

# MEDICINA

SALUTE, BENESSERE, RICERCA, *Magazine* BELLEZZA

15

CHIRURGIA PLASTICA

La scelta  
del Chirurgo

46

OCULISTICA

Il Ruolo  
dell'OCT

## L'essenza della Cura del Dettaglio

UN MODELLO DI ACCOGLIENZA E SANITÀ  
A MISURA DI FAMIGLIA

**MARRELLI  
HOME**





Crederesti mai  
che indossano un  
apparecchio dentale?



SCOPRI I NUOVI ALLINEATORI DENTALI, E RIPRENDITI LA SCENA!  
COMODO, IGIENICO, INVISIBILE, E IDEALE PER OGNI TIPO DI  
MALOCCLUSIONE, DA QUELLA SEMPLICE A QUELLA SEVERA!

 **CalabroDental**  
*Casa di Cura*

promoted by

**MARRELLIHEALTH**

REPARTO DI ORTODONZIA - CALABRODENTAL DI MARRELLIHEALTH | DIR. SAN. DOTT. MASSIMILIANO AMANTEA | DIR. SAN. AMB. DOTT.SSA MARIA RITA VETRANO

Seguici sul nostro sito [calabrodental.it](http://calabrodental.it) o sui nostri profili social  Calabrodental 





# T TECNOLOGICA

Centro di Fresaggio e Laser Sintering

*costruttori di sorrisi dal 1978*



Official Partners:

 **straumann**

 **BIOMAX**

 **dental trey**

 **sweden & martina**



## Milling Center

Le migliori macchine a Controllo numerico, DMG, Willemin, Citizen, Imes, WHF ci consentono di operare su barre e su cialda, barre, toronto, cappette, ponti, e provvisori con altissima precisione.



## Laser Sintering

EOS M 100, la più veloce d'Italia 90 elementi in 4 ore, omogeneizzazioni in argon per garantire la perfetta stabilità delle strutture. Polveri Bego Compatibilità con tutte le ceramiche in commercio Ciclo di produzione, Macchina, e polveri certificati.



## Progettazione CAD/CAM

9 postazione cad attrezzati con Software Exocad, Dental Wings, e Sirona garantiscono rapidità di servizi, da file intraorali come progettazione e Stampe di dime chirurgiche, modelli 3d, alla nostra clientela.



## Estetica

Da sempre curiamo gli aspetti estetici della protesi, il nostro reparto di estetica rimane un punto di forza per la nostra clientela sempre più esigente.

# INDICE

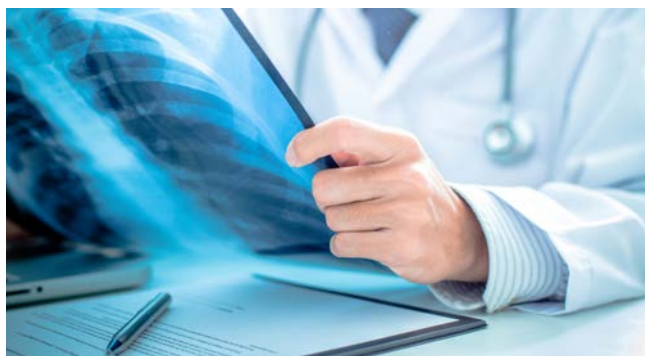
---

**L'editoriale** *p. 6*

---

**L'Accoglienza dedicata ai Pazienti** *p. 8*

---



## **Radiologia Interventistica**

Quando sentiamo parlare del Radiologo la nostra mente immagina un medico specialista che si dedica allo studio e all'interpretazione delle immagini acquisite attraverso le diverse attrezzature radiologiche...

*p. 10*

---

## **Asma in Età Pediatrica**

L'asma bronchiale è una patologia infiammatoria dell'apparato respiratorio ed è la più comune malattia cronica nel bambino; è caratterizzata da dispnea, respiro sibilante e tosse prevalentemente notturna o scatenata da attività fisica.

*p. 12*



**Calcolosi della Colecisti in Gravidanza** *p. 14*

---

**Come scegliere il Chirurgo Plastico?** *p. 15*

---

**Cancro: Uno, Nessuno, Centomila** *p. 16*

---

**Denti & Cuore** *p. 18*

---

**Dieta ed Endometriosi** *p. 20*

---

**Epidemia Diabesità** *p. 23*

---



p. 26 **Sindrome di Wendy o Crocerossina?**

---

p. 28 **Sindrome del Tunnel Carpale**

---

p. 30 **Proctologia**

---

p. 34 **La Carie**

---



### **Ortodonzia Pre Chirurgica**

Le malocclusioni dentali possono avere una eziologia di tipo esclusivamente dentale, esclusivamente scheletrico o nella maggior parte dei casi di tipo misto.

p. 36

### **Radioterapia**

Il tumore resta una delle principali cause di morte a livello mondiale. Fortunatamente, negli ultimi anni sono stati compiuti notevoli progressi verso lo sviluppo di trattamenti per la cura del cancro.

p. 40

### **Endoscopia del Futuro**

Il tumore del colon-retto rappresenta il 10% di tutti i tumori diagnosticati nel mondo. È il 2° più frequente nei maschi (12%) dopo quello della prostata e...

p. 42

p. 44 **Ginocchio e Dolore** p. 46

**Il Ruolo dell'OCT**

---

p. 48

**L'Esperto Risponde**

---

p. 51

**Rivoluzione Immaginologica**

---

p. 54

**Omocisteina e Patologie Correlate**

---

p. 58

**Protesi su Impianti**

---

p. 60

**Ritocchi di Giovinezza**

---



**E Medicina Magazine** Rubrica di approfondimento medico scientifico  
Aprile 2024

Esperia TV - Registrazione Tribunale KR n. 788/2011 del 01/12/2011

Direttore Responsabile: Salvatore Audia

Edizioni: Esperia TV s.r.l.

via Enrico Fermi 5/A 88900 Crotona (KR) tel. 0962 93 02 76

mail: ufficio.stampa@gruppomarrelli.it

Responsabile Comunicazione: Maria Dora De Caria

Progetto, Grafica e Impaginazione: Damiana Carcea

mail: grafica@gruppomarrelli.it

Stampa: Stampaloo srl - S.S. 106 km 245 - 88900 Crotona (KR)

stampaloo.it

# L'editoriale

*Il primo numero del nuovo anno si apre con una novità, e come sempre noi pensiamo ai nostri Pazienti. Abbiamo sempre pensato all'accoglienza come ad un plus fondamentale nei nostri servizi ed è per questo che è nata Marrelli Home una struttura fittacamere e foresteria dotata di ogni comfort. L'ideale per un soggiorno rilassante lontano dalla frenesia cittadina. La sua posizione, è stata, in realtà, studiata per offrire ai pazienti delle strutture ospedaliere Marrelli Health un comodo alloggio situato proprio vicino le cliniche, ma anche vicino al centro città ed al lungomare. Finemente arredata in stile balinese con spazi intimi, spaziosi e luminosi Marrelli Home nasce anche con l'esigenza di far sentire gli ospiti a casa.*

*Siamo convinti che quando ci si trova a viaggiare per motivi di salute c'è anche il desiderio e la voglia di sentirsi coccolati ed è per questo che Marrelli Home è stata creata, pensata ed ideata in ogni minimo particolare.*

*I pazienti che scelgono di curarsi da noi troveranno quindi una struttura confortevole a loro disposizione, un supporto in più che pensiamo sia importante per le famiglie dei nostri Pazienti. Guardiamo sempre al futuro, rendendoci conto ogni giorno di ciò che eravamo e di quello che potremmo fare ancora, oggi è nata Marrelli Home e siamo felici di metterla a disposizione dei nostri Pazienti e delle loro famiglie perchè ogni cosa che facciamo e ideiamo per noi è un tassello importante nel percorso di cura che i nostri Pazienti devono affrontare.*

*Siamo convinti che Crotona e la Calabria tutta meriti una sanità diversa, una sanità a 5 stelle e noi come Gruppo Marrelli ogni giorno ci impegniamo per offrire questo tipo di sanità, una sanità eccellente in tutto.*

**Redazione**



la tua  
salute  
il nostro  
impegno

# MARRELLI HEALTH

CHIRURGIA ONCOLOGICA  
RADIOTERAPIA  
CHIRURGIA BARIATRICA  
TERAPIA DEL DOLORE  
ODONTOIATRIA  
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE  
PIANETA DONNA  
CHIRURGIA GENERALE  
CHIRURGIA VERTEBRALE  
MINI-INVASIVA  
ORTOPEDIA & TRAUMATOLOGIA  
ORTOPEDIA PEDIATRICA  
PREVENZIONE & DIAGNOSI  
RICERCA AVANZATA



88900 Crotona (KR) | [info@marrellihealth.it](mailto:info@marrellihealth.it) | [www.gruppomarrelli.it](http://www.gruppomarrelli.it)  
[calabrodental.it](http://calabrodental.it) | [marrellihospital.it](http://marrellihospital.it) | [tecnologicasrl.com](http://tecnologicasrl.com)



# L'accoglienza dedicata ai PAZIENTI MARRELLI HEALTH



Un punto di forza delle strutture sanitarie Marrelli Health è rappresentato anche dall'accoglienza del paziente e della rispettiva famiglia. Dal momento in cui il paziente entra nelle cliniche, con la sua famiglia o anche da solo, quindi dal primo contatto con le strutture è indispensabile "farlo sentire a casa". Questo è, infatti, uno dei principi fondamentali delle strutture, e su cui si basa anche la formazione di tutti i collaboratori. Ogni attenzione, dettaglio è concepito per chi si ritrova, e non per sua scelta, a vivere anche per un solo giorno all'interno delle strutture sanitarie Marrelli Health.

Il modello di accoglienza delle cliniche è un vero e proprio sistema integrato che si sviluppa in una rete di servizi, spazi e attività a "misura di famiglia".

Spesso, il paziente piccolo o grande che sia, ha difficoltà a stare ricoverato in ospedale, proprio perché gli vengono a mancare quelle abitudini e quei

gesti affettuosi di cui è circondato quotidianamente. Tutto il personale delle strutture sanitarie è in grado di offrire al paziente ciò di cui ha bisogno ed è in grado di seguire il paziente in ogni difficoltà, a qualsiasi ora del giorno e della notte. Una vera e propria squadra compatta e affiatata e sempre a disposizione di tutto il nucleo familiare, che spesso vive attimi di angoscia accanto al paziente.

Accogliere la famiglia, rientra nella mission della struttura che, infatti, ha pensato ad una comoda sistemazione della stessa, nel caso in cui il paziente provenga da lontano.

Da qui l'idea della struttura ricettiva Marrelli Home, la nuova nata del gruppo imprenditoriale.

Il personale delle strutture sanitarie Marrelli Health, anche quello addetto all'accoglienza, situato alle reception d'ingresso, sa bene che il momento della malattia di ogni paziente è un momento difficile,



# *"Il modello di accoglienza delle cliniche è un vero e proprio sistema integrato che si sviluppa in una rete di servizi, spazi e attività a misura di famiglia"*

per questo è sempre lì a rispondere alle esigenze dei pazienti, nel miglior modo possibile. Una conferma che vuole infondere anche sicurezza nel paziente stesso, e per far capire anche a quest'ultimo che a volte per "sentirsi a casa" non è necessario essere fisicamente nella propria casa.

Dedizione, solidarietà, sostegno e ascolto vengono somministrate insieme a farmaci, terapie e cure.

Marrelli Home presenta delle camere accoglienti con ambienti confortevoli e raffinati, curate nei minimi dettagli. Situato quindi vicino alle strutture sanitarie del Gruppo Marrelli, consente ai familiari dei pazienti o anche ai pazienti stessi che hanno necessità di alloggiare in città anche solo per una notte, di sentirsi comodamente a casa.

L'idea è sempre stata quella di mettere al centro il paziente ed il suo massimo comfort. Poco distante a circa 20 km dalla struttura ricettiva Marrelli Home è situato anche il Kuta Restaurant, un'area naturale dove tra vigneti e profumo di mare si colloca una struttura di ristorazione tipicamente rustica.

La struttura è dotata di ampi spazi esterni con una piccola piscina. La cucina è quella tipica calabrese con prodotti coltivati nelle terre crotonesi, per offrire piatti tipici e genuini a km0.

Per tutti i servizi plus messi a disposizione dei nostri pazienti ci sono inoltre riservati anche dei prezzi



convenzionati sia per quanto riguarda il pernottamento che per quanto riguarda la ristorazione.

Marrelli Health ha pensato veramente a tutto, ed ogni giorno cerca di migliorare i servizi plus per i propri pazienti in modo da garantire una massima qualità ed efficienza.

**Redazione**

# Radiologia interventistica al Marrelli Hospital

## CHI È QUESTA SCONOSCIUTA?

Quando sentiamo parlare del Radiologo la nostra mente immagina un medico specialista che si dedica allo studio e all'interpretazione delle immagini acquisite attraverso le diverse attrezzature radiologiche che utilizzano raggi X (radiologia tradizionale, TAC ed Angiografia) e non (Risonanza Magnetica, ecografia).

Quando si parla di Radiologo Interventista a cosa pensiamo? Il Radiologo Interventista è un medico con la stessa specializzazione in radiologia che si dedica alla cura (quindi intervento da cui il nome interventistica) di numerose patologie utilizzando le attrezzature radiologiche su citate.

Le patologie che possono essere curate con queste tecniche mini-invasive possono essere suddivise in due grossi gruppi: patologie vascolari e patologie extravascolari.

Alle patologie vascolari appartiene il trattamento dello stroke, degli aneurismi cerebrali e delle malformazioni artero-venose intracraniche delle quali se ne occupa il neuro-radiologo interventista.

Altre patologie vascolari che possono essere trattate dal radiologo interventista sono le dilatazioni (aneurismi) dell'aorta toracica e addominale, gli aneurismi dei vasi viscerali (dell'addome) o delle arterie degli arti superiori ed inferiori, i restringimenti (stenosi) delle carotidi, delle arterie renali e delle arterie degli arti superiori ed inferiori, le malformazioni artero-venose degli arti superiori ed inferiori, le varicosità delle vene periscrotali e periovariche (varicocele maschile e femminile), i sanguinamenti dei vasi renali o dei rami delle arterie che vascolarizzano l'intestino.

Per patologie extra-vascolari si intende il trattamento dei tumori del fegato (epatocarcinoma, colangiocarcinoma, metastasi), del polmone, del rene, il trattamento dell'ostruzione delle vie biliari (drenaggi biliari) o delle vie urinarie (nefrostomie renali), le biopsie nei vari organi e tessuti dell'organismo, il drenaggio delle raccolte ascessuali nelle varie parti dell'organismo, il drenaggio dei versamenti pleurico ed ascitico.

Al Marrelli Hospital la radiologia interventistica vascolare ed extravascolare viene eseguita dall'equipe





di medici radiologi, chirurghi vascolari e chirurghi generali che collaborano per curare le diverse tipologie di malattie presenti sul territorio.

Il Radiologo Interventista utilizza tecniche mini-invasive, di solito in anestesia locale, utilizzando piccoli attrezzi (device) che entrano nel corpo umano e curano le patologie su descritte mediante piccoli tubicini (cateteri) le cui dimensioni variano tra 1 mm ed 8 mm; all'estremità del catetere può esserci un palloncino che dilata un vaso ristretto oppure possono

(stent) che possono avere un medicinale all'esterno (stent medicato) che serve a non farlo richiudere oppure possono essere rivestiti da una membrana (stent ricoperto o endoprotesi) utile a non far scorrere il sangue nel vaso malato (dilatato).

La collaborazione tra il medico radiologo e gli altri specialisti è indispensabile per scegliere il miglior trattamento per la patologia in esame e per risolvere i problemi in caso di complicanze.

In conclusione, la diagnostica associata al trattamento



esserci dei buchi che fanno fuoriuscire (drenano) i liquidi situati nel nostro organismo (pus, versamento pleurico, ascite). A volte per chiudere un vaso si usano dei pezzettini di materiale biocompatibile che si attorciglia su se stesso (spirali) oppure dei piccoli "tappi particolari" (occluder); infine, quando bisogna tenere aperto un vaso che ha le pareti calcifiche è necessario il posizionamento di cilindri metallici

mini-invasivo fanno della Radiologia Interventistica uno dei punti di forza del Marrelli Hospital.

***Dott. Matteo Saleuni***  
***Primario Radiologia Marrelli Hospital***

---

Quando si parla di Radiologo Interventista a cosa pensiamo? Il Radiologo Interventista è un medico con la stessa specializzazione in radiologia che si dedica alla cura di numerose patologie utilizzando le attrezzature radiologiche, quali RX, Tac, Angiografia, Risonanza Magnetica ed Ecografia.

---

# Asma

## l'importanza della diagnosi

# in età pediatrica



L'asma bronchiale è una patologia infiammatoria dell'apparato respiratorio ed è la più comune malattia cronica nel bambino; è caratterizzata da dispnea, respiro sibilante e tosse prevalentemente notturna o scatenata da attività fisica.

In età pediatrica l'asma è più frequentemente di natura allergica quindi causata da sensibilizzazione ad allergeni (polvere, muffe, pollini, epitelio di gatto o cane, alimenti o additivi alimentari).

Nei bambini asmatici gli allergeni, i virus e altri agenti irritanti provocano un restringimento delle vie respiratorie che, se trattato precocemente, può migliorare; tuttavia, con il progredire della patologia, vari meccanismi (di rimodellamento bronchiale) ne provocheranno la cronicizzazione.

Da qui l'importanza di una diagnosi corretta e di un trattamento precoce per assicurare la miglior qualità della vita ai nostri piccoli pazienti.

**Dott.ssa Alessia Dragone**  
**Pneumologa Allergologa Marrelli Hospital**







## DISCIPLINE CHIRURGICHE

- UROLOGIA
- ENDOUROLOGIA
- CHIRURGIA GENERALE
- CHIRURGIA LAPAROSCOPICA
- GINECOLOGIA
- GASTROENTEROLOGIA

## SERVIZI

- VENDITA
- ASSISTENZA TECNICA
- MANUTENZIONE
- CORSI DI FORMAZIONE

Con l'affidabilità e la professionalità che ha raggiunto nel corso della sua storia, la New Hospital srl ha guadagnato una posizione stabile nel mercato urologico e chirurgico e ha consolidato in modo significativo la sua struttura distributiva.

## PARTNER AZIENDALI



## CONTATTI

EMAIL :

[newhospital@hotmail.com](mailto:newhospital@hotmail.com)

TEL:

0982585509

VIALE IPPOCRATE 43  
87027 PAOLA(CS)

# Calcolosi della Colecisti in Gravidanza



I calcoli biliari sono comuni durante la gravidanza a causa della ridotta motilità della cistifellea e dell'aumento della saturazione del colesterolo nella bile. I principali fattori di rischio indipendenti per i calcoli biliari sono l'obesità pre-gravidanza e la multiparità.

La presentazione clinica della calcolosi biliare durante la gravidanza è simile a quella delle pazienti non gravide. Tra le pazienti incinte che sviluppano calcoli biliari o presentano fango biliare, circa l'1% sviluppa sintomi. Nella maggior parte dei pazienti, il dolore ricorrente al quadrante superiore destro (colica biliare) è il primo sintomo correlato ai calcoli biliari. Meno frequentemente, le manifestazioni iniziali possono essere correlate a complicanze dei calcoli biliari (ossia, colecistite acuta, colangite, pancreatite calcolitica).

La maggior parte dei calcoli biliari in gravidanza sono asintomatici e non richiedono ulteriori valutazioni o trattamenti. La maggior parte dei pazienti con calcoli biliari non complicati (ossia, coliche biliari) migliorano con la terapia di supporto, che comprende il controllo del dolore e la somministrazione di liquidi per via endovenosa. La gestione successiva e la tempistica della chirurgia elettiva sono controverse; alcuni danno indicazione alla colecistectomia durante

la gravidanza a tutti i pazienti sintomatici (anche se si tratta di un solo episodio), mentre altri indicano la colecistectomia solo a quelli con sintomi progressivi, intrattabili o ricorrenti.

