

# Medical Center

pag  
9

**A tavola con il diabete**

---

pag  
7

**La differenza tra un infarto ed un arresto cardiaco**

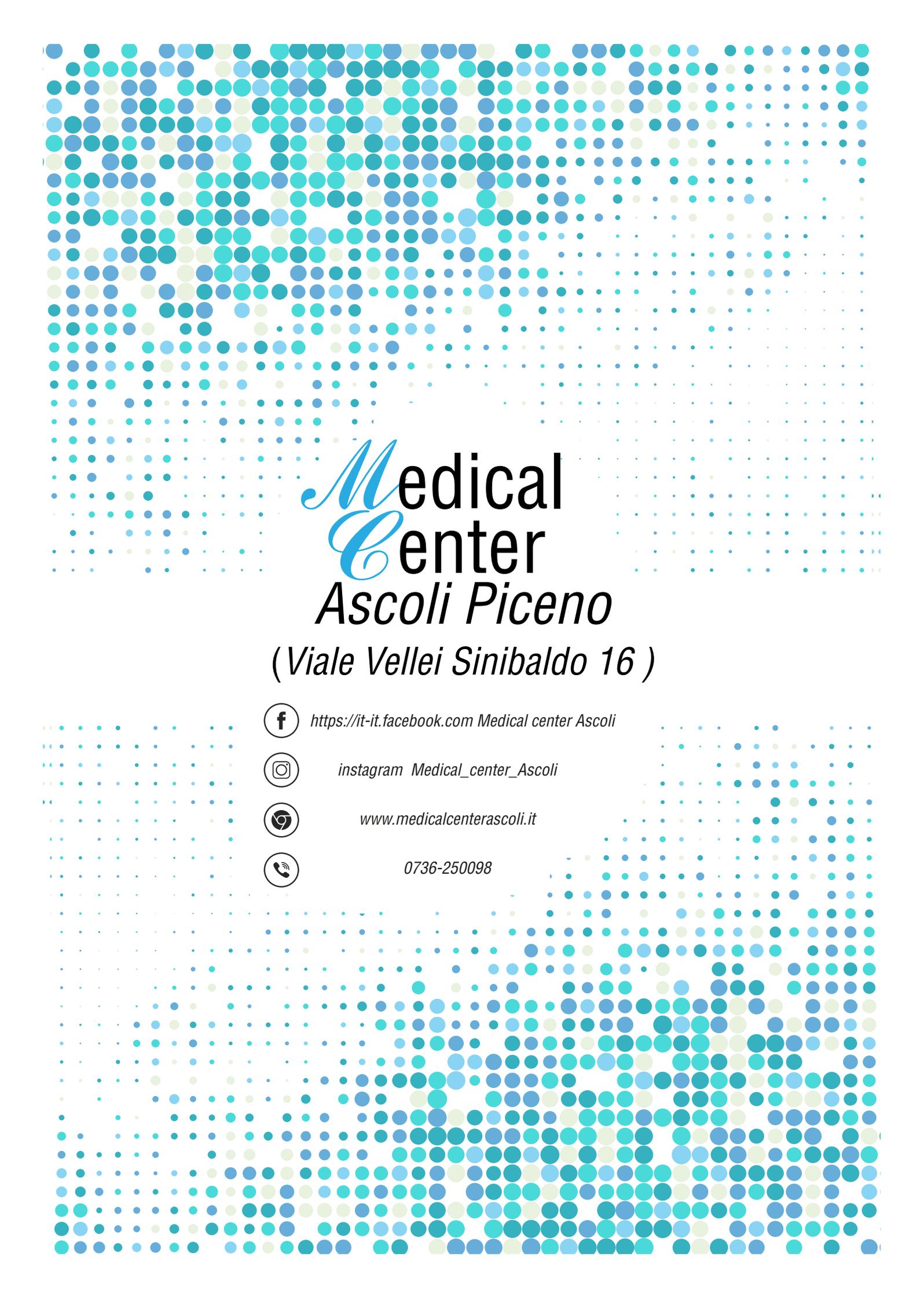
*La differenza fra di essi ?*

---

*Professionisti in campo medico*

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





# Medical Center *Ascoli Piceno*

*(Viale Vellei Sinibaldo 16 )*



[https://it-it.facebook.com Medical center Ascoli](https://it-it.facebook.com/Medical_center_Ascoli)



[instagram Medical\\_center\\_Ascoli](https://www.instagram.com/Medical_center_Ascoli)



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



0736-250098

# E<sup>ditoriale</sup>

Oggi nasce una nuova pubblicazione gratuita nel panorama dell'informazione.

Il nostro scopo è quello di rendervi consapevoli dell'importanza che ricopre la **conoscenza** in ambito sanitario.

