMMINISTRAZIONE
Dott.ssa Martina Palandrani

DIRETTORE RESPONSABILE
Dott. Gino Consorti

DIRETTORE EDITORIALE
Dott. Sandro Galantini

ART DIRECTOR
Claudia D'Ascanio

REDAZIONE
Laura Palandrani, Beatrice Corcelli

Autorizzazione Tribunale di Teramo
n° 680 del 26-05-2016
Distribuzione gratuita

Editoriale



Dott. Gino Consorti
Direttore Responsabile

Una lunga estate calda...

Prendendo spunto dal titolo del bellissimo film di Martin Ritt dove spicca la superba interpretazione di Paul Newman nelle vesti del vagabondo Ben Quick, possiamo dire che ci attende una *lunga estate calda*... Naturalmente il riferimento non è climatico, anche se in questi giorni le temperature si fanno sentire... Sul tappeto del nostro amato Stivale, infatti, ci sono macchie che ne rovinano l'aspetto... Ad esempio, l'assurda vicenda che ha trasformato l'autostrada A-14 in una strada senza uscita... Una trappola infernale per tantissimi automobilisti che da lunghi e lunghi mesi sono vittime di code chilometriche e tempi di percorrenza *sine die*. Tanto per restare al nostro amato Abruzzo, per quanto riguarda il tratto tra Pineto e Pescara Nord, sulla scorta anche delle recenti assicurazioni del primo cittadino pinelese Roberto Verrocchio, l'auspicio è che al momento della pubblicazione di questo scritto la situazione possa essere stata già archiviata nel faldone dei

brutti ricordi. Le attuali chiusure notturne del tratto in questione, infatti, andrebbero in questa direzione: modificare, in breve tempo e comunque prima del grande esodo di agosto, l'attuale assetto dei cantieri allargando le corsie e favorendo quindi, in qualche modo, lo scorrere più fluido del traffico. Per la cronaca ricordiamo che il tutto nasce da un provvedimento dell'autorità giudiziaria di Avellino, che tempo fa ha posto sotto sequestro le barriere autostradali, giudicandole non sicure. Dapprima 12 barriere di alcuni viadotti dell'autostrada A-16 Napoli-Canosa e successivamente 10 barriere di viadotti dell'A-14 nel tratto Pescara Ovest-Pedaso.

Di questa vicenda surreale avevamo già parlato, ma siccome nel frattempo è passata tanta acqua sotto i ponti e tante auto transitate sopra..., non possiamo non tornarci attraverso una piccola riflessione. È giusto che dal provvedimento di un magistrato, in questo caso il Gip (giudice per le indagini preliminari), possa scaturire, per lungo tempo, un disagio di grandi dimensioni come quello abbat-

tutosi sugli automobilisti dell'A-14? Parliamo di un considerevole movimento di merci, di un gran numero di lavoratori pendolari e comunque di tanta gente che ha necessità di raggiungere determinate località con tempi di percorrenza legati all'anno 2020 e non, invece, a quelli precedenti l'invenzione della ruota... È senza dubbio una situazione kafkiana. Non è possibile, infatti, neanche nel nome della sicurezza, tollerare tutto ciò per così lungo tempo. Se i riscontri in mano al magistrato evidenziano, con certezza, l'insicurezza dei viadotti, l'autostrada va chiusa. Non esistono compromessi o soluzioni all'italiana maniera quando di mezzo c'è la vita delle persone. No, non ci sono se e ma che reggono. Se l'autostrada non è sicura si chiude e si avviano immediatamente i lavori necessari. Altrimenti se la si vuole lasciare aperta, con conseguenti disagi e tempi di percorrenza che appartengono alla preistoria, si abbia almeno la decenza di sospendere il pagamento del pedaggio in tutti i tratti interessati.

Lo spettacolo indecente che stiamo proponendo, infatti, non è da Paese civile. Tra l'altro le continue riduzioni di carreggiata e i cambi di corsia rappresentano una potenziale causa di gravi incidenti. Senza dimenticare che il traffico dirottato sulle strade statali, inevitabilmente, trasforma le varie località costiere in vere e proprie camere a gas, con pericolosi serpenti di auto e tir.

A questo punto, dunque, un'altra domanda sorge spontanea... Le Regioni interessate e il ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti cosa stanno facendo per risolvere il problema? Perché, come spesso avviene nel nostro Paese, trovare il bandolo della matassa e quindi una rapida soluzione resta un esercizio da *mission impossible*?

Lungi da noi farne un problema politico, ma di fatto spetta ai cosiddetti "Palazzi del potere" trovare soluzioni per il bene della collettività. E senza dubbio questa sorta di inferno non può rappresentare un bene per i cittadini.



Dott. Sandro Galantini
Storico

Le vacanze a Giulianova dei teramani

Nei primi dell'Ottocento i viaggi e le permanenze, non solo durante il periodo estivo, delle più importanti famiglie del Teramano coniugano divertimento, svago, curiosità, il desiderio di nuove occasioni di incontro e fors'anche l'ostentazione di uno status.

A venire predilette da parte di alcune cospicue famiglie teramane, dai Rozzi ai Savini, dai Cerulli ai Palma, sono le grandi città d'arte: Roma, Siena e Venezia. Tuttavia non mancano centri minori come Senigallia, Jesi, Ancona, Loreto, San Benedetto del Tronto e le terme di Acquasanta.

Con la nuova strada "distrettuale" aperta al transito nel 1847, l'attuale statale 80, si accentua la presenza a Giulianova, per le prime e timide pratiche estive dei «bagni di mare» di esponenti della grande proprietà e del ceto delle professioni di Teramo.

Una "scoperta", quella della spiaggia giuliese, che per vero si insinua tra le pieghe delle prime villeggiature estive nell'immediata ed accogliente campagna da parte dei proprietari di terre e «casini» rurali di campagna. Già nel 1838, infatti, un ricco possidente teramano, Giovanni Marcozzi, era solito recarsi a Giulianova per ritemperarsi nella quiete di un suo «Casino di campagna». Era invece solo ed esclusivamente per godere delle abluzioni salmastre che Giustino Ferr-



D'ARCHIVIO POLIAMBULATORIO
GIULIANOVA - TERAMO

SEDE DI GIULIANOVA
Via Mamiani, 7 - Giulianova (TE)

SEDE DI TERAMO
Via Paladini, 38 - Tel. 0861 246504

I **Poliambulatori** del **Gruppo D'Archivio** offrono varie specialità ambulatoriali e si avvalgono di equipe di medici altamente specializzati

- Cardiologia**
- Dermatologia**
- Endocrinologia**
- Gastroenterologia**
- Ginecologia**
- Neurologia**
- Elettromiografia**
- Polisonnografia**
- Ortopedia**
- Otorino Laringoiatria**
- Senologia**
- Oculistica**

ioli aveva costruito un immobile nell'area del litorale meridionale giuliese, in quella contrada Terravecchia che oggi conosciamo come quartiere Annunziata.

Il fenomeno si irrobustisce nel 1871, quando molte famiglie del capoluogo di provincia, o comunque gravitanti su Teramo, acquisiscono porzioni di terreno litoraneo per l'edificazione delle loro dimore estive. Le "censuazioni" di quell'anno coinvolgono infatti Giovanni Ciotti, Berardo Trosini, Tobia Pirocchi, Raffaele Sagaria, Giovanni Pompetti, Gabriele Passeri, Alessandro Mancini, Luigi Rozzi e Berardo Quartapelle, tutti personaggi – chi più, chi meno – benestanti e noti.

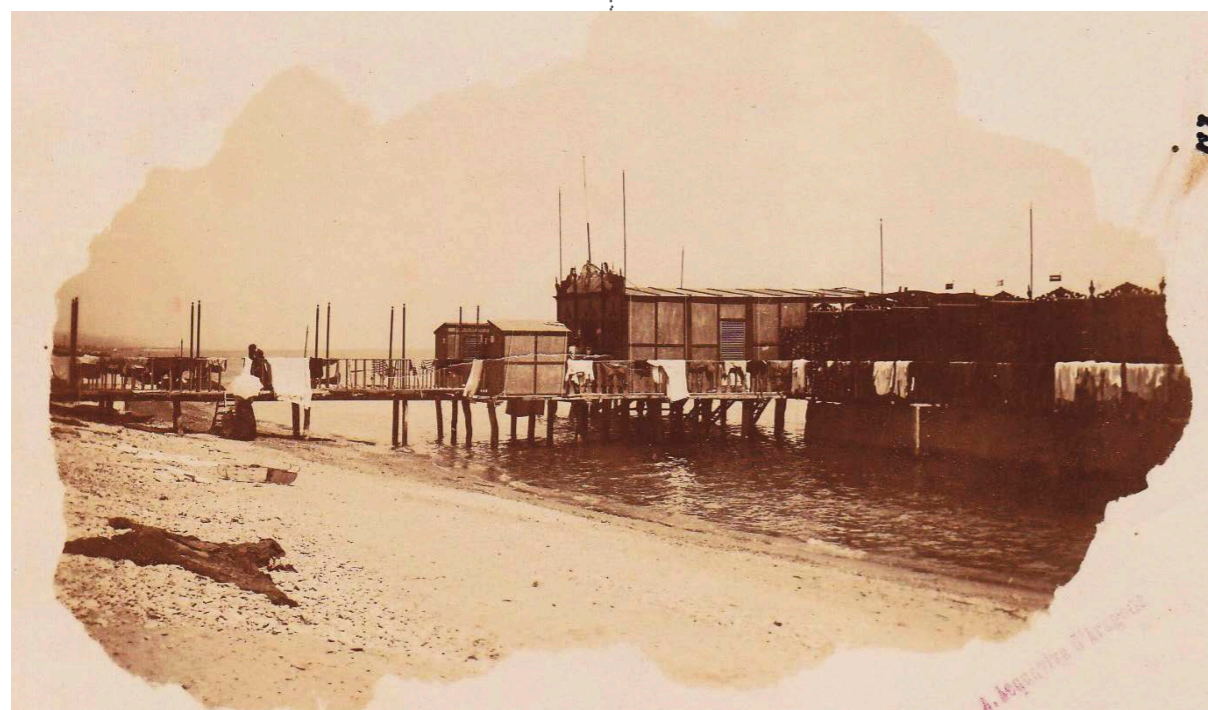
Per loro, e per molti altri teramani che ne seguiranno l'esempio, la Giulianova estiva e balneare riserva, dal 7 giugno 1874, un luogo d'incontro raffinato ed esclusivo come il Club dell'Unione, al primo piano del nuovo palazzo Orsini vicino al Belvedere, e di qui a poco più di un mese, il 12 luglio, lo stabilimento balneare.