Per la maggior parte delle pazienti in gravidanza con calcoli biliari complicati (colecistite acuta, coledocolitiasi o colangite, pancreatite biliare), suggeriamo un intervento precoce (chirurgia della colecisti o colangiopancreatografia retrograda endoscopica [ERCP] piuttosto che una gestione medica non chirurgica. Tuttavia, ritardare l'intervento chirurgico alla cistifellea fino a dopo il parto è un'alternativa ragionevole per alcuni pazienti a breve termine.

La colecistectomia può essere eseguita in modo sicuro ed efficace durante qualsiasi trimestre di gravidanza, ma richiede un chirurgo esperto, un anestesista e il coinvolgimento precoce di un ostetrico. La sola gravidanza non sembra aumentare la morbilità postoperatoria della colecistectomia, né la colecistectomia mette a repentaglio la sicurezza materno-fetale.

**Dott. Camillo Gerosa**  
**Chirurgo Generale Marrelli Hospital**



# Come scegliere il Chirurgo Plastico a cui affidarsi?



Il processo di scelta del chirurgo a cui affidare la propria persona è lungo e delicato e va fatto con accuratezza, ecco 6 consigli per una scelta migliore. Innanzitutto bisogna verificare che il medico sia davvero laureato e abilitato; sembra assurdo ma capita spesso di sentire di interventi eseguiti da personale non laureato in medicina, spesso con lauree ottenute all'estero non verificabili, in Italia per poter operare il medico deve essere iscritto a un ordine provinciale.

Subito dopo bisogna capire che esperienza ha il chirurgo che tipo di specializzazione ha conseguito, che tipo di corsi di perfezionamento ha eseguito per il suo aggiornamento. Spesso i social son un'arma molto importante ma a doppio taglio, sono infatti molto utili per comprendere il gusto estetico del chirurgo a cui vogliamo affidarci ma vanno usati con attenzione.

È sempre consigliabile visualizzare anche un sito internet dello specialista a cui si decide di affidarsi, o dei suoi canali social per capire i lavori che ha eseguito in passato e se ovviamente sono affini al proprio gusto estetico, perché bisogna anche ricordare che il chirurgo sebbene attento alle richieste del paziente ha un "imprinting" sul tipo di risultato che vuole ottenere. Bisogna quindi diffidare sempre da foto pubblicate che non rispecchiano la realtà o che nella maggior parte dei casi, sono modificate in modo evidente.

Quindi si ai social media per capire il gusto estetico del chirurgo, ma senza credere cecamente a quello che si vede. Altro passo da fare prima di sottoporsi a qualsiasi tipo di intervento di chirurgia estetica, è quello di informarsi su quali esami pre-intervento bisogna eseguire, dove sarà effettuato l'intervento, quindi ambiente, che può essere ambulatorio chirurgico, sala day surgery o sala di chirurgia maggiore, che tipo di anestesia verrà utilizzata

e se sarà presente l'anestesia, che in teoria si dovrebbe sempre incontrare prima del giorno dell'intervento, ma soprattutto chiedere anche se si verrà seguiti anche dopo l'intervento perché i pazienti vanno seguiti anche dopo nel post.

È impensabile che un paziente venga lasciato senza informazioni e senza un contatto nella fase post intervento. Per non parlare delle pazienti operate all'estero in strutture low cost che vengono rispediti in Italia con infezioni senza alcuna possibilità di contattare il chirurgo che le ha operate.

Ma cosa deve farvi davvero insospettare? Diffidate dai chirurghi che "banalizzano" dicendovi che gli interventi sono soft o no dolore, o ancora peggio con una ripresa immediata, perché se è vero che oggi un bravo chirurgo cerca di rendere gli interventi poco dolorosi è anche vero che ogni paziente ha una soglia di dolore diversa, quindi quando fate un intervento chiedete quale sia la peggiore delle ipotesi per tempi di ripresa.

Inoltre, ricordate che le cicatrici invisibili non esistono. Ci sono cicatrici che si notano poco ma sono sempre visibili, è inoltre impossibile per un chirurgo assicurare una cicatrice perfetta, per quanto tecnica e materiali utilizzati siano sempre i migliori il paziente ha una cicatrizzazione personale e non è possibile prevederla al 100%.

Diffidate dai chirurghi che durante la prima visita non vi chiedono informazioni mediche basilari, che non vi spiegano nel dettaglio il tipo di intervento che vogliono eseguire su di voi, che non hanno tempo per rispondere alle vostre domande e chiarire i vostri dubbi.

Non tutti i caratteri sono compatibili e a parità di risultato meglio eseguire un intervento con un medico che riesce a mettervi a vostro agio, a essere cordiale e disponibile fin da subito, il rapporto che si crea tra il medico e il suo paziente deve essere ottimale per affrontare qualsiasi intervento.

**Dott. Leonardo Ioppolo**  
**Chirurgo Plastico Ricostruttivo Estetico**  
**Marrelli Hospital**

# Cancro: Uno, Nessuno e Centomila

Nel suo romanzo “Uno, nessuno e centomila”, Luigi Pirandello racconta la crisi d'identità del protagonista, Vitangelo Moscarda, il quale scopre di essere visto in modo diverso da persona a persona.

Similarmente, oggi, anche la parola “cancro” sta attraversando una crisi d'identità, poiché la moderna medicina ha appurato che il cancro può svilupparsi in numerosissime varianti, tutte differenti tra loro, fino ad arrivare al punto di chiederci: cosa intendiamo, oggi, con la parola “cancro”?

Nel 2019, in un interessante articolo scientifico intitolato “Debating when to call cancer by its name” (“Discutere su quando chiamare il cancro con il suo nome”), si discuteva di come il semplice utilizzo della parola “cancro” fosse accomunato ad una prognosi nefasta, ingenerando ansia, sconforto e, spesso, rassegnazione in quasi tutti i pazienti. Le opinioni degli specialisti, d'altro canto, erano molto contrastanti tra loro: infatti, i chirurghi oncologici sostenevano che vi sono molte forme di cancro assolutamente

curabili, soprattutto se diagnosticate in tempi rapidi, e pertanto, era opportuno evitare la parola “cancro” in tali forme lievi, per tutelare i pazienti da possibili traumi psicologici.

Di diverso avviso erano gli anatomo-patologi, i quali sostenevano che, pur non potendo ricondurre il cancro ad un'unica forma patologica, non era tuttavia pensabile di non fare diagnosi di “cancro” anche nelle forme meno gravi. Pertanto, piuttosto che scegliere “se” chiamare cancro o meno una specifica forma oncologica, forse sarebbe stato meglio comprendere “cosa” chiamare cancro.

La formazione di un cancro implica numerosi processi biologici: tipicamente, il cancro nasce da un “gettone” di pochissime cellule neoplastiche, che riescono a sfuggire ai processi di controllo del nostro organismo, diventando sempre più numerose ed aggressive nel tempo. Molte cellule neoplastiche presentano delle mutazioni genetiche, congenite o acquisite, rendendo possibile una sorta di “schedatura” di alcuni elementi





# Evoluzione del concetto di "Cancro" e nuove tecniche di diagnosi precoce genetico-molecolare e di "Biopsia Liquida"

di rischio, utili ad una diagnosi molto specifica. È pertanto di fondamentale importanza, durante la fase diagnostica, non solo definire il tipo istologico di cancro, ma anche caratterizzarlo dal punto di vista genetico-molecolare al fine di poter scegliere i percorsi terapeutici più efficaci da intraprendere.

Attualmente, la biopsia tissutale costituisce il "gold standard" nella diagnosi oncologica; tuttavia, l'utilizzo di tecniche sempre meno invasive, ha consentito di ottenere una diagnosi sempre più precoce ed affidabile, garantendo al contempo anche il monitoraggio dei profili genetici ed immunopatologici dei principali tumori.

La cosiddetta "Biopsia Liquida" è una tecnica che ha recentemente affiancato la biopsia tradizionale: essa si basa sulla capacità delle cellule tumorali di rilasciare micro-frammenti di specifici DNA nel sangue del paziente con un cancro in fase già molto precoce. Inoltre, la "biopsia liquida" ha consentito di isolare e studiare il DNA tumorale anche in altri biofluidi, come le urine o la saliva.

Gli ultimi vent'anni hanno dimostrato che i potenziali campi d'applicazione della biopsia liquida sono molteplici; infatti, oltre al monitoraggio della risposta alle terapie farmacologiche nei pazienti oncologici, con questo esame si possono intercettare anche eventuali recidive tumorali post-chirurgia anche in fasi molto precoci.

Ciò evidenzia il ruolo strategico che la biopsia liquida può avere nella moderna lotta al cancro, che si basa prioritariamente sul concetto già noto agli antichi medici latini: una buona diagnosi precoce è alla base di una buona terapia. La sfida per i prossimi anni è quella di rendere la parola "cancro" sempre meno temibile, e sempre meno usata.

**Dott. Marco Tatullo**  
**Tecnologica Research Institute Marrelli Health**

**Dott. Francesco Paduano**  
**Tecnologica Research Institute Marrelli Health**

**Dott. Eliano Cascardi**  
**Sezione di Patologia Molecolare**  
**Università degli Studi "Aldo Moro"**



# Denti & Cuore

Quando si parla di igiene orale, molti pensano che si tratti semplicemente di “lavare i denti” per mantenere denti sani e un bel sorriso, ma c'è molto di più, si tratta infatti di una condizione che influenza fortemente tutto lo stato di salute e di benessere della persona e che può avere effetti anche molto pesanti sulla vita quotidiana degli individui. La costruzione della salute è un percorso che dura tutta la vita. Occuparsi di salute significa divulgare corretti stili di vita, responsabilizzando il paziente a scegliere terapie personalizzate e condivise, che permettano di evitare, attraverso una particolare attenzione alla salute del cavo orale, un controllo sulla salute sistemica. Un'infezione del cavo orale può voler dire aggravamento di malattie sistemiche, anche letali. Numerosi studi certificano l'importanza dell'igiene orale per tutto l'organismo: ne trae beneficio il cuore, protegge dal diabete e dall'obesità, oltre che naturalmente da patologie come carie, gengiviti, parodontiti, di cui soffrono ormai la maggior parte delle persone. Esistono però fattori ben precisi che collegano la salute orale ai disturbi cardiaci. Studi recenti dimostrano che malattie gengivali in stadio moderato o avanzato comportano rischi più alti di disturbi cardiaci rispetto a individui con gengive sane. In secondo luogo, la salute orale può dare ai medici dei campanelli d'allarme riguardo a un'ampia gamma di malattie e disturbi, inclusi quelli cardiaci. Salute orale e disturbi cardiaci sono interconnessi a causa della proliferazione batterica (e di altri germi) dalla bocca ad altre parti dell'organismo attraverso il flusso sanguigno. Appena arrivano al cuore, i batteri possono attaccarsi a eventuali aree cardiache danneggiate a causare infiammazioni, provocando malattie come l'endocardite, un'infezione del tessuto interno che riveste il cuore, ma, anche altri disturbi cardiovascolari, come ictus e aterosclerosi (intasamento delle arterie), sono ricollegabili a infiammazioni causate dai batteri orali. I pazienti che soffrono di malattie gengivali croniche, come la gengivite, o di malattia parodontale in stato avanzato sono quelli a più alto rischio di disturbi cardiaci causati da una cattiva salute orale, in particolare se tali condizioni non vengono diagnosticate o curate. I batteri che provocano infezioni gengivali si trovano in bocca e possono infiltrarsi nel flusso del sangue, attaccandosi ai vasi sanguigni e aumentando il rischio di disturbi cardiovascolari. Anche le infiammazioni gengivali non immediatamente visibili, la scarsa

igiene orale e gli accumuli di placca comportano rischi di malattie gengivali. I batteri possono anche penetrare nel flusso sanguigno causando elevati livelli di proteina C-reattiva, marcatore di infiammazioni dei vasi sanguigni, potrebbero così aumentare i rischi di disturbi cardiaci e ictus.

L'American Association of Periodontology (AAP) sostiene che le malattie gengivali (anche nei primi stadi) sono caratterizzate da: gengive arrossate, gonfie e doloranti al tatto; sanguinamento gengivale mentre si mangia, si lavano i denti o si passa il filo interdentale; presenza di pus o altri segni di infezioni intorno a denti e gengive; gengive che sembrano ritirarsi; frequente alitosi o cattivi odori in bocca; denti con mobilità o che sembrano allontanarsi dagli altri denti.

Il cavo orale non va considerato come un sistema isolato; qualsiasi problema, infatti, può avere una ripercussione sullo stato di salute generale. Da qui l'importanza della prevenzione e del trattamento perché, se ci prendiamo cura attivamente della salute delle nostre gengive, contribuiamo allo stesso tempo alla cura del nostro sistema cardiovascolare.

**Dott.ssa Angela Scumaci**  
**Igienista Dentale Casa di Cura CalabroDental**





# HEALTHCARE AND SAFETY



# Dieta ed Endometriosi

**Dott.ssa Hilary Di Sibio**  
Nutrizionista Marrelli Hospital

## Cos'è l'Endometrio?

L'endometrio è una mucosa che ricopre la cavità interna dell'utero, formata da uno strato di epitelio ghiandolare e da mucosa direttamente aderente al miometrio. Durante ogni ciclo mestruale l'endometrio va incontro a modificazioni che possono essere suddivise in tre fasi principali: mestruale, proliferativa e secretiva.

## Cos'è l'Endometriosi?

L'endometriosi è una malattia cronica, complessa, che consiste nell'anomala presenza di endometrio in regioni anatomiche diverse da dove dovrebbe trovarsi e in particolare nelle ovaie, nelle tube, nel peritoneo, nella vagina, nell'intestino provocando una serie di segni e sintomi. L'endometriosi è una delle patologie più frequenti nelle donne in età fertile: secondo i dati forniti dal Ministero della Salute si stima che ne soffrono, solo in Italia, almeno 3 milioni, circa il 10-15%. Nella stragrande maggioranza dei casi si presenta in un'età compresa tra 25 e i 35 anni, anche se non è raro che possa comparire in un'età ancora più precoce. I sintomi dell'endometriosi possono essere generici, tra questi, i più comuni sono:

- dismenorrea: dolore pelvico durante il ciclo mestruale
- dispareunia: dolore durante i rapporti sessuali
- dolore pelvico cronico
- mestruazioni abbondanti
- perdite di sangue fra un flusso e l'altro
- costipazione
- diarrea
- difficoltà a rimanere incinta

## Le regole nutrizionali da seguire per la gestione dell'Endometriosi

Le ricerche scientifiche ci mostrano un'evidente connessione tra fattori dietetici e la successiva insorgenza dell'endometriosi e di come i processi fisiologici e patologici della malattia possono essere influenzati dalla dieta. Avendo compreso la natura della patologia, infiammatoria, di conseguenza l'alimentazione specifica per l'endometriosi avrà come primo obiettivo quello di intervenire sulla riduzione dell'infiammazione.

Dalle revisioni in letteratura scientifica, ho ritrovato un articolo dell'aprile del 2013 "Diet and endometriosis risk: a literature review." Questo documento esamina sistematicamente le pubblicazioni precedenti, al fine di identificare i fattori di rischio potenzialmente modificabili. Sono state condotte ricerche complete nei database elettronici MEDLINE, EMBASE e Science Citation Index Expanded per identificare studi pubblicati che valutano l'associazione tra assunzione di cibo (nutrienti e gruppi alimentari) ed endometriosi. Nello specifico, sono stati identificati undici studi: 10 casi-controllo e uno studio di coorte. Le donne con endometriosi sembrano consumare meno verdure e acidi grassi polinsaturi omega-3 e più carne rossa, caffè e grassi trans, ma questi risultati non possono essere replicati in modo coerente. Quello che è certo è che sono necessari numerosi studi per chiarire il ruolo della dieta sul rischio e la progressione dell'endometriosi. La scienza, inoltre, ci evidenzia che un aumentato consumo di fibre nella dieta aiuta la digestione ed il buon funzionamento dell'intestino (regola l'intestino e la salute intestinale, in generale). Sappiamo che l'intestino sia un potentissimo *sistema di difesa*: ne conviene che interverremo nel modo corretto andando a preservare tale organo. L'aumentato consumo di fibre determina una riduzione degli estrogeni circolanti nel sangue con un minore impatto sui tessuti estrogeno dipendenti.

Si consiglia di aumentare le fibre sino al 20 - 30% nei pasti pertanto aumentare il consumo di:

- Verdure: contengono moltissime fibre e puliscono l'organismo, sono antiossidanti
- Cereali integrali: meglio se con poco glutine, abbassano il picco glicemico e contengono molte fibre
- Legumi: contengono proteine e carboidrati e non contengono glutine
- Frutta: è piena di vitamine e fibre
- Semi Oleosi: per il loro alto contenuto di Omega 3 e ferro.

Un aumentato consumo di acidi grassi omega 3 promuove la produzione della prostaglandina PGE1 che riduce il livello di infiammazione addominale determinato dalla endometriosi. Si consiglia un incremento di consumo nella dieta di:



"L'endometriosi è una malattia cronica, complessa, che consiste nell'anomala presenza di endometrio in regioni anatomiche diverse da dove dovrebbe trovarsi e in particolare nelle ovaie, nelle tube..."



- Pesce azzurro
- Salmone e tonno
- Olio di Oliva
- Frutta secca: noci, noci pecan, mandorle, anacardi...
- Avocado
- Semi: chia, di girasole, di zucca e di lino

#### **Cosa ridurre?**

- Carne: la carne rossa è da ridurre al minimo, va preferita la carne bianca di origine e allevamento controllato
- Latticini: sono concessi ma è bene ridurli al minimo per la presenza di caseina e lattosio
- Glutine: sebbene non sia da eliminare completamente, è bene assumerlo quando presente ma da farine integrali e grezze.

#### **Cosa Evitare?**

- Alimenti industriali: merendine, patatine, barrette, biscotti, bevande zuccherate, prodotti confezionati
- Alcool
- Caffaina

- Prodotti caseari di origine animale di allevamento non controllato: per il loro alto contenuto di ormoni e antibiotici
- Prodotti contenenti soia: (salsa di soia, tofu, seitan, edamame) per il loro contenuto di fitoestrogeni
- Farine bianche e prodotti da forno raffinati
- Grassi saturi
- Zucchero bianco
- Dolci altamente zuccherini
- Avena e segale per il loro alto contenuto di estrogeni

#### **Integratori e Nutrienti fondamentali?**

Esistono componenti essenziali che aiutano notevolmente la riduzione della malattia. Questi componenti sono talvolta difficili da trovare in alta concentrazione nei cibi. Esistono tuttavia integratori contenenti i seguenti componenti:

- Vitamina D
- Omega 3
- Curcuma
- Quercetina

È più di  
un semplice disturbo.  
È il percorso verso  
la tua pace interiore.

Molte persone, specialmente dopo una certa età, decidono di rassegnarsi e convivere con il proprio dolore, a volte anche scegliendo di rimanere fermi su una sedia a rotelle oppure facendosi aiutare da un bastone.

Noi possiamo aiutarti!  
Grazie ai nostri specialisti siamo in grado di diagnosticare, localizzare e curare l'origine del tuo dolore osseo.

La struttura complessa di **Ortopedia del MARRELLI HOSPITAL** garantisce tutti i trattamenti ortopedici ai pazienti come la chirurgia della mano, gomito, spalla, anca, arti inferiori con tecniche mininvasive e tradizionali.

Non facciamo semplicemente Ortopedia, la nostra missione è rimetterti in movimento!

Prenota la tua visita:

**REPARTO DI  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**



+39 0962 96 01 01



+39 334 64 12 283

MARRELLI HOSPITAL VIA GIOACCHINO DA FIORE, 5 [www.marrellihospital.it](http://www.marrellihospital.it)





# Epidemia "Diabesità"



Il diabete mellito è una malattia dismetabolica caratterizzata da iperglicemia cronica, ovvero un aumento nel sangue dei livelli di glucosio, determinata da un deficit della quantità e, spesso, anche dell'azione biologica dell'insulina, ormone prodotto dalla componente endocrina del pancreas.

Si tratta di una malattia ad alto impatto medico e sociale, tale da esser stata definita "la grande epidemia del nostro secolo" alla luce del suo drammatico incremento in termini di prevalenza e delle temibili

complicanze ad essa associate.