Cercheremo di proporvi articoli riguardanti le più varie patologie e, nello stesso tempo, informarvi riguardo alle terapie consigliate per risolverle.

Saremo aiutati in questo percorso da molti professionisti che descriveranno, ciascuno nel loro rispettivo settore, problematiche note a molti cercando di utilizzare un linguaggio alla portata di tutti.

Questa rivista vuole essere un **aiuto** al cittadino nel trovare spiegazioni comprensibili liberandoli da qualche dubbio ancor prima di consultarsi con il proprio medico.

Crediamo in questa idea e, sperando che possiate seguirci in molti, vi auguriamo buona lettura delle pagine a seguire.

# Sommario

## Editoriale

01

### La sclerosi multipla

*Il meccanismo dei mirror neurons*

03

### La differenza tra un infarto ed un arresto cardiaco

*La differenza fra di essi ?*

07

### Il ruolo della fisioterapia nelle malattie cardiovascolari

*Articolo del Dott. Alessandro Esposto*

08

### Il digiuno intermittente nei pazienti diabetici

09

### L'isteroscopia diagnostica

*Sintomi e precauzioni*

10

### L'uno "non" vale l'altro:

*la Chirurgia verso la "iperspecialità"*

11

### News

*Centro medicina del sonno*

13



**L**a sclerosi multipla o sclerosi a placche è una malattia grave del sistema nervoso centrale, cronica e spesso progressivamente invalidante, che è detta anche malattia demielinizzante per la lesione da essa prodotta.

Essa infatti colpisce il sistema nervoso producendo un danno al rivestimento mielinico dei neuroni con conseguente progressiva alterazione della trasmissione neuronale.

Alla base della SM, dunque, vi è un processo di demielinizzazione che determina danni o perdita della mielina e la formazione di lesioni (placche) che possono evolvere da una fase infiammatoria iniziale a una fase cronica, in cui assumono caratteristiche simili a cicatrici, dal termine «sclerosi».



È una malattia che colpisce più frequentemente le donne rispetto agli uomini (rapporto 3:2) e persone giovani tra i 20 e i 40 anni nel pieno delle loro attività fisiche e lavorative. Recenti studi epidemiologici sulla Sclerosi Multipla stimano un'incidenza della malattia di circa 18.000 nuovi casi per anno.

La prevalenza della malattia sembra avere una progressiva riduzione con l'avvicinarsi all'Equatore. La SM è rara nelle regioni tropicali e subtropicali, mentre è frequente nelle regioni temperate. Eccezioni sono l'Australia

in cui non dovrebbe essere presente e invece lo è, ed il Giappone in cui dovrebbe essere presente ma è assente.

La nostra nazione è considerata un'area geografica a medio rischio per lo sviluppo della patologia. La ragione di origine del soggetto assume maggiore importanza rispetto a quella dove vive attualmente, come se il soggetto migrando da una regione ad endemia elevata verso una regione a bassa endemia portasse il proprio rischio con sé.

La SM o SaP, potrebbe dipendere da un fattore causale intervenuto 10 o 15 anni prima delle manifestazioni cliniche iniziali, come se la malattia che inizia nell'adulto giovane sarebbe stata determinata nell'infanzia. La causa e la terapia definitiva sono ancora sconosciute.

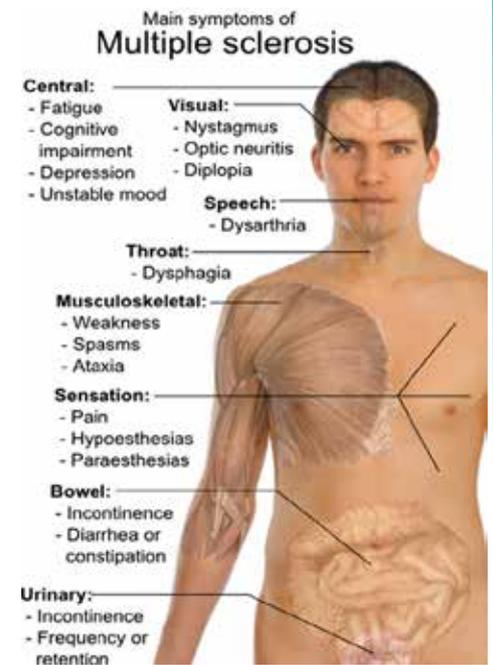
## La malattia evolve in due tappe:

- Una fase iniziale, in cui le zone di mielina vanno incontro a un processo infiammatorio (infiammazione acuta di zone circoscritte di mielina), che può regredire da sola e che comporta disturbi della conduzione degli impulsi

- Una fase più tardiva, in cui la mielina (attaccata per prima) viene attaccata dal sistema immunitario (malattia autoimmune) provocando così demielinizzazione ed in seguito ad un processo di "gliosi", ovvero di riparazione cicatriziale, si ha l'irreversibilità della lesione. Si forma dunque come una cicatrice di

tessuto differente.

