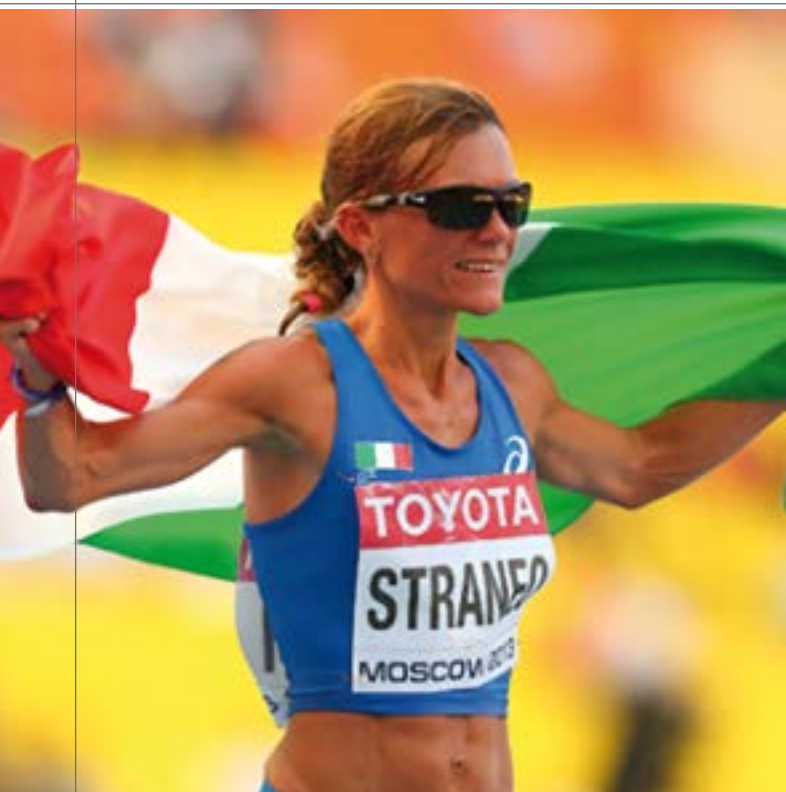


cronache. sanitarie



in collaborazione con:

SALUS S.r.l.

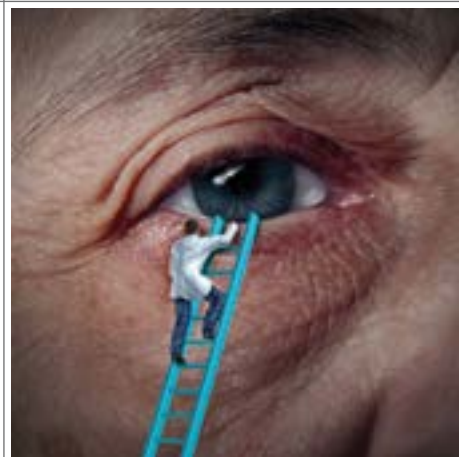


IN PRIMO PIANO pagg. 8/9/10

Morte improvvisa da sport

LA FINESTRA SUL DOMANI pagg. 17/18/19

La terapia della degenerazione maculare legata all'età (DMLE)



Ogni 10 adesioni
alla bolletta on-line
verrà piantato
un albero.

RAPIDITÀ

GRATUITÀ

COMODITÀ

SICUREZZA

AMICIZIA PER
L'AMBIENTE

Più bollette on-line, più alberi.

Visitando il sito www.fiora.it - Area **Riservata Utenti** e attivando il servizio di **Bolletta On-Line**, potrete visualizzare, salvare o stampare la vostra bolletta solo quando strettamente necessario evitando così inutili sprechi di carta. Non appena la vostra bolletta verrà emessa riceverete direttamente sulla casella di posta elettronica da voi prescelta una e-mail di avviso.

1.000 ALBERI = 10 ETTARI DI ESTENSIONE
1.000 ALBERI = 20 GIARDINI SCOLASTICI
1.000 ALBERI = 5 PARCHI O AREE VERDI

Aderisci subito su www.fiora.it



Per la pubblicità su questa rivista contatta:

kalimero
Tel. +39 0564 453313
www.kalimero.it

CRONACHE SANITARIE
NUMERO 0

Direttore Amministrativo
Rag. Aldo Falconi

Direttore
Melissa Sinibaldi

Redazione:
Dott. Nedo Svetoni, Direttore Sanitario
Dott. Alessandro Ceccariglia
Dott. Francesco Guerreschi
Dott. Vincenzo Alvino
Melissa Sinibaldi

Progetto:
Centro Medico Galeno
Sede operativa Via Monte Leoni 6/D Grosseto (GR)
centralino Salus: 0564 458999

Contatti:
info@cronachesanitarie.com

Impaginazione, grafica e stampa:

kalimero
STUDIO COMUNICAZIONE E MARKETING
Via Aurelia Nord, 217 int. 15 - 58100 Grosseto
Tel. +39 0564 453313
www.kalimero.it

5
EDITORIALE

6|7
SALUS: UN POLO DI RIFERIMENTO NEL PANORAMA SANITARIO

8|9|10
MORTE IMPROVVISA DA SPORT

11|12|13|14
MALATTIE DEI CANALI IONICI ED ARITMIE MORTALI

15|16
NUTRIZIONE E SPORT: INFLUENZA DELL'ALIMENTAZIONE
SULLA PERFORMANCE SPORTIVA

17|18|19
LA TERAPIA DELLA DEGENERAZIONE MACULARE
LEGATA ALL'ETÀ
(DMLE)

20|21|22
ECOCARDIOGRAFIA FETALE: PERCHÈ È IMPORTANTE FARE
QUESTO ESAME IN GRAVIDANZA

23|24
LA CONCORRENZA IN SANITÀ È UN TABÙ?

26|27
SPECIALISTI SALUS

29
NICOLÒ PAGANINI: VITA E MORTE DI UN "DEMONIO" DEL VIOLINO

31
FISIOTERAPIA SALUS

A cura del Direttore Melissa Sinibaldi



S.E.I., attiva dal 1999 nelle energie rinnovabili, investe nella ricerca e sviluppo per il miglioramento tecnico degli impianti F.E.R. (Fonte di Energia Rinnovabile) trasferendo e condividendo con i produttori, con cui ha realizzato accordi di joint venture, il proprio know-how e competenze tecnico-industriali. Solo i migliori produttori di impianti sono entrati nella gamma S.E.I. e le loro caratteristiche tecniche sono state attentamente valutate in termini di produttività, garanzie, affidabilità e sicurezza.

S.E.I. ha sviluppato i programmi dedicati ad investitori del settore ed in particolare ha ideato nel settore eolico il programma **M.W.F. (Mini Wind Farm)** per lo sviluppo di siti idonei ad impianti da 60 - 100 - 200 kW, con il quale realizziamo i G.A.R. (Gruppi di Acquisto Rinnovabili) nello specifico denominati anche "Wind Bond". Sono inoltre disponibili investimenti in G.A.R. su impianti idroelettrici, biomasse e fotovoltaici.