Infatti, secondo i dati forniti dell'IDF (International Diabetes Federation), nel mondo si stimano oltre 530 milioni di adulti con diabete, numero destinato ad aumentare a 640 milioni nel 2030.

La situazione italiana segue la tendenza globale in quanto risultano essere circa 4 milioni gli individui diabetici correttamente diagnosticati, ma oltre 1 milione sarebbero i soggetti affetti in maniera misconosciuta. Infine, è importante sottolineare che la prevalenza del

diabete è quasi raddoppiata in trent'anni e ciò è dovuto a molteplici fattori come l'invecchiamento della popolazione generale, l'aumento del numero delle diagnosi e la minore mortalità dei pazienti, grazie alla disponibilità di cure sempre più tempestive ed efficaci per la gestione cronica dell'iperglicemia e del danno d'organo correlato. Considerate queste premesse, risulta chiaro il perché la patologia diabetica debba rappresentare una priorità di salute pubblica per tutti i sistemi sanitari. Come se non bastasse, all'imponente peso clinico e assistenziale del diabete si affiancano i critici dati epidemiologici dell'obesità, uno dei fattori di rischio principali per lo sviluppo della stessa malattia (nella fattispecie si fa riferimento al diabete mellito di tipo 2). In Italia, infatti, 3 adulti su 10 sono in sovrappeso, mentre più di 1 su 10 è francamente obeso; complessivamente, quasi la metà della popolazione italiana (43%) si trova in una condizione di eccesso ponderale. Un fenomeno dilagante per il quale l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha coniato il neologismo "diabesità" per indicare la stretta associazione clinica ed eziopatologica, che lega l'obesità al diabete, in cui una condizione concorre al peggioramento dell'altra in un circolo vizioso. Tale concatenazione morbosa è facilmente comprensibile dalla stima dell'OMS secondo cui l'obesità sottenderebbe il 58% dei casi di diabete nel nostro paese. Dunque, oltre la metà delle attuali diagnosi di diabete

potrebbero essere prevenute (prevenzione primaria) trattando precocemente ed efficacemente l'obesità. In aggiunta, è necessario ricordare che la riduzione del peso assume un ruolo centrale anche nella storia della malattia diabetica, in quanto il calo ponderale può influenzare positivamente il decorso clinico, comportando un tangibile miglioramento dell'assetto glicometabolico (talvolta fino alla remissione clinica, se ottenuto entro un anno dalla diagnosi) e delle eventuali comorbidità associate. Per questi motivi, la gestione clinica dell'eccesso ponderale non è un mero requisito accessorio in tema di prevenzione e cura del diabete, bensì caposaldo imprescindibile di un percorso terapeutico integrato ed olistico.

Le modifiche dello stile di vita (educazione alimentare ed esercizio fisico strutturato) rappresentano la prima linea di intervento, tuttavia, qualora risultassero inefficaci, oggi si ha la possibilità di offrire al paziente ulteriori chance terapeutiche, per merito dei progressi compiuti dalla ricerca farmacologica (GLP1-agonisti recettoriali da un lato, multi-agonisti recettoriali dall'altro) e dalle tecniche di chirurgia metabolica, le quali consentono di guardare con grande ottimismo e speranza al trattamento complesso e multidimensionale della diabesità.

**Dott.ssa Vera Tocci**  
**Endocrinologa e Diabetologa Marrelli Hospital**

## I sintomi del diabete



Sete  
eccessiva



Fame  
continua



Disturbi  
sessuali



Perdita  
di peso  
(d. tipo 1)



Rallentamento  
guarigione  
ferite



Minzione  
frequente



Alterazioni  
sensibilità



Stanchezza



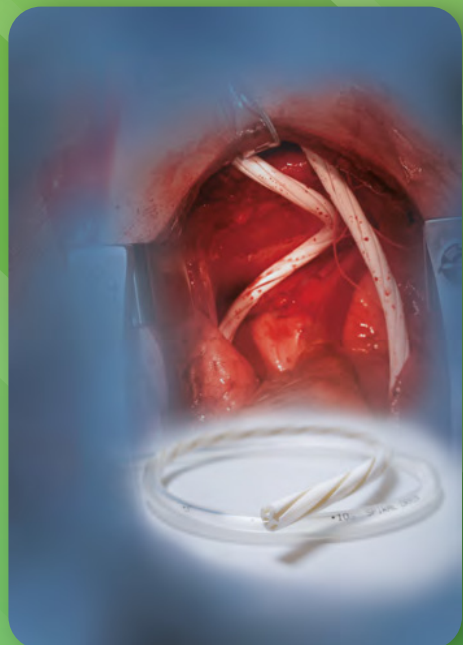
Visione  
offuscata





# REDAX®

dall'esperienza, le nuove tecnologie del drenaggio



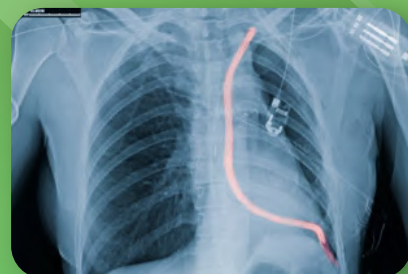
## KARDIA SPIRAL

*Drena in ogni posizione grazie al design unico a spirale.*

*Migliora l'efficienza del drenaggio senza rischi di occlusione.*

*Permette di utilizzare diametri inferiori rispetto ai cateteri tradizionali.*

*Ideale nella ministernotomia e negli interventi di video toracoscopia.*



## SISTEMA A CIRCUITO CHIUSO SILICONE

*Bulbo di silicone di grado medicale, biocompatibile, trombo-resistente*

*Disponibili con diversa capacità: 100, 200, 400 ml.*



## P-Eggy drain



Kit drenaggio ad alto vuoto:

Sistema di aspirazione ad alto vuoto: dispositivo drenante costituito da un flacone rigido (600 ml) dove è stato creato alto vuoto con procedimento industriale



[info@orthomed srl.it](mailto:info@orthomed srl.it)

[www.orthomed srl.it](http://www.orthomed srl.it)

rivenditore autorizzato per la Regione Calabria - Orthomed S.r.l.

# Sindrome di Wendy

Una persona con “sindrome di Wendy”, o cosiddetta “crocerossina”, basa tutta la sua esistenza sulla cura dell'altro. È convinta che, solo grazie al suo spirito di sacrificio, una qualsiasi relazione (con fratelli/sorelle, genitori, figli, partner, etc.) possa andare avanti e che, qualora si sottraesse a questo impegno, rischierebbe di essere abbandonata e rifiutata. Vive di gratificazione riflessa: si sente soddisfatta e contenta solo nel vedere un'altra persona gioire per qualcosa che lei stessa ha fatto.

Dal momento che le donne sono più predisposte alla cura, all'ascolto, all'aiuto e al sacrificio ne sono maggiormente colpite rispetto agli uomini, anche se quest'ultimi non ne sono immuni.

La sindrome di Wendy deriva dalla favola di Peter Pan dello scrittore J.M. Barrie: Wendy Darling è una bambina di 10 anni che, a causa delle complicate condizioni di vita, viene “adultizzata” dalla sua famiglia. È costretta, sin dalla tenera età, ad occuparsi dei suoi fratelli, ad accompagnare Peter Pan nelle peripezie dell'Isola che non c'è e a diventare la mamma accudente di tutti i bambini sperduti. Wendy non si oppone mai a questo mandato, anzi, lo accetta volontariamente, mostrandosi entusiasta.

Un individuo, che soffre di questo tipo di sindrome, si mostra particolarmente accudente, premuroso, protettivo e attento alla soddisfazione del bisogno altrui anche a discapito di se stesso. Perde la propria autostima per “amore” dell'altro. Si sostituisce in tutto e per tutto al partner, sacrificando la propria vita e i propri spazi.

Tale immolazione nasce dalla convinzione di base che lui stesso esisterà fino a che ci sarà qualcuno da curare e che, se l'altro verrà aiutato, si sentirà meglio e a sua volta gli sarà riconoscente e l'amerà.

L'altro diventa così oggetto d'amore incondizionato e viene idealizzato, aiutato e soccorso, a discapito del proprio benessere. La sua identità è caratterizzata da sfiducia in se stesso e continuo bisogno del consenso altrui. Trova una conferma di sé, sentendosi utile per l'altro.

Ha una personalità dipendente e possiede la costante paura di essere abbandonato e rifiutato. È convinto che ricevere amore non sia gratuito, ma vada meritato e conquistato.

Tende ad evitare il litigio e il conflitto, negando emozioni quali la rabbia e l'irritazione per paura di perdere l'approvazione degli altri.

Poiché una persona, affetta da questa sindrome, può esistere solo se c'è qualcun altro da accudire, seleziona partner bisognosi, inafferrabili o problematici con i quali instaurare una relazione complicata sin da subito. Ad esempio, una donna “crocerossina” sceglie uomini malati, depressi, con dipendenze patologiche (alcol, droghe, gioco, etc.) e/o immaturi (l'eterno Peter Pan) e, nei casi più gravi, narcisisti patologici molto abili nel cogliere la sua propensione inconscia e nel sfruttarla per il proprio tornaconto.

Solitamente in un rapporto sentimentale corre il rischio di risultare scontata agli occhi del partner, oppressiva e frustrata.

Questa sindrome nasconde, in realtà, grandi insicurezze e un bisogno non confessato di essere curata. L'altro diventa un mezzo per colmare il vuoto affettivo ed esistenziale che si porta dentro. Infatti il suo aiuto non è mosso da un reale spirito di accudimento, dal momento che una guarigione significherebbe tornare a sentirsi inutile. Ad esempio, una relazione con un dipendente patologico non si risolve mai grazie al suo sacrificio, ma si conclude quando il partner decide di curarsi seriamente recuperando la propria autonomia. In questi casi, se la “crocerossina” non si sottopone ad un proprio lavoro di crescita personale, difficilmente vedrà il rapporto funzionare perché la guarigione dell'altro ha reso inutile il suo ruolo.

Le cause legate a questa sindrome vanno ricercate nell'infanzia, nella personalità, nello stile di vita, nell'educazione ricevuta, nei bisogni e nelle circostanze della vita attuale.

In generale, chi soffre della sindrome di Wendy, ha avuto delle figure genitoriali precarie e da piccola è stata costretta ad assumersi le responsabilità degli adulti. Infatti, in molti casi, è cresciuta all'interno di una famiglia con genitori immaturi o problematici, dovendo fare da genitore ai genitori stessi, oltre che ai fratelli e alle sorelle. Esistono anche situazioni in cui è stata obbligata a prendere il posto del capofamiglia completamente assente.

Si tratta, perciò, di una bambina “adultizzata” prima di aver sviluppato un'adeguata maturità affettiva e che,



**Dott.ssa Grazia Fabiano**  
**Psicologa Psicoterapeuta Marrelli Hospital**

nella vita adulta, ha, inconsapevolmente, riproposto lo stesso atteggiamento relazionale vissuto nel periodo infantile all'interno della famiglia d'origine. Un'altra causa è l'iperprotezione dal momento che favorisce il blocco dell'autonomia e dell'indipendenza. Per liberarsi da questi comportamenti tossici è necessario, innanzitutto, prenderne coscienza. Questo è il primo passo verso il cambiamento. Di sicuro non si tratta di una consapevolezza e di una trasformazione da raggiungere da sola. La psicoterapia rappresenta una possibile soluzione. Un percorso terapeutico può essere utile a rintracciare l'origine della convinzione che l'amore abbia un prezzo e vada guadagnato con rinunce; a far capire che l'amore non è sacrificio, ma uno scambio relazionale in cui entrambi i soggetti coinvolti danno e ricevono per stare bene; ad imparare a perdonarsi; ad eliminare i sensi di colpa; a favorire l'aumento dell'autostima, il ritrovamento della sicurezza e della fiducia in se stessa, l'ascolto dei propri bisogni per ritornare ad essere la protagonista principale della propria vita; ad imparare ad affrontare la separazione al fine di auto-affermarsi.



# o della Crocerossina

# Sindrome

La sindrome del tunnel carpale è una patologia della mano molto frequente, prende il nome dal distretto anatomico in cui il nervo mediano viene compresso ovvero il “tunnel carpale”, un canale del polso in cui passano il nervo mediano e i nove tendini flessori delle dita che vanno dall'avambraccio alla mano. Qualsiasi causa che provochi l'aumento di pressione sul nervo e il suo schiacciamento sono all'origine di questa sindrome.

Il canale carpale può essere rappresentato come un tunnel la cui concavità palmare è formata dalle ossa carpali mentre il tetto di questo tunnel è costituito da un robusto legamento che prende il nome di legamento trasverso del carpo.

Una volta descritto il tunnel in cui passa il nervo bisogna capire il perchè dei disturbi di questa sindrome.

Il nervo mediano è un nervo periferico che a livello della mano termina con fibre sensitive e con fibre motorie. La branca palmare digitale del nervo mediano passa nel canale del carpo e con le sue fibre



## DEL TUNNEL CARPALE

sensitive innerva la superficie palmare di pollice, indice, medio, parte dell'anulare e la superficie dorsale della punta di pollice, indice e medio. Una porzione di questa branca possiede fibre motorie che innervano i muscoli lombricali della mano.

La branca ricorrente del nervo mediano, anch'essa passante nel tunnel carpale, ha solo fibre motorie e innerva i muscoli della mano che si trovano dal lato del pollice (eminenza thenar).

Dopo questo richiamo anatomico dovremmo capire meglio il perché dei sintomi, primo tra gli altri il formicolio che è caratteristicamente avvertito alle prime tre dita della mano (pollice indice medio) e alla parte laterale dell'anulare.

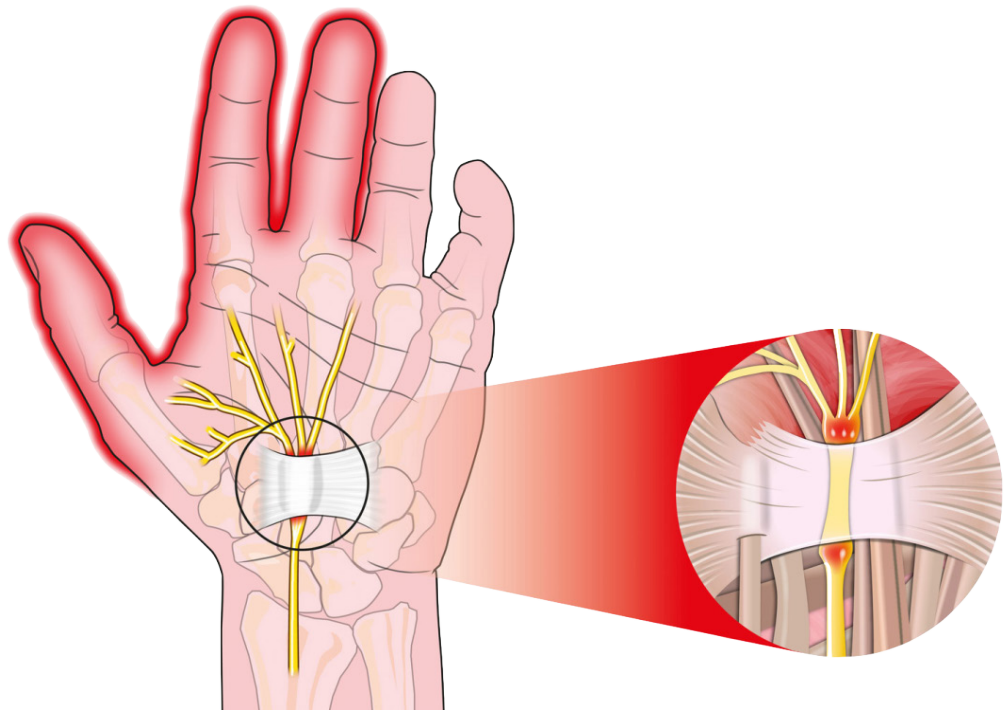
La sintomatologia inizialmente è prevalentemente notturna, in seguito diventa continua, fino alla perdita della sensibilità delle dita coinvolte. Può comparire dolore trafittivo o che si irradia all'avambraccio.

Con l'aggravarsi della sofferenza nervosa vengono coinvolte anche le fibre motorie fino alla diminuzione della forza dei muscoli innervati dal nervo mediano rendendo difficile il movimento di pinza tra indice e pollice fino a non permettere di trattenere un foglio tra queste due dita. Nei casi gravi anche la mano cambia aspetto riducendosi il tono dei muscoli dell'eminenza thenar. Questa parte della mano, che va dalla base del pollice al polso risulta ridotta e appiattita rispetto a una mano sana.

La diagnosi di sindrome del tunnel carpale è prevalentemente clinica supportata dalla conferma strumentale dell'elettromiografia. Questo esame studia la velocità di conduzione dei nervi, che risulta ridotta in caso di nervo sofferente.

Si parla spesso di patologie lavorative per quanto riguarda i disturbi associati alle dita e alle mani. Esistono davvero questi fattori di rischio? La risposta





è sicuramente sì ma ricordiamo che nella maggior parte dei casi non si individua una causa certa di sviluppo della sindrome del tunnel carpale. I fattori predisponenti possono essere, come abbiamo accennato, i microtraumi associati ad alcune attività manuali specialmente se ripetitive e di lunga durata o i traumi maggiori e le fratture di polso.

Anche alcune condizioni cliniche o abitudini di vita sono associate a una maggiore predisposizione verso lo sviluppo di questo disturbo, in particolare il diabete, le malattie reumatiche, le malattie autoimmuni, l'obesità, i fattori ormonali come ipotiroidismo, la gravidanza, la menopausa, il fumo. Il soggetto più colpito sembra essere la donna tra i 45 e i 65 anni.

Ai primi sintomi cosa fare?

Quando compaiono i primi sintomi ci si trova in una fase in cui la principale responsabile è l'infiammazione. La notte inoltre il polso può assumere posizioni flesse per diverse ore in cui lo spazio del tunnel carpale viene ridotto. Insieme al mancato drenaggio dei liquidi dovuti all'immobilità la pressione sul nervo mediano peggiora ulteriormente. Questo il motivo dei sintomi prevalentemente notturni delle prime fasi. Gli antiinfiammatori associati eventualmente a un tutore per mantenere il polso in posizione neutra durante la notte possono essere i primi rimedi efficaci. Vanno inoltre evitate le sovrassollecitazioni del polso e dell'avambraccio per evitare l'infiammazione dei tendini flessori che decorrono nel canale carpale. Anche questa causa infatti pur non essendo ad appannaggio diretto del nervo ne causa sofferenza perché il liquido peritendineo riduce lo spazio a disposizione del nervo mediano. Se i disturbi della fase infiammatoria non passano, peggiorano o diventano persistenti solitamente è necessaria la decompressione chirurgica del canale carpale.

Attraverso un accesso palmare si giunge sul legamento trasverso del carpo che viene sezionato longitudinale liberando il sottostante nervo mediano che appare spesso sofferente, ecchimotico e deformato a clessidra per la compressione subita. Dopo l'intervento il paziente deve da subito riprendere a muovere le dita e anche la ripresa delle attività quotidiane semplici avviene nei pochi giorni a seguire. Attenzione però: le fibre di un nervo sono molto sensibili e quando la compressione perdura da molto tempo le fibre non solo sono sofferenti ma alcune non più recuperabili, per questo motivo il trattamento chirurgico nei casi gravi può non risolvere completamente la sintomatologia.

**Dott.ssa Patrizia Mantelli**  
**Chirurgo Ortopedico Marrelli Hospital**

## L'Importanza Cruciale di una Visita Proctologica Precoce: DALLA GESTIONE DELLE EMORROIDI AL RISCHIO DI PROLASSO EMORROIDARIO



Le emorroidi sono una questione anatomica presente in tutti gli esseri umani. Si tratta di un plesso venoso sottomucoso e sottocutaneo a livello del canale anale. Quando sono sede di complicanze, allora si parla di patologia emorroidaria, che varia moltissimo in termini di gravità. La patologia emorroidaria, che nella fase iniziale delle sue manifestazioni può essere trattata con una banale terapia e dei consigli igienico-comportamentali, può trasformarsi in una condizione più grave, che richiede interventi chirurgici sempre più complessi quanto più aumenta la gravità. Una visita proctologica precoce è fondamentale per individuare e gestire tempestivamente questo problema comune. La patologia emorroidaria si caratterizza dalla dilatazione delle vene del plesso emorroidario e può provocare sintomi sgradevoli come prurito, sanguinamento e dolore durante la defecazione. La loro gestione iniziale prevede spesso terapie conservative, ma la chiave è la diagnosi tempestiva. La visita proctologica, nonostante l'imbarazzo, diventa cruciale in questa fase.