Del Sistema Nervoso Centrale vengono colpite zone localizzate di mielina: emisferi cerebrali; tronco encefalo; cervelletto; nervo ottico; Midollo Spinale.



Sintomi della sclerosi multipla La malattia causa i seguenti effetti:

- 1 Inizialmente si hanno sintomi vaghi e transitori che durano 2-3 anni, esempio il più frequente è il disturbo della vista (diplopia, strabismo, nistagmo, neurite ottica o retrobulbare).
- 2 Disturbi dell'equilibrio nella stazione eretta (atassia eretta, ovvero per mantenere l'equilibrio il paziente tende ad avere la base allargata)
- 3 Tremore e dismetria
- 4 Diplopia per lesione del VI nervo cranico.
- 5 Disturbi della sfera sensitiva sia superficiale: tattile, termica e dolorifica, che profonda: ovvero la propriocezionalità

## dei mirror neurons

- 6 Disartria e disfagia (difficoltà nel linguaggio e nella deglutizione).
- 7 Disturbi cognitivi e psichiatrici
- 8 Perdita del gusto e dell'udito.
- 9 Infine per interessamento del midollo spinale: disfunzioni sfinterici e vescicali, ritenzione urinaria, disfunzione sessuale.

L'evoluzione della malattia di base può essere, tra l'altro, complicata da alcuni sintomi paratossici: episodi di epilessia, distonie, spasmi muscolari localizzati al collo o al volto, singhiozzo, sindromi dolorose.

## Esistono inoltre due fasi nel decorso della malattia:

- La fase di SM recidivante-remitte che può durare da 4 a 9 anni. Essa può a sua volta essere suddivisa in una fase a reversibilità completa e l'altra di residua invalidità.
- La fase cronico-progressiva, in cui la sintomatologia non è più a poussé (apice della malattia-fase acuta), ma vi è un peggioramento progressivo dei distretti già colpiti. Questa è la rappresentazione più tipica.  
Per quanto riguarda la diagnosi, come esame di prima scelta ormai si è imposta la RMN dell'encefalo o del MS (midollo spinale); inoltre vengono eseguiti i potenziali evocati in cui la loro registrazione permette di evidenziare il ritardo nella trasmissione di un messaggio sensoriale o sensitivo, causato da una lesione demielinizzante sulle vie della conduzione sensitiva. L'esame del Liquor permette spesso di confermare la natura infiammatoria del processo iniziale.

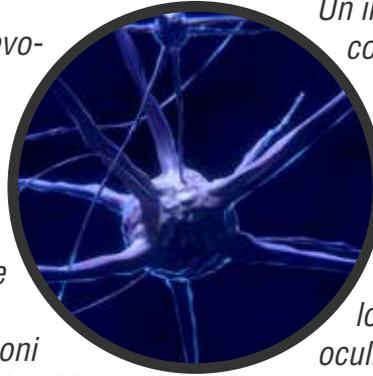
## Diagnosi della sclerosi multipla

La prognosi sfavorevole che si attribuisce alla malattia riguarda la gravità delle infermità che produce e le diverse complicanze a cui si va incontro (allettamento, infezioni urinarie, piaghe da decubito e propensione alle infezioni) piuttosto che il pericolo di vita indotto in sé stesso da questa malattia.

Proprio per le caratteristiche della malattia e per il suo singolare decorso spesso non possiamo permetterci di dettagliare quella che potrà essere l'evoluzione funzionale, la presenza di deficit nel tempo, la regressione, la stabilizzazione o il peggioramento di alcune disabilità.

La sclerosi multipla è un'entità nosologica effettivamente complessa ed eterogenea, pertanto diventa difficile stilare un programma riabilitativo di massima, o addirittura impossibile proporre un protocollo a regole fisse per la riabilitazione del paziente affetto da questa patologia. Sicuramente una corretta valutazione del paziente nella globalità delle sue difficoltà, rappresenta oggi il punto di partenza per poter procedere organicamente ad un intervento riabilitativo specifico (con il termine "globalità" si intendono, oltre agli aspetti clinici della patologia, anche gli aspetti familiari, socio-lavorativi, psicologici ed ambientali che sono parte

integrante del nostro quotidiano e della qualità della vita in genere).



Un intervento riabilitativo condotto da un'équipe multidisciplinare (fisiatra, neurologo, fisioterapista, terapeuta occupazionale, logopedista, infermiere, psicologo, assistente sociale, urologo, sessuologo, neuropsicologo, oculista), dunque, che proponga un progetto mirato oltre che alle disabilità, soprattutto alle abilità residue e recuperabili dell'individuo, vede partecipare anche il paziente stesso e la sua famiglia che ricoprono un ruolo centrale come parte attiva del processo decisionale. Il trattamento farmacologico è al momento inefficace sulla malattia stessa ma è dedicato solo ai suoi problemi secondari descritti in precedenza.