I gruppi di Acquisto nascono, non molti anni orsono, come aggregazione di consumatori finalizzata a riunire molteplici richieste similari per poter trattare unitamente con i fornitori con lo scopo di ottenere condizioni favorevoli di fornitura di beni e servizi.

Nel tempo queste forme di aggregazione si sono rapidamente evolute e tali gruppi si sono diversificati in modalità e contenuti. Sono nati i gruppi di acquisto solidale con vocazione più sociale che economica e i gruppi di acquisto per investimenti, ovvero per beni di consumo durevole a consumabilità non frazionabile o divisa. Recentemente con la forte diffusione delle energie rinnovabili, in particolare del fotovoltaico e del solare termico, si sono articolate nuove forme di aggregazione finalizzate all'acquisto di beni di consumo durevole in grado di produrre utilità diffusa nonché benefici ambientali per tutti. Sono così nati anche i Gruppi di Acquisto Rinnovabile con l'obiettivo di consentire a tutti di poter usufruire delle opportunità di

investimento e contribuire al benessere ambientale e socio economico generale.

Vantaggi & Benefici

- alti rendimenti
- assenza di rischi e tempi di sviluppo
- assenza di rischio tecnologico
- assenza di indebitamento finanziario
- assenza di società di scopo (svp)
- bassa fiscalità
- copertura assicurativa all risk
- copertura mancata produzione
- copertura fermo macchina
- diversificazione dell'investimento
- esenzione I.v.a.
- garanzia di risultati
- opzione di riscatto anticipato 10 anni
- spese annuali di gestione certe
- trasferibilità partecipazione
- visualizzazione in remoto impianto

Per info ed adesioni sui G.A.R. questa la mail gar@societaelettricaitaliana.it

SIAMO PRESENTI SU TUTTO IL TERRITORIO NAZIONALE CON IL NOSTRO NETWORK

Sede legale: Via Giordania 185 - 58100 Grosseto | Tel (+39) 0564 417038 | Centralina mobile (+39) 331 790767 | E-mail: segreteria@societaelettricaitaliana.it
 Sede Commerciale: Via Nazionale, 25 - Frazione Perlo - 29020 Gali (PC) | Tel & Fax (+39) 0523 932953 | E-mail: segreteria@piacenza@societaelettricaitaliana.it
 Sede Organizzativa Tecnica: Viale Giovanni, 24 - Firenze | Tel & Fax (+39) 055 8818388 | E-mail: segreteria@firenze@societaelettricaitaliana.it
www.societaelettricaitaliana.it

Carissimi lettori,

Sono tante le novità che potrete scoprire in questo numero di *Cronache Sanitarie*, la rivista che si occupa di temi del mondo medico - sanitario e non solo.

In primis abbiamo il piacere di ricordare la quindicennale della creazione del Centro Multiservizi Salus, nato da una illuminata idea del Professor Eraldo Camarri, che ricordiamo tutti con molta stima ed affetto.

Sarà la medicina dello sport a fare da protagonista in questa edizione ricca di temi interessanti. In particolare, vi illustreremo le caratteristiche e le cause della morte improvvisa da sport, per la quale si sono purtroppo registrati numerosi casi soprattutto nel panorama calcistico. Altro tema riguarderà le malattie cardiovascolari e, più precisamente, le malattie dei canali ionici ed aritmie mortali.

Troverete inoltre molte informazioni utili nel campo della nutrizione, per poter invece ottenere una buona performance sportiva, bilanciando tipologia di alimenti e quantità consigliate.

Apriremo una finestra anche nel settore della medicina oculistica con un approfondimento delle patologie che colpiscono la retina, facendo riferimento alla terapia della degenerazione maculare legata all'età. Ma potrete scoprire altre notizie, curiosità e novità del settore.

Non mi resta che augurarvi una buona lettura.

15 SALUS: UN POLO DI RIFERIMENTO NEL PANORAMA SANITARIO

A cura del Dott. Nedo Svetoni - Direttore Sanitario

Esattamente 15 anni fa fu inaugurato il Centro Multiservizi SALUS. Nato dalla spinta propulsiva del prof. Eraldo Camarri e di altri operatori della Sanità Grossetana, che fecero consociare in questo nuovo Centro le loro strutture sanitarie, al suo interno fu creato un Poliambulatorio, denominato GALENO, che si affiancò al Cardiovascular-Lab, al Centro di Diagnostica Endoscopica, al Centro Medico-Chirurgico Etruria, al Centro di Diagnostica Strumentale Radiologica, al Centro di Odontoiatria SIO ed al Laboratorio di Analisi Gamma al fine di garantire prestazioni rapide e di qualità affiancandosi e cooperando con le Strutture Sanitarie Pubbliche.

Nel corso di questi 15 anni il Poliambulatorio GALENO ha catalizzato l'attenzione della popolazione, e non solo quella grossetana, tanto da rappresentare un rassicurante polo di riferimento anche per gli abitanti di altre Province.

Attualmente GALENO accoglie nei propri Ambulatori 75 professionisti che operano in 36 branche specialistiche garantendo prestazioni rapide ed altamente qualificate tanto



che, nel trascorso 2012, sono stati effettuati più di 20.000 interventi sanitari.

Alle strutture originarie si è affiancato, già da qualche anno, il Centro Demetra per lo studio dei problemi dell'infertilità e GALENO ha provveduto a potenziare la Fisiokinesiterapia ed ha recentemente inaugurato un Centro di Estetica Olistica.

Proseguendo sulla strada dell'upgrade del nostro Poliambulatorio abbiamo richiesto ed ottenuto l'accreditamento Regionale per una Sezione di Medicina dello Sport di Il livello che può attestare l'idoneità

allo Sport, sia ludico che agonistico: in collaborazione con questo nuovo servizio opereranno anche Cardiologi, Ortopedici, Traumatologi, Neurologi, Otoiatri, Posturologi, Nutrizionisti, Psicologi e Riabilitatori in modo da garantire una tutela a tutto tondo degli sportivi.

Altre interessanti ed utili iniziative, infine, sono in fase di studio da parte del Comitato Scientifico, della Direzione Sanitaria e del Consiglio di Amministrazione nel rispetto dell'insegnamento ricevuto dal compianto Professor Eraldo Camarri.

Memori del ruolo fondamentale da lui svolto nella creazione del Centro Multiservizi Salus e nel continuo sviluppo del Poliambulatorio GALENO e riconoscenti, come tutti i grossetani, per la sua opera di modernizzazione della sanità in qualità di Primario Medico dell'Ospedale cittadino abbiamo avvertito la necessità di commemorarlo insieme ai figli e ad un gruppo di amici ed estimatori.