Nel caso in cui le emorroidi non siano trattate adeguatamente, possono evolvere in prolasso emorroidario, una condizione in cui le emorroidi fuoriescono dall'ano, spesso trascinando con se anche la mucosa rettale. Questa fase avanzata può causare dolore cronico, sanguinamento e compromissione della qualità di vita. Un intervento chirurgico diventa

inevitabile per risolvere il prolasso emorroidario.

La chirurgia per il prolasso emorroidario può essere più complessa rispetto alle procedure per le emorroidi iniziali. La diagnosi precoce, dunque, assume un ruolo critico nella prevenzione della progressione della patologia. La scelta dell'intervento chirurgico dipende dalla gravità del prolasso e dalla situazione specifica del paziente. Mentre per un piccolo gavoccio emorroidario può bastare una legatura o una sclerotizzazione, trattamenti ambulatoriali di nessun fastidio, un prolasso emorroidario o mucoemorroidario può comportare ampie resezioni, che si eseguono per via transanale, con necessità di un ricovero ospedaliero ed una convalescenza non sempre piacevole.

In conclusione, una visita proctologica precoce è il pilastro fondamentale per affrontare le emorroidi prima che evolvano in prolasso emorroidario. La consapevolezza dell'importanza di questa fase iniziale può prevenire complicazioni più serie e migliorare la qualità di vita del paziente. Non bisogna sottovalutare i segnali delle emorroidi; un'attenzione tempestiva può fare la differenza tra una gestione conservativa e interventi chirurgici più complessi.

**Dott. Francesco Caruso**  
**Medico Chirurgo Generale Marrelli Hospital**





 **straumann**

**IL TUO SORRISO È  
IL NOSTRO PIÙ  
GRANDE SUCCESSO**

Le persone non sono tutte uguali e nemmeno gli impianti dentali. La ricerca e l'innovazione del design, del materiale e della superficie degli impianti dentali Straumann, nelle mani del tuo dentista, sono importanti per la riuscita del trattamento implantare. Il diabete di tipo 2, il fumo, la radioterapia sono fattori di rischio per il successo dell'intervento. Grazie al tuo dentista puoi trovare la soluzione più adatta a te. Straumann, pioniere dell'implantologia dentale dal 1954.

NUMERO VERDE

 **800 810 500**

Chiama per informazioni sui professionisti più vicini a te.

SCOPRI DI PIÙ





# Precisione stereotassica per ogni anatomia

## Spingersi al di là della pratica stereotassica

I trattamenti stereotassici richiedono il più elevato livello di accuratezza, precisione ed efficienza, che abbiamo combinati in un acceleratore lineare. Versa HD™ consente Radiochirurgia Dinamica ad Alta Definizione (HDRS) offrendo un'assoluta affidabilità in radiochirurgia intra ed extra craniale guidata da una precisione dell'imaging anatomico per una pratica clinica evoluta.

[elekta.com/chooseVersaHD](http://elekta.com/chooseVersaHD)



LADVHD200211

Focus where it matters.

 **Elekta**





**CalabroDental**

Casa di Cura

Giungla del Sorriso

**Odontoiatria Pediatrica**

**andare dal Dentista non è mai stato così divertente!**  
Iniziamo da piccoli un percorso insieme per la cura e la prevenzione delle patologie del cavo orale!



REPARTO DI ORTODONZIA - CALABRODENTAL DI MARRELLIHEALTH | DIR. SAN. DOTT. MASSIMILIANO AMANTEA | DIR. SAN. AMB. DOTT.SSA MARIA RITA VETRANO

Seguici sul nostro sito [calabrodental.it](http://calabrodental.it) o sui nostri profili social



Calabrodental





# LA CARIE

## Prevenirla e Curarla

La carie è una malattia infettiva ad eziologia multifattoriale a carattere cronico-degenerativo dei tessuti duri degli elementi dentari.

Alcuni batteri presenti nel cavo orale (come *Streptococcus mutans* e *Lactobacillus*) producono sostanze acide a partire dagli zuccheri presenti negli alimenti. L'azione fermentativa operata dai batteri presenti nella placca mucobatterica sui residui alimentari innesca il processo che porta alla distruzione del tessuto dentale.

Questo processo inizia dallo smalto del dente, nelle aree dove la placca batterica ristagna più facilmente, provocando una demineralizzazione e disgregazione del tessuto dentario (carie dentale superficiale). La progressione di tale tipo di degenerazione determina l'estensione della carie in profondità, con interessamento della dentina (carie dentale profonda), fino ad arrivare alla camera interna del dente, dove è contenuto l'organo biologico dal quale dipende, tra l'altro, la sensibilità agli stimoli: la polpa dentaria.

Il trattamento della carie prevede la rimozione del tessuto dentale cariato, il ripristino della funzionalità e dell'estetica. Ciò avviene mediante un'operazione di restauro del dente da parte dell'odontoiatra effettuata direttamente all'interno del cavo orale del paziente, oppure mediante la realizzazione di manufatti protesici applicati all'elemento dentario compromesso. Nel caso in cui la carie progredisca fino ad arrivare alla polpa dentaria, è necessario far precedere al restauro un trattamento endodontico, comunemente conosciuto come devitalizzazione del dente.

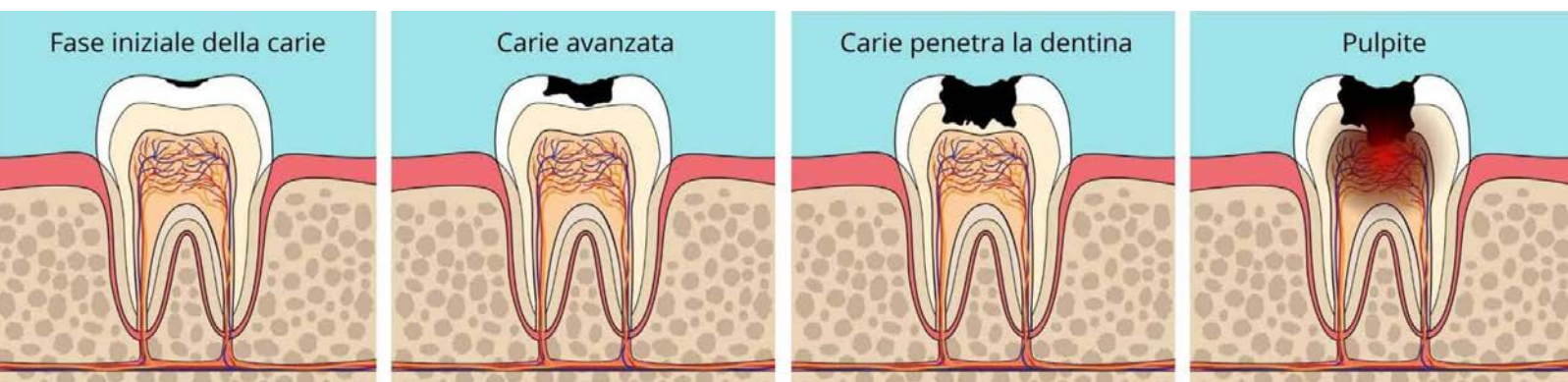
Dai dati pubblicati dal sito internet EpiCentro,



afferre all'Istituto Superiore di Sanità, le carie dentali sono ancora oggi uno dei maggiori problemi sanitari nei paesi industrializzati, interessando dal 60 al 90 per cento dei bambini in età scolare e la maggior parte degli adulti.

La prevenzione è importante al fine di ridurre l'incidenza della carie. Una corretta igiene orale domiciliare, una dieta equilibrata, periodiche visite di controllo e sedute di igiene orale professionale dal proprio odontoiatra o dall'igienista dentale sono fondamentali per prevenire l'insorgenza di una carie.

**Dott. Cristian Manfredi**  
**Odontoiatra Casa di Cura CalabroDental**







DIRETTORE SANITARIO DOTT. MASSIMILIANO AMANTEA


# one day check up . day

La prevenzione è alla base di un nuovo modo di concepire la salute: per questa ragione il **Marrelli Hospital One Day Check Up** è il programma di prevenzione specifico per l'Uomo e la Donna, studiato per monitorare lo stato di salute e benessere.

Le prestazioni contenute nel pacchetto sono **specifiche e non invasive** e consentono di individuare eventuali fattori di rischio e sintomi precoci per diverse patologie e di **valutare lo stato di salute globale del Paziente**.

Si tratta quindi non solo di un **programma di prevenzione**, ma anche di una importante e buona abitudine per prendersi cura di se e della propria salute.

Il Paziente sarà accolto in struttura avendo a disposizione una sistemazione assolutamente riservata. Avrà a disposizione una **camera singola con servizi plus**, un'esperienza che renderà meno preoccupante il percorso clinico della Persona, che si svolgerà in una sola giornata. Le stanze del Marrelli Hospital sono state pensate e adibite per far sentire il Paziente al centro della struttura, nell'ottica di seguire quel concetto di Medicina Umanizzata, che da sempre contraddistingue anche tutto il personale sanitario.

-  TAMPONE RAPIDO COVID 19
-  ESAMI DEL SANGUE DI ROUTINE
-  ESAME COMPLETO URINE
-  RICERCA SANGUE OCCULTO NELLE FECI
-  PSA REFLEX
-  TSH REFLEX
-  RX TORACE
-  ELETTROCARDIOGRAMMA
-  ECOGRAFIA URO GENITALE
-  MOC
-  VISITA MEDICA ANAMNESTICA CONCLUSIVA

## SERVIZI PLUS

-  TV PERSONALE
-  BAGNO PERSONALE
-  WI-FI DEDICATA
-  RIVISTE FIORI
-  BAR CAFFETTERIA
-  MEDICO 24 H
-  SERVIZIO BARBER
-  SERVIZI RELIGIOSI
-  SERVIZIO RISTORANTE



# Ortodonzia PreChirurgica

Le malocclusioni dentali possono avere una eziologia di tipo esclusivamente dentale, esclusivamente scheletrico o nella maggior parte dei casi di tipo misto.

Le malocclusioni scheletriche sono determinate da una crescita disarmonica tra le basi ossee coinvolte: mascella e mandibola. La loro risoluzione quindi si ha con l'armonizzazione della loro crescita.

In età pediatrica o tardo adolescenziale tali malocclusioni vengono affrontate mediante dispositivi fissi o mobili. Lo scopo di tali dispositivi è quello di accelerare o rallentare la crescita della mascella e/o della mandibola, oppure quello di aumentare le dimensioni trasversali dell'osso mascellare. Tali dispositivi vengono utilizzati precedentemente o contemporaneamente ad una terapia fissa, solitamente di tipo tradizionale.

L'opportunità di condizionare la crescita scheletrica di un individuo si arresta a fine crescita. Questo poiché una volta che le suture cranio facciali si sono ossificate risulta impossibile condizionarne le dimensioni. Nel caso in cui le malocclusioni scheletriche

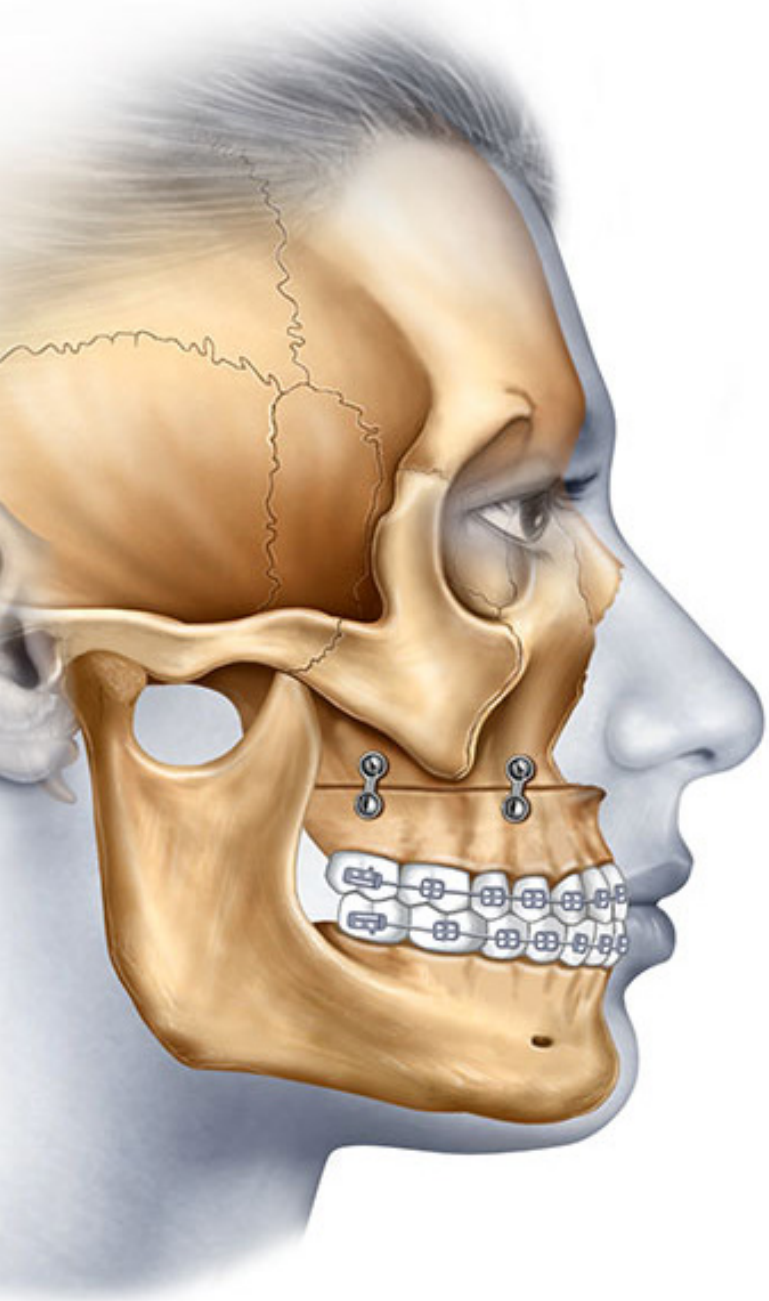
siano di entità lieve e moderata si procede con la cosiddetta terapia di camouflage. In questi casi viene fatta una valutazione sulla possibilità o meno di eseguire tale tipo di terapia. Tale valutazione in passato teneva esclusivamente conto di parametri dentali, ovvero della possibilità o meno di migliorare la funzione e la micro estetica del volto. Oggi invece si tende a fare delle valutazioni più ampie, che tengono conto anche del miglioramento macro estetico che può avere il paziente a seguito di un intervento di chirurgia ortognatica.

Nei casi di disgnazie scheletriche gravi si propone immediatamente al paziente un trattamento combinato di ortodonzia e chirurgia ortognatica.

In tal caso gli obiettivi del trattamento ortodontico cambiano radicalmente rispetto a quelli che sono gli obiettivi tradizionali. Occorre anche sottolineare che per la buona riuscita di tali trattamenti è fondamentale lavorare sin dall'inizio in stretta connessione con il chirurgo che si occuperà di eseguire l'intervento. Questo poiché in questi trattamenti è lui il regista di tutta







l'operazione.

Una volta stabilito che il percorso più adatto per il paziente è quello ortognatico, si deve eseguire una valutazione da parte di entrambi i professionisti coinvolti in questo trattamento: Ortodontista e Chirurgo Ortognatico.

Oltre agli esami diagnostici classici (foto intra ed extra orali, impronte e/o scansione, ortopantomografia e teleradiografia laterale del cranio) in questi casi deve essere sempre eseguita una TAC del cranio a volume intero. Fatte tutte le opportune valutazioni e pianificato l'intervento da un punto di vista ortognatico, inizia a la fase ortodontica. Questa fase, a differenza di ciò che avviene praticamente in tutti i trattamenti, non

prevede la correzione della malocclusione ma prevede una sua decompensazione. Quando siamo di fronte ad una malocclusione scheletrica la posizione che i denti tenderanno ad assumere sarà quella di maggior compenso possibile della malocclusione stessa. Questo poiché intervengono dei processi fisiologici che tendono a mantenere le funzioni dell'apparato stomatognatico il più efficienti possibile. Pertanto il paziente nella prima fase del trattamento ortodontico chirurgico vedrà un effettivo peggioramento sia della sua estetica che della sua funzione. Questa fase può essere saltata nel caso in cui si preferisca eseguire un approccio surgery first. In tal caso viene eseguito dapprima l'intervento ortognatico per la correzione delle basi ossee e successivamente il trattamento ortodontico per posizionare correttamente i denti in base a quella che è la loro nuova posizione.

I vantaggi di tale tipo di trattamento consistono in una riduzione del tempo effettivo di cura e in un minor disagio generale per il paziente. Infatti questo approccio annulla le visite di controllo intermedie col chirurgo maxillo-facciale e consente di correggere immediatamente quello che è il disagio principale del paziente, vale a dire quello scheletrico.

Nell'approccio classico viene eseguita: ortodonzia pre-chirurgica, intervento ortognatico, ortodonzia post chirurgica di rifinitura.

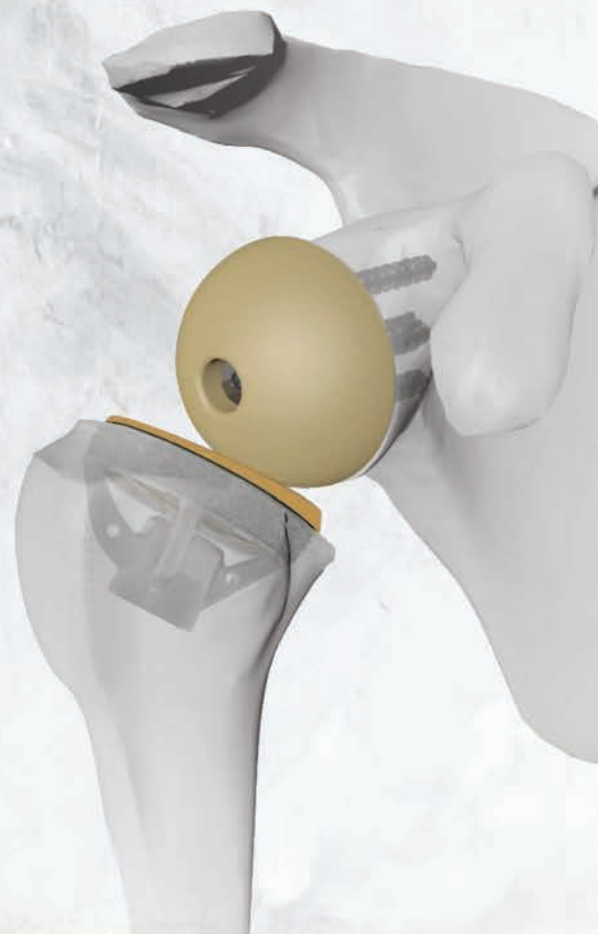
Tali trattamenti risultano essere nella maggior parte dei casi risolutivi. Per il paziente il miglioramento risulta essere sostanziale dal punto di vista funzionale, micro estetico e macro estetico, donando spesso una nuova vita al paziente stesso.



**Dott. Salvatore Sansalone**  
**Ortodontista Casa di Cura CalabroDental**



permedica  
ORTHOPAEDICS





# PERDERE PESO, NON È SOLO MANCANZA DI VOLONTÀ...

Molte persone hanno predisposizioni genetiche che gli impediscono di avere il fisico che hanno sempre sognato!

A volte, la Chirurgia Bariatrica è l'unica soluzione per far sì che ciò accada, per questo la nostra équipe è pronta a guidarti nel tuo percorso!