Trattamento riabilitativo della sclerosi multipla Il trattamento riabilitativo cerca di limitare gli esiti funzionali della malattia. La preservazione del cammino (anche mediante l'utilizzo di: esercizi alle parallele, bastone, canadesi o deambulatori con o senza ascellari) e l'utilizzo delle funzionalità residue è in questi pazienti prioritaria. Bisogna prevenire l'allettamento, la formazione di piaghe da decubito e deformità articolari.

Nella fase acuta, spastica, della malattia, si hanno dei disturbi agli arti inferiori ed i muscoli estensori sono più colpiti. I muscoli abduttori sono più deficitari, mentre gli adduttori prevalenti. La riabilitazione deve essere a vantaggio dei muscoli



ipotonici e si dovranno fare degli allungamenti dei muscoli ipertonici, soggetti a spasticità. Bisognerà quindi:

1 Effettuare una kinesi passiva dell'articolazione della caviglia e successivo stretching del tendine d'Achille per evitare retrazioni dello stesso e quindi avviare all'equinismo del piede. La manovra deve essere graduale e lenta, con una forza dosata, per evitare un riflesso anormale.

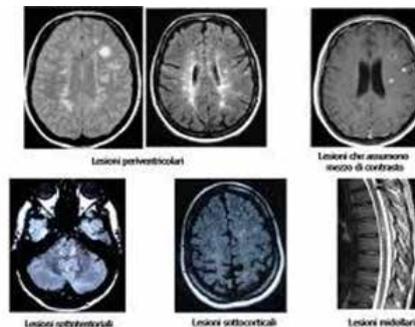
2 Mobilizzazione passiva dell'anca in abduzione e adduzione e successivo allungamento dei muscoli adduttori della coscia. Si possono associare eventualmente manovre di contract-relax e/o hold-relax per ottenere un'ulteriore allungamento e acquisire qualche grado in abduzione.

3 Mobilizzazione passiva dell'anca in flessione-estensione e successivo allungamento del muscolo quadricipite e dei muscoli della loggia posteriore della coscia. Anche qui prestare attenzione a fenomeni di riflesso anormale allo stiramento.

4 Ulteriore allungamento del tendine d'achille e del quadricipite da prono, quindi con paziente a pancia in giù eventualmente anche con tecniche di contract-relax e/o hold-relax.

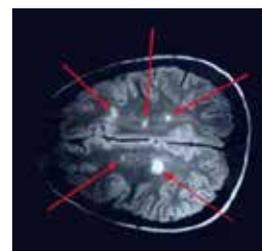
Non bisogna soffermarsi solo sulla spasticità o sulla forza muscolare, ma sulla capacità di eseguire una funzione e alla sua durata; bisogna entrare nel concetto di una riabilitazione intesa come "problem solving", ovvero come risolutrice di problemi. Essa deve essere funzionale, piuttosto che solo di lotta contro i segni

patologici (spasticità, coordinazione ecc seppur rilevanti). Un segno patologico deve diventare un rilevante obiettivo del trattamento nella misura in cui risulta correlato al deficit prestazionale. Si deve valutare la potenzialità del soggetto e i suoi limiti da cui bisogna prendere poi l'indicazione per un cambiamento utile e possibile. Se ad esempio per mettersi le scarpe o le calze c'è un'irradiazione in estensione degli arti inferiori o un clono che di fatto impedisce tale prestazione, si può suggerire l'opportunità di scegliere strategie e posture capaci di realizzare una modificazione del tono posturale di base o distrettuale che serva sia come ruolo di esercizio che di espansione delle autonomie del



malato. Si deve cercare di ottenere un cambiamento del comportamento motorio che dovrà divenire un'attitudine anche dopo la fine del trattamento riabilitativo e non fine allo sterile esercizio stesso. Il terapeuta non deve essere solo colui che muove ma colui che insegna all'ammalato come utilizzare le sue risorse motorie residue per ottenere un miglioramento nella qualità della vita, nella cura della persona, nelle autonomie e funzioni.

Di rilevanza fondamentale è quindi l'osservazione del paziente e valutare le sue reazioni di raddrizzamento e di equilibrio, di paracadute e protezione, dalle quali si possono notare i pattern motori alterati e non fisiologici e sui quali poter agire successivamente. È importante inoltre lavorare sulle componenti rotatorie del tronco importanti anche nelle posture intermedie. Da seduto l'atteggiamento di cifosi già limita le rotazioni del tronco quindi sarà importante modificare già la posizione di partenza dell'esercizio. Inoltre, un buon controllo dell'equilibrio da seduto, significa già migliorare le operazioni di nursing dei familiari e migliorare la



dinamica toracica e diaframmatica dal punto di vista respiratorio. Gli esercizi per evocare le

reazioni di equilibrio di bacino e tronco possono essere fatti anche su superfici instabili come dei grossi palloni o tavoletta, facendoci sedere sopra il paziente. Si può anche chiedere al paziente di raggiungere degli equilibri in maniera crociata.