Il forte afflusso di turisti, con massiccia presenza di teramani, spingeva il vescovo aprutino Nichele Milella a scrivere, il 21 gennaio 1875, al sindaco di Giulianova Michele De Martiis per sollecitare l'edificazione alla "Marina" di una chiesa. «Non una volta sola – scriveva per l'appunto il presule – ma ben sovente, ed in

specie nella stagione estiva, mi son pervenute delle sollecitudini da parte di fedeli che dimorano in cote-sta spiaggia, e di famiglie che vi si portano a causa de' bagni». D'altronde, ad otto anni dalle prime "censuazioni", i terreni litoranei giuliesi si erano infittite ormai, come appunto nel 1879 notava Gabriello Cherubini in una sua pubblicazione, di «molti casini di varia e gentile architettura» essendo «dilettevolissimo» il soggiorno estivo nella spiaggia di Giulianova. Anche il deputato montoriese Francesco Sebastiani aveva innalzato a Giulianova, dove contava alcuni parenti, la sua villa estiva in aggiunta ai «casini» di Pancrazio Palma, di Gaetano Crisanti-De Ascentiis, di Emidio Forti, dei Rozzi, dei Pompetti.

Che ormai la componente teramana fosse la più nutrita, tanto da risultare prevalente durante la stagione dei bagni marini, lo confermava tra l'altro quel Domenico Scimitarra di Teramo, facoltoso proprietario di uno dei due depositi di «legname da lavoro» presenti sulla spiaggia di Giulianova, che aveva assunto nel 1885 la gestione dello stabilimento marino, cioè della struttura turistica giuliese più prestigiosa.

Non stupisce quindi che nel 1890 il "Corriere Abruzzese", tirando le somme della stagione estiva, affermasse con decisione come Giulianova fosse ormai, «volere o volare», lo «scalo naturale di Teramo».



Dott. **Francesco Simeoni**
Medico veterinario

La displasia dell'anca nel cane

La displasia dell'anca rappresenta la patologia ortopedica non traumatica più comune dei cani di taglia grande e gigante, con elevato impatto sul benessere dell'animale. Intanto è doveroso precisare che si tratta di una patologia multifattoriale con predisposizione genetica, ambientale e nutrizionale che non è mai presente alla nascita dell'animale. Infatti non si tratta di una patologia congenita bensì acquisita, ed in particolare dell'accrescimento, con evoluzione progressiva anche nell'età adulta. L'articolazione coxo-femorale, comunemente denominata "anca", è formata dalla testa del femore e dalla cavità acetabolare: la testa del femore di forma sferica viene accolta nella cavità concava dell'acetabolo permettendo movimenti angolari su molteplici piani, inclusa la rotazione. Nel cucciolo in accrescimento sono presenti diversi nuclei di ossificazione

deputati alla produzione di nuovo tessuto osseo necessario al normale sviluppo dello scheletro: questi, presenti anche a livello di femore e acetabolo, grazie ai giusti stimoli, permetteranno una corretta congruenza tra le componenti dell'articolazione nel cane adulto (Fig.1).

Cos'è la displasia d'anca del cane?

È una patologia ad andamento progressivo, ciò significa che si aggraverà con il passare del tempo andando ad accentuare la sintomatologia clinica nel paziente. La displasia, anche se presente, solitamente non provoca segni evidenti nei cuccioli o nei cani giovani, iniziando a manifestarsi in fasi più o meno avanzate della vita del cane a seconda della sua gravità e delle condizioni ambientali. Si tratta di un'alterazione dello sviluppo dell'articolazione coxo-femorale causata da un'insufficiente congruenza articolare fra femore e cavità acetabolare che può

causare trauma dei margini articolari, mal distribuzione dei carichi ponderali, distensione della capsula articolare, condromalacia, erosione cartilaginea e degenerazione artrosica. L'artrosi, (Fig.1) in particolare modo rappresenta l'ultimo step della degenerazione articolare ed è una condizione patologica cronica, progressiva e irreversibile che può causare forti dolori all'animale che proprio a causa di questi, nelle forme più gravi, presenterà gravi invalidità motorie.

Quali sono le razze maggiormente colpite?

La displasia dell'anca si può manifestare in cani di ogni razza, meticci compresi, anche se è ormai acclarato che alcune di queste, ed in particolare quelle di taglia grande e gigante, siano più frequentemente colpite rispetto ad altre. Tra le razze (Fig.3) maggiormente colpite abbiamo: Pastore Tedesco, Labrador Retriever, Golden Retriever, Pastore Maremmano/Abruzzese, Rottweiler, Cane Corso, Ter-



Fig.1: Normale articolazione coxo-femorale del cane adulto.

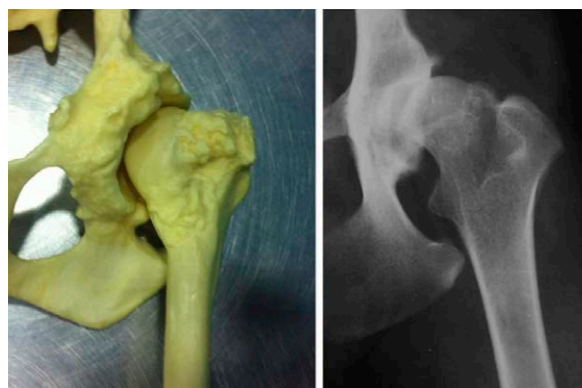


Fig.2: Grave displasia d'anca con degenerazione articolare.

ranova, Bulldog Inglese, Alano, Lupo Cecoslovacco.

Quali sono gli altri fattori che entrano in gioco nello sviluppo della displasia?

In soggetti geneticamente predisposti, fattori quali un'alimentazione errata, le carenze di vitamine e sali minerali il sovrappeso e/o un'eccessiva attività sportiva in cani in accrescimento possono entrare in gioco nella progressione della patologia, aggravando il danno e la degenerazione articolare e causarne quindi anche la manifestazione clinica.

Quali sono i sintomi più frequenti?

La sintomatologia può variare nel tempo e nei soggetti da forme lievi e subcliniche (senza sintomi clinici) a forme gravi e invalidanti. Un cane giovane (tra i 4 e 14 mesi di età) può presentare zoppia agli arti posteriori, il tipico passo a bipede posteriore unito "a coniglio", riluttanza al movimento e al salto, difficoltà ad alzarsi e coricarsi e si siederà ripetutamente durante l'attività motoria o il gioco. Il cane adulto, affetto ormai da dolore cronico, con la progressione della patologia e l'insorgenza di artrosi, metterà in atto meccanismi compensatori limitando l'uso degli arti posteriori con perdita di massa muscolare e sottoponendo a un maggior carico di lavoro gli arti anteriori, manifestando quindi alterazioni articolari anche a questo livello.

Cos'è la diagnosi precoce per la displasia d'anca?

Consiste nell'effettuare uno studio radiografico delle anche in proiezioni ventro-dorsali standard nei primi mesi di vita per valutare la predisposizione del soggetto per la displasia di anca. Essendo molto importante effettuare una diagnosi il più precoce possibile, diventa fondamentale che il veterinario illustri già durante le prime visite vaccinali i potenziali rischi ai proprietari di razze predisposte in modo tale da programmare insieme l'iter diagnostico corretto fin dalla giovane età. Per la natura congenita della patologia e il suo carattere evolutivo, l'ideale sarebbe eseguire lo studio radiografico preventivo entro i 5 mesi di età. L'importanza della diagnosi precoce risiede nel fatto che gli eventuali trattamenti correttivi presentano finestre temporali molto ristrette per la loro esecuzione e l'evoluzione artrosica è decisamente più lenta se si interviene al più presto.

Come si effettuano le indagini diagnostiche?

La diagnosi viene effettuata tramite esame clini-

co ortopedico e studio radiografico del bacino. È necessario che queste procedure vengano effettuate con il cane sottoposto a sedazione profonda in modo da poter eseguire test specifici alle articolazioni e posizionamenti corretti per le proiezioni radiografiche, garantendo una valutazione migliore e riducendo l'esposizione ai raggi x sia per il cane che per gli operatori. Una volta che il paziente sarà sedato, verrà eseguita, oltre alle proiezioni radiografiche, anche la visita ortopedica e test clinici. Successivamente, dopo l'acquisizione delle immagini radiografiche, vengono effettuate su di queste eseguite specifiche misurazioni delle regioni anatomiche di interesse valutando: conformazione del bacino, forma e congruità di acetabolo e testa del femore, indici di distrazione e inclinazione del margine acetabolare (DAR). Il Medico Veterinario considererà l'insieme di questi reperti clinici e radiografici per pianificare insieme al proprietario le diverse so-

luzioni terapeutiche. È bene precisare che possono essere effettuati anche studi radiografici ufficiali da parte di Medici Veterinari accreditati da una delle due centrali di lettura nazionali (FSA o Ce.Le.Ma. Sche) per ottenere la valutazione ufficiale del grado di displasia. Le radiografie, eseguite al raggiungimento dei 12-18 mesi di età, una volta effettuate vengono appunto inviate ai centri di lettura dove verranno valutate con una lettera alfabetica (dalla A alla E) che identificherà il grado di displasia, in cui A corrisponderà a "nessun segno di displasia dell'anca" ed E a "grave displasia dell'anca". Solitamente l'esecuzione di letture ufficiali con valutazione del grado di displasia interessa maggiormente allevatori e proprietari che intendono far accoppiare il proprio cane e che, secondo Pedigree, devono rispettare determinati standard di valutazione per i propri riproduttori. Per quanto riguarda il benessere del cane, spesso un grado C può non manifestare



Fig.3: esempi di razze maggiormente colpite dalla displasia dell'anca.

sintomi clinici se non in età avanzata.

Quali sono i trattamenti possibili?

Considerando i diversi gradi di degenerazione articolare e i diversi quadri clinici, ogni caso andrebbe valutato singolarmente e trattato nella maniera più opportuna scegliendo fra varie opzioni terapeutiche. In generale si può scegliere tra trattamenti di tipo conservativi o chirurgici. Il trattamento conservativo è mirato a gestire il dolore e l'infiammazione e tende a ridurre l'evoluzione artrosica della patologia e prevede: la gestione del peso del cane per ridurre il carico articolare; l'esercizio controllato importante soprattutto negli animali giovani, riducendo o evitando salti e corse; la fisioterapia per aumentare le masse muscolari del treno posteriore dando supporto all'apparato scheletrico; l'utilizzo di antiinfiammatori;



Fig.4: esame radiografico post-chirurgico dopo applicazione di protes

integrazioni alimentari con condroprotettori per dare supporto nutritivo alle cartilagini; infiltrazioni articolari con PRP (plasma ricco in piastrine) e acido ialuronico per favorire i processi riparativi articolari. Questi trattamenti conservativi vengono consigliati nei cani giovani che presentano soltanto minime alterazioni oppure in soggetti anziani con patologie concomitanti nei quali è sconsigliato il trattamento chirurgico. I trattamenti chirurgici mirano ad evitare o diminuire la formazione del processo artrosico e vengono suddivisi in: chirurgie rimodellanti/ricostruttive, che comprendono la sinfisiodesi pubica giovanile (JPS), duplice o triplice osteotomia pelvica e la tetteoplastica acetabolare; e chirurgie sostitutive, ovvero la protesi totale d'anca che mira alla ricostruzione anatomica dell'articolazione (Fig.4). È importante specificare che non esiste una procedura migliore delle altre ma è fondamentale scegliere insieme al proprio Medico Veterinario l'intervento più indicato in base al quadro clinico

Cosa si può fare per prevenirla?