## CHIRURGIA BARIATRICA



### PERCORSO OBESITÀ | PRIMA FASE PRE-OPERATORIO

- PRIMA VISITA CON NUTRIZIONISTA
- CONSULTO CON NUTRIZIONISTA FINO A N°5 SEDUTE
- CONSULTO CON PSICOLOGA FINO A N°3 SEDUTE
- GASTROSCOPIA
- VISITA GASTROENTEROLOGICA
- ESAMI DI LABORATORIO COMPLETI
- PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA
- VISITA CONTROLLO ENDOCRINOLOGICO PRE INTERVENTO
- ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
- VISITA PNEUMOLOGICA + SPIROMETRIA
- POLISONNOGRAFIA

### PERCORSO OBESITÀ | SECONDA FASE POST-OPERATORIO

- CONSULTO CON PSICOLOGA FINO A N° 3
- CONSULTO CON NUTRIZIONISTA FINO A N°3 SEDUTE
- VISITA ENDOCRINOLOGICA
- ESAMI DI LABORATORIO DI CONTROLLO
- RX TUBO DIGERENTE

**MARRELLI HOSPITAL** VIA GIOACCHINO DA FIORE, 5 [www.marrellihospital.it](http://www.marrellihospital.it)  
DIRETTORE SANITARIO DOTT. MASSIMILIANO AMANTEA



+39 0962 96 01 01



+39 334 64 12 283



# Evoluzione

Il tumore resta una delle principali cause di morte a livello mondiale. Fortunatamente, negli ultimi anni sono stati compiuti notevoli progressi verso lo sviluppo di trattamenti per la cura del cancro. Di conseguenza, quando esso viene diagnosticato, le modalità di trattamento disponibili sono diverse e comprendono radioterapia a fasci esterni (EBRT) con fotoni ad alta energia, adroterapia, chirurgia, chemioterapia, immunoterapia e terapia ormonale. Tra tutte le tecniche curative o palliative, la radioterapia con fotoni è considerata una componente importante nel trattamento del cancro, sia perché risulta essere la tecnica più diffusa nel mondo grazie ai numerosi studi che sono stati portati avanti sin dalla scoperta delle radiazioni ionizzanti e ai conseguenti risultati sperimentali, sia perché è possibile trattare tumori profondi con energie tali da consentire l'installazione di acceleratori lineari (LINAC) compatti e quindi di facile gestione nell'ambito ospedaliero. Quindi, la radioterapia con fotoni si identifica come una tecnica consolidata per trattare i tumori profondi, consentendo di irradiare il volume tumorale con fasci esterni di radiazione ionizzante, impedendo alle cellule tumorali di dividersi e crescere, rallentando o arrestando così la crescita del tumore, e riducendo al minimo il danno biologico ai tessuti sani al di fuori della zona da trattare.

La qualità di un trattamento radioterapico dipende dalla possibilità di massimizzare la probabilità di controllo del tumore minimizzando la probabilità di complicanze dei tessuti sani. Fondamentale così risulta essere il calcolo della distribuzione di dose all'interno del volume da trattare, rendendo necessaria la pianificazione e la simulazione del trattamento prima di erogare i fasci di radiazione al tumore. Questo processo è chiamato "Pianificazione del Trattamento". Quando si pianifica un trattamento radioterapico bisogna innanzitutto stabilire quali sono la sede della neoplasia, il volume della neoplasia e gli organi sani interessati durante il trattamento. Per definire questi volumi sul paziente, il Medico Radioterapista sfrutta l'immagine TC acquisita durante la definizione della posizione che il paziente dovrà assumere durante il trattamento. Una volta definito il volume da trattare sulla TC, il Fisico Medico passa al calcolo della dose tramite il Sistema di Pianificazione del Trattamento



(TPS), un software per la simulazione, definizione e calcolo della dose basato sulla TC del paziente a cui è associata l'informazione relativa alla densità elettronica voxel per voxel e sul modello del fascio del LINAC che erogherà il piano. Esistono numerosi algoritmi di calcolo della dose per un fascio di radiazione in un TPS, ognuno sviluppato con lo scopo comune di modellizzare in modo più accurato possibile lo schema di deposizione dell'energia di un fascio di radiazione prodotto da un LINAC per ottenere la rappresentazione corretta della dose assorbita all'interno del paziente.

Grazie ai progressi nell'hardware e nel software dei computer, nel 1990 si sono registrati cambiamenti fondamentali nell'ambito della pianificazione e dell'erogazione di un trattamento radioterapico. Infatti, questi progressi hanno permesso lo sviluppo





in modo tale da conformarsi a qualsiasi tipo di forma del bersaglio, evitando selettivamente le strutture critiche. In particolare, è stata implementata la Radioterapia a Modulazione di Intensità (IMRT), una forma particolare di Radioterapia tridimensionale che utilizza avanzati programmi computerizzati di pianificazione inversa per calcolare una distribuzione della dose altamente conforme nel volume bersaglio, modulando l'intensità dei fasci di radiazioni provenienti da diverse direzioni. Ciascun fascio è suddiviso in fasci più piccoli, detti segmenti, realizzati con MLC senza cunei, ciascuno con un livello di intensità indipendente, per irradiare tumori con volumi di forma irregolare. In questo modo è possibile migliorare la copertura tumorale con un miglior risparmio dei tessuti sani circostanti.

Infine, l'ultimo sviluppo tecnologico ha portato all'introduzione della tecnica VMAT, Volumetric Modulated Arc Therapy, che consente una rotazione continua dell'acceleratore durante l'irradiazione, invece delle posizioni fisse e finite del gantry,

## *del Sistema di Pianificazione*

di sofisticati sistemi di pianificazione tridimensionale, rendendo possibile la conformazione della distribuzione della dose prescritta alla forma del volume del bersaglio, riducendo contemporaneamente al minimo la dose alle strutture normali adiacenti. Di conseguenza si è passati dalla Radioterapia 2D (calcolo della dose su un piano) alla Radioterapia 3D Conformazionale, 3D-CRT. Affinché sia possibile l'erogazione della 3D-CRT, il modo di procedere è quello di implementarla adeguando i contorni della finestra di uscita del fascio incidente alle proiezioni che si definiscono intorno al volume bersaglio tramite il Multi-leaf Collimator, MLC, al variare dell'angolo del gantry. Chiaramente, i fasci di radiazione prodotti in questo modo hanno una intensità uniforme che può essere variata solo utilizzando modificatori del fascio come filtri o cunei di compensazione. Tuttavia, da questo si intuisce che mentre il volume bersaglio può essere coperto integralmente e uniformemente, non esiste alcun meccanismo per evitare selettivamente le strutture critiche. Dunque, con la 3D-CRT possono essere generate solo distribuzioni di dose uniformi per tumori che presentano superfici convesse e che non avvolgono strutture critiche. Il passo successivo è dunque quello di modificare la distribuzione di dose

colpendo così il tumore in tutte le direzioni riducendo ulteriormente il rischio di danni agli organi sani e migliorando la copertura tumorale. Inoltre, l'utilizzo della VMAT consente di diminuire la durata stessa del trattamento rispetto all'IMRT, passando da circa 20 minuti per seduta a 5-10 minuti.



**Dott. Francesco Aquilanti**  
**Primario Radioterapia Marrelli Hospital**

**Dott.ssa Patrizia De Maria**  
**Fisico Medico Marrelli Hospital**

# Al Marrelli Hospital l'endoscopia digestiva del futuro

Il tumore del colon-retto rappresenta il 10% di tutti i tumori diagnosticati nel mondo.

È il 2° più frequente nei maschi (12%) dopo quello della prostata e nelle donne (11,2%) dopo quello della mammella.

Colpisce soprattutto il colon e il retto, più raramente il piccolo intestino.

La maggior parte dei tumori del colon-retto deriva quasi sempre da polipi (adenomi), tumori benigni dovuti alla trasformazione delle cellule della mucosa intestinale normale che impiegano mediamente dai 7 ai 15 anni per trasformarsi in forme maligne.

La rettosigmoidoscopia è attualmente il gold standard per la prevenzione e la diagnosi precoce del cancro colon-rettale in tutto il mondo.

In Italia, grazie soprattutto ai programmi di screening e alla diagnosi precoce, l'incidenza dei tumori del colon-retto e soprattutto la mortalità ad essi dovuta, è in diminuzione in entrambi i sessi.

Nuove tecnologie di recente sviluppo e immissione sul mercato hanno notevolmente contribuito a raggiungere tali risultati.

In particolare, l'implementazione di strumenti di rilevamento assistito e di imaging avanzati, come la piattaforma EVIS X1 di Olympus, rappresenta una vera e propria rivoluzione tecnologica nel panorama dei sistemi per video-endoscopia gastroenterologica capace di spingere l'immagine endoscopica sino ad una risoluzione 4K UHD.

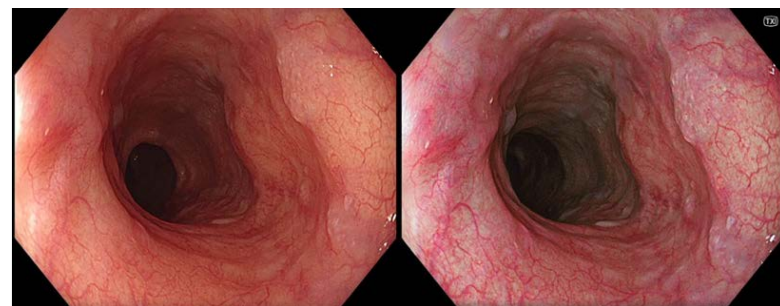
Nello specifico, le funzioni di visualizzazione avanzate sono:

- **TXI (Texture and Color Enhancement Imaging) – La Nuova Luce Bianca**

Questa funzione migliora, enfatizzando se necessario, la luminosità, l'omogeneità del colore e soprattutto la tessitura dell'immagine stessa.

In sintesi, dal punto di vista clinico, questa funzione consente una migliore visualizzazione delle lesioni coloretali comprese quelle piatte o depresse spesso molto piccole e di non facile identificazione.

Quindi contribuisce all'incremento dei tassi di rilevamento di potenziali lesioni.



*luce bianca*

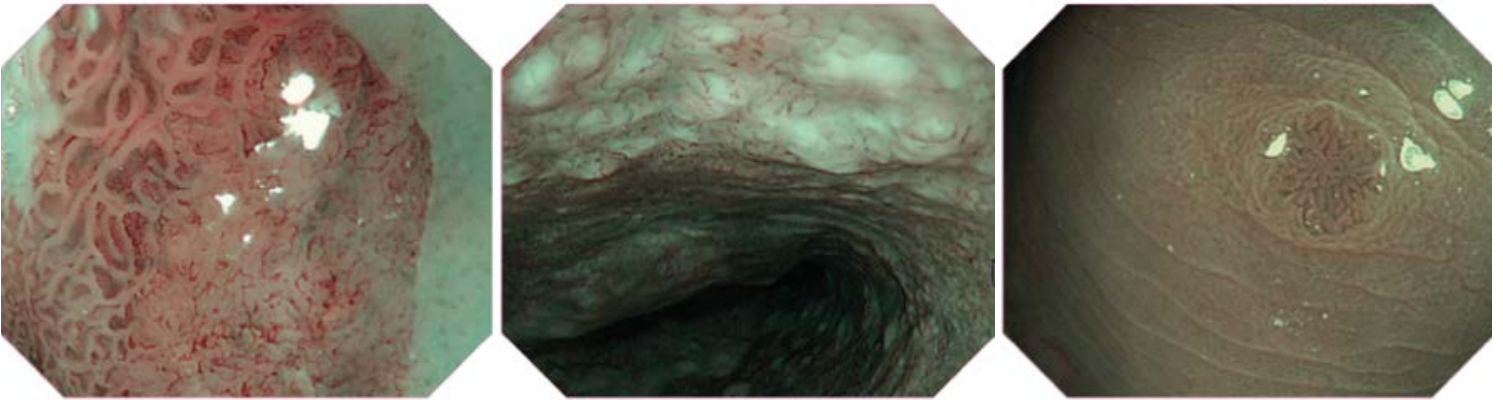
*TXI*

- **NBI (Narrow Band Imaging)**

Migliora la visibilità dei vasi sanguigni e delle strutture mucose premettendo così di evidenziare il pattern vascolare della mucosa rendendo più facilmente visibili aree sospette. In questo modo facilita la diagnosi precoce delle lesioni individuandone i margini.

Questa funzione si è dimostrata molto utile nella diagnosi e nella sorveglianza dell'esofago di Barrett.





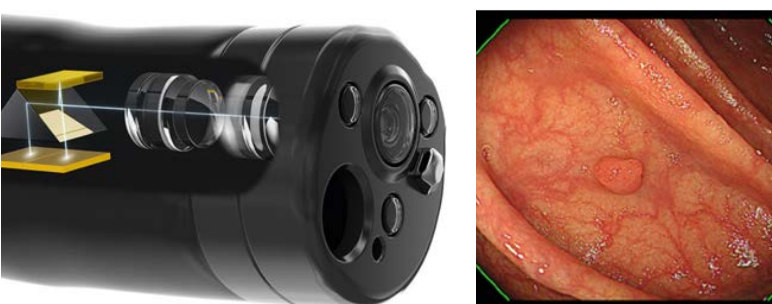
• RDI (Red Dichromatic Imaging)

Aumenta la visibilità dei vasi sanguigni più profondi ed identifica eventuali punti di sanguinamento. Pertanto previene il sanguinamento mostrando i vasi nello strato mucoso più profondo utilizzando un contrasto più forte o aiutando ad identificare i punti precisi di sanguinamento da trattare. Inoltre, in presenza di una copiosa fuoriuscita di sangue vivo, attivando la funzione RDI, il medico ha la possibilità di visualizzare esattamente il punto in cui origina il sanguinamento ed intervenire per effettuare l'emostasi.



• EDOF (Extended Depth of Field) – Piena Messa a Fuoco

Questa funzione consente di ottenere immagini endoscopiche precise grazie ad un'ampia messa a fuoco continua e ad un ingrandimento fluido. Questa migliore visibilità e l'immagine costantemente nitida, agevolano ancor di più l'identificazione di eventuali anomalie della mucosa.



# ...è già una Realtà!

RIEPILOGANDO



La tecnologia TXI offre una migliore visibilità delle lesioni potenziali, pertanto contribuisce all'incremento dei tassi di **rilevamento**.



La tecnologia NBI consente di **caratterizzare** meglio eventuali aree sospette, evidenziandone sia il pattern vascolare che i margini.



La tecnologia RDI aumentando la visibilità dei vasi sanguigni profondi e delle fonti di sanguinamento, consente di raggiungere l'emostasi in modo più semplice e rapido. Quindi migliora e rende più efficace il **trattamento** endoscopico.

**Dott. Vincenzo Mazzuca Mari**  
Gastroenterologo Marrelli Hospital



# Il ginocchio:

La gonalgia (o dolore al ginocchio) è un disturbo molto frequente che può insorgere a qualsiasi età e i fattori scatenanti possono essere molteplici.

È importante fare una valutazione accurata per capire la causa dei sintomi e scegliere il trattamento più adatto: distinguiamo le infiammazioni, le patologie traumatiche e quelle degenerative.

I sintomi sono comuni e si manifestano con dolore (acuto o sordo, costante o meno), diminuzione della funzionalità articolare e gonfiore del ginocchio (che può comparire subito o a distanza di tempo).

Le infiammazioni riguardano prevalentemente i tendini: la più frequente, quella del tendine rotuleo, è la Sindrome del Ginocchio del Saltatore e si manifesta con un intenso dolore localizzato prevalentemente al polo inferiore della rotula o a livello dell'apofisi tibiale anteriore (punto in cui si inserisce il tendine rotuleo sulla tibia). Un'altra patologia infiammatoria, abbastanza frequente in ambito sportivo, interessa la cartilagine tra la superficie della rotula e quella del femore, trattasi della Condropatia Femoro-Rotulea. Due sono le cause principali: le contusioni, che schiacciano la rotula contro il femore (impatto della

rotula contro un avversario o una struttura fissa, pali di una porta, ecc.), o alcune condizioni che possono causare un sovraccarico o un microtraumatismo ripetuto nel tempo.

La terapia per ogni infiammazione consiste nel riposo, nell'assunzione di farmaci e nell'applicazione locale di ghiaccio (cicli di massimo di 15 minuti per non creare problemi di circolo). La fisiokinesiterapia ("kinesis" dal greco "movimento") basata su stretching e potenziamento muscolare, aiuta molto nell'evitare la cronicizzazione degli stati infiammatori. Ruolo importante è determinato dalla prevenzione: è consigliata la sella alta a tutti i ciclisti per evitare un eccessivo sovraccarico e a tutti gli atleti degli "sport di corsa" l'utilizzo di scarpe ammortizzanti.

I traumi possono essere distrattivi (stiramenti muscolari o rotture complete), contusivi (impatto del ginocchio contro strutture rigide) e distorsivi (con lesione dell'apparato capsulo legamentoso o meniscale). La lesione legamentosa classica è quella del Legamento Crociato Anteriore; il ruolo di questo legamento è impedire lo "scassetto" anteriore della tibia sul femore e i movimenti di torsione del



ginocchio. Il movimento per cui si lesiona il legamento crociato è rappresentato da una torsione del femore a tibia ferma (“il calciatore che tenta di girarsi per prendere il pallone ma il piede rimane bloccato per i tacchetti infissi nel terreno”).

La seconda lesione per eccellenza è quella del Legamento Collaterale Interno, diffusa tra gli sciatori: l'atleta avverte la sensazione “come se il ginocchio si aprisse verso l'esterno”.

Il trattamento per ogni trauma distorsivo consiste in alcuni semplici provvedimenti, da attuare subito: applicare del ghiaccio, camminare senza appoggiare l'arto ed assumere antidolorifici. Sarà necessaria l'esecuzione di una radiografia per escludere una concomitante frattura, seppur minima, che possa far variare il trattamento, e dopo qualche settimana una Risonanza Magnetica per valutare meglio la lesione e confermarne la presenza. Una lesione di un legamento collaterale necessita l'immobilizzazione a ginocchio flesso a 30° per almeno un mese; una lesione di un legamento crociato invece un intervento chirurgico di ricostruzione in artroscopia, perché un ginocchio instabile porta micromovimenti tra tibia e femore non fisiologici che danneggiano sempre di più la cartilagine, provocando artrosi.

ammortizzatore meniscale. Non si può guarire da questa malattia ma si può impedire un'ulteriore degradazione della cartilagine, mantenendo tonica la muscolatura con cicli di fisioterapia. La terapia è sintomatica e consiste nell'assunzione di farmaci antidolorifici e nell'infiltrazione di sostanze viscoso e dense (acido ialuronico) all'interno dell'articolazione per ridurre l'attrito determinato dal movimento.

In determinati casi anche le infiltrazioni di fattori di crescita (PRP, platelet rich plasma, dal sangue periferico) o le vere e proprie cellule staminali mesenchimali (cioè dal tessuto adiposo), entrambi prelevati dal paziente stesso, possono dare giovamento. Queste metodiche hanno un potere rigenerativo ma soprattutto un grosso potere antinfiammatorio locale. È importante che il paziente comprenda che il potenziale rigenerativo dipende da vari fattori: è essenziale quindi affidarsi a specialisti che non creino illusioni infondate ma spieghino bene la condizione degenerativa.

Allo stadio ultimo, quando il dolore impedisce lo svolgimento delle normali attività quotidiane, è necessaria la protesi, cioè l'inserimento di un nuovo cuscinetto per evitare che le superfici ossee strofinino, creino dolore ed instabilità. L'ortopedico deve far

## *un'articolazione spesso dolente*

I traumi distorsivi possono provocare anche una rottura meniscale: il dolore che si avverte, e che perdura anche nei giorni e mesi successivi, è una sensazione di puntura sul lato in cui il menisco è danneggiato. La zona in cui il menisco si lesiona non ha il potere di autoripararsi e perciò è necessario l'intervento di pulizia artroscopia: mediante artroscopia si leviga il menisco impedendo che il frammento lesionato possa muoversi nell'articolazione provocando un danno anche alla cartilagine; in lesioni particolari, quando è possibile, il menisco viene suturato, preservandolo e riducendo quindi l'evoluzione del ginocchio ad una condizione di artrosi.