Oltre la valutazione delle reazioni posturali e del tono muscolare è importante valutare il deficit di forza inteso come paresi degli arti inferiori. Questo comporterà la ricerca da parte del paziente di ricercare la forza attraverso la fissazione e attraverso l'utilizzo di riflessi primitivi come il riflesso tonico simmetrico del collo per avere un effetto antigravitario di "forza" il quale però determina una perdita

della selettività del movimento. Egli tende a fissarsi sia visivamente che bloccando i cingoli e il capo. Per lavorare sulla dismetria è consigliabile utilizzare maggiormente afferenze tattili piuttosto che visive, utilizzare dei pesetti da legare ai polsi per sfruttare la co-contrazione muscolare con conseguente aumento di energia muscolare e, infine, scomporre il movimento rendendolo più semplice, limitando sia il numero delle componenti da controllare contemporaneamente che l'escursione articolare. La fissazione visiva permette di ridurre le distorsioni delle afferenze vestibolari, ma quando c'è nistagmo o movimenti patologici del capo con oscillazioni, essi fanno perdere l'efficacia dell'artificio e il riferimento.

Essendoci una problematica di afferenze bisognerà lavorare, proprio dal punto di vista percettivo, sia sulla sensibilità superficiale (tattile e termica, con discriminazione di oggetti rispettivamente: lisci o ruvidi, caldi o freddi) che profonda (es. capire con quale dito si sta tentando di riconoscere o in che posizione si trova

l'arto ("proprioceattività"). A tal proposito sono utili quindi esercizi di tipo conoscitivo (metodo Perfetti - E.T.C-) che possono avvalersi anche di superfici instabili, di consistenza o peso diverso.

Altrettanto utile è anche l'idrokinesiterapia, sia per il suo "glove effect", ovvero per il suo effetto dal punto di vista sensitivo-sensoriale (dato che l'acqua ci dà un segno tangibile di contatto con essa), sia per il suo effetto sulla spasticità. Infatti è stato visto che con esercizi in acqua, sia a 10° che a temperatura ambiente, si ottengono buoni risultati. Anche la crioterapia spesso su alcuni pazienti permette l'abbattimento dell'ipertonìa.

Nel posizionamento a letto a letto infine, è bene sapere che la posizione in decubito laterale (sul fianco) è una buona soluzione per decomprimere parzialmente la vescica, per dilatare l'emitorace che non appoggia e per un riadattamento precoce all'equilibrio.

Anche attraverso queste piccole attenzioni si può dunque intervenire sul versante urologico, respiratorio e sull'equilibrio, ovvero sulla funzione vestibolare.

Tra le ultime novità sia in campo neurofisiologico che riabilitativo attinente questa patologia e non solo, non molto tempo fa sono stati scoperti dei neuroni (nell'area F5) che sono stati chiamati "mirror neuron", ovvero neuroni specchio. È stato visto che questi neuroni si attivano sia quando il soggetto compie l'azione, sia quando la osserva compiere da un altro. Essi non sono dipendenti dall'oggetto ma dalla simile azione (es: se la scimmia impara una sequenza in cui l'azione "prendere l'oggetto per riporlo nel contenitore" prevede la presenza di un solido e questo viene sostituito da cibo, che lei aveva mostrato preferire, non si riscontra una significativa differenza nell'attivazione neuronale) Il meccanismo dei mirror neurons è talmente potente che questi neuroni non si attivano soltanto quando osserviamo il movimento eseguito da un'altra persona. I mirror neurons si attivano anche quando vediamo sullo schermo del computer un braccio virtuale che compie lo stesso movimento o l'immagine schematizzata di una persona umana che cammina o corre (Jeannerod et al. 1995; Crammond 1997)

Questo potrebbe aprire nuove frontiere nell'intervento riabilitativo della sclerosi multipla? Si attendono ulteriori studi in merito, così come altre forme di terapia in corso di valutazione..



Viale vellei sinibaldo n 16 Ascoli Piceno (ap)

# La differenza tra *un infarto ed un arresto cardiaco*

## Infarto attacco di cuore, arresto cardiaco, ictus?

**Q**uesti termini vengono utilizzati usualmente dagli addetti ai lavori per indicare ciò che secondo loro è più o meno la stessa tipologia di problema di salute.

Ma quante volte ci siamo chiesti quale fosse la differenza fra di essi? Per saperlo si dovrebbero conoscere anche i sintomi che questi malesseri presentano, e, saperli riconoscere sarebbe utile per intervenire tempestivamente e magari significherebbe fare la differenza fra la vita e la morte.