Sicuramente una buona selezione genetica da parte degli allevatori rimane il sistema migliore per prevenire e ridurre l'incidenza di questa patologia. Considerando che l'esenzione di entrambi i genitori, vista l'esistenza di portatori sani, non è sufficiente a garantire la nascita di una cucciolata che non svilupperà displasia, è necessario considerare il patrimonio genetico e selezionare i riproduttori risalendo fino alla terza generazione precedente. Comunque, è fondamentale seguire in maniera corretta l'accrescimento del cucciolo di razza predisposta, garantendogli un corretto apporto energetico, di minerali e vitamine e un equilibrato sviluppo di apparato scheletrico e muscolare. Oltre a questi accorgimenti gestionali, è consigliabile l'esecuzione di uno studio radiografico precoce in accordo col proprio Medico Veterinario per valutare la predisposizione nei soggetti a rischio.



Dott. Michele Tepedino
Odontoiatra



Il check-up ortodontico

Vi sarà capitato qualche volta di sentire questo termine oscuro, quasi uno scioglilingua. Ebbene, con questo articolo ho deciso di spiegarvi cosa si nasconde dietro queste strane parole, e vedrete come celino in realtà davvero un mondo! Serve però una piccola premessa. Che cos'è l'ortodonzia? L'ortodonzia è quella branca dell'odontoiatria che si occupa della diagnosi, prevenzione e terapia delle malocclusioni dentarie. O meglio, per essere precisi dovremmo usare un termine ancora più strano che è "ortognatodonzia". L'aggiunta del suffisso "-gnato-" non è banale, perché implica il nostro interesse non solo verso i denti, ma anche le strutture ossee mascellari.

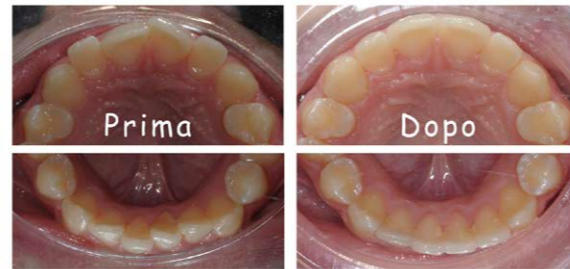
Vi starete chiedendo cos'è una malocclusione? Definiamo così tutte quelle situazioni in cui la posizione dei denti e/o la posizione delle ossa mascellari determina una cattiva chiusura delle arcate denta-

rie. Questa definizione è, a mio modesto parere, un po' riduttiva e cercherò di spiegarvi il perché. La zona a cui noi ortodontisti dedichiamo la nostra attenzione è quindi composta dalla bocca ovviamente, e dalle ossa mascellari, ovvero mandibola e mascellare superiore: una zona abbastanza piccola, pochi centimetri cubici che vanno grosso modo dalle sopracciglia al mento, e indietro fino alle orecchie. Pensate, però, a quante cose facciamo con questa piccola area del nostro corpo: parliamo, sorridiamo, mangiamo, comunichiamo emozioni con la mimica, respiriamo, bacciamo chi vogliamo bene. Sono funzioni abbastanza importanti, non credete? Ebbene, tutte queste funzioni dipendono da una corretta armonia fra le parti. Ed è proprio a questa armonia che mira il lavoro dell'ortodontista. Facciamo qualche esempio: il palato è in effetti la base delle cavità nasali, e un palato stretto può voler dire cavità nasali piccole che fanno passare poca aria e ci fanno respirare male. Respirare male,

a sua volta, può far sì che le ossa mascellari crescano in modo alterato, creando problemi di chiusura. Un'arcata stretta e denti mal posizionati possono farci pronunciare male alcune lettere, o dare poco spazio alla lingua che magari si posiziona troppo in basso, influenzando la crescita della mandibola. Ancora, una crescita non equilibrata del mascellare e della mandibola può determinare un mento troppo sfuggente o troppo pronunciato, o delle labbra troppo sottili, e in generale un profilo non proporzionato. Questo disequilibrio del profilo – che dipende da quello delle ossa – nasconderà inevitabilmente una scorretta posizione dei denti che non chiuderanno bene. Denti che non chiudono bene lavorano male, ci rende difficile pulirli ed averne cura, ci fanno masticare male, e masticare male vuol dire digerire male ed avere altri tipi di problemi di assorbimento dei nutrienti. Altre volte, questi squilibri creano asimmetrie: il nostro corpo è fatto per essere simmetrico, e quando sono presenti asimmetrie i nostri muscoli e le nostre articolazioni lavorano molto di più per cercare di mantenere una simmetria funzionale. Pensate alla fatica di camminare con una scarpa più alta ed una più bassa! Questi che ho appena elencato sono solo alcuni esempi degli aspetti che un ortodontista valuta per fare una diagnosi. Dalla diagnosi deriverà un piano di trattamento il cui obiettivo è ristabilire, per quanto possibile, un'armonia delle parti. Questo può essere fatto non solo muovendo i denti per creare una chiusura armonica, ma anche modificando la crescita delle ossa mascellari in modo da ristabilire un equilibrio che garantisca una migliore respirazione, una migliore funzione della lingua, un'estetica più proporzionata, e in generale un migliore benessere psicofisico nel paziente. Nei soggetti adulti, essendo la crescita

terminata, questo aspetto è più complesso e richiede a volte l'ausilio della chirurgia maxillo-facciale. Spesso, nella ricerca di questo equilibrio chiediamo l'aiuto di altri specialisti come logopedisti, fisioterapisti, otorinolaringoiatri ed osteopati.

Il motivo per cui durante il mio primo anno di tirocinio post-laurea ho deciso di dedicarmi all'ortodonzia, è stata la frase di un mio Mentore: "l'ortodonzia è la disciplina più bella del mondo perché noi non costruiamo qualcosa di nuovo, ma modifichiamo ciò che è già esistente per renderlo più equilibrato". Quest'affermazione potrebbe sembrare un po' presuntuosa, potremmo meglio dire che l'ortodontista sfrutta le leggi della biologia per indirizzare la Natura verso forme più equilibrate e più funzionali. Non è forse qualcosa a cui valga la pena dedicare una vita di studio e di ricerca?



Che cos'è il check-up ortodontico

Vediamo ora meglio cos'è il check-up ortodontico, ovvero la raccolta di dati necessari al medico per formulare una diagnosi. Il primo passo è l'anamnesi, ovvero una serie di domande che servono a raccogliere informazioni sulla storia medica precedente e attuale del paziente, che spesso viene sottoposta al paziente mediante un questionario prestampato. Successivamente, il clinico procede alla visita che noi chiamiamo "esame obiettivo". In questa fase, l'ortodontista esamina dapprima il viso, il profilo, il tono delle labbra, per poi passare alla valutazione dei denti, dei frenuli e della lingua. A questo punto, si valuta come i denti chiudono fra di loro e la traiettoria della mandibola durante i movimenti di apertura e chiusura. Si passa poi a valutare aspetti più funzionali, come il modo in cui il paziente deglutisce, la funzione dei muscoli masticatori e lo stato delle articolazioni temporo-mandibolari.

Dopo l'esame obiettivo, l'ortodontista si trasforma in...fotografo! Spesso i pazienti rimangono un po'

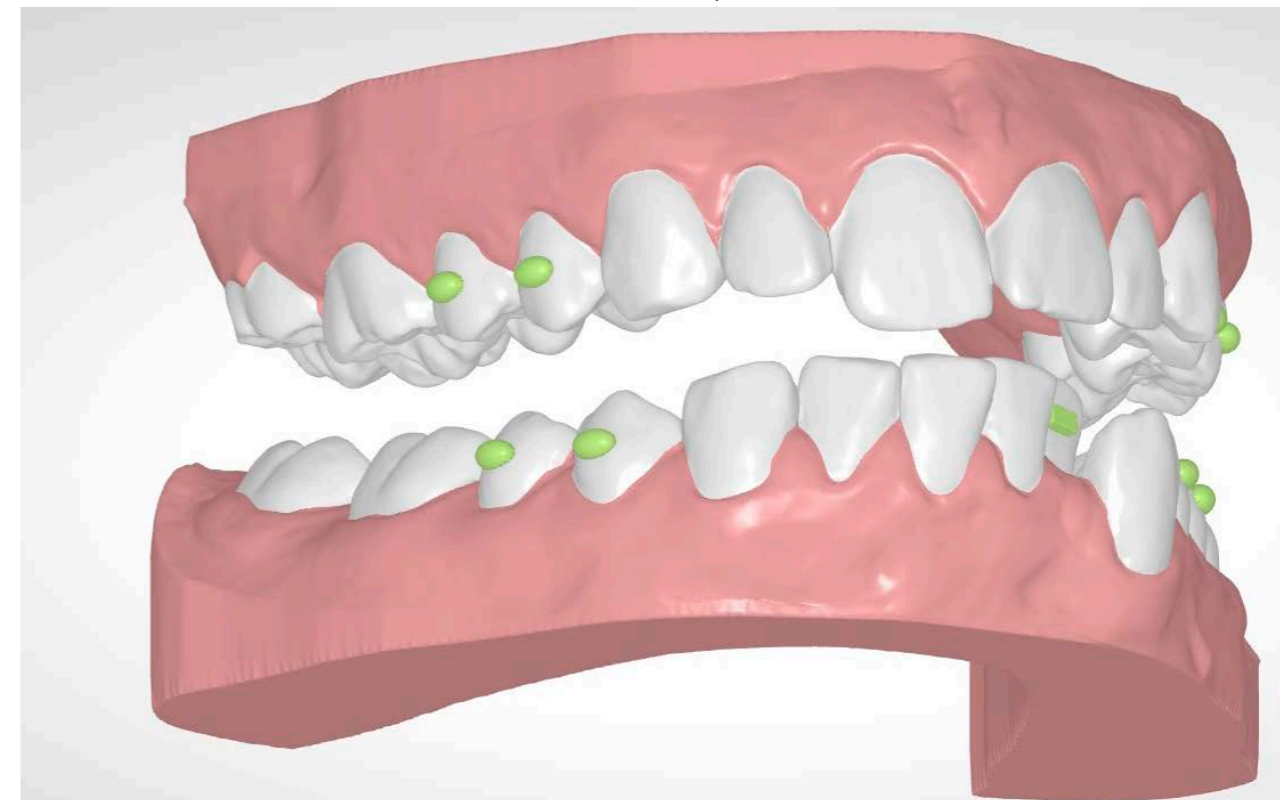
interdetti da questa trasformazione, ma ora ve ne spiegherò il motivo. Acquisire delle fotografie del volto e dei denti secondo modalità standardizzate in diverse proiezioni consente di avere una "copia" dell'esame obiettivo consultabile in qualunque momento e confrontabile con altri esami che verranno necessariamente acquisiti a distanza di tempo. Da quanto detto prima, avrete già capito l'importanza delle fotografie del viso: servono a valutare la posizione delle diverse componenti, l'equilibrio del profilo, nonché a rivelare alcuni aspetti della funzione. Un paziente che respira con la bocca anziché col naso ha degli aspetti caratteristici, lo stato di contrazione dei muscoli del mento ci dice molto sulla posizione della mandibola e labbra più o meno carnose sono strettamente legate alla posizione dei denti anteriori.