La patologia degenerativa più frequente è l'artrosi: questa è un danno della cartilagine causato prevalentemente da traumi, malallineamenti, eccessivo peso del paziente o perdita del cuscinetto

presente al paziente che si avvicina ad una visita specialistica per un dolore da artrosi che l'intervento di protesi non è un intervento salvavita, ma convivere inutilmente con un dolore, e deambulare di conseguenza scorrettamente non rientra nella prospettiva del “viver sani e a lungo”, viceversa può aggravare lo stato delle articolazioni vicine, dell'anca e della schiena, peggiorando ulteriormente il quadro generale. Oggigiorno l'intervento di protesi è ben supportato, l'accesso chirurgico è mini-invasivo e la ripresa della deambulazione avviene precocemente, paradossalmente anche dopo poche ore dall'intervento.

**Dott. Marco Caforio**  
**Chirurgo Ortopedico Marrelli Hospital**

# Il ruolo dell'OCT

## NELLA DIAGNOSI DELLE PATOLOGIE RETINICHE

La Tomografia a Coerenza Ottica (OCT), o Tomografia Ottica a radiazione coerente è una tecnica di diagnosi per immagini non invasiva, basata sull'interferometria a luce bianca o a bassa coerenza. Un fascio laser privo di radiazioni nocive viene impiegato per analizzare mediante sezioni a strati ad alta risoluzione le strutture oculari, in particolare: della retina, della testa del nervo ottico (papilla) e della cornea.

La diagnostica OCT permette di visualizzare la parte centrale della retina (fovea), gli strati interni e la testa del nervo ottico (papilla), proponendo in tempo reale la sua morfologia anatomica composta tipicamente da 10 strati distinti che includono: 4 strati cellulari e 2 di connessione neuronale.

Le immagini risultanti dalle scansioni permettono di diagnosticare, quantificare e seguire l'evoluzione della malattia.

L'analisi qualitativa delle immagini OCT prevede cinque tempi fondamentali:

1. studio della morfologia: studio della forma e dimensione della retina in ognuna delle sue parti e strati.
2. Studio della struttura: studio della segmentazione, ovvero la disposizione e la formazione dei tessuti che nella retina formano una normale struttura stratificata di cellule, fibre e capillari.
3. Studio della riflettività: l'alta riflettività è tipica

di accumuli di sostanze, ipertrofie, nevi, cicatrici, membrane neovascolari. La bassa riflettività la riscontriamo in: accumuli di liquido (edemi, cavità, cisti), distacchi, sollevamenti, schisi.

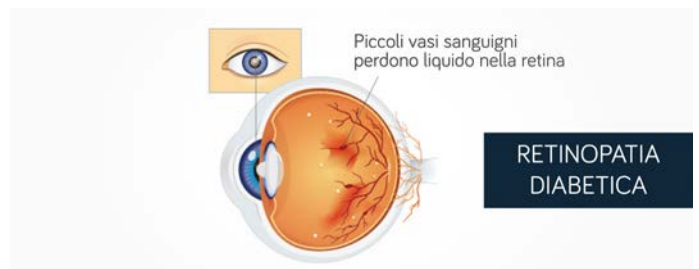
4. Studio delle formazioni o accumuli anormali: possono essere superficiali, intraretiniche o profonde.

5. Studio delle zone d'ombra: un tessuto denso provoca uno schermo totale o parziale, creando una zona non visibile. Possono essere provocate da: emorragie, vasi retinici, nevi, accumuli di pigmento, ecc.

Le malattie retiniche sono le principali cause della riduzione e perdita della vista, si manifestano come importanti alterazioni strutturali della normale architettura della retina.

Le patologie retiniche più comuni, dove l'esame OCT è fondamentale sono:

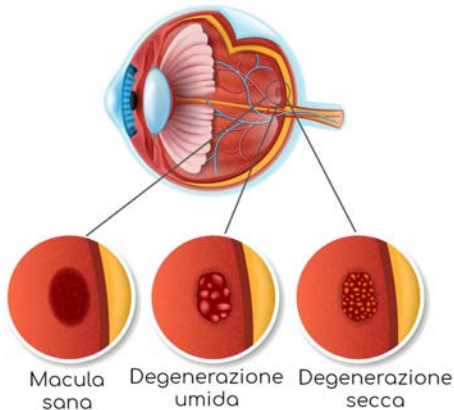
- Retinopatia Diabetica: comporta un ispessimento a causa di un accumulo di fluidi all'interno della retina (Edema Maculare diabetico);



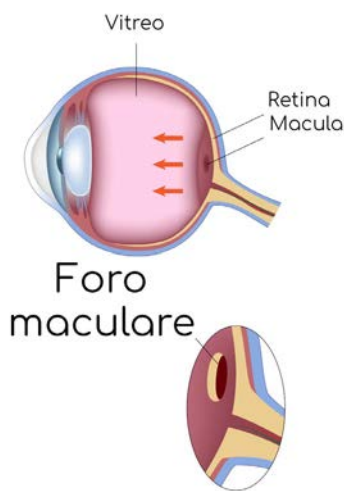


- Degenerazione Maculare legata all'età: si possono osservare irregolarità in un particolare strato della retina, ovvero l'Epitelio Pigmentato Retinico.

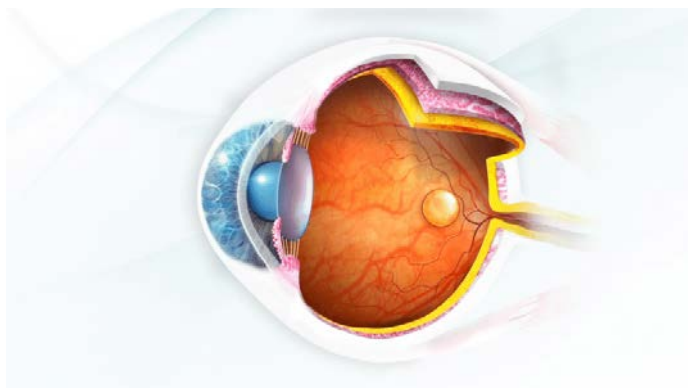
## Degenerazione maculare



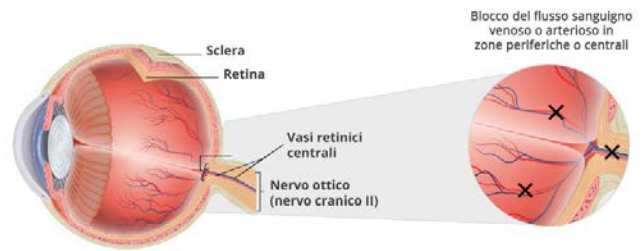
- Fori Maculari: alterazioni del profilo della fovea (parte centrale della retina) e, negli stadi avanzati di tutto lo spessore della retina.



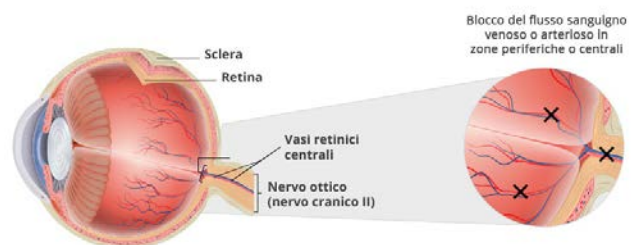
- Corioretinopatia Serosa Centrale: si osserva presenza di liquido sottoretinico, evidente come uno spazio otticamente trasparente.



- Occlusione della Vena o Arteria retinica: causano raccolta di liquido all'interno della retina (Edema) e alterazione della struttura della retina.



- Membrana epiretinica (Pucker Maculare): presenza di tessuto fibroso - cicatriziale nella parte centrale della retina che, contraendosi, ne determina la distorsione.



- Glaucoma: causa una alterazione delle fibre nervose che formano la testa del nervo ottico (Papilla), dove vi è un progressivo assottigliamento delle stesse.



La tecnologia in oculistica e, nello specifico nella diagnostica OCT, permette di ottenere immagini sempre più sofisticate ed in grado di effettuare diagnosi sempre più precoci, ma anche di essere un ottimo alleato del chirurgo nella prognosi del pre e post chirurgico in alcuni tipi di interventi.

**Dott.ssa Ada De Martino**  
Ortottista Marrelli Hospital

# L'Esperto risponde:

## **I miei denti diventeranno spessi a causa delle faccette?**

*Assolutamente NO! Lo spessore dei denti rimarrà praticamente invariato. Ricordiamo che lo spessore è poco più di quello di una lente a contatto.*

## **È un trattamento che comporta dolore?**

*Non sempre, ma a volte è necessario utilizzare l'anestetico. Dipende da ogni singolo caso/paziente. In alcuni casi può essere necessaria una piccola modifica della forma del dente assolutamente indolore.*

## **È un trattamento che richiede molto tempo?**

### **Quando tempo ci vorrà per cambiare il mio sorriso?**

*Il trattamento con faccette in genere richiede al massimo un paio di sedute di 60 minuti.*

## **Come faccio a sapere se le faccette di ceramica sono la soluzione giusta per me?**

*La clinica odontoiatrica ha al suo interno una serie di figure che analizzano ogni singolo caso dei pazienti e solo dopo un'accurata valutazione multidisciplinare procederà al trattamento sul paziente.*

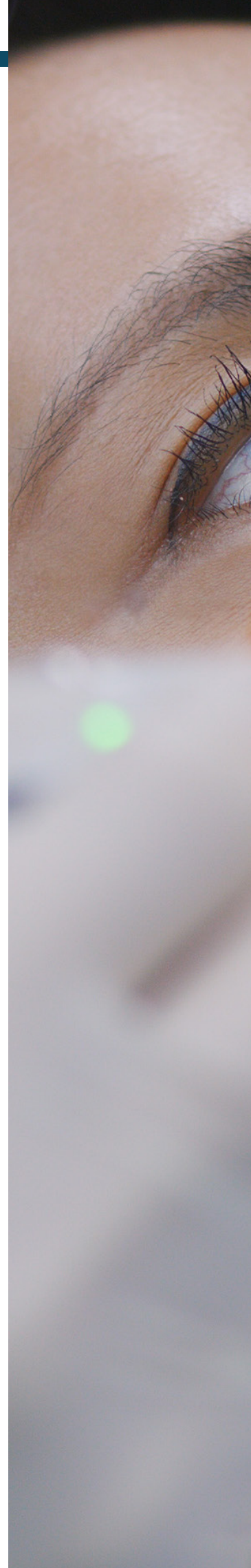
## **Quanto tempo dureranno le faccette?**

*Uno studio clinico a lungo termine mostra il 100% di ritenzione senza discolorazione, parliamo di una durata di oltre 20 anni, previo controlli e corretta igiene orale ovviamente, il tutto dipende anche qui sempre dal paziente.*

## **Quanto costa questo tipo di trattamento estetico?**

*I costi di una faccetta non sono superiori a quella di una buona corona in ceramica integrale, ma bisogna considerare che per ottenere un cambiamento sostanziale dell'estetica del proprio sorriso occorre prevedere varie faccette e quindi l'investimento economico può diventare più importante.*

**Dott.ssa Ilaria Fiore**  
**Odontoiatra Casa di Cura CalabroDental**





A close-up photograph of a person's face, focusing on the mouth and eyes. The person is wearing a bright orange dental mask that covers the nose and mouth area. The mask has a small opening for the mouth, through which the person's teeth are visible. The person's eyes are looking upwards and to the right. The background is a plain, light-colored wall.

**Faccette dentali  
e i dubbi dei Pazienti.**





# ESPERIA<sup>tv</sup>

Canale 15

UN NUOVO TRAGUARDO  
INSIEME A VOI!



risintonizza il tuo televisore o il tuo decoder, per visualizzarci sul [numero 15](#)  
oppure seguici in streaming sul nostro sito internet [www.esperia.tv](http://www.esperia.tv)



# Rivoluzione

## Immaginologica



## ED UMANESIMO RADIOLOGICO

L'8 novembre 1895 il sig. Röntgen, Fisico di mestiere, scopre una radiazione elettromagnetica sconosciuta (pertanto X) che cambierà per sempre la storia dell'umanità; la possibilità di vedere l'interno del corpo umano senza necessità di sezionarlo chirurgicamente. Lo scorrere del tempo, di questi quasi 130 anni, non ha fatto altro che marcare a suon di idee geniali, invenzioni originali e progresso tecnologico il passaggio dalla pallida e mal delineata immagine dell'iconica radiografia della mano anello-munita della gentil consorte del Nostro Fisico alle immagini sempre più realistiche e da spaccato anatomico fornite dal moderno strumentario radiologico.

Immagini più dettagliate consentono diagnosi più precise e precoci, facendo entrare le tecniche radiologiche - inizialmente una semplice appendice della Medicina Clinica - nei programmi di screening e follow-up delle patologie oncologiche. Sono alla base della localizzazione topografica nel planning

chirurgico, specie nelle patologie oncologiche del sistema nervoso; permettono di navigare all'interno di visceri cavi evitando gli approcci endoscopici più invasivi (vedi colon-TC).

Tutto ciò si è potuto fare proprio perché lo sviluppo dell'imaging segue di pari passo quello dell'informatica, conducendoci a quello che sarà il futuro prossimo, la nuova frontiera: l'intelligenza artificiale (AI). Di fatto è un qualcosa già in atto a più livelli della vita quotidiana, ma che sta prendendo strada nelle promettenti applicazioni sulle apparecchiature diagnostiche.

L'AI, in particolare, sarà notevolmente impattante in ambito di Risonanza Magnetica in quanto, intervenendo sia in fase di acquisizione che di ricostruzione delle immagini, darà la possibilità di aumentare la matrice di studio delle scansioni di esame in tempi di acquisizione più brevi, ergo si potranno avere immagini diagnosticamente più dettagliate con una durata dell'esame inferiore; tutto questo porta un

evidente vantaggio in termini di comfort del paziente e di attendibilità diagnostica dell'indagine eseguita.

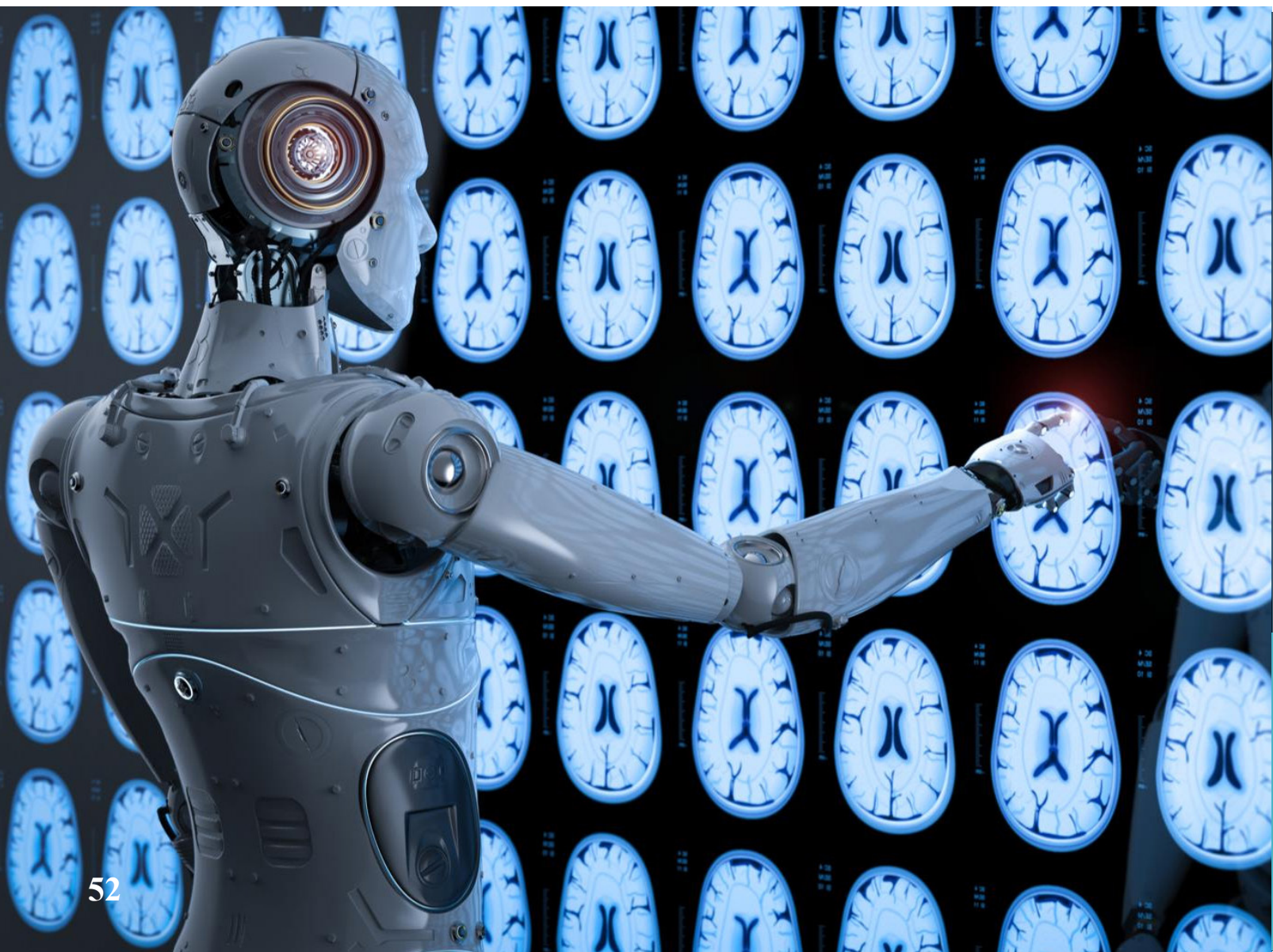
In un futuro prossimo applicazioni di AI a scopo diagnostico potrebbero ausiliare, con degli appositi software, il lavoro radiologico nel saper discriminare – vista la celerità dei processori – quella che è la fine del normale e l'inizio del patologico all'interno delle migliaia di immagini di un'indagine diagnostica; ottimizzando i tempi di refertazione e quindi di consegna al paziente.

La domanda obbligatoria, a questo punto, è: potrà questa rivoluzione immaginologica, per la prima volta non solo strutturale ma prettamente informatica, avere solo effetti benefici? Il problema probabilmente sarà nel suo utilizzo che andrà necessariamente regimentato e regolato, evitando la fideistica adesione all'utilizzo dell'intelligenza artificiale. Dovremo ricordarci, noi operatori tutti, Medici e Tecnici, come l'esecuzione di un esame di diagnostica per immagini sia un processo strettamente derivante da quello che è l'atto clinico-radiologico. Un'azione che non può e non deve in alcun

modo essere effettuata da un software, ma che prevede un ragionamento umano in termini di giustificazione e di ottimizzazione della prestazione radiologica, al fine di utilizzare la metodica migliore per quel paziente e per quella patologia. Senza contare il lato empatico che solo le connessioni umane riescono a creare e che è di fondamentale importanza per mettere a proprio agio e far collaborare nell'esecuzione dell'esame le persone che sono nel delicatissimo e difficile stato di essere ammalati.

Il futuro tecnologico e la nuova scommessa per la Radiologia consisterà proprio nel sincretismo di innovazione robotica ed umanesimo sanitario; del resto il Nostro Röntgen ha rappresentato l'epitome di questo, l'unione della passione solo umana (nel suo caso per la scrupolosa ricerca scientifica) con i rigidi principi fisici. Da questo deriviamo e verso questo dobbiamo dirigerci.

***Dott. Vittorio Maschio***  
***Medico Radiologo Marrelli Hospital***







# I vantaggi dei trattamenti radioterapici sincronizzati con il respiro

**Cos'è il *gating respiratorio* e quali benefici porta l'utilizzo di questa tecnica, gestita da Catalyst<sup>+</sup> HD**

Il sistema Catalyst<sup>+</sup> HD, che si interfaccia con l'acceleratore lineare, permette di gestire **trattamenti radioterapici in gating respiratorio**: l'erogazione della radiazione al target (lesione tumorale) non è continuativa ma viene attivata solamente **in alcune fasi respiratorie**.

#### **Quali sono le fasi respiratorie idonee?**

Quelle in cui il **polmone è pieno d'aria**, che distanzia in maniera naturale e non invasiva il cuore dal distretto da trattare (per esempio la mammella). In questo modo si riduce il rischio di irradiazione (involontaria) del distretto cardiaco.

#### **Qual è il beneficio principale?**

Nell'irradiazione della mammella sinistra, i trattamenti in gating respiratorio consentono di **ridurre di oltre il 90% la dose al cuore** e ai tessuti a rischio, **diminuendo il rischio di complicazioni cardiache** nel lungo periodo.