● **Infarto o attacco di cuore**  
Quando si usa questa parola, si parla del cosiddetto "infarto del miocardio", ossia della necrosi (morte) di una parte del muscolo cardiaco, il miocardio. Tutto ciò è avviene per una assenza prolungata di afflusso di sangue, dovuta per la maggior parte delle volte all'ostruzione di una delle arterie coronarie. Questa ostruzione può avere varie entità transitoria – parziale – totale e provocare danni diversi. Il dolore al torace è il primo sintomo, quello più ricorrente, un forte dolore che si irradia verso spalla e braccio sinistro. La cosa più importante anche in questo caso è la celerità nel chiedere aiuto all'ospedale o al 118.

● **Arresto cardiaco**

L'arresto consiste in un malfunzionamento cardiaco improvviso, quasi sempre dovuto a una disfunzione elettrica che provoca una brusca alterazione, capita di avere anche una vera e propria cessazione, del battito cardiaco a cui consegue una inefficacia della sua meccanica. Il tempo utile per intervenire con la rianimazione cardiopolmonare, salvare la persona ed evitare danni al cervello è pochissimo all'incirca 10 minuti, e questo rende l'arresto cardiaco il più grave dei problemi presentati. Purtroppo l'arresto cardiaco è un nemico silente, spesso non presenta sintomi, solo in alcuni casi, si possono avvertire palpitazioni, vertigini, dispnea, dolore toracico, e anche qui, tutto dipende dalla celerità nel

soccorso.

● **Ictus**

L'ictus, ha a che vedere in particolare con il cervello, questa è fondamentale la differenza dall'infarto o dall'arresto cardiaco. Consiste nella morte delle cellule del cervello, dovuta ad una scarsa perfusione sanguigna. L'ictus si divide in due tipi Quello emorragico, causato da sanguinamento e quello ischemico dovuto alla mancanza di flusso di sangue. I sintomi sono diversi e possono essere temporanei o permanenti, di solito c'è l'improvvisa impossibilità di muoversi o di percepire una parte del corpo, perdita di visione di una parte del campo visivo o problemi nel linguaggio. La causa principale dell'ictus è l'ipertensione



# Il ruolo della fisioterapia nelle malattie cardiovascolari

**P**er malattie cardiovascolari si intendono tutte le affezioni, acute o croniche, che interessano il cuore e/o il sistema circolatorio. Negli ultimi decenni, complici l'aumento della longevità e la diminuzione di mortalità per altre cause (es. infezioni), i disordini cardiovascolari hanno preso progressivamente piede come principali cause di mortalità, disabilità nonché dell'aumento dei costi per la sanità e, pertanto, è cresciuto l'interesse dei ricercatori verso nuove strategie per prevenire e curare in maniera sempre più efficace queste patologie.

Poiché questo breve articolo non ha come obiettivo la discussione delle procedure "manu medica". Ossia le tecniche chirurgiche o le terapie farmacologiche, oppure del ruolo positivo dell'esercizio fisico generale come forma di prevenzione primaria, l'attenzione sarà rivolta principalmente alla trattazione dell'efficacia della riabilitazione cardiologica nelle prevenzione secondaria e terziaria (rispettivamente subito dopo un evento cardiovascolare e a distanza di tempo per evitare recidive).

**“La riabilitazione cardiologica è una forma di fisioterapia e, in quanto tale, deve essere somministrata esclusivamente da personale sanitario in possesso della Laurea in Fisioterapia”**

*Il pensiero del cardiologo*



Dott. Alessandro Esposito

La riabilitazione cardiologica è una forma di fisioterapia e, in quanto tale, deve essere somministrata esclusivamente da personale sanitario in possesso della Laurea in Fisioterapia con una formazione post-laurea nel trattamento dei disordini cardiovascolari. Stando alle linee guida internazionali più aggiornate la riabilitazione cardiologica ha una raccomandazione di I livello, cioè un'efficacia dimostrata in numerosi studi scientifici di notevole valore, e si è dimostrata in grado di favorire un più rapido e completo recupero delle capacità funzionali e, inoltre, di ridurre il rischio di futuri eventi morbosi, cardiovascolari o di altra natura.

Il ciclo di riabilitazione cardiologica ha una durata di otto settimane con due sedute di gruppo supervisionate da Fisioterapista una sessione una sessione di allenamento a domicilio autogestita dal paziente ogni settimana. Prima e dopo il ciclo, al fine di programmare un allenamento

su misura e di valutare gli effetti dell'allenamento, il paziente effettua un test da sforzo sub massimale e compila alcuni questionari. Durante la singola seduta in palestra (della durata di un'ora circa) il paziente viene costantemente monitorato per quanto riguarda i parametri pressori, elettrocardiografici e della sensazione di fatica al fine di garantire una seduta terapeutica efficace e sicura.