Successivamente, verrà acquisito un calco dei vostri denti mediante impronte tradizionali o scansioni digitali. L'ortodontista adesso si trasforma in un ingegnere ed architetto: su questi modelli delle arcate dentarie vengono fatte complesse analisi geometriche per esaminare la discrepanza fra spazio disponibile per allineare i denti e spazio necessario,

le curve che i denti disegnano nella bocca e i rapporti fra di loro, in modo da progettare i movimenti che serviranno per ottenere un'occlusione ideale. Ma per poter determinare quale sia questa occlusione servono ancora altri dati.

Al termine della visita l'ortodontista prescriverà delle radiografie: una panoramica dentale, che serve a valutare il numero dei denti (anche quelli ancora all'interno dell'osso), la presenza di eventuali patologie ed alcune caratteristiche della mandibola e dell'osso mascellare e una o due teleradiografie del cranio. Su queste ultime due, vengono effettuate delle complesse analisi geometriche per valutare la posizione delle basi ossee fra di loro, la posizione dei denti rispetto alle ossa di supporto e – entro certi limiti – il modo in cui le ossa di un bambino si stanno sviluppando.

Tutti questi dati vengono messi insieme, confrontati fra di loro, analizzati per formulare una diagnosi, ovvero una lista di aspetti che creano disarmonie nella funzione e nell'estetica della bocca e del viso del paziente. Dopodiché l'ortodontista elabora un piano di trattamento...ma questa è una storia che vi racconterò un altro giorno!



Sanitaria Convenzionata ASL - Holter Pressorio
Autoanalisi del Sangue - Foratura Lobi - Dermocosmesi
Postazione Professionale - Makeup - Alimenti per Celiaci
Prodotti Sport - DR Scholl Calzature

Noleggio: Ausili Sanitari - Apparecchi Elettromedicali - Magnetoterapia

 **+39 327 9495449** **PRENOTA E RITIRA**

FARMACIA DEL VOMANO
 Via Galilei 82/84 (Statale Adriatica) - 64021 Giulianova (TE)
 Tel 085.8006710 - Fax 085.8002608
 info.farmaciadelvomano@gmail.com www.farmaciadelvomano.com



Dott. **Cesare Stagni**
Chirurgo Ortopedico

L'artroscopia d'anca

L'artroscopia è una tecnica chirurgica ortopedica che permette di accedere ad una articolazione, visualizzarla e intervenire senza dover ricorrere ad una tradizionale via d'accesso chirurgica, così da preservare le strutture anatomiche circostanti. Utilizzata inizialmente per il ginocchio, la sua applicazione è stata in seguito estesa a molti distretti in quanto, visualizzando l'interno di un'articolazione attraverso l'artroscopio senza doverla "aprire", si ottiene un recupero post-operatorio più rapido e meno doloroso nonché un minor tasso di complicanze.

L'artroscopio è un sottile tubo del diametro di una penna dotato di una lente angolata che, collegato ad un cavo a fibre ottiche e ad una telecamera ad alta definizione, consente al chirurgo di osservare su uno schermo le strutture articolari. Viene introdotto in articolazione attraverso un'incisione cutanea centimetrica, così come gli strumenti necessari all'esecuzione dell'intervento che, grazie alla visione su schermo, possono essere agevolmente usati dall'esterno.

L'artroscopia d'anca si è diffusa più recentemente rispetto a quella di altre articolazioni. Questo perché l'anca (Fig. 1), in quanto articolazione profonda e caratterizzata da notevole congruenza articolare, necessita di specifica tecnica e strumentari artroscopici dedicati, prerogative oggi di centri ad alta specializzazione.

Quali patologie?

Oggi sono numerose le patologie dell'anca che

possono necessitare di intervento artroscopico. Le più comuni indicazioni sono:

- Impingement femoro-acetabolare (FAI)
- Lesioni del Labrum acetabolare
- Lesioni cartilaginee
- Protesi d'anca dolente
- Anca a scatto
- Corpi mobili intra articolari
- Artriti settiche
- Sinoviti
- Diagnostica

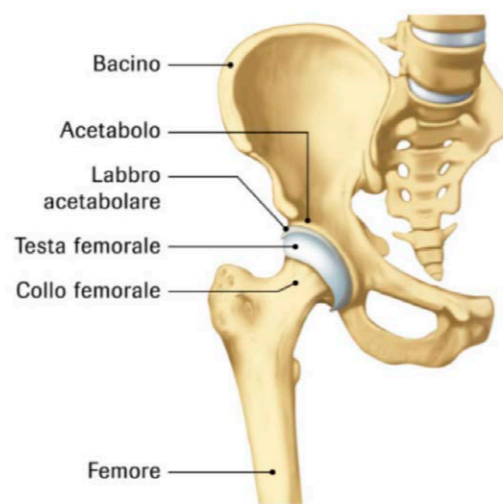


Fig.1: anatomia dell'anca

L'**Impingement femoro-acetabolare** è una condizione patologica che interessa l'articolazione coxo-femorale ed è caratterizzata dal contatto

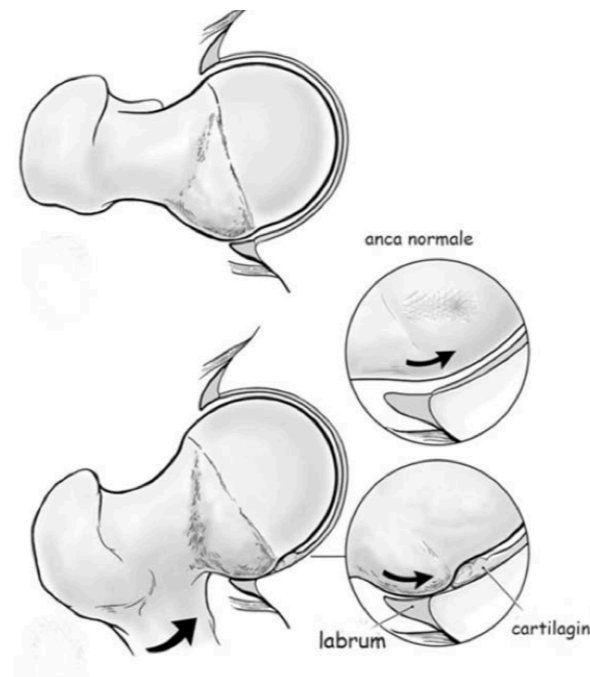


Fig.2: biomeccanica dell'impingement femoro-acetabolare

anomalo tra la testa femorale e il bordo acetabolare (Fig. 2), con il conseguente aumento della frequenza di lesioni cartilaginee e di alterazioni del labrum acetabolare, struttura fibrocartilaginea paragonabile al menisco che funge da guarnizione per la testa del femore aumentando la congruenza articolare. Le indicazioni a tale tecnica, un tempo molto ristrette e limitate spesso a procedure diagnostiche, sono oggi in continua espansione e si rivolgono sempre più di frequente al trattamento di patologie tipiche del giovane sportivo con alte richieste funzionali, nonché alla correzione preventiva di alterazioni biomeccaniche predisponenti all'artrosi dell'anca.

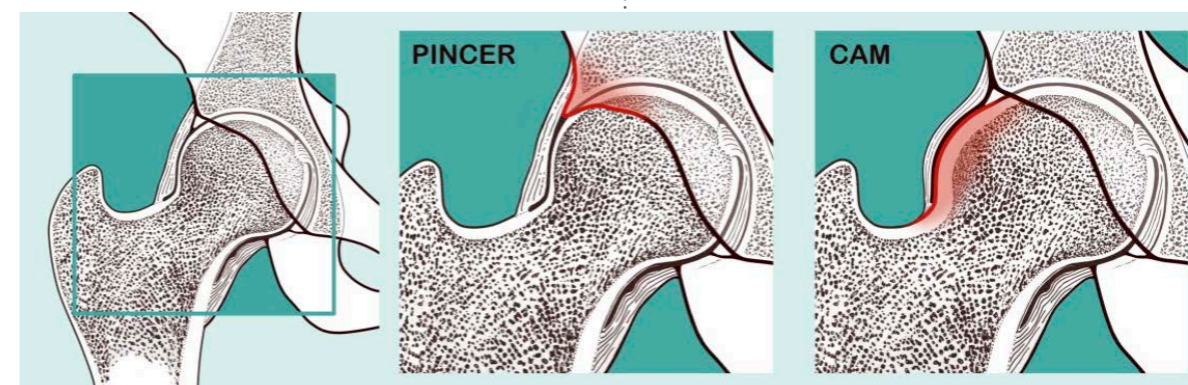


Fig.3: Fai tipo Pincer e tipo CAM. In rosso è evidenziata la zona articolare rispettivamente interessata

Si distinguono due tipi di conflitto femoro-acetabolare, il **PINCER** ed il **CAM** (Fig. 3), che possono manifestarsi isolatamente o in associazione.

Il **PINCER impingement** è sostenuto da un eccesso di copertura acetabolare, mentre il **CAM impingement** origina da un'anomalia morfologica della giunzione testa-collo, con riduzione della sfericità e presenza di una protuberanza generante attrito detta "bump".

In entrambi i casi, la non perfetta conformazione dei capi articolari riduce l'escursione che il femore può eseguire prima di "urtare" i bordi dell'acetabolo generando il "conflitto".

La sintomatologia può comparire dalla prima adolescenza fino all'età adulta. Colpisce spesso giovani adulti, sportivi, dove il dolore compare dopo la ripetizione di movimenti responsabili del conflitto, rendendo sintomatica una condizione che in soggetti sedentari potrebbe rimanere silente per molto tempo. Con il progredire della patologia il dolore si manifesta alla deambulazione, che può risultare compromessa finanche alla comparsa di zoppia.