#### **Come funziona per il paziente?**

È semplice: basta trattenere il respiro, realizzando delle **brevi apnee**. Le/i pazienti indosseranno **speciali occhialini** per visualizzare l'andamento del respiro. Il Centro di Radioterapia del Marrelli Hospital dispone di un sistema Catalyst<sup>+</sup> HD di ultima generazione.



 **tecnosan.**  
MEDTECH WITH A HUMAN TOUCH

Scopri di più su  
Catalyst<sup>+</sup> HD  
e su cosa facciamo



**avere  
cuore  
avere  
cura**

# Omocisteina e Patologie Correlate: COME PREVENIRE CON LA DIETA?

L'omocisteina è un aminoacido solforato, che si forma in seguito alla trasformazione enzimatica della metionina, un altro aminoacido della stessa natura chimica abbondantemente contenuto negli alimenti proteici come latticini, carne, legumi, uova. Nelle persone sane, l'omocisteina è trasformata rapidamente in altri prodotti grazie all'azione delle vitamine B6 e B12 e dell'acido folico. L'omocisteina rappresenta un fattore di stress ossidativo per il nostro organismo. Ed è per questo che bisogna misurare il suo valore nel sangue. Un accumulo di questo aminoacido è un fattore di rischio per le patologie cardio-vascolari come arteriosclerosi, embolia, infarto del miocardio, ictus cerebrale, trombosi e malattie neurodegenerative. Venne scoperta nel 1932 da De Vigneaud come prodotto di dimetilazione della metionina, e dopo circa trent'anni le venne riconosciuta un'importanza clinica. Infatti nel 1964, Gibson JB pubblicò uno studio effettuato su bambini mentalmente ritardati che presentavano omocisteina in campioni di urina. In gravidanza, poi, elevati livelli

furono trovati in donne con pre-eclampsia, distacco prematuro di placenta ed aborti spontanei, e ancora nelle madri dei nati sottopeso e nel 20% circa di quelli nati con difetti del tubo neurale, tra cui la spina bifida. L'iperomocisteinemia sembra abbia importanza anche nelle fragilità ossee da osteoporosi; da uno studio del 2004 emerse che l'associazione tra iperomocisteinemia e fratture ossee, sia nelle donne che negli uomini di una certa età, sia un fattore indipendente dalla densità minerale ossea e da altri fattori di rischio.

## Biochimica dell'omocisteina

L'omocisteina,  $\text{HS-CH}_2\text{-CH}_2\text{-CH(NH}_2\text{)-COOH}$ , deriva dal metabolismo della metionina  $\text{CH}_3\text{-SCH}_2\text{-CH}_2\text{CH(NH}_2\text{)-COOH}$ . Solo l'1 - 2% dell'omocisteina totale circola libera nel sangue, il 70 - 90% circa è coniugata a proteine circolanti. La somma di quella libera e quella legata è detta omocisteina totale. Il suo metabolismo può seguire due vie: la via della rimetilazione e quella della transulfurazione.

- Nella rimetilazione, l'enzima metilentetraidrofolato (MTHFR) riduce il 5,10-metilentetraidrofolato a 5-metiltetraidrofolato, che darà in presenza di un coenzima, la vitamina B12, il gruppo metilico necessario per riconvertire l'omocisteina a metionina. In questa reazione è importante l'acido folico. Quindi la metionina è trasformata in S-adenosil metionina, donatrice di gruppi metilici. Si forma allora S-adenosil-omocisteina, che verrà idrolizzata ad omocisteina. Naturalmente una attività normale della MTHFR mantiene costanti i livelli dei folati e della metionina e quindi previene l'accumulo di omocisteina. La rimetilazione può avvenire anche per mezzo dell'enzima betaina-sintetasi che produce metionina trasferendo un gruppo metilico dalla betaina all'omocisteina. Questa via avviene soprattutto al livello epatico.

- Nella transulfurazione l'omocisteina in eccesso si coniuga con la serina per formare cistationina, reazione catalizzata dalla cistationina- $\beta$ -sintetasi, vitamina B6 dipendente. In una seconda reazione, catalizzata dalla cistationasi, viene idrolizzata a cisteina e  $\alpha$ -chetobutirrato. Numerosi prodotti solforati, tra cui glutazione, taurina, si formano dalla cisteina. Subito dopo il pranzo, quando si hanno condizioni di eccesso





di metionina, l'omocisteina viene metabolizzata soprattutto attraverso la transsulfurazione; nel caso di un bilancio negativo della metionina la metabolizzazione avviene per rimetilazione.

### **Valori medi di omocisteina nel plasma**

In Italia la maggior parte dei laboratori considera normali i seguenti valori: uomini < 13 $\mu$ mol/l, donne < 10 $\mu$ mol/l, bambini < 11 $\mu$ mol/l. Quando si superano questi valori, si comincia a parlare di iperomocisteinemia, che può essere: moderata (15-30 $\mu$ mol/l), intermedia (30-100  $\mu$ mol/l), severa (> 100 $\mu$ mol/l).

Una iperomocisteinemia moderata si trova nel 5 - 7 % della popolazione generale, e si può avere per tutta una serie di motivi. Bisogna però dire che la definizione dei limiti di normalità dell'omocisteina plasmatica o serica a digiuno presenta tutta una serie di problematiche, ci sono infatti molti aspetti ancora irrisolti. Va considerato l'aspetto alimentare: infatti maggiore è l'introduzione di metionina con la dieta, più alti saranno i livelli di omocisteina. Però si è visto anche che soggetti a dieta vegetariana, e quindi con livelli normali o aumentati di folato, possono avere omocisteina aumentata per mancanza di vitamina B12 (che viene introdotta con la carne). Ad iperomocisteinemia vengono associati ipotiroidismo, ipertensione, riduzione del filtrato glomerulare anche se non associata a livelli patologici di creatinina, alcuni farmaci (soprattutto diuretici ed antiepilettici), carenza enzimatica, termolabilità della MTHFR, carenza di vitamina B6, B12, dell'acido folico. Sembra che l'aumento di 5  $\mu$ mol/l di omocisteina corrisponde

ad un aumento di circa 20 mg/dl di colesterolemia totale e questo porterebbe ad una incidenza di malattia coronarica. Altri studi hanno messo in evidenza che l'iperomocisteinemia possa raddoppiare il rischio di trombosi venosa profonda che colpisce in genere gli arti inferiori e che il coagulo possa migrare fino ai polmoni causando embolia.

### **Fattori genetici**

I valori dell'omocisteina nel plasma sono influenzati da fattori genetici quali: Cistationina  $\beta$  sintetasi, Metilentetraidrofoloreduttasi (MTHFR), coinvolto nel metabolismo del folato, cofattore della rimetilazione, Deficit di Metionin-sintetasi.

Il gene della Cistationina  $\beta$  sintetasi si trova sul braccio lungo del cromosoma 21 in cui sono state trovate diverse mutazioni sia allo stato omozigote sia allo stato eterozigote. Una mutazione frequente è data dall'inserzione di 68 paia di basi nell'esone 8CBS (844ins68) (Tsai et al. 1996). La trasmissione è autosomica recessiva. Quando si ha lo stato di omozigote i valori di omocisteina sono più alti rispetto allo stato eterozigote e si ha omocistinuria: l'omocisteina si trasforma in omocistina e viene eliminata con le urine, essendo poco solubile porta spesso a litiasi urinaria. Si hanno spesso complicanze tromboemboliche in giovane età che possono portare ad ictus, infarto del miocardio.

Il gene dell'enzima Metilentetraidrofoloreduttasi (MTHFR) è posto sul braccio corto del cromosoma 1. Questo enzima catalizza la conversione del 5,10-metilentetraidrofolato in 5-metiltetraidrofolato. Tra le sue mutazioni, si è scoperta nel 1995, la variante





genetica C677T, che differisce per la sostituzione di una Citosina con una Timina nella catena amminoacidica che porta alla sintesi di Alanina al posto di una Valina. Questa in omozigosi porta alla sintesi di un enzima con attività termolabile e i valori più elevati di omocisteina plasmatica sono fattore di rischio cardiovascolare solo in soggetti con bassa disponibilità di folati. In questo caso quindi, perché possa avvenire in modo efficace la rimetilazione dell'omocisteina a metionina, occorre un apporto di folato lievemente superiore. Queste mutazioni sembrano essere un fattore di rischio per trombosi arteriosa, malattie coronariche, difetti del tubo neurale e ripetuti aborti spontanei. Oltre alla mutazione C677T, si è scoperto nel 1995, durante uno studio sul cancro alle ovaie, che il gene può avere un'altra variante: A1298C, dove si ha la sostituzione di Glutammato con una Alanina. Questa, in combinazione con la mutazione C667T è associata ad elevati livelli di omocisteina e ridotti livelli di folato.

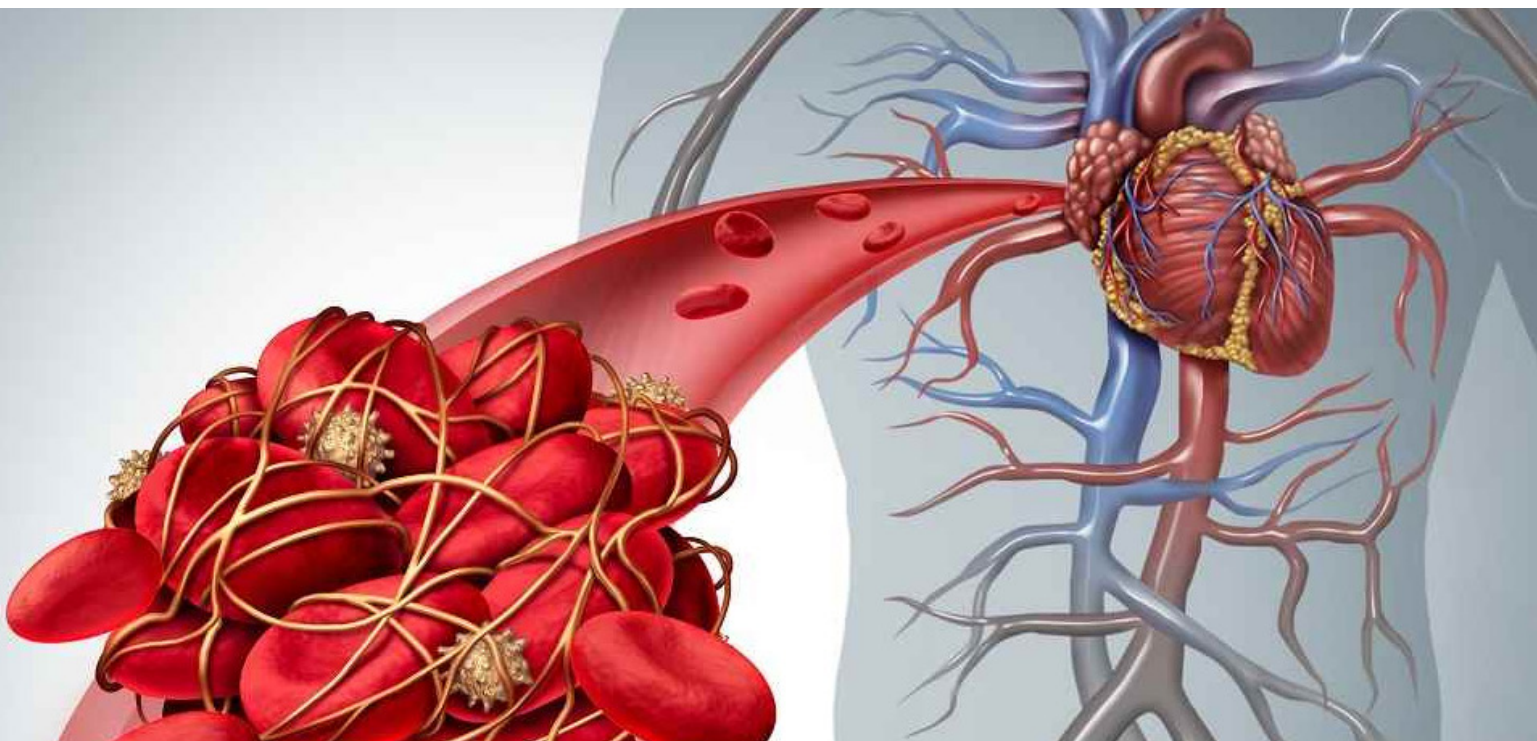
#### **Meccanismi di danno vascolare**

L'omocisteina può provocare danni alle pareti dei vasi attraverso diversi meccanismi. Si può avere infatti: un'azione diretta sull'endotelio e sulla parete vasale con effetto aterogeno; un'azione sulle piastrine che porta ad un aumento della loro adesività ed aggregabilità; un'azione sui fattori della coagulazione e sulle lipoproteine (riduzione dell'attività dell'antitrombina III, riduzione dell'attivazione della proteina C, ossidazione delle LDL, attivazione del fattore V). L'endotelio ha funzione vasoregolatrice e di controllo emostatico. In genere è impermeabile alle proteine, le lascia passare infatti assieme ai liquidi nei tessuti solo durante un processo infiammatorio. L'endotelio produce renina che converte l'angiotensinogeno in

angiotensina, e produce anche l'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE) che trasforma l'angiotensina I in angiotensina II, con azione vasocostrittrice. Produce ancora un fattore di distensione delle cellule muscolari (EDRF) rappresentato dall'acido nitrico che inibisce l'adesione delle piastrine e dei leucociti alle cellule endoteliali. Sembra che l'omocisteina antagonizzi la sintesi e la funzione dell'ossido nitrico endoteliale, riduce quindi l'azione vasodilatante ad esso legata e provoca la formazione dell'anione superossido (O<sub>2</sub><sup>-</sup>) precursore del radicale citotossico perossinitrico, con aggravamento dello stress ossidativo. Allora quando le coronarie stanno bene, si vasodilata sotto l'influenza dell'acetilcolina, se invece sono aterosclerotiche, in seguito a minore liberazione di ossido nitrico e prostaciclina, si comportano in modo opposto. Si è visto che l'iperomocisteina altera l'endotelio e la funzione delle cellule muscolari lisce con formazione di radicali liberi, si avrà quindi una maggiore adesione molecolare con aumento della deposizione di LDL ossidato nella parete vasale e formazione di cellule schiumose. L'omocisteina interferisce anche con la funzione piastrinica, incrementando la possibilità di trombosi che sembra essere legata all'attivazione del fattore V endoteliale, all'inibizione della proteina C e alla riduzione dell'attività dell'Antitrombina III.

Prevenire l'accumulo di omocisteina nel sangue

Per prevenire l'accumulo di omocisteina nel sangue, è importante l'introduzione di acido folico, di vitamina B6 e B12 con l'alimentazione. In un lavoro pubblicato su "Lancet" da Peterson JC e Spence DJ, è stato messo in evidenza che soggetti che hanno assunto sia acido folico, che vitamina B6 e vitamina B12 per circa 4 anni, hanno avuto una riduzione della placca carotidea. Però





si deve anche dire che non sempre ad una carenza di folati corrisponde iperomocisteinemia.

### **Vitamine B**

Le vitamine B sono vitamine che il nostro organismo non riesce a sintetizzare, quindi devono essere introdotte con la dieta. Sono ricchi di vitamina B il pesce, la carne, la frutta, la verdura, le uova e i latticini. Queste sono un gruppo di vitamine idrosolubili che si denaturano con il calore, pertanto, è consigliabile consumare le verdure crude, o cuocere l'alimento a bassa temperatura e per breve tempo (per es. al vapore). Inoltre è bene non usare cibi molto raffinati, perché i processi a cui sono sottoposti tendono a far perdere queste vitamine.

### **Acido folico o pteroilglutammico**

È una molecola coniugata formata dall'unione di un derivato della pteridina con acido p-aminobenzoico e con una o più molecole di acido glutammico. Si trova soprattutto nei vegetali a foglie verde scuro. Si raccomanda di assumerne circa 200 µg/die. Alimenti ad alta concentrazione di folati (300-100µg/100g) sono asparagi, broccoli, broccoletti, carciofi, cavolini di Bruxelles, cavoli, fagioli secchi, cereali di prima colazione. Alimenti a concentrazione di folati medio alta (99-40 µg/100g) comprendono spinaci, bietta, lattuga, indivia, cavolfiori, fagioli, fave, ceci, arance, mandarini, kiwi, avocado, frutta secca (mandorle, noci e pistacchi), uova, formaggi come parmigiano, camembert, gorgonzola, taleggio. Alimenti a concentrazione media di folati (39-20 µg/100g) sono patate, pomodori, radicchio, carote, peperoni, piselli secchi, pompelmo, fragole, pane integrale, pasta di semola, crackers, feta.

### **Vitamina B6**

Si trova sia negli alimenti di origine animale che vegetale. Si degrada durante la cottura, l'inscatolamento e la refrigerazione. I livelli di assunzione raccomandati sono di circa 1,5 mg/die. Alimenti a concentrazione di B6 elevata (3-1 mg/100g) comprendono germe di grano, cornflakes. Alimenti a concentrazione media di B6 (0,9-0,2 mg/100g) sono fave, fagioli secchi, patate, banane, mela, avocado, prugne secche, pere, cereali integrali, trota, polpo, tacchino, carni magre come manzo e coniglio, prosciutto cotto e crudo, bresaola.

### **Vitamina B12 o Cobalamina**

È presente negli alimenti di origine animale. Si raccomanda l'assunzione di circa 2 µg/die. Alimenti a concentrazione elevata di B12 (2-9 µg/100g) comprendono fegato, pollame, polpo, merluzzo. Alimenti a concentrazione di B12 medio-alta (9-1 µg/100g) sono coniglio, manzo, tonno, sardine, sgombro, trota, rombo, parmigiano, feta, grana,



mozzarella e cereali di prima colazione. Alimenti a concentrazione media di B12 (1-0,3 µg/100g) sono latte, ricotta, yogurt parzialmente scremato, fette biscottate.

### **Fortificazione alimentare e conclusioni**

Esistono oggi degli alimenti a cui sono state aggiunte queste vitamine per evitare la loro carenza. Tali alimenti sono stati chiamati "Alimenti Fortificati". In base alla normativa Reg. CE 1925/2006, questa fortificazione deve essere riportata sulle etichette. Dagli studi compiuti fino agli ultimi anni, sembra che l'iperomocisteinemia sia un fattore di rischio indipendente per diverse malattie. È importante quindi stabilire se la riduzione dell'omocisteina nel sangue può rendere reversibile le patologie dove è coinvolta come fattore di rischio indipendente. Infine è fondamentale ricordare che occorre seguire un'alimentazione equilibrata, diversificando le scelte alimentari in modo da avere un apporto di vitamine e di minerali completo.

*Dott.ssa Geppina Balduino  
Biologa Nutrizionista Marrelli Hospital*

# La scelta dei materiali opportuni nella Protesi su Impianti

Nella protesi dentaria, a supporto implantare, la scelta dei materiali di utilizzo è determinante per il successo del trattamento proposto. Diversi sono i requisiti che caratterizzano tale scelta. In primis la riproduzione estetica, rappresentata dal colore e dalla varietà dei componenti dei materiali di rivestimento, è indispensabile per determinare e consigliare al paziente un materiale rispetto ad un altro, e rende possibile emulare fedelmente l'aspetto naturale dei denti o dell'epitesi gengivale. **L'assortimento variegato di materiali estetici permette all'odontotecnico di riprodurre le più eccentriche e ricercate sfumature cromatiche del cavo orale trasmettendo alla protesi, dopo la sua applicazione, una capacità di mimesi assoluta.** Un altro requisito fondamentale è la biocompatibilità. **Un dispositivo artificiale** che viene realizzato su misura ed inserito, quindi, in un ambiente biologico **deve essere composto necessariamente da materiali inerti e tollerabili dall'organismo.** È proprio questa tolleranza organica uno dei primi obiettivi per il quale il mercato ricerca, produce ed introduce nel settore dentale prodotti sempre più innovativi per realizzare dispositivi protesici. **Terzo elemento indispensabile nella composizione della protesi è la longevità del trattamento, ovvero la durata nel tempo dell'integrità della protesi.** È questo l'aspetto che fa la differenza, in quanto trasferisce sicurezza al paziente circa la convinzione di aver investito nella giusta prestazione sanitaria d'eccellenza. La resistenza alle usure e alle fratture derivate dalle forze masticatorie, oltre agli aspetti sopra elencati, è una prerogativa che indirizza la scelta del materiale più idoneo nel conferire alla riabilitazione una lunga e atraumatica permanenza in sito. Nel ripristino dentale a supporto implantare, soprattutto nelle riabilitazioni estese, il paziente è privo

di propriocezione, ovvero la sensibilità masticatoria è assente. Nei primi periodi permangono difficoltà nella modulazione dell'intensità della forza durante i movimenti mandibolari nonché nella normale intonazione fonetica e nei patologici digrignamenti notturni. Per cui un materiale resistente, elastico e della stessa durezza del dente naturale potrebbe rappresentare la migliore alternativa. Per molti anni la protesi dentaria costituita da una sottostruttura metallica e rivestita esteticamente da porcellana ha rappresentato l'alternativa più eccelsa nella scelta del dispositivo adatto. Con l'introduzione di nuovi materiali "metal free" si è ampliata la gamma di





opzioni disponibili in base alla tipologia dei casi clinici da ripristinare. Per “metal free” si intende una filosofia di approccio riabilitativo che preclude l'utilizzo di materiali privi di componenti metallici.