*Dott. Alessandro Esposito*





## Il digiuno *intermittente nei pazienti diabetici*

Il digiuno intermittente è una tecnica usata per perdere peso, alterna giorni di digiuno ed altri con inserimento di alimenti. Di recente uno studio effettuato dall'università della California, ha portato alla conclusione che questo è un metodo in grado di ripristinare le funzioni del pancreas ostacolato dal diabete. I ricercatori dell'università della California hanno osservato che,

rigenerando l'organismo responsabili del controllo dello zucchero nel corpo, i sintomi del diabete si estinguono.

Gli studiosi rivelano che questa dieta riesce a rinnovare il corpo, e che potrebbe diventare il nuovo trattamento per la cura dei pazienti diabetici, sottolineando però l'importanza di una guida medica nell'utilizzo di questo metodo.

“In termini medici i risultati di questa ricerca sono potenzialmente molto importanti perché dimostriamo nei modelli di topi che si può utilizzare la dieta per invertire i sintomi del diabete” cit. Valter Longo partecipante dello studio all'Istituto di gerontologia dell'Università di California.

## A tavola con il diabete



# L'isteroscopia diagnostica

## Sintomi e precauzioni

Tutelarsi



Dott. Gennaro Raiomondo

L'isteroscopia diagnostica ha come obiettivo principale lo studio macroscopico della cavità uterina, del canale cervicale e dei rispettivi epiteli di rivestimento, affiancando in questo percorso l'esame ecografico, proponendosi tuttavia come indagine di secondo livello. Attualmente con la stessa metodica molti sforzi si stanno producendo per la ricerca di talune patologie del canale cervicale: la tecnica, definitiva **ENDOCERVISCOPIA**, si offre come supporto alla colposcopia ed alla citologia. Entrambe le tecniche sono eseguibili come indagini ambulatoriali e come tali non necessitano di particolari precauzioni e ovviamente di qualsiasi tipo di anestesia. Quando è necessario fare l'isteroscopia diagnostica?

- Sanguinamento uterino anomalo
- Infertilità e sterilità
- Quadri ecografici anomali
- Diagnosi e stadiazione del cancro dell'endometrio
- Monitoraggio del trattamento medico delle iperplasie atipiche
- Ricerca e rimozione della spirale (I.U.D.)
- Pap test anomalo con colposcopia negativa



Dott. Gennaro Raiomondo

# L'uno "non" vale l'altro

**C**ome la chirurgia sia cambiata in questi ultimi decenni è sotto gli occhi di tutti. Questo, in parte, è dovuto ai progressi tecnologici che da sempre accompagnano in totale simbiosi questa "nobile arte" nell'obiettivo di ridurre l'invasività delle procedure chirurgiche stesse. Durante questa evoluzione tecnica, quasi prodigiosa, due sono stati essenzialmente i passaggi di svolta epocale: il primo, alla fine degli anni 80, con l'introduzione delle prime tecniche videoassistite toraco- e laparoscopiche e, il secondo (emerso prepotentemente negli ultimi 10 anni a livello mondiale) con l'impiego in casi selezionati di un vero e proprio robot comandato a distanza dal chirurgo attraverso una console. Sebbene le tecniche mini-invasive siano più costose di quelle tradizionali, esse hanno di fatto migliorato notevolmente il recupero funzionale postoperatorio del paziente riducendo, parallelamente, i tempi di degenza. Lo stesso, tuttavia, non si può dire riguardo al tasso di complicanze e mortalità. Questi ultimi due aspetti rimangono, di fatto, gli unici ad impattare fortemente sulle aspettative del paziente e, quindi, sul risultato finale auspicato. In tutte le casistiche mondiali, infatti, l'esperienza intesa come numeri di casi



Dot. Paolo Regi

chirurgici specifici eseguiti da un singolo operatore rappresenta l'unica discriminante in grado di garantire l'abbattimento dei tassi di complicanze postoperatorie. E questo è particolarmente vero per la chirurgia cosiddetta "maggiore", tecnicamente più complessa e gravata da maggiori e più serie complicanze. È facilmente intuibile come sia utopico formare dei chirurghi con elevata specialità per tutte le patologie chirurgiche esistenti, ed è per questo motivo che negli ultimi decenni il modo

stesso di concepire la formazione chirurgica si è evoluto radicalmente. Oggigiorno, infatti, non si mira più alla creazione di chirurghi "tuttofare" bensì di "iperspecialisti" all'interno di ciascun ambito distrettuale (torace, addome etc). Sono nate così, soprattutto nell'ultimo decennio, delle unità operative ben distinte all'interno della Chirurgia Generale quali la Chirurgia Toracica e la Chirurgia Generale propriamente detta, che comprende a sua volta quella addominale e l'Endocrinochirurgia. Nell'ambito della Chirurgia addominale sono nate quindi ulteriori branche specialistiche quali la Chirurgia Coloretale, la Chirurgia