Nel mese di Luglio, in un incontro commosso e semplice come il Professore avrebbe sicuramente gradi-

to, lo abbiamo ricordato apponendo, nell'ingresso della nostra struttura, una sua foto cui è affiancato il Grifone d'Oro attribuitogli dalla Città di Grosseto per i suoi indiscutibili meriti professionali ed umani: questa prestigiosa onorificenza ci è stata cortesemente affidata dai figli, Lau-

ra e Fabio, cui va tutta la nostra più sincera gratitudine. Il miglior ringraziamento che possiamo a loro esprimere è quello di continuare a lavorare seguendo gli insegnamenti del padre per rendere sempre più efficiente la struttura da lui creata. È per questo che vogliamo sotto-

lineare l'importanza dell'apertura di GALENO SPORT affrontando, in questo numero di Cronache Sanitarie, alcune importanti problematiche legate alla prevenzione degli incidenti, talora purtroppo mortali che funestano la pratica sportiva.



MORTE IMPROVVISA DA SPORT

A cura del Dott. Angelo Cianfana - Specialista in Medicina dello Sport

QUELLO CHE NON VORREMMO PIÙ VEDERE E LEGGERE

Gazzetta dello Sport 14 Aprile 2012
Tragedia in campo a Pescara. Morosini muore per arresto cardiaco.

La morte improvvisa da sport (MIS) è considerata un evento naturale che si verifica repentinamente: il decesso avviene, generalmente, entro un'ora dall'inizio dei sintomi acuti in genere rappresentati da dolore toracico, dispnea, affaticabilità, improvvisa tachicardia sostenuta, palpitazioni, perdita completa di coscienza.

L'evento ha caratteristiche di imprevedibilità, e colpisce soggetti in apparente stato di buona salute ma in realtà portatori di condizioni patologiche a rischio. Sono escluse quindi le morti da trauma o da fattori ambientali che avvengono in atleti al di fuori e/o durante esercizio fisico. La MIS non supera l'1-2% del numero globale di tutte le morti improvvise; gli studi epidemiologici hanno segnalato un'incidenza di morte improvvisa di 2,3 casi per 100.000 atleti/anno. Il numero assoluto di decessi nelle varie di-



scipline cambia nei diversi paesi a seconda degli sport più praticati. In Finlandia, ad esempio, è più elevata nella corsa e nello sci di fondo, negli USA nel basket e nel football americano, in Sud Africa nel rugby e in Italia nel calcio. Gli sportivi dilettanti sono più colpiti che i professionisti (80 vs 20%) e ciò è quasi sicuramente dovuto a controlli medici meno accurati. Il 79% delle MIS avvengono nelle competizioni ufficiali mentre solo il 21% si manifesta durante allenamento. La MIS colpisce prevalen-

temente soggetti di età inferiore ai 35 aa (75%) e mostra una maggiore incidenza nel sesso maschile con un rapporto 10:1 rispetto al sesso femminile. Tale differenza è stata collegata con il più alto tasso di partecipazione dell'atleta maschio agli sport competitivi, così come al maggior carico di allenamento: tuttavia è molto probabile che possa anche essere imputata alla prevalente espressione fenotipica di patologie a rischio di arresto cardiaco aritmico nell'uomo rispetto alla donna.

Negli atleti con età superiore ai 35 anni la malattia coronarica e la conseguente cardiopatia ischemica rappresenta la causa di gran lunga più comune di MIS mentre negli atleti under 35 la MIS è imputabile ad altre malattie cardiache quali:

- la cardiomiopatia ipertrofica, la cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro (causa di MIS nel 23% dei casi), e la miocardite
- le malattie dei canali ionici o canalopatie (sindrome del QT lungo e del QT corto, sindrome di Brugada, Tachicardia Ventricolare Catecolaminergica)
- le anomalie congenite delle coronarie, dell'aorta (sindrome di Marfan) e dei vasi cerebrali (aneurismi)
- le cardiopatie valvolari (prolasso della valvola mitrale, valvola aortica bicuspidale), molto più raramente, possono essere anch'esse causa di MIS.

La MIS, quindi, presuppone il concorso di almeno due fattori fondamentali: un substrato patologico, generalmente di natura cardiovascolare ed un esercizio fisico di intensità significativa, La MIS è quasi costantemente conseguente a due fattori:

- di **tipo meccanico** o emodinamico, come nel caso della rottura dell'aorta o di un aneurisma cerebrale;
- di **tipo elettrico** in cui l'arresto cardiocircolatorio è dovuto ad improvvisa insorgenza di una aritmia letale.

La **fibrillazione ventricolare** (FV) è l'aritmia che più frequentemente (80% dei casi) è responsabile della MIS. Nella FV l'attività elettrica dei ventricoli è totalmente disorganizzata per cui le cellule miocardiche si contraggono in modo caotico provocando arresto cardiocircolatorio.

La FV, come già detto, richiede per manifestarsi il concorso di due elementi fondamentali: un **miocardio malato** e l'intervento di **fattori scatenanti**. Il più importante di questi è rappresentato dall'**ischemia** cioè dal ridotto o mancato afflusso di sangue in una zona più o meno estesa di muscolo cardiaco.

Negli sportivi l'ischemia può manifestarsi in assenza del classico dolore al petto (angina pectoris): questo fenomeno, chiamato ischemia miocardica silente, è stato messo in relazione ad una diminuita percezione del dolore (o ad un innalzamento soglia del dolore) dovuta ad un livello più elevato di endorfine, sostanze simili alla morfina che vengono prodotte in maggior misura durante l'esercizio fisico. In questi soggetti non vanno sottovalutati sintomi come "fiato corto", "malessere da sforzo" che possono rappresentare degli equivalenti anginosi.

Un ruolo importante, soprattutto in caso di malattia dei canali ionici, può essere giocato da eventuali **squilibri ionici e/o metabolici** quali ridotta concentrazione ematica di potassio, magnesio, calcio conseguente a disidratazione o calo della glicemia dovuto ad errori nutrizionali.

Anche lo **stress psichico** è da tem-

po riconosciuto un elemento chiave nel determinare la morte improvvisa in generale e anche della MIS, con prevalenza di eventi fatali nelle competizioni ufficiali rispetto agli allenamenti per una troppo marcata attivazione del sistema nervoso autonomo.

In particolare la fase di recupero dopo una competizione sportiva è molto delicata soprattutto quando si riduce bruscamente lo sforzo: in questa situazione infatti la frequenza cardiaca si può abbassare molto velocemente facilitando l'insorgenza di aritmie e/o sincope di natura vagale.