L'intervento chirurgico artroscopico, previa accurata valutazione clinico-strumentale, mira a diminuire il rischio di sviluppare un'artrosi secondaria precoce ed alleviare la sintomatologia presente. Dal punto di vista tecnico è previsto il posizionamento del paziente su apposito letto chirurgico con arto inferiore in trazione: questo perché nell'anca non esiste un vero spazio articolare per la potente azione dei muscoli e l'elevata

ta la struttura fibrocartilaginea ad anello fissata al bordo del cotile. Il labrum può essere parzialmente danneggiato o lesionato nella sua intera superficie. Le lesioni sono spesso associate al conflitto femoro-acetabolare, ma possono anche essere isolate



Fig.4: visione radiografica dell'anca sublussata

(natura traumatica o degenerativa). L'artroscopia d'anca permette la riparazione di tali lesioni fissando il labbro all'osso del cotile mediante il posizionamento di ancorette e punti di tensionamento (Fig. 7).



Fig.5: deformità ossea di tipo CAM

Le **lesioni cartilaginee** interessano la cartilagine di rivestimento delle superfici articolari (Figura 8) e possono derivare da diverse condizioni patologiche (traumi, FAI non trattato, osteonecrosi, ecc). L'artroscopia permette di valutarne l'estensione in maniera più accurata rispetto alla diagnostica per immagini e, in caso di lesioni non troppo estese, l'esecuzione di procedure mirate alla rigenerazione della cartilagine articolare.

Il **dolore dopo intervento di artroprotesi** nell'anca non è un'evenienza frequente come nella chirurgia protesica di altri distretti, tuttavia in alcuni casi possono essere identificate problematiche, come ad esempio le tendiniti, responsabili della persistenza del dolore dopo la sostituzione protesica. Tali condizioni possono inficiare negativamente sul ripristino della normale funzionalità articolare e, di conseguenza, sulla qualità di vita del paziente sottoposto ad intervento di artroprotesi. Mediante l'artroscopia d'anca è possibile effettuare un release delle strutture interessate così da ridurre l'infiammazione e migliorare la biomeccanica articolare.

L'**anca a scatto** è una patologia tipica dell'adolescente e del giovane adulto dove strutture tendinee vengono sottoposte ad attrito con le strutture ossee sottostanti generando nella maggior parte dei casi solo una sensazione di fastidio facilmente tollerabile o, spesso, asintomatica. In alcuni casi, soprattutto in sportivi sottoposti a movimenti ripetitivi, questa condizione può però portare ad infiamma-



Fig.6: valutazione radiografica dopo la correzione della deformità ossea

congruenza articolare e questa condizione impedirebbe la penetrazione di strumenti e la valutazione della regione intra-articolare. L'applicazione della trazione, determinando la sublussazione della testa del femore (Figura 4), permette l'ingresso degli strumenti tra i due capi articolari così da correggerne la deformità (Fig. 5 e 6).

Nelle **lesioni del labrum acetabolare** è interessata la struttura fibrocartilaginea ad anello fissata al bordo del cotile. Il labrum può essere parzialmente danneggiato o lesionato nella sua intera superficie. Le lesioni sono spesso associate al conflitto femoro-acetabolare, ma possono anche essere isolate (natura traumatica o degenerativa). L'artroscopia d'anca permette la riparazione di tali lesioni fissando il labbro all'osso del cotile mediante il posizionamento di ancorette e punti di tensionamento (Fig. 7).

Le **lesioni cartilaginee** interessano la cartilagine di rivestimento delle superfici articolari (Figura 8) e possono derivare da diverse condizioni patologiche (traumi, FAI non trattato, osteonecrosi, ecc). L'artroscopia permette di valutarne l'estensione in maniera più accurata rispetto alla diagnostica per immagini e, in caso di lesioni non troppo estese, l'esecuzione di procedure mirate alla rigenerazione della cartilagine articolare.

Il **dolore dopo intervento di artroprotesi** nell'anca non è un'evenienza frequente come nella chirurgia protesica di altri distretti, tuttavia in alcuni casi possono essere identificate problematiche, come ad esempio le tendiniti, responsabili della persistenza del dolore dopo la sostituzione protesica. Tali con-



Fig.7: visione artroscopica del labrum acetabolare dopo sutura

dizioni possono inficiare negativamente sul ripristino della normale funzionalità articolare e, di conseguenza, sulla qualità di vita del paziente sottoposto ad intervento di artroprotesi. Mediante l'artroscopia d'anca è possibile effettuare un release delle strutture interessate così da ridurre l'infiammazione e migliorare la biomeccanica articolare.

L'**anca a scatto** è una patologia tipica dell'adolescente e del giovane adulto dove strutture tendinee vengono sottoposte ad attrito con le strutture ossee sottostanti generando nella maggior parte dei casi solo una sensazione di fastidio facilmente tollerabile o, spesso, asintomatica. In alcuni casi, soprattutto in sportivi sottoposti a movimenti ripetitivi, questa condizione può però portare ad infiammazione delle strutture tendinee e muscolari che, nei casi resistenti alle cure fisioterapiche, può richiedere l'impiego della chirurgia. Il trattamento artroscopico di tali condizioni ed in pazienti giovani, in virtù della scarsa invasività, è decisamente più vantaggioso della chirurgia aperta, in termini sia estetici che funzionali.

I **corpi mobili all'interno dell'articolazione** originano nella maggior parte dei casi da un episodio traumatico che, seppur non determinando grandi danni a carico dell'articolazione, ha provocato il distacco di un frammento osteocartilagineo che, vagando libero nell'articolazione (e non potendone fuoriuscire per la presenza della capsula articolare) può determinare limitazione dei movimenti ed un'artrosi secondaria. In questi casi può trovare indicazione un intervento in artroscopia per l'identificazione del frammento, associato ad una piccola incisione aperta indispensabile per la rimozione dello stesso.

Le **artriti settiche** sono infezioni che si sviluppano

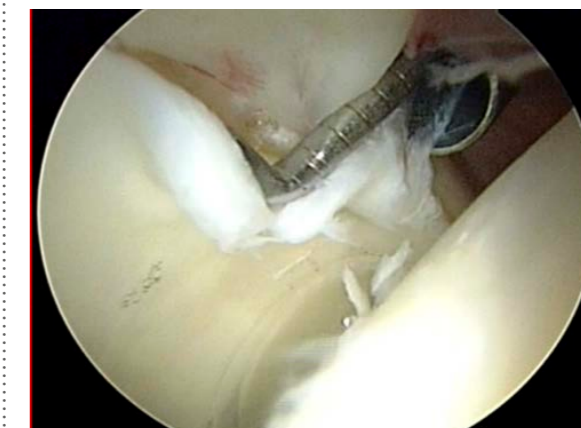


Fig.8: visione artroscopica di una lesione cartilaginea

all'interno dell'articolazione. Tale condizione è rara ma, in soggetti con difese immunitarie carenti (es bambini, pazienti con altre comorbilità), i batteri responsabili possono raggiungere la cavità articolare mediante il circolo ematico e determinare la produzione di un essudato che, oltre a limitare la funzionalità dell'anca (a causa dell'estrema distensione della capsula articolare), determina ingenti danni a carico dell'articolazione ed un decadimento delle condizioni generali del paziente. La tempestiva esecuzione di un'artroscopia permetterà di evacuare l'essudato e di effettuare una bonifica articolare evitando la compromissione dei tessuti circostanti.

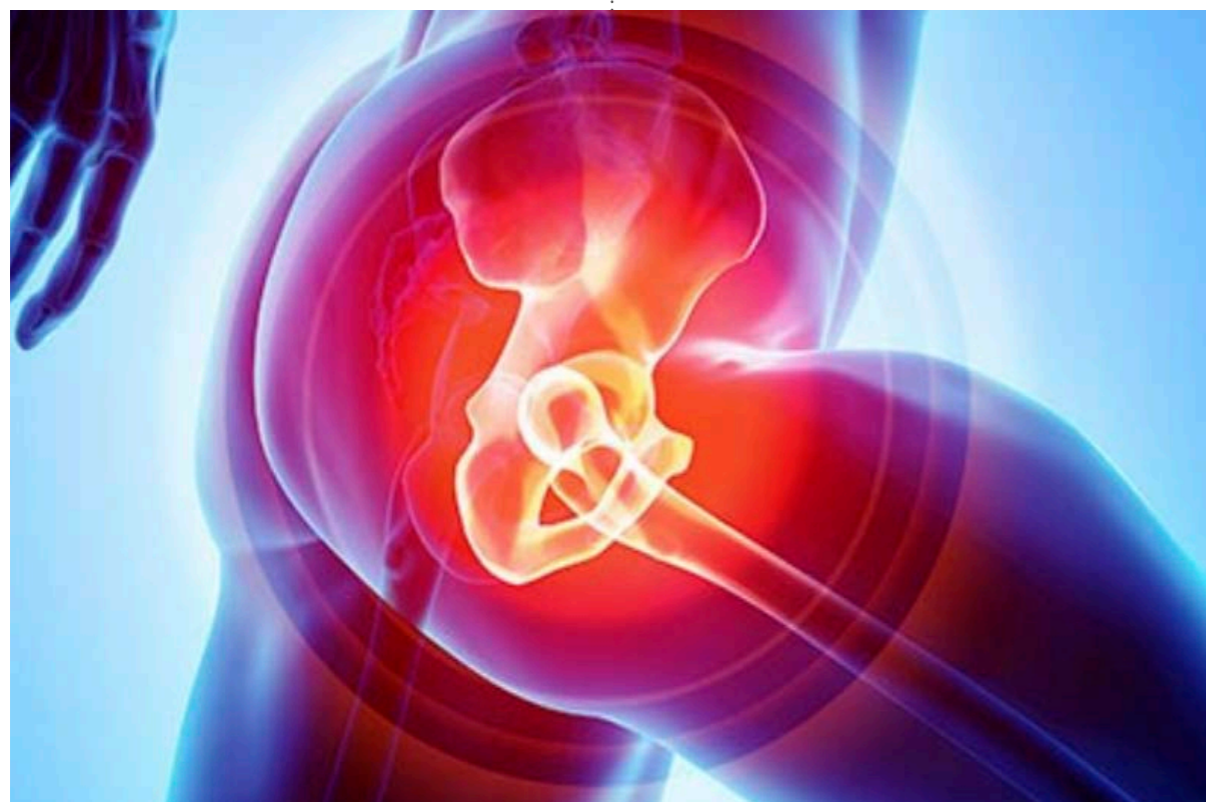
Per **sinovite** si intende l'infiammazione della membrana di rivestimento interno della capsula articolare, la sinovia. Essa è una struttura che partecipa al fisiologico trofismo articolare. In alcuni casi, tuttavia, può essere interessata da fenomeni infiammatori cronici (es. sinovite villonodulare, condromatosi sinoviale), che nel tempo degenerano nella compromissione della cartilagine articolare e nell'artrosi secondaria. In soggetti in cui la diagnosi di tale condizione è precoce, prima dell'instaurarsi

del danno articolare, è possibile la rimozione mediante tecnica artroscopica della sinovia interessata.