# La chirurgia verso l'iperspecialità

**E**patobiliopancreatica, la Chirurgia del primo tratto Gastrointestinale, l'Endocrinochirurgia addominale e la Chirurgia dei Tumori Retroperitoneali. Ma mentre per alcuni ambiti specialistici, come ad esempio la Chirurgia Coloretale, l'affluenza di nuovi casi annui per ciascun centro consentiva e consente tuttora di completare una curva di apprendimento sufficiente a minimizzare i rischi post-operatori, questo purtroppo non avviene per altri ambiti specialistici più di nicchia, come ad esempio la Chirurgia Epatobiliopancreatica. Nasce così, anche a livello italiano e sulla scia di numerosi esempi esteri, la necessità di "accentrare" lo svolgimento delle attività chirurgiche maggiori per patologie a bassa incidenza solo in poche strutture di riferimento

nazionale e "iperspecializzate". In questa ottica il Ministero della Salute ha da poco varato il cosiddetto PNE (Programma Nazionale Esiti, a cura dell'ente AGENAS -Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali-) che stabilisce quali siano i numeri minimi di casi operati dal singolo centro per anno, necessari per poter praticare interventi specifici in una determinata branca specialistica. Nel caso particolare della Chirurgia Epatobiliopancreatica questo assume e assumerà un peso finalmente cruciale a favore del paziente, dato che il tasso di mortalità per resezioni pancreatiche maggiori nei centri che eseguono meno di 50 casi l'anno, può raggiungere in letteratura anche il 30%, mentre si assesta intorno al tre 3% in quelli ad alto volume. Il

centro di Chirurgia Epatobiliopancreatica dell'Ospedale Pederzoli, che attualmente conta circa 200 resezioni pancreatiche di cui 100 maggiori (3° centro nazionale secondo i dati AGENAS 2016), è infatti in linea con le suddette statistiche. Per concludere, appare fin troppo chiaro come, in questo scenario radicalmente evoluto, sia ancora più importante porre il paziente al centro delle nostre attenzioni, indirizzandolo già al momento della diagnosi verso i centri di competenza iperspecialistica per patologia. Questo, non solo evita inutili ritardi nell'intraprendere l'adeguato trattamento clinico ma garantisce, al contempo, il miglior risultato possibile allo stato dell'arte delle conoscenze umane in ambito medico. *Dott. Paolo Regi*



## Medical Center

Tel 0736-250098



## Febbraio 2018



Centro medicina del sonno

**S**iamo lieti di comunicarvi che da Febbraio 2018 nella struttura Medical Center Ascoli sita in Viale Sinibaldo Vellei, sarà attivo il Centro di Medicina del Sonno, all'interno del quale lavorerà un team di specialisti, Neurologi, Pneumologi ed Otorini i quali tramite strumentazioni professionali effettueranno visite specialistiche e esami diagnostici. Quotidianamente il sonno occupa 1/3 del nostro tempo, ed è fondamentale per il benessere del nostro organismo.

Aldilà della causa, la riduzione del sonno infierisce con alcune funzioni

*fondamentali del nostro corpo, determinando spesso conseguenze evidenti anche sul piano comportamentale e sulla qualità della salute.*

*I disturbi del sonno non vanno mai sottovalutati, perché si ripercuotono anche sulle ore diurne influenzando negativamente l'andamento lavorativo, i rapporti sociali e tutta la sfera psicologica del soggetto, oltre ad aumentare il rischio di contrarre infezioni, sviluppare malattie metaboliche e cardiovascolari.*

*E ricordatevi.... dormire bene influenza sulle nostre aspettative di vita più di qualsiasi altro fattore.*

### Principali disturbi Del sonno

- Insonnia
- Russamento e Sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS)
- Bruxismo
- Sindrome delle gambe senza riposo
- Epilessia notturna
- Sonnambulismo
- Narcolessia
- Disturbi del sonno nei bambini



Mensile gennaio 2018  
1° uscita  
rivista esclusivamente online

"Designed by / Freepik"

viale sinibaldo vellei 16°

Ascoli Piceno 63100

info@medicalcenterascoli.it

tel. 0736/250098

ACCREDITAZIONI

"Designed by Ibrandify / Freepik" a href="http://www.freepik.com">De-  
signed by Freepik</aa href="http://www.freepik.com">Designed by  
raffel / Freepik</a href="http://www.arngtypeface.com/license



[https://it-it.facebook.com Medical center Ascoli](https://it-it.facebook.com/Medical_center_Ascoli)



[instagram Medical\\_center\\_Ascoli](#)



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



0736-250098