Stili di vita scorretti, sempre più diffusi tra i giovani, contribuiscono direttamente o indirettamente all'evento MIS. Alcuni fattori di rischio particolarmente incisivi sono rappresentati da:

- **il fumo di sigaretta**, nella cardiopatia coronarica aumenta del 20-30% l'incidenza di morte improvvisa nei soggetti che fumano in media 20 sigarette al giorno;
 - **il consumo di sostanze come cocaina e metamfetamine**, entrambe con proprietà vasocostrittrici e aritmogene;
 - **l'abuso cronico di steroidi anabolizzanti**, sostanze che provocano ipertrofia ventricolare, aumento del volume ematico, aterosclerosi coronarica e ipertensione.
- Risulta evidente, da quanto fino ad ora detto, che molto si potrebbe fare per prevenire la MIS. A tal proposito ci preme segnalare che l'Italia è all'avanguardia nella prevenzione della MIS dal momento che ha

una delle legislazioni più avanzate al mondo per la tutela dell'attività sportiva. Dal 1982 qualsiasi sportivo che voglia iscriversi ad un'associazione o semplicemente partecipare ad una gara è obbligato ad effettuare una visita medica che ne garantisca l'idoneità. La visita medico-sportiva prevede, oltre ad un'ampia e scrupolosa raccolta dei dati anamnestici e clinici, la registrazione di routine di un elettrocardiogramma di base e sotto sforzo. Nel caso sorgano sospetti o si evidenzino una qualche patologia cardiologica, l'atleta verrà sottoposto ad altre indagini strumentali come l'ecocardiografia (che secondo molti esperti del settore dovrebbe ormai rappresentare un esame di screening routinario), il monitoraggio Holter, il test ergometrico massimale e, se necessario anche accertamenti più approfonditi come, ad esempio, studi elettrofisiologici con test provocativi e risonanza magnetica. La conseguenza di questa rigorosa legislazione è stata quella di ridurre drasticamente i decessi per MIS.

QUELLO CHE VORREMMO SEMPRE LEGGERE

Gazzetta dello Sport 7 Settembre 2013

Pettinari non gioca più: "il cuore mi ha tradito, io miracolato".

"Mi sentivo strano, inspiegabilmente stanco. In ospedale mi hanno trovato le onde T negative, ma dopo una notte in osservazione la situazione si è normalizzata. Sono andato in ritiro e gli esami erano ok. Poi, a novembre, in allenamento, ho avuto un attacco di tachicardia di venti

secondi. E pochi mesi dopo – giocavo a Varese – tre in una settimana...solo la risonanza magnetica ha evidenziato il problema e mi è stata sospesa l'idoneità. Ho fatto ricorso, ma a Gennaio 2013 è stato respinto". Leonardo Pettinari non rischierà più la vita sui campi di calcio! L'importanza delle indagini strumentali non deve far dimenticare il peso che ha l'anamnesi sia familiare che personale: infatti, la maggior parte delle cardiopatie a rischio di MIS è geneticamente determinata e sintomi quali sincope e/o presincope da sforzo o cardiopalmo o dispnea da sforzo devono richiedere obbligatoriamente un approfondimento diagnostico accurato.

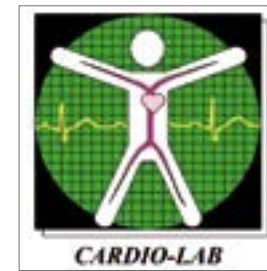
QUELLO CHE POSSIAMO GIÀ FARE

Dramma in Tottenham - Bolton. Muamba rianimato in campo

I recenti e drammatici casi di MIS ci insegnano, tuttavia, che non esiste un protocollo di screening in grado di salvare tutti gli atleti a rischio di

arresto cardiaco: alcune condizioni, come la cardiopatia ischemica e alcune malattie congenite delle coronarie, possono non avere alterazioni sull'ECG sia di base che da sforzo e, inoltre, non sempre gli atleti riferiscono con precisione i sintomi avuti se non addirittura, li tacciono del tutto. Pertanto in questi ultimi anni, si è posta molta attenzione sui programmi di rianimazione cardiopolmonare e di defibrillazione precoce sul campo di gara.

Infine fondamentale sarà l'educazione sanitaria dei dirigenti sportivi, degli allenatori, degli atleti e dei loro genitori finalizzata a far sì che lo sport sia praticato correttamente, in maniera adeguata alle capacità individuali, così come l'opera educativa nei confronti degli "atleti occasionali" di media età spesso inclini a trascurare ogni più elementare norma di prudenza e a mantenere uno stile di vita pericolosamente scorretto.



MALATTIE DEI CANALI IONICI ED ARITMIE MORTALI

A cura del Dott. Nedo Svetoni - Specialista in Malattie Cardiovascolari

Un arresto cardiaco durante una partita di calcetto dopo la scuola. È spesso il drammatico epilogo di tragedie che vedono come protagonista la morte improvvisa. Ogni anno sono 1.000 gli under 35 in Italia ad essere vittime di un evento cardiaco a rischio di MIS.

Nonostante l'Italia sia dotata di una rigorosa legislazione che regola la pratica dell'attività sportiva e che di conseguenza siano piuttosto rari i casi di morte improvvisa negli atleti professionisti rispetto ad altre nazioni, l'opinione pubblica viene ogni tanto colpita dalla notizia che un giovane è morto improvvisamente ed inaspettatamente sul campo. Ricordiamo che la morte improvvisa colpisce prevalentemente giovani che fanno sport spesso senza avere eseguito controlli specifici per l'idoneità e che la causa più frequente di morte è rappresentata da aritmie cardiache (80% dei casi). Un discreto numero di queste aritmie è legato a patologie del sistema elettrico del cuore che possono essere documentate da un semplice elettrocardiogramma (ECG), basale o dopo test farmacologico, contra-

riamente ad altre malattie cardiache non sempre facilmente diagnosticabili come le cardiomiopatie, le miocarditi, le patologie coronariche e le valvulopatie.

Le aritmie, spesso fatali, legate a compromissione del sistema elettrico del cuore, possono essere dovute alle CANALOPATIE, cioè a **Malattie** dei Canali Ionici cellulari **geneticamente determinate**.

Le cellule muscolari cardiache o cardiomiociti svolgono le loro naturali funzioni di contrazione e rilasciamento, necessarie a far circolare il sangue, grazie ad un complesso movimento di ioni (sodio, potassio, calcio) che avviene attraverso le loro membrane di rivestimento durante le due fasi del ciclo cardiaco dette sistole e diastole. Questo flus-

so ionico avviene attraverso speciali strutture molto complesse che sono i CANALI IONICI. (Fig. 1) Anomalie del loro funzionamento, spesso **geneticamente determinate**, portano ad una compromissione dell'equilibrio ionico che, in occasione di stimolazioni neurovegetative molto marcate e/o di alterazioni elettrolitiche plasmatiche che assai facilmente si verificano durante l'attività sportiva, può innescare crisi di Tachicardia Ventricolare e conseguente Fibrillazione Ventricolare che può causare la morte dell'atleta per arresto circolatorio. (Fig. 2)

Le Malattie dei Canali Ionici più conosciute, alcune delle quali non molto rare, sono:



Fig 1: cellule muscolari cardiache e canali ionici



Fig. 2: ritmo sinusale seguito da breve Tachicardia Ventricolare e Fibrillazione Ventricolare

- La **Sindrome di Brugada** (anomalie dei canali del sodio) Incidenza 1-5 casi /10000-
- La Sindrome del QT lungo e QT corto (anomalie dei canali del potassio) Incidenza QT lungo 1 caso/2000 mentre QT corto è molto raro -
- Tachicardia Ventricolare Catecolaminergica e Sindrome di Timoty (anomalie dei canali del calcio)

Incidenza della TV catecolaminergica 1-5 casi/10000 mentre la sindrome di Timoty è molto rara. Un semplice ECG basale può indicare, o talora quantomeno far sospettare, queste pericolose condizioni aritmogene.