La **diagnostica mediante artroscopia d'anca** può essere necessaria in quei rari casi in cui, nonostante l'esecuzione di tutti gli esami diagnostici a disposizione, non si sia giunti ad una diagnosi di certezza in un paziente che continua ad avvertire una coxalgia. La visualizzazione diretta dell'articolazione dà infatti conferma dei sospetti posti in diagnostica per immagini e permette di caratterizzare con certezza estensione e morfologia delle lesioni.

Conclusioni

La chirurgia artroscopica d'anca è una tecnica sempre più affermata e diffusa in grado di trattare, in maniera minimamente invasiva, condizioni patologiche a carattere progressivo, così da limitare la degenerazione articolare che conduce all'artrosi. Tali situazioni, previo corretto inquadramento, sono individuabili perlopiù in pazienti giovani e sportivi, pertanto l'accuratezza diagnostica e la corretta selezione dei casi sono prerogative indispensabili per ottenere risultati soddisfacenti.



Dott. **Guido Di Giovanni**
Neurologo

La pandemia da COVID-19 e le ripercussioni sul sonno.

La quarantena da pandemia e, più in generale, la situazione stressante associata alle preoccupazioni e alle limitazioni di movimento e sociali, hanno determinato e determinano forti ripercussioni sul sonno.

Non solamente l'ansia e le modificazioni del tono dell'umore (effetti indiretti) ma anche influenze negative dirette sul ritmo circadiano e sulla struttura ipnica sono alla base dei disturbi del sonno riscontrati in questo periodo.

Le conseguenze di una quarantena sulla qualità del sonno sono sostenute da tre ordini di fatto.

Innanzitutto, la condizione di preoccupazione per la salute propria e dei parenti, l'incertezza del momento, i risvolti economici e più in generale sul lavoro, impediscono un normale livello di rilassa-

mento all'addormentamento.

Alcuni problemi familiari si accentuano in condizioni di spazio ristretto e di maggiore frequentazione.

Inoltre, il cambiamento del proprio stile di vita comporta un marcato sovvertimento di orari dei pasti, di addormentamento, risveglio; una diversa esposizione alla luce solare, ridotta rispetto a quella artificiale; un maggior uso di computer, smart-phone, tablet anche di sera per compensare il ridotto contatto sociale. In queste condizioni, il ritmo circadiano è completamente sovvertito e non predispone ad un sonno ottimale.

Infine, la riduzione dei contatti sociali e lavorativi determinano reazioni diverse nei vari individui; alcuni potrebbero sviluppare un sentimento di solitudine ed abbandono che è dimostrato essere un importante fattore di rischio per lo sviluppo di patologie

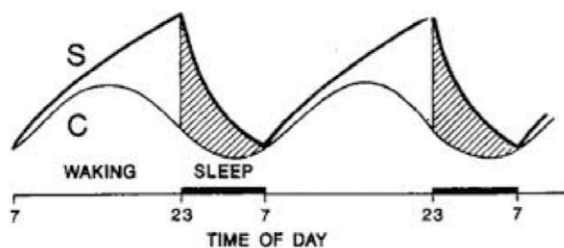


Fig. 1: visione artroscopica del labrum acetabolare dopo sutura

emia sul sonno, giova ricordare alcuni elementi essenziali della fisiologia del sonno o meglio del ritmo sonno-veglia (Fig. 1).

Il ritmo circadiano è fondamentalmente regolato da un processo che ha un rigido andamento e risponde alla temperatura corporea, all'attività e produzione di ormoni, neurotrasmettitori e al controllo ipotalamico e neurovegetativo (**processus C**). Durante il giorno il livello di vigilanza è alto ma poi decresce per consentire l'inizio del sonno. Questo processo risente soprattutto di orari di addormentamento, risveglio, temperatura corporea, esposizione alla luce e al buio, all'assunzione di pasti.

L'altro processo, denominato **processus S** (sleep, sonno) regola la spinta al sonno già al risveglio (scarsa propensione al sonno); nel corso della giornata cresce il bisogno di dormire fino a sera tarda quando soddisfiamo il bisogno di dormire con il sonno (1)

Ebbene, immaginate una persona che vada a letto avendo tutta la preoccupazione di una quarantena: un sistema di allerta al massimo.

Come se non bastasse, il cambiamento delle routine, degli orari di esposizione alla luce andranno a modificare il processo circadiano.

Quali saranno complessivamente gli effetti sul sonno della pandemia? Saranno disturbi persistenti o transitori? Dovremo assumere dei farmaci o semplicemente si potranno osservare delle regole comportamentali?

È difficile rispondere a queste domande, per diversi motivi.

I dati di letteratura disponibili non hanno mai preso in considerazione i disturbi del sonno, in senso stretto, in corso di epidemie, ma semplicemente come sintomi associati al disagio psichico.

Le popolazioni studiate riguardano quasi esclusi-

vamente soggetti contagiati o operatori sanitari o, ancora, solo abitanti di alcune zone di una nazione. Inoltre, i dati presi in considerazione riguardano periodi di quarantena non superiori alle due settimane (2)

In un recente studio pubblicato su Lancet (3), un gruppo di psicologi medici inglese passa in rassegna i principali lavori pubblicati a livello internazionale e relativi alle conseguenze delle epidemie.

Con i limiti suddetti, possiamo pensare di estrapolare alcune considerazioni utili per esaminare le ripercussioni sul sonno.

Il dato più caratteristico e costante di tutti i lavori esaminati riguarda la maggior incidenza di disagio psichico nelle donne e principalmente se con età minore a 35 anni. (4)

Altro rilievo frequentemente riportato è la gravità del disagio psichico e insonnia correlati con l'esposizione alle news e con l'incongruenza o poca chiarezza delle informazioni.

I sintomi più frequenti sono riconducibili al disturbo post-traumatico da stress.

Si tratta di una condizione clinica caratterizzata da marcata ansia, condotte da evitamento e sonno disturbato dalla presenza di incubi, sogni terrifici e insonnia.

Il 7% della popolazione di Wuhan presentava sintomi del tipo disturbo post-traumatico da stress (4)

La sintomatologia notturna, oltre a determinare un forte impatto sulla qualità della vita di giorno, si caratterizza per la sua capacità di peggiorare il disturbo post-traumatico da stress. (5)

Nei soggetti posti in quarantena in corso di epidemia da influenza equina in Australia nel 2008 si rileva un incremento del disagio psichico: 34% rispetto al 12% della popolazione generale (6).

Alti sintomi descritti con elevata frequenza sono l'ansia, l'irritabilità, l'abuso di sostanze; più contenuto il disturbo dell'umore.

Meno frequenti ma segnalati in diversi studi sono sintomi apparentemente poco congrui con la situazione: confusione mentale, disorientamento, senso di solitudine e abbandono.

Ma cosa succede nel tempo? Questi sintomi si risolvono o peggiorano?

Sappiamo che molti soggetti che hanno presentato insonnia e, più in generale, disagio psichico, vanno incontro a episodi depressivi, abuso di sostanze.

Non rara è, inoltre, l'evoluzione dei sintomi verso

Ma cosa succede nel tempo? Questi sintomi si risolvono o peggiorano?

Sappiamo che molti soggetti che hanno presentato insonnia e, più in generale, disagio psichico, vanno incontro a episodi depressivi, abuso di sostanze.

Non rara è, inoltre, l'evoluzione dei sintomi verso un comportamento evitante: si cambia lavoro sede dell'attività, mansione.

Altri, pochi fortunatamente, sviluppano una sintomatologia ossessiva-compulsiva (continui lavaggi e ridotti contatti sociali).

Sicuramente, la presenza di un disturbo del sonno magnifica e cronicizza la sintomatologia psichica, favorendo una evoluzione negativa.

Cosa possiamo fare per migliorare la nostra funzione di sonno in questo periodo così difficile?

Alcune settimane fa, una task force della *European Academy* per il trattamento cognitivo-comportamentale dell'insonnia ha pubblicato delle raccomandazioni per contenere le ripercussioni negative sul sonno. (2)

Durante il periodo di quarantena per limitare l'im-

patto negativo sul sonno vengono indicate alcune strategie comportamentali che possono essere opportunamente considerate anche successivamente. Per gli adulti viene consigliato un regolare ritmo sonno-veglia: cercare di andare a dormire e svegliarsi in orari determinati e con un minimo di variabilità.

Utile, inoltre, prevedere dei momenti (15-20 minuti) di riflessione sulla condizione sanitaria attuale in modo da stemperare le tensioni e preoccupazione. Il letto dovrà essere considerato il posto dove dormire e vivere la propria sessualità e nient'altro.

Bisogna, quindi, evitare di leggere o mangiare a letto e di usare i tablet prima di coricarsi.

Informarsi sulle novità relativamente al COVID-19 è giusto, utile, ma l'eccessiva esposizione alle news, talora contrastanti tra loro, genera tensione e insonnia.

Le limitazioni dei movimenti non devono impedire una moderata attività fisica che, comunque, deve essere svolta in orari congrui: mattino e primo pomeriggio; mai la sera.

L'esposizione alla luce solare è molto raccomanda-

Ho fatto a pugni con Mr. Hodgkin
La sconfitta di un linfoma

Queste poche pagine sono come una piccola goccia in un oceano ma spero che sia così grande da dare tanta forza e coraggio a tutti coloro che stanno vivendo la lotta contro il tumore e soprattutto possa incitarli a ripetersi ogni giorno. Io non mollo!

SONIA MARZIANI

€ 10,00

9 788894 877618

ARTEMIA
nova editrice

ta: facilita l'organizzazione del ritmo sonno-veglia e migliora l'insonnia.

Per i bambini valgono le stesse raccomandazioni ma con importanti integrazioni.

I genitori devono preoccuparsi di pianificare l'attività dei figli in maniera quasi routinaria; prevedere dei momenti di relax e di gioco condiviso prima dell'addormentamento.

Bisogna, inoltre, esercitare un deciso controllo sull'uso dei tablet e smart-phone la sera tardi e preferire ambienti molti illuminati dalla luce solare al mattino.

L'impiego dei farmaci, per gli adulti, è indicato in caso di fallimento delle raccomandazioni suddette, espressione di indicazioni derivanti dalla terapia cognitivo-comportamentale.

I consigli che si possono dare riguardano il tipo di farmaci da assumere e la durata.

I farmaci indicati e raccomandati sono le *Benzodiazepine* (ipnoinducenti) ad emivita breve e intermedia ovvero, se la sintomatologia ansiosa è minima, *gli agonisti del recettore delle Benzodiazepine* (Z-drugs, più specifici per l'insonnia).

La durata deve essere limitata a poche settimane per la possibile comparsa di assuefazione, cioè la necessità di incrementare il dosaggio per mantenere l'effetto.

In caso si riscontrino, oltre a disturbi del sonno, anche degli aspetti riconducibili a modificazioni del tono dell'umore, si potrà prendere in considerazione l'impiego di antidepressivi sedativi, da assumere prima di coricarsi e a dosaggi minimi.