A fine anni Novanta si pensava che il titanio, grazie alle sue proprietà propedeutiche in ambienti organici, fosse la svolta per questo tipo di protesi. Negli anni a seguire l'avvento della zirconia e dei tecnopolimeri ha influenzato, ed influenza ancora oggi, la ricerca del settore, rivoluzionando in modo concreto la prognosi, la riproduzione nei laboratori e il comfort del paziente. Attualmente la scelta della tipologia protesica e dei materiali opportuni di utilizzo viene codificata in due step fondamentali:

- la protesi a “carico immediato”
- la protesi a “carico differito”

La prima, inserita entro 48 ore dall'intervento chirurgico, indirizza il clinico ad evitare strutture di sostegno rigide e materiali estetici di elevata durezza. Lo scopo è quello di non interferire con l'osteointegrazione delle “fixture”, traumatizzando l'area soggetta al ripristino biologico con eccessivi stress meccanici. Sottostrutture flessibili e resine

usurabili sono la scelta più opportuna in questa fase delicata del trattamento.

La protesi a carico differito post-osteointegrazione, invece, ha diverse modalità di prescrizione che possono variare in base alla soggettività del trattamento o del profilo dentario del paziente in oggetto.

A seconda delle atrofie ossee, della edentulia parziale più o meno estesa o di un ripristino più o meno totale del cavo orale, negli anni si è codificata una tipologia di design protesico che permette al clinico di adottare le soluzioni più disparate per riabilitare la masticazione del paziente in trattamento.

Gli impianti dentali e le protesi annesse sono ormai una sicurezza. La possibilità di avere il comfort di un dispositivo fisso e biologicamente integrato per colmare le lacune dentali che compromettono le normali funzioni estetiche e meccaniche della nostra bocca rappresenta l'alternativa migliore nella scelta della ricostituzione orale.

**ODT Omar Lorenzoni**  
**Resp. Rep. Tecnico Tecnologica**

---

*"Per metal free si intende una filosofia di approccio riabilitativo che preclude l'utilizzo di materiali privi di componenti metallici."*

---



# Ritocchi di giovinezza?

## Perchè no!

*Questa guida si propone l'obiettivo di aiutare il Paziente a prendere "coscienza del farmaco", ovvero a prendere piena consapevolezza delle sue potenzialità quando usato in maniera corretta e dei rischi legati, invece, ad un suo uso improprio.*

*Diventa quindi indispensabile rendere i Pazienti protagonisti della terapia e dare loro quelle piccole indicazioni, consigli e accorgimenti che possono fare la differenza. Per questo è sempre consigliato seguire le indicazioni dei professionisti del settore, soprattutto quando parliamo di medicina estetica.*

Che male c'è nel volersi guardare allo specchio e desiderare di vedere riflessa un'immagine più giovane, con una pelle più tonica e meno rughe?

L'importante è affidarsi agli specialisti giusti e alle strutture idonee!

Sono sempre di più i pazienti che negli ultimi tempi richiedono trattamenti che siano sempre meno invasivi e che garantiscano recuperi immediati e risultati gradevoli ma non vistosi, per non dover dare spiegazioni ad amici e parenti.

Queste procedure devono essere eseguite nell'ambiente adatto, sterile e dotato delle attrezzature migliori, proprio come il nostro centro.

Mai fidarsi delle prestazioni low cost, perché i rischi che si corrono, nello scendere a compromessi, sono non solo





per la salute, ma anche per l'effetto finale.

Botulino e filler costituiscono la grande famiglia degli iniettabili in medicina estetica, il pilastro portante dei trattamenti estetici non invasivi; sono due metodi efficaci per correggere i segni dell'invecchiamento che spesso vengono erroneamente confusi tra loro dai meno esperti e risolvono problemi specificamente diversi.

Con il nome Botox si identifica la tossina botulinica, utilizzata principalmente per trattare e prevenire le rughe del viso, ma utilizzata anche per il trattamento di patologie più importanti quali gli blefarospasmi, lo strabismo e le distonie muscolari. Il botulino ha come meccanismo d'azione l'inibizione del rilascio del neurotrasmettitore acetilcolina: bloccandone il rilascio nei muscoli non si manifestano più rughe, spasmi o tic facciali e smagliature.

I filler hanno invece una funzione riempitiva e vengono impiegate per correggere le irregolarità cutanee e in

tutte quelle situazioni dove l'elasticità, a causa del processo degenerativo delle cellule dell'epidermide viene a mancare; questi vanno a stimolare la produzione di collagene, che rimpolpa la pelle regalando un aspetto più giovane e tonico.

Il maggior impiego dei filler lo troviamo per il trattamento di:

- micro rughe;
- solchi;
- retrazioni cicatriziali
- mancanze di volume.

Il filler acido ialuronico, è da preferire nel trattamento delle rughe statiche del terzo medio e del terzo inferiore del viso. Parliamo, quindi, di appianare le rughe tra naso e labbra, o di lavorare sulla linea mandibolare qualora abbia un effetto "guancia cadente".

I filler non sono classificati come farmaci, ma come dispositivi medico-chirurgici e questo significa che a differenza del farmaco (botulino compreso) non devono sottostare ad alcun controllo clinico prima del loro impiego.

Esistono diverse tipologie di filler e la differenza è nella natura della sostanza, che può essere permanente o riassorbibile.

I filler permanenti non richiedono trattamenti periodici per mantenere il risultato, ma si sono dimostrati capaci di complicanze molto serie e di difficilissima risoluzione. Molti di loro sono stati ritirati dal commercio, altri sono ancora disponibili. La grande maggioranza dei medici oggi li sconsiglia nel modo più assoluto.

Tra i filler riassorbibili l'acido ialuronico è certamente quello utilizzato da più tempo, il più conosciuto e soprattutto il più affidabile. In base alla normativa attuale, che permette di immettere sul mercato prodotti senza sperimentazione preventiva, ha consentito che vi siano attualmente in Europa più di 200 sottotipi di acidi ialuronici iniettabili per finalità estetica. Il loro livello qualitativo non è tuttavia omogeneo, e l'opinione di





Aiteb (Associazione Italiana Terapia Estetica Botulino) è che sia meglio orientarsi sui prodotti delle marche più conosciute e stimate, anche se i costi sono più elevati.

Il trattamento con filler di acido ialuronico si effettua grazie a infiltrazioni con piccoli aghi. L'operazione dura tra i 15 e i 30 minuti e generalmente si anestetizza la zona con dei prodotti che agiscono a livello locale.

La durata degli acidi ialuronici nei tessuti varia in base alla loro concentrazione e alle sedi di applicazione. Con i prodotti meno concentrati si raggiungono gli 8-10 mesi circa, mentre si arriva fino ai 18-24 mesi con quelli più densi.

Le iniezioni di Botox devono essere effettuate solamente da medici chirurghi specialisti in Chirurgia plastica, Dermatologia, Neurologia e Chirurgia maxillofaciale e sono sconsigliate nei pazienti con meno di 18, con più di 65 anni e nelle donne in gravidanza.

Il Botox invece viene iniettato in minime dosi nelle regioni interessate con una siringa dotata di un ago sottilissimo, e l'operazione è indolore. L'effetto non è immediato, e l'attenuazione delle rughe inizia 4-5 giorni dopo l'infiltrazione e può durare 3-6 mesi.

Il potenziale dei filler in campo estetico è elevatissimo, sia singolarmente che in associazione con il botulino. In effetti, la sinergia tra i due si sta rafforzando sempre di più e permette risultati impensabili fino a qualche anno fa. In ogni caso i filler pur essendo "prodotti naturali", non devono essere sottovalutati dal paziente che deve esigere dal medico informazioni sulle loro caratteristiche e sui loro possibili effetti collaterali.

**Dott.ssa Noemi Leonardi**  
**Farmacista Marrelli Hospital**







CalabroDental  
Casa di Cura

MARRELLIHEALTH



MARRELLI  
Hospital



TECNOLOGICA  
Centro di Percaggio e Laser Sintering

ESPERIA TV



TECNOLOGICA  
RESEARCH INSTITUTE



MARRELLI  
Wires



MARRELLI



Ikuta



Hospitality  
MANAGEMENT

MARRELLI GROUP

È AMORE PER IL NOSTRO  
*Territorio*

La nostra mission principale è quella di avere un'eccellenza sanitaria che ogni giorno offre servizi di cura all'avanguardia ai cittadini. Tra le nostre principali attività abbiamo anche un'altissima qualità per l'attività di formazione e di ricerca scientifica.

Siamo fortemente legati al territorio e ogni giorno ci prodighiamo per portarlo in alto, con grinta e determinazione mettendo sempre il cuore in ogni singola attività.



# Lo Spazio delle Funzioni

parte 1

BIOMAX  
COMET 3i™





Esiste lo spazio assoluto e quello relativo. Noi conosciamo solo il secondo. Vi siamo immersi fino al midollo. È lo spazio relativo, quello occupato dalla materia e dalle cose. Dallo spazio assoluto invece sembra che non possiamo ricavare neanche un ragno da un buco. Rimane indefinito, esteso, incommensurabile. Le funzioni assieme allo spazio relativo rappresentano il nocciolo duro della conoscenza, e cioè, quanto ci è dato sapere. Allo stato attuale della conoscenza è il funzionamento a conferire dignità alle teorie e ai pensieri, i quali assurgono nella vastità del cosmo a baluardo di consapevolezza, di dorso morale delle azioni, di sostanza e pane dell'esistenza. La nostra civiltà è giunta dopo millenni di storia al punto che le teorie dipendono da come o perché facciamo funzionare il mondo. Questa condizione sembra in contraddizione rispetto al moderno metodo scientifico iniziato nel Seicento con Galileo e Bacone con le teorie scientifiche situate sopra tutte le cose. Le regole – essi arguivano - ci sono e basta trovarle. Esse determinano l'ordine (qualsiasi cosa quest'ordine possa essere) che è insito nel fluire di cose, pensieri, teorie, azioni. Nella forma più pura le teorie dovrebbero infatti sottostare alle "leggi universali" che non sono ancora note ma ci sono, sono implicite nella tessitura dell'universo e determinano come il mondo deve essere, apparire e funzionare.

Ma c'è un problema. O un'opportunità, a seconda di come la si vede. A furia di parlare dello spazio come entità che dipende dagli oggetti che in essa si muovono e sembrano funzionare di luce riflessa, dimentichiamo che c'è uno spazio universale che trascende ordini, pensieri, materia, azioni. Forse ci siamo persi qualche dettaglio nel modo di ragionare che ha definito la civiltà dell'homo sapiens. Non ci sono dubbi che è la civiltà stessa a definire cosa sappiamo o presumiamo di sapere. Lo facciamo con le cose, le macchine, le teorie che creiamo. In altre parole, noi facciamo funzionare le cose, inventiamo tecnologie e nel processo scopriamo come funziona quanto inventiamo e osserviamo. Non c'è sostanziale differenza tra teorie e invenzioni perché le regole sono quasi magicamente rivelate, diventano un gioco e proprio per questo saranno sempre relative (quasi paradossalmente, da un lato in accordo con il metodo scientifico in quanto non vi sono leggi assolute note, ma in contrasto dall'altro lato in quanto il concetto di verità del metodo scientifico ne risente nella sua essenza più pura in quanto scoperta, e cioè costruzione mentale effimera del funzionamento delle cose).

Il problema dello spazio Assoluto o universale

è insormontabile e lo sarà finché saremo noi a occuparcene, finché assegneremo un valore assoluto alle cose che facciamo funzionare, alle teorie che concepiremo.

Ma intanto.

In qualità di esseri umani ci occupiamo di fare funzionare lo spazio relativo e assegniamo uno spazio a tutte le cose che funzionano: microprocessori, spazi di memoria, alberi, stelle, emozioni. Qui le cose sono in perenne agonia di forma e colori. Qui l'inverno del discontento gareggia con la scopertura delle pellicole (o dei veli) dall'apparenza. Qui le armonie non esistono ma noi le cerchiamo fortemente lo stesso perché istillano un senso di fiducia e conferiscono sicurezza. Qui i punti ciechi vogliono essere svelati. Ma sarà impossibile sostenere che è la forma svelata ad avere la meglio. Stessa cosa nell'arte. Come mi ha recentemente scritto un mio amico pittore (Samorì, uno dei più grandi artisti contemporanei) "la cosa più spettacolare e fragile nell'arte" è "uno spazio dove gli atti di volontà e l'intelligenza strategica si arenano sempre prima dell'opera."

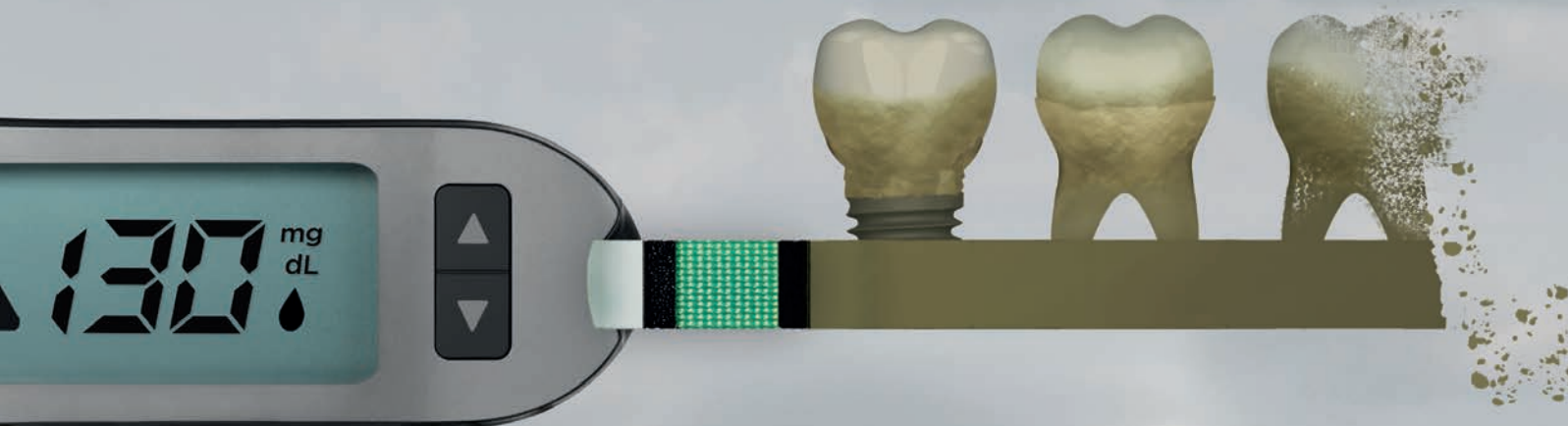
Quindi in qualità di esseri umani noi definiamo la nostra esistenza e tocchiamo i momenti di gloria giornaliera attraverso le scoperte che compiamo, gli allineamenti che tracciamo e le alleanze che creiamo per collegare le cose, per come pensiamo di essere capaci di capire il funzionamento delle cose imminenti che ci circondano. Ma la differenza che corre tra imminente e immanente è infinita e sta alla distanza tra l'essere relativo e l'essere assoluto. Noi esistiamo come inventori di storie, visionari e manutentori di funzioni, e concepiamo quasi sempre questo. Nel punto di collegamento tra spazio assoluto e relativo avviene presumibilmente invece il miracolo della consapevolezza e della rilevazione. Forse è proprio qui che dovremmo concentrare gli sforzi della nostra ricerca. Riprendendo spunto da Samorì "Dal buio prendono forma soggetti, si materializzano, ed è quel punto cieco e germinale che mi attrae in modo irresistibile."

Ognuno di noi è il ricettacolo di un infinito di punti ciechi che ci attraggono in maniera irresistibile. Vorremmo scoprire le grandi leggi, quelle che appartengono allo spazio assoluto. Per il momento rimaniamo però confinati ai punti ciechi della nostra umanità, della nostra fragilità latente. Non ci resta intanto che fare funzionare il mondo.

**Antonio M. Coppola**  
**Biomax S.p.A. CEO**

# SORRISO A RISCHIO

IL DIABETE AUMENTA DA 2 A 8 VOLTE\*  
IL RISCHIO DI PROBLEMATICHE PARODONTALI.



\* Workshop American Academy of Periodontology (AAP) e European Federation of Periodontology (EFP) - 2017

## SCEGLI LA PREVENZIONE

**Diabete, obesità, fumo e ridotte difese immunitarie** sono condizioni particolarmente rischiose in **sogetti portatori di impianti** o con **ricorrenti problemi parodontali**. Curasept Prevent è la linea di prodotti per l'igiene orale quotidiana studiata specificatamente per chi presenta questi fattori di rischio. Grazie all'esclusiva **formulazione brevettata con olio di oliva ozonizzato, postbiotici e probiotici**, colpisce selettivamente i batteri patogeni contribuendo a stabilire uno stato di eubiosi del microbiota e rafforzando il sistema immunitario per un benessere orale duraturo.



Guarda il video



FORMULA  
INNOVATIVA  
CON  
POSTBIOTICI



**CURASEPT**  
PREVENT

[www.curaseptspa.it](http://www.curaseptspa.it)



...è nato *top*  
**ONE**

Non è solo un impianto, ma è una vera e propria "Cura" di Estetica Dentale.  
Un percorso sviluppato in più di 45 anni di esperienza nel settore.

Il trattamento è un percorso personalizzato di progettazione e realizzazione del lavoro impianto protesico che grazie ad un'attenta analisi effettuata dai migliori professionisti garantisce risultati eccellenti.

La progettazione chirurgicamente e protesicamente guidata assicura precisione del risultato e minori fastidi per il Paziente.

Il connubio tra la sistematica implantare, che rappresenta il miglior prodotto esistente sul mercato, e la corona dentale realizzata dal reparto tecnico specializzato di Tecnologia, rivestita con la migliore ceramica, attraverso un processo artigianale di stratificazione riproduce fedelmente le caratteristiche e le peculiarità del dente assicurando un risultato completamente naturale.



**CalabroDental**  
*FirstClass*

Unità operativa di Odontoiatria  
e Chirurgia Maxillo Facciale **CALABRODENTAL**

Dir. San. Marrelli Health: Dott. Massimiliano AMANTEA | Dir. San. Amb.: Dott.ssa Maria Rita VETRANO

Via Enrico Fermi 5/b | 88900 Crotona (KR)  
tel. 0962 93 04 14 fax 0962 93 02 32 | [cup@calabrodental.it](mailto:cup@calabrodental.it)

[calabrodental.it](http://calabrodental.it)

# **VOLI DIRETTI DA CROTONE A ROMA. OGNI GIORNO. A PARTIRE DA 63 EURO.**

DECOLLARE E ARRIVARE RILASSATI IN SOLI 80 MINUTI.  
SERVIZIO DI BORDO INCLUSO NEL PREZZO.  
A SOSTEGNO DELLA CONTINUITÀ TERRITORIALE.

SCOPRITE DI PIÙ SU **SKYALPS.COM**.