Nella Sindrome di Brugada si possono riscontrare tre diversi quadri elettrocardiografici (Fig 3) che, unitamente al quadro clinico, ne caratterizzano anche la pericolosità. L'ECG di sinistra mostra un quadro di tipo 1 con elevazione del punto J di almeno 2 mm, tratto ST a tenda ed onda T invertita in V1 e V2. L'ECG centrale mostra un quadro di tipo 2 con tratto ST "a sella", soprassivelato >2 mm onda T positiva. L'ECG

di destra mostra un quadro di tipo 3 in cui il soprassivelamento di ST è <1mm.

Il tipo 1 spontaneamente presente ed associato ad episodi sincopali è sicuramente la forma più pericolosa: sembrano invece essere a minor rischio i pazienti asintomatici in cui il quadro ECG di tipo 1 (Fig. 3) compare dopo un test farmacolo-

studi elettrofisiologici con stimolazione elettrica erano risultati negativi.

Qualora il quadro clinico (episodi di cardiopalmo con malessere generale e sensazione di svenimento o franchi episodi sincopali) faccia sospettare una condizione aritmogena, sarà necessario, anche se l'ECG basale è normale, eseguire registrazio-



Fig. 3

gico o in corso di episodi febbrili, e quelli con pattern di tipo 2 e 3. In alcuni casi gravi aritmie si possono manifestare addirittura durante il riposo notturno anche se precedenti

ni ecgrafiche negli spazi intercostali più alti (Fig.4) perché talvolta si può documentare un quadro indicativo di Brugada tipo 1.

È necessario porre molta attenzione

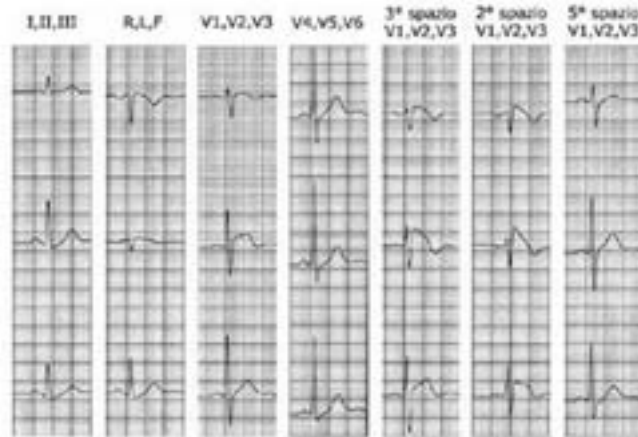


Fig. 4: registrazione delle derivazioni precordiali V1-V2-V3 nel 3° e 2° spazio intercostale evidenziano un quadro di SB tipo 1 non visibile nel 4° e 5°

nel formulare la diagnosi poiché se tendiamo ad iperdiagnosticare la malattia corriamo il rischio di "creare" dei malati che non sono tali e quindi potremmo provocare serie conseguenze a livello psicologico.

"Il dubbio di qualcosa di brutto molte volte è più angosciante di una certezza". Anonimo

Per evitare questi rischi una Consensus Conference ha dato precise indicazioni sui criteri diagnostici della Sindrome di Brugada (Tab. 1) Ovviamente è necessario escludere tutte le altre condizioni cliniche che possono dare un quadro elettrocardiografico simil-Brugada come le miocarditi, la displasia aritmogena del ventricolo destro, alcuni farmaci o semplicemente un'attività sportiva particolarmente intensa.

Allo stato attuale non si conoscono tutti i geni coinvolti nel determinismo della sindrome per cui i **test genetici non escludono la presenza di una malattia cardiaca**

ma la confermano ed un test negativo per mutazioni non garantisce la salute dell'atleta.

La **Sindrome del QT lungo** congenito è facilmente riconoscibile anche solo dalle anomalie elettrocardiografiche che interessano (Fig. 5) l'intervallo che intercorre fra la prima deflessione del complesso QRS e la fine dell'onda T.

L'intervallo QT può essere influen-

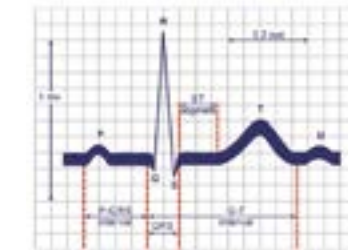


Fig. 5: Misurazione QT

zato da molte condizioni fra cui farmaci e disordini dell'equilibrio elettrolitico ma anche dalla frequenza cardiaca per cui è necessario ricorrere, per una corretta valuta-

zione della sua reale durata, al QT corretto (QTc) i cui valori massimi non dovrebbero superare il limite di 480. Quando, in assenza di possibili cause acquisite, il QTc supera 500 è giustificato porre diagnosi di QT lungo congenito di cui esistono ben 6 espressioni elettrocardiografiche (Fig. 6)

Le forme clinicamente più pericolose sono le prime 3 in cui i primi sintomi compaiono ad un'età media di circa 12 anni con aritmie pericolose quali la Tachicardia Ventricolare polimorfa o Torsioni di Punta che possono causare Morte Improvvisa. Questo evento fatale sembra essere scatenato nel tipo 1 dall'esercizio fisico, in particolare il nuoto, e da forti emozioni nel secondo (ma si possono avere gravi aritmie anche durante il riposo): la terza forma è più pericolosa per i maschi e si manifesta durante il riposo e/o il sonno.

I **criteri diagnostici** si distinguono in **maggiori** (QTc>500, episodi sincopali indotti da stress, storia familiare di QT lungo) e **minori** (sordomutismo congenito, alternanza elettrica dell'onda T, bassa frequenza cardiaca soprattutto nei bambini e le tipiche anomalie dell'onda T già evidenziate (Fig. 6).

In questo caso i **test genetici servono solo a confermare la malattia ed un test negativo che esclude mutazioni non garantisce la salute dell'atleta!**

La **Sindrome del QT corto**, come detto, è molto rara ed è caratterizzata da valori di QT<280 o di QTc<300: non vi è ancora accordo su

• Comparsa di soprassivelamento del tratto ST (coved-type) ≥2 mm in più di 1 derivazione precordiale destra (V1-V3) sia spontanea che indotta da farmaci bloccanti i canali del Na (flecainide)	
Più • una delle seguenti: Fibrillazione ventricolare documentata Aritmie ventricolari documentate Tachicardia ventricolare polimorfa (self-limiting)	
Inducibilità di aritmie ventricolari alla stimolazione programmata	
Storia familiare di morte improvvisa prima dei 45 anni	Storia familiare
Presenza di un pattern ECG coved in altri membri della famiglia	
Sincope	Sintomi correlati all'aritmia
Respiro agonico notturno	
Devono essere escluse tutte le altre cause che potrebbero spiegare l'elevazione del tratto ST.	