La letteratura, seppure abbondante, non potrà, però, definire in maniera compiuta l'entità e l'impatto nel tempo di una tale emergenza sanitaria.

Solo il tempo, inoltre, ci rivelerà quanto l'umanità sarà cambiata.



**isola
odontoiatrica**

Via San Gabriele, 255/Q

Isola del Gran Sasso (TE)

Tel.: 0861.975730

cell./WhatsApp

393 9299572

segreteria@isolaodontoiatrica.it

**teramo
odontoiatrica**

Via Pannella 3/A

Teramo (TE)

Tel.: 0861.220709

cell./WhatsApp

392 9705787

teramo@teramodontoiatrica.it



Prof.ssa **Alessandra Gasparroni**
Demo-Etno-Antropologa

“Lu cense”, lo stigma che segnava la popolazione contadina.

Non era raro, nel passato di conoscere o incontrare, nelle nostre zone di campagna, persone che recavano sul viso, nella zona delle guance o vicino al naso, una cicatrice tondeggiante quasi disegnata che aveva scavato l'epidermide. Io ne ricordo alcuni, sembrava che avessero la cicatrice della vaccinazione del vaiolo, che conoscevo perché mi ero sottoposta a quella piccola scarnificazione da bambina e mi domandavo perché quelle persone l'avessero sul viso. Non era così. I contadini erano soggetti, più di altri, alle punture di insetti durante la loro vita scandita da lavori a contatto della terra e dalle varie condizioni meteorologiche. Col tempo ho scoperto che la cicatrice deturpante era il risultato della puntura e seguente proliferazione di una parassitosi chiamata Leishmaniosi. Cercando notizie a riguardo scopro, nei siti che si occupano di medicina che “l'uomo è ospite definitivo accidentale e, in alcuni casi, è anche serbatoio. Le leishmaniosi cutanee colpiscono a tutte le età soprattutto maschi, adolescenti e giovani adulti. Nel 1885, David D. Cunningham trovò in una lesione cutanea detta “bottono di Delhi” o “bottono d'Oriente” un «particolare parassita»: vide macrofagi contenenti cellule di leishmania. In Eura-

sia ed Africa, le leishmaniosi si trovano in ambiente rurale, di macchia mediterranea, nelle zone semi-desertiche (Medio Oriente, Asia centrale, Sahel), nelle valli dei grandi fiumi asiatici (Fiume Giallo, Fiume Azzurro, Gange, Brahmaputra). La leishma-





*Le incisioni provengono dalla Collezione Bertarelli di Milano

niosi cutanea del Vecchio Mondo è causata dal gruppo *Leishmania tropica*. *L.tropica minor* nel Mediterraneo (anche in Italia), Asia centrale e India. Le leishmanie sono trasmesse dalla puntura di ditteri ematofagi (pappataci) dei generi *Phlebotomus*, nel "Vecchio Mondo". I pappataci crescono in luoghi umidi e ombrosi, occupati da detriti organici (fogliame del sottobosco, tane di piccoli mammiferi, letame, cumuli di pietre e fessure di murature a secco). Le femmine hanno bisogno di nutrirsi di sangue per la maturazione delle uova: pungono l'ospite, più spesso al crepuscolo, nelle zone glabre della pelle, e si nutrono del sangue che esce dalla ferita. Nelle zone tropicali la trasmissione avviene tutto l'anno. Nelle regioni temperate la trasmissione avviene prevalentemente nella stagione estiva: i pappataci vivono due mesi, quelli infettati di meno e hanno bisogno di molti pasti ematici (4-6) perché hanno la proboscide ostruita da una grande moltitudine di agenti infettanti di leishmania, quindi pungono più spesso, con maggiore diffusione dell'infezione. È anche detta "bottono d'Oriente", "bottono di Creta", "bottono d'Aleppo", "bottono di Baghdad", "ulcera di Kandahar", "ulcera di Lahore" e "bottono di Delhi": le denominazioni rispecchiano in modo grossolano la distribuzione geografica delle forme cutanee del "Vecchio Mondo". Il periodo d'incubazione della malattia varia da 4 a 8 settimane e dipende dall'entità della carica infettante. Compagnano una o più lesioni cutanee, nelle sedi delle punture dei flebotomi (viso, collo, braccia, gambe). All'inizio è un nodulo eritematoso, che cresce e si copre di una crosta, la quale poi può staccarsi e lasciare un'ulcera a margini rilevati. Dopo un tempo variabile la lesione guarisce, lasciando una cicatrice, anche deturpante. Le lesioni da *L.tropica* (presente anche in Italia) sono meno gravi (dimensioni massime di 2 cm circa) e hanno un'evoluzione più lenta: l'incubazione è di 2-4 mesi e possono persistere anche per 2 anni". Ma in campagna la medicina popolare suggeriva rimedi, spesso suggestivi e improbabili, che erano però molto più osservati di un consulto con il personale medico addetto. Nel tempo, la mia ricerca sul campo mi ha fornito una serie di interventi che si utilizzavano per bloccare e rimuovere questa puntura infetta che in dialetto veniva chiamata *lu cense*. Il risultato era forse più devastante, in alcuni casi, del decorso e della risoluzione naturale dell'infezione che la puntura procurava. Tutte

le terapie miravano alla cauterizzazione perché la bruciatura, come fuoco purificante, annientava il pericolo. Un mio informatore di Teramo, ricordava che sua nonna usava la cenere del camino per bruciare *lu cense*. Un'informatrice abitante al Bivio di Campli di 70 anni riferiva: - Mia madre, negli anni 1940 - 50 faceva un unguento con ortica, punte tenere di rovi, punte di piante di fichi (le foglie più tenere) che si raccoglievano nella notte di San Giovanni ed erano state bagnate dalla *guazza* [rugiada], si facevano bollire in olio di oliva. Se ne ricavava un unguento che si raccoglieva in un barattolino e si teneva pronto al bisogno. Si applicava sul censo dai 7 ai 10 giorni e la guarigione era assicurata-. Un altro rimedio consisteva nel raccogliere gli escrementi dei piccioni, ancora freschi, che si utilizzavano come una crema che si applicava 2 o 3 volte al giorno e in 4 o 5 giorni passava. A Colonia Spiaggia un altro informatore molto anziano - ricordava di aver portato la figlia, nata nel 1942, che aveva un censo sulla fronte, dal parroco Don Peppe Lelli (nato nel 1885) che curava il censo con un unguento composto da tuorlo d'uovo che faceva da collante per far reggere la

medicina a base di zolfo ed altri ingredienti che sono stati sempre segreti. Questo prete, che ho conosciuto anch'io, era un raddomante e lo vidi all'opera nel giardino della nostra casa nel 1982, quando trovò l'acqua con i bastoncini di legno che vibravano in corrispondenza della vena acquifera sotterranea. Una donna di Pescara, di 85 anni, mi riferiva di essere stata curata in casa con soda caustica a scaglie che all'epoca si usava per fare il sapone fatto in casa, la stessa veniva tritata in polvere, poi messa all'interno di una garza a forma di cono per farla scendere sul censo, procurando bruciature. Un altro informatore di Colonia Paese ricordava che vi era un maestro, detto *lu bursillon* che aveva lavorato in paese, a Morro d'Oro e Notaresco, il quale era solito curare il censo con unguenti preparati da lui a base di vetriolo ed altri ingredienti rimasti segreti. Altre informazioni, nella stessa zona, riferivano di un bambino di 8 anni che, nel 1930, fu curato con l'acido muriatico e per il forte bruciore l'acido gli scolorì sulla guancia provocandogli una brutta cicatrice, inoltre non gli nacque neanche la barba nella zona interessata.

**VIAGGI NON STOP
di Europe Assistance:
la polizza su misura
per ogni viaggiatore**

**Sia che viaggi con la famiglia, in gruppo,
con un'attrezzatura sportiva o con un bagaglio
prezioso Europ Assistance ti mette a disposizio-
ne la sua Centrale Operativa attiva 24 ore su 24,
365 giorni l'anno e il suo network di professionisti
pronti ad intervenire in caso di bisogno**

Marco Fratoni
Generali Italia S.p.a. Via Trieste, 76 - 64021 Giulianova (Te)
Tel +39 085 800 37 96 Mobile +39 349 60 950 30
marco.fratoni.agenti.it@generali.com



Il Fanta
(Francesco D'Archivio)

Trovarsi al posto giusto, nel momento giusto

Vi sarà capitato di sentire questa affermazione, almeno una volta nella vita, spesso quando qualcuno vuole farci notare di come la dea bendata abbia avuto un occhio di riguardo nei nostri confronti.

A me sì, è capitato. E non solo, mi è anche successo di fermarmi più di un secondo a pensare a queste parole, e se trovarsi al posto giusto al momento giusto potesse essere solo una questione di fortuna oppure di qualcos'altro.

Tutto questo bisognerebbe chiederlo a **Steven Bradbury** che da molti è stato definito come l'atleta più fortunato della storia olimpica, uno di quelli che davvero non si sarebbe potuto trovare in un posto migliore durante l'olimpiade. Le immagini della sua vittoria olimpica nel 2002 a Salt Lake City, sono certo, le abbiamo viste tutti almeno una volta nella vita.

Questo ragazzo australiano era un pattinatore di short track. La disciplina in questione, all'apparenza molto semplice - e ripeto, all'apparenza - consiste nel percorrere un breve circuito ovale per un certo numero di volte. Non essendo previste le corsie ed essendo lanciati a più di 50 km/h, fra i pattinatori non sono insolite battaglie, scontri e anche cadute.

Ogni gara prevede dai 4 ai 5 partecipanti ma ad accedere alla fase successiva sono solo i primi due

pattinatori. Il nostro amico Steven alle olimpiadi americane riuscì a superare il primo turno e già questo era un risultato soddisfacente per lui, dato che non era fra i favoriti alla vittoria finale.

Atleta che a prima vista poteva sembrare un po' goffo, pareva fosse capitato per sbaglio in una gara di short track e le possibilità che accedesse al turno successivo erano pressappoco nulle.

Di fatto, durante i quarti di finale finì terzo e proprio per questo non qualificato al turno seguente; tuttavia una squalifica comminata al secondo classificato permise lo scorrimento dell'ordine di arrivo e il

conseguente passaggio di **Steven Bradbury** in semifinale.

Il copione era sempre lo stesso con l'australiano non presente fra i favoriti e costretto a lottare nelle retrovie.

In semifinale neanche il tempo di partire che Steven era già fuori dai giochi. Botte, lotte, bagarre e, all'ultima curva, ecco che i tre pattinatori in testa scivolano finendo con il sede-

re a terra così da permettere al nostro protagonista di arrivare secondo e di qualificarsi alla finalissima.

Sulla linea di partenza della gara che assegna le medaglie ci sono un canadese, un coreano, un cinese, un americano e il nostro Bradbury.