Tab. 1: Criteri diagnostici Sindrome di Brugada

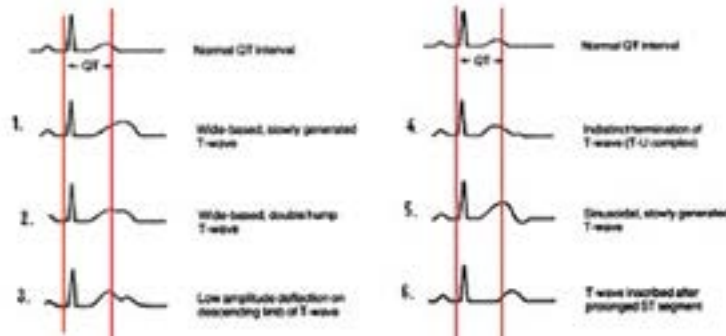


Fig. 6: Quadri Ecgrafici di QT lungo

quale dei due parametri debba basarsi la diagnosi né su quali siano sensibilità e specificità dei differenti valori di intervallo QT. **Il rischio di eventi cardiaci** non è noto anche se vi sono segnalazioni di un'incidenza piuttosto elevata di fibrillazione atriale (70% dei pazienti con primo episodio sintomatico ad un'età di 41+19 anni).

aritmie minacciose che insorgono durante sforzo o emozioni (Fig. 7). Esse possono essere trasmesse in modo autosomico dominante o avere un trait autosomico recessivo con mutazioni che interferiscono con i movimenti intracellulari del calcio ed esordiscono per lo più in età giovanile. Essa va sospettata nei giovani maschi con storia di presincopi

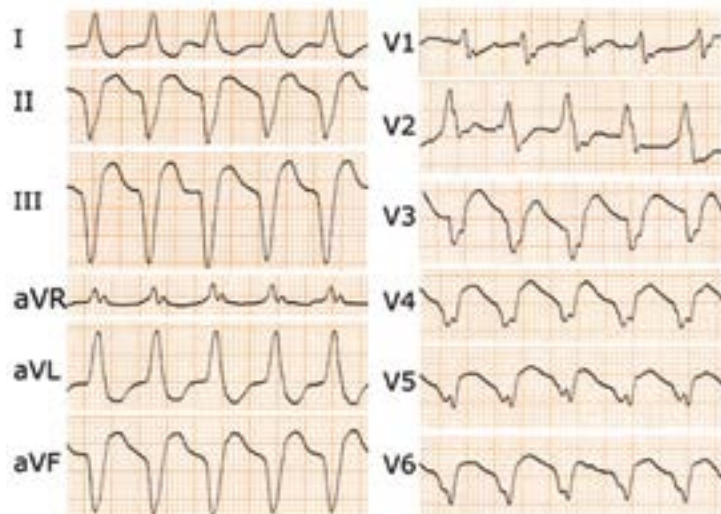


Fig. 7 Tachicardia ventricolare

La diagnosi va confermata con analisi genetica.

Le Tachicardie ventricolari polimorfe catecolaminergiche sono

o sincopi, vertigini e palpitazioni da sforzo.

L'analisi genetica è utile solo per individuare i soggetti che

possono trarre beneficio da una terapia farmacologica anche se clinicamente asintomatici.

Risulta quindi chiaro che sono di fondamentale importanza, per il riconoscimento di queste sindromi, l'**esame clinico**, che deve ricercare con estrema pignoleria possibili precedenti familiari e l'eventuale sintomatologia, e l'**ECG** che deve essere eseguito con estrema accuratezza e talora con l'uso di derivazioni non abituali o dopo test provocativi. Il Cardiologo del territorio o il Medico e il Cardiologo dello Sport hanno quindi la possibilità di fare una corretta diagnosi e conseguente prevenzione della morte improvvisa con strumenti semplicissimi.

Un recente studio con ECG su ragazzi di età compresa fra 16 e 18 anni ha consentito di rilevare anomalie che hanno reso necessario, in uno studente su 5 (21%), un ulteriore approfondimento diagnostico con Holter e test da sforzo anche se solo nell'1% sono poi state riscontrate patologie più serie che hanno richiesto esami come la Risonanza Magnetica.

Ci sembra quindi evidente che **la sola attestazione di sana e robusta costituzione non può evidenziare cardiopatie occulte che spesso sono pericolose anche e soprattutto nello svolgimento di attività amatoriale.**

"I sani sono malati che non sanno di esserlo" J. Romain

GALENO SPORT

NUTRIZIONE E SPORT: INFLUENZA DELL'ALIMENTAZIONE SULLA PERFORMANCE SPORTIVA

A cura di Cecilia Mignarri - Dietologia e Scienza dell'Alimentazione

È ormai noto e dimostrato il ruolo fondamentale dell'alimentazione nel condizionamento della performance sportiva di qualsiasi tipo; essa infatti provvede sia al fabbisogno energetico che a quello plastico di "costruzione" della struttura corporea. L'alimentazione deve quindi essere modulata secondo la tipologia di impegno e di attività (ad esempio attività di endurance o di forza/potenza) e dei relativi allenamenti. Premesso che il muscolo ha bisogno, per contrarsi, di molecole di adenosintrifosfato (ATP) è necessario puntualizzare che le sue fonti sono rappresentate da:

- **Creatinfosfato** per sforzi di durata massima di 20 secondi.
 - **Glicogeno** (mediante la glicolisi anaerobia) per sforzi di durata massima fra 45 e 60 secondi).
 - **Carboidrati e lipidi** (mediante la glicolisi aerobica) per sforzi di durata massima superiori a 60 secondi.
- In pratica possiamo sottolineare che:
- la corsa veloce di 100 metri, il sollevamento pesi, i tuffi, il



calcio (scatti) attivano la via del creatinfosfato;

- i 200 metri, la pallacanestro, il baseball (corsa verso le basi), l'hockey (scatti), ricorrono alla via dei fosfati ed alla glicolisi lattacida (così detta perché induce aumento dei livelli plasmatici di acido lattico);
- i 400 metri, i 100 metri di nuoto, il tennis, il calcio utilizzano il sistema glicogeno-lattacido;
- gli 800 metri, i 200 e 400 metri di nuoto, il pugilato, i 2000 metri del canottaggio ed i 1500 metri del mezzofondo

fanno ricorso ai sistemi glicogeno, glicolitico lattacido e glicolitico aerobico.

È quindi ovvio che l'apporto e la ripartizione dei macronutrienti (glucidi, **proteine**, lipidi) deve tener conto del tipo di sistema energetico attivato dalla disciplina sportiva praticata e della struttura corporea del paziente.

Per la fondamentale azione plastica le proteine non devono mai essere carenti ma non devono mai essere assunte in quantità eccessive perché affaticherebbero inutilmente la funzione renale ed epatica. Per sta-

bilire un corretto apporto proteico viene generalmente adottato questo schema:

- **Sedentario** 0,9-1,0 gr per Kg massa magra.
- **Attività fisica moderata** 1,0-1,3 gr per Kg massa magra.
- **Sport aerobici** 1,3-1,5 gr per Kg massa magra.
- **Fitness** 1,3-1,5 gr per Kg massa magra.
- **Sport anaerobici** 1,5-1,8 gr per Kg massa magra.
- **Bodybuilder amatori** 1,5-2,0 gr per Kg massa magra.
- **Bodybuilder competitivi** 2,0-2,5 gr per Kg massa magra.

I **Lipidi** sono molto importanti perché, oltre ad apportare energia, condizionano i livelli ormonali, mantengono l'integrità delle guaine nervose e delle membrane cellulari, sono precursori di sostanze che regolano il funzionamento dell'apparato cardiovascolare, della coagulazione, della funzione renale e del sistema immunitario: deve tuttavia essere fatta una distinzione fra **Grassi saturi** (grassi di origine animale, idrogenati ecc.) e **Grassi insaturi** (olio di oliva, noci, mandorle, olio di pesce ecc.) e si deve tener conto che i primi devono rappresentare solo un 25% circa dell'apporto lipidico giornaliero (1-1,5 grammi/kg di massa magra).

I **Glucidi** rappresentano la principale fonte energetica e si suddividono in **semplici** (zuccheri) e **complessi** (amidi).

Quando affrontiamo l'argomento glucidi nell'alimentazione è necessario tener conto dell'**indice glicemico** o **IG** (indicatore della velocità di assorbimento dei carboidrati) e del **carico glicemico** o **CG** che ci consentono di valutare la soglia di attivazione insulinemica. Infatti l'insulina prodotta dal pancreas svolge l'importante funzione di trasportare il glucosio nei muscoli per ricostituire le riserve di glicogeno ed aminoacidi per i processi di riparazione e crescita ma anche di trasformare in grasso di deposito le eccedenze caloriche.

Evitare i "picchi glicemici" nei pasti che precedono le gare è quindi fondamentale per non indurre iperinsulinemia e conseguenti crisi ipoglicemiche che compromettono la performance fisica. Per una corretta nutrizione è necessario anche che non manchino le **Fibre**: utilissime per la funzione intestinale esse abbassano il carico glicemico dei pasti, inducono senso di sazietà ed hanno un'azione disintossicante.

Infine per gli atleti è di cruciale importanza un corretto apporto idrico dal momento che l'acqua è un costituente fondamentale dell'organismo (70% circa della massa corporea). Una disidratazione pari all'1% comporta un calo prestazionale del 10%, una carenza del 2% problemi di termoregolazione e del 3-5% crampi, debolezza, vertigini, tachicardia, irritabilità psichica ed una riduzione del 20-30% delle prestazioni. Dobbiamo poi tener conto che importanti fonti di acqua sono rappresentate dai vegetali crudi dove è presente "l'acqua di vegetazione": questa non dovrebbe mai manca-

re nella dieta per cui è necessario prevedere almeno una porzione di verdura cruda o di frutta fresca ad ogni pasto. È comunque fondamentale sottolineare che **non esiste una formula precisa ed universale** per determinare i fabbisogni di un atleta dal momento che il sesso, l'età, lo stile di vita, la risposta ormonale, l'uso di farmaci oltre che il tipo e l'intensità dell'attività fisica possono condizionare in modo determinante le necessità nutrizionali.

"Se si riuscisse a dare a ciascuno la giusta dose di nutrimento ed esercizio fisico avremmo trovato la strada per la salute" Ippocrate

La DMLE è una malattia cronica e progressiva della retina e più precisamente della sua zona centrale: la macula, quella porzione della retina che permette la visione dei dettagli, i famosi 10/10, e quella dei colori. Patologia grave essa rappresenta la causa più frequente di cecità nella popolazione superiore ai 60 anni nel mondo occidentale. Già dai primi sintomi compromette il normale svolgimento delle quotidiane abitudini di vita della persona colpita (leggere, guardare la TV, guidare, riconoscere le persone o luoghi...).

Generalmente la zona periferica del campo visivo di tali soggetti è preservata dalla malattia e questo permette loro di non arrivare alla cecità assoluta, ma di mantenere comunque una visione laterale.



LA TERAPIA DELLA DEGENERAZIONE MACULARE LEGATA ALL'ETÀ (DMLE)

A cura del Dott. Francesco Maria Guerreschi - Specialista in Oftalmologia

Dato importante: nel 5-15 % dei pazienti viene ad essere interessato dalla malattia anche il secondo occhio.

CAUSE

La DMLE è una malattia per lo più legata ai processi di invecchiamento (si stima che circa l'8% della popolazione sopra i 50 anni sia affetta da DMLE), con particolare riguardo



ai problemi legati al microcircolo, all'esposizione prolungata alla luce solare, al fumo di sigaretta, al diabete mellito...

È possibile una predisposizione familiare.

CLASSIFICAZIONE

Si riconoscono due forme della DMLE:

- **la forma umida o essudativa**
- **la forma secca o non essudativa.**

FORMA UMIDA O ESSUDATIVA

È la forma meno frequente, ma la più invalidante e questa quindi

prenderemo in considerazione.

È caratterizzata dalla formazione di piccoli vasi sanguigni anomali al di sotto della macula quale reazione ad una ipossia cronica da angiosclerosi. Questi vasi, dalle pareti molto fragili, possono facilmente lasciare trasudare liquido, o possono rompersi, causando emorragie nella retina.

EVOLUZIONE

Molto rapida.

SINTOMI

Il soggetto con DMLE riferisce inizialmente di percepire una visione distorta degli oggetti/linee (meta-

morfopsie). Successivamente avverte una riduzione graduale della visione centrale e una percezione dei colori alterata. Può avvertire all'interno del campo visivo la presenza di macchie scure od un'alterazione delle dimensioni degli oggetti a seconda dell'occhio fissante (spesso infatti i sintomi iniziali sono mascherati dalla buona visione dell'occhio sano).

PREVENZIONE

I controlli periodici sono la chiave di svolta per poter valutare i primi segni e per poter contrastare la malattia.

Dopo i 50 anni specie se in presenza di difetti visivi o malattie sistemiche che coinvolgono il sistema circolatorio è opportuno sottoporsi periodicamente ad una serie di accertamenti:

- Esame della vista: per stabilire la capacità di vedere da lontano e vicino.
- Esame del fondo oculare: per poter esaminare la retina centrale e periferica.
- Test di Amsler: facile da eseguire, permette di rilevare se vi sono distorsioni o aree scotomatose centrali, e di monitorare nel tempo l'evoluzione della malattia (si tratta di una griglia data da linee nere su un fondo bianco al cui centro è posto un puntino. Il paziente dovrà fissarlo prima con un occhio poi con l'altro e dire se vi sono linee distorte o zone in cui si spezzano).

DIAGNOSI

È necessario, una volta ipotizzata o

diagnosticata la malattia sottoporsi ad esami strumentali come:

- Fluorangiografia (FAG): documentazione fotografica della circolazione retinica previa iniezione endovenosa di mezzo di contrasto: per evidenziare e studiare la formazione di vasi retinici anomali.
- OCT (tomografia a coerenza ottica): per valutare qualitativamente e quantitativamente il tessuto retinico.
- HRA Spectralis: esame che prevede un'angiografia retinica ad auto fluorescenza (senza mezzo di contrasto) con OCT mirato e suo studio tridimensionale. Questo tipo di esame risulta essere non invasivo per il paziente non necessitando del mezzo di contrasto e permette di studiare anche tridimensionalmente (Fig. 1) la lesione maculare con l'elaborazione di misurazioni e map-pature utili a verificare i cambiamenti della malattia e degli effetti terapeutici nel tempo.

TRATTAMENTO

Il trattamento di elezione:

- **INIEZIONI INTRAVITREALI DI FARMACI ANTIANGIOGENETICI (anti-VEGF):** negli ultimi anni si è scoperto che la principale responsabile della crescita dei neovasi è una proteina detta VEGF. I farmaci anti-VEGF, nati come categoria di farmaci antitumorali, proprio per la capacità selettiva di chiudere i neovasi che alimentano la massa tumorale,

LA FINESTRA SUL DOMANI

vengono somministrati tramite iniezione all'interno del vitreo (sostanza gelatinosa trasparente che si trova tra la superficie posteriore del cristallino e la retina) per bloccare la neovascolarizzazione alla base delle lesioni maculari (Fig.2)

- Le iniezioni intravitreali sono considerate una pratica chirurgica, non per l'invasività dell'atto, ma per le cautele di disinfezione e di sterilizzazione necessarie a ridurre il rischio di infezione intraoculare.

Negli stadi terminali, quando non è possibile alcuna terapia ed il visus è molto ridotto bilateralmente, si possono utilizzare sussidi per ipovedenti come: lenti di ingrandimento, occhiali telescopici, circuiti televisivi chiusi al fine di permettere la lettura e qualche lavoro a distanza ravvicinata.

FOLLOW UP

Successivamente ad una Iniezione Intravitreale sono necessari:

- Controlli oculistici a cadenze costanti (entro 3-5 gg; a 15 giorni; a 30 giorni).
- Ripetizione dell'iniezione intravitreale a intervalli stabiliti dal medico in base all'evoluzione della malattia ed in funzione dei protocolli terapeutici. I protocolli internazionali prevedono un intervallo di 30-40 giorni tra un'iniezione intravitreale e la successiva a cicli di tre iniezioni per step terapeutico; in Italia è previsto anche un protocollo ON-DEMAND, ovvero che prevede l'iniezione

LA FINESTRA SUL DOMANI

intravitreale in funzione dell'andamento della malattia. Questo tipo di procedura dettata prevalentemente da fattori di economicità prevede altresì un monitoraggio ed un numero di esami diagnostici maggiori.

- Ad 1 mese da ciascuna iniezione intravitreale, bisogna sottoporsi ad un OCT di controllo per valutare gli effetti della terapia e programmare i controlli successivi (Fig. 3).

Se la malattia è in buon compenso, ripetere ogni 3 mesi OCT e, ogni 6 mesi l'angiografia.

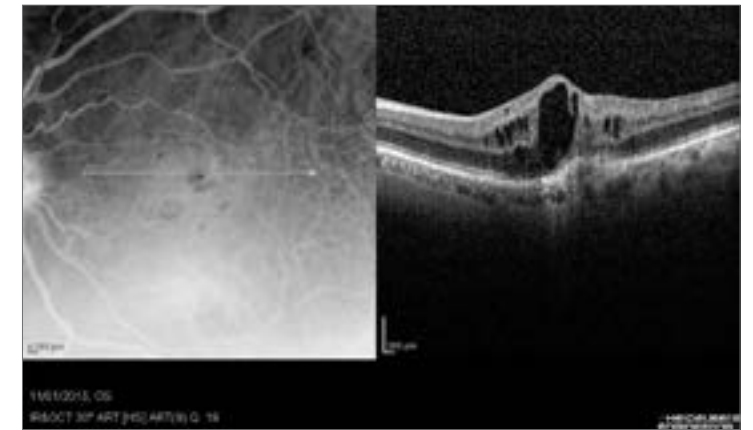


Fig. 1: prima del trattamento con anti-VEGF

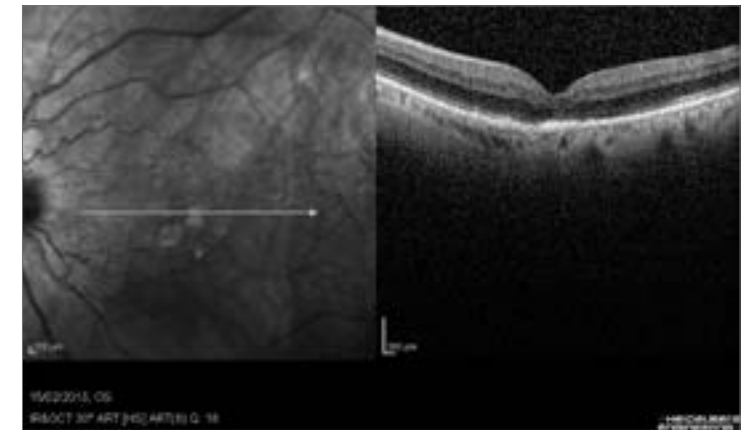


Fig. 2: dopo 1° iniezione intravitreale di anti-VEGF

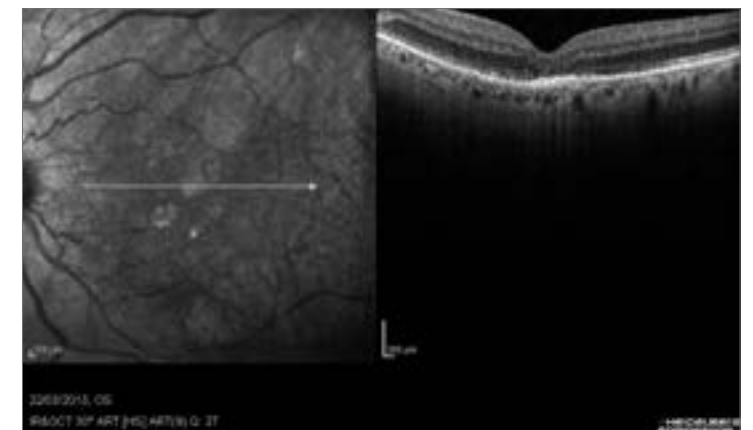


Fig. 3: dopo 2° iniezione intravitreale di anti-VEGF