Sì, lo so. Sembra l'introduzione di una delle tante barzellette. Ma quella che va in scena, vi assicuro, lo è quasi.



Siamo all'ultimo giro, in testa il ritmo è serrato, mancano pochi metri e un paio di curve.

Il cinese Janjun cerca il sorpasso decisivo, sgomitando con l'americano. I due cadono e finiscono addosso al coreano, che a sua volta finisce addosso al canadese e in una specie di tutti giù per terra arriva indisturbato **Steven Bradbury** che era in ritardo, e a cui si spalancano le porte del paradiso sportivo. È delirio. Primo atleta dell'emisfero sud a vincere un oro in una olimpiade invernale sicché all'incredulità si unisce anche l'ilarità per come si è materializzata questa incredibile vittoria.

Che ne dite, è abbastanza fortunato questo ragazzino? Beh sì, fortunato è dire poco. Davvero si è trovato al posto giusto nel momento giusto. Un gran colpo di c....

Ma aspettate. Vi sbagliate, non è tutto come sembra.

La storia di questo atleta parte da molto più lontano: quello che vi ho descritto come uno sportivo goffo e quasi casuale, è in realtà molto altro.

Tutto prende avvio diversi molti anni prima. Nel 1994, dopo 3 medaglie mondiali e 1 bronzo olimpico, l'allora ottimo atleta **Steven Bradbury** rimase vittima di un incidente durante una gara: in uno scontro con un altro pattinatore riportò la lacerazione dell'arte-



ria femorale, la conseguente perdita di 4 litri di sangue e occorsero 131 punti di sutura e svariati mesi di riabilitazione, che purtroppo però non basteranno a fargli recuperare la vecchia forma e ne mineranno definitivamente il talento. Nel 2000 è vittima di un altro incidente, riportando la frattura del collo che lo costringerà a 6 mesi di collare ortopedico.

Di questa vittoria dirà: «non ero il più veloce e non ho vinto la medaglia con 1 minuto e mezzo della gara, ma l'ho vinta dopo un decennio di calvario».

Cari lettori, è bene ricordarsi che la fortuna spesso ci riserva un occhio di riguardo. Soprattutto quando meno ce lo aspettiamo. Ma è altrettanto vero che non possiamo chiamare fortuna ciò che ci viene ridato a distanza di tempo e dopo molti sacrifici.

Sarebbe il caso di dire che la fortuna aiuta gli audaci???





Dott.ssa **Martina Palandrani**
Responsabile Amministrativo
del Gruppo Medico D'Archivio

FiCosimo e RusPaolo

“**C**iao”
“Ciao, ma, scusa, tu chi sei?”
“Sono rusPaolo”
“Io fiCosimo, piacere!”
“E' bello qui”

Humm. Una volta si che era una meraviglia: tutto verde, tra piantagioni estensive, orti e erba medica, qualche stradina sterzata tra una proprietà e l'altra e tre o quattro case coloniche. In primavera papaveri, margherita e non ti scordar di me creavano un manto carnevalesco su tutta la pianura, fino alla sponda del fiume e al profilo della collina. E tanti, tanti alberi da frutto: qui vicino c'era un ciliegio che quando fioriva sembrava una sposa, più giù un mandorlo con la chioma folta e rotonda, alle tue spalle una fila di alberi di noci allineati con così tanta precisione da sembrare un esercito nipponico che poi non è vero che a piantar noci porti sfortuna, Gigino, fu lui a piantarli tutti, visse fino a centotre anni, che ormai i noci avevano il doppio della sua altezza. Più su c'erano dei peschi e a ridosso della collina una magnolia enorme, bellissima e io m'innamoravo di lei a ogni primavera. E ora sono rimasto soltanto io. Che angoscia che mi provoca questa solitudine, perché se da un lato posso rallegrarmi d'essere qui, ancora, vivo; dall'altro mi pare d'aver perso oltre a loro anche la mia identità, quel senso di appartenenza che riempie la vita di vita. Anche se a dire il vero, col passare delle stagioni, mi sento sempre meno vivo. Sai quanti frutti ho avuto quest'anno?”

“No, quanti?”
“Tredici”
“E sai quanti ne avevo trenta o quaranta anni fa?”
“No, quanti?”
“Di più, molti di più! Ad esempio, l'anno in cui nacque Giacomino, il figlio del mezzadro dei Campano, il fratello più grande, Fausto, aveva già 8 anni e veniva quasi tutti i pomeriggi a pascolare Caterina, una capretta col pizzetto marrone aranciato sotto al mento, e una volta mangiò talmente tanti fichi che saltò sia la cena che la colazione del giorno dopo. Ne avrà mangiati dieci in un solo pomeriggio, capisci? Significa che in tutta l'annata ne avrò avuti almeno venti volte tanto. E invece tredici, quest'anno solo tredici. Per non parlare di tutti quelli che venivano rubati! Ricordo soprattutto che una volta Sandrino, il figlio di Zio Michele e Zia Assuntina, i primi mezzadri, scopri che quasi tutte le sere i figli del mugnaio, che abitava dietro a Villa Campano, mi si arrampicavano addosso (che ferite con i loro scarponi interrati di almeno due numeri più grandi). Questi riempivano i sacchi e poi scappavano rallentati dal peso del bottino. Una sera Sandrino rimase appostato fino a tardi dietro al cespuglio di more, finché non vide arrivare i tre giovanotti, aspettò che ebbero riempito i sacchi, poi li avvicinò, diede una bella coppola a tutti e tre. E pensa che il giorno dopo il padre dei tre andò pure a ringraziarlo Sandrino per la giusta lezione che aveva dato ai suoi figli aggiungendo che la sera stessa anche lui gliel'aveva suonate di santa ragione. Bei vecchi tempi, comunque, a proposito di Sandrino, Gino e Lucia l'avevano concepito proprio qui, sai?”



GIULIANOVA

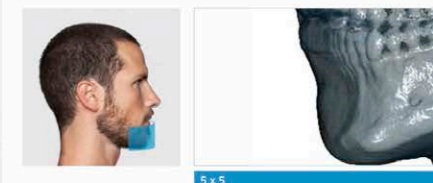
Cone Beam 3D Imaging
NewTom
VGI evo
EXPANDED.VISION

Nuova frontiera per
le immagini dentali
tridimensionali.

LA TC CONE BEAM È L'ESAME TC
PER LO STUDIO DI MASCELLA,
MANDIBOLA E CAVITÀ PARANASALI.

La durata complessiva dell'esame
è di pochi minuti
e la dose è circa 20 volte inferiore
rispetto a quella della TAC convenzionale.

prenota subito il tuo esame!



SEDE DI GIULIANOVA Via G. Galilei, 59
Giulianova Lido (Te)
Tel. 085 8008215 Fax 085 8026267
info@centrodiagnosticodarchivio.it

www.gruppomedicodarchivio.it

"Davvero???"

"Sì sì, io qui ne ho visti di accoppiamenti... sai, prima in casa si dormiva tutti insieme e si arrivava talmente stanchi a sera che quello poteva essere solo l'ultimo dei pensieri. Al mattino, invece, erano tutti più riposati, tranquilli e gli ormoni maschili alle stelle..."

"E allora, cioè, quella volta, com'è andata? Tra Gino e Lucia intendo"

"Eh... era il periodo della trebbiatura del grano e tutti si erano fermati sotto alla quercia vecchia a fare lo *sdjuno*. Lucia si era attardata a tagliare alcune spighe sfuggite alla falce, intorno a un ulivo, il marito la raggiunse e fu un attimo"

"Solo un attimo?"

"Certo, sapessi quante ragazzine appena maritate ho visto diventar donne, con un gemito, su questo

letto d'erba. Non t'immaginare niente di speciale sai, alla fine sono animali pure loro e la vita di campagna è una vita semplice, fatta di cose essenziali: mangiare, dormire, lavorare, lavorare tanto, e fare figli. Esattamente il contrario di com'è adesso che non si mangia, non si dorme, non si lavora e non si fa figli. Giacomino, l'ultimo dei mezzadri, che poi comprò i terreni dei Campano, quando quest'ultimi vollero trasferirsi in città, ha avuto un maschio e una femmina, entrambi laureati ma disoccupati e senza figli. Io intanto resto qui un po' vivo, un po' morto"

"E tu invece che sei venuto a fare?"

"Io sto in un cantiere di appartamenti poco distanti, poi ieri sera mi hanno portato qui. Di preciso non so cosa dovrò fare ma di solito scavo"



GRUPPO MEDICO D'ARCHIVIO
IL TUO RIFERIMENTO
PER LA

prevenzione!



D'ARCHIVIO DIAGNOSTICA

GIULIANOVA - TERAMO - MONTORIO

Sede di Giulianova

Via G. Galilei, 59 - Tel. 085 8008215
info@centrodiagnosticodarchivio.it

Sede di Teramo

DE.D'A Srl
Via del Baluardo, 53 - Tel. 0861 246643
deda1980@libero.it

Sede di Montorio

Via Italia, 3/5 - Tel. 0861 1856065 - cell. 389 4791711
info@centrodiagnosticodarchivio.it

Il **Centro Diagnostico D'Archivio** è un ambulatorio di diagnostica per immagini che opera ormai da oltre 20 anni nel territorio teramano con sedi a Giulianova, a Teramo e Montorio.

I **Centri Diagnostici D'Archivio** dispongono di apparecchiature di ultima generazione con le quali è possibile effettuare indagini diagnostiche di:

Radiologia Tradizionale;
Isterosalpingografia;
Studio Diagnostico e Funzionale della Stipsi;
Tomografia Computerizzata;
TC Colonscopia Virtuale;
TC Cone Beam;
Risonanza Magnetica;
Densitometria Ossea;
Ecografia con Elastasonografia;
Ecocolor Doppler.

GRUPPO MEDICO D'ARCHIVIO

ti offre un percorso diagnostico di ultima generazione per la prevenzione del tumore al seno.

- **TOMOSÌNTESI**, mammografia in 3d che aumenta considerevolmente il rilevamento di lesioni (soprattutto nel seno denso);
- **ECOGRAFIA** di ultima generazione con metodica elastasonografica.

prenota subito il tuo esame!



SEDE DI GIULIANOVA

Via G. Galilei, 59
Giulianova Lido (Te)
Tel. 085 8008215 Fax 085 8026267
info@centrodiagnosticodarchivio.it

www.gruppomedicodarchivio.it

WWW.GRUPPOMEDICODARCHIVIO.IT



D'ARCHIVIO
GRUPPO MEDICO



Giulianova - Via Galileo Galilei, 59 - Tel. 085 8008215

Teramo - Via del Baluardo, 53 - Tel. 0861 246643

Montorio al Vomano - Via Italia, 3/5 - Tel. 0861 1856065 - 389 4791711



Giulianova - Via T. Mamiani, 7 - Tel. 085 8005036

Teramo - Via Paladini, 38 - Tel. 0861 246504

www.gruppomedicodarchivio.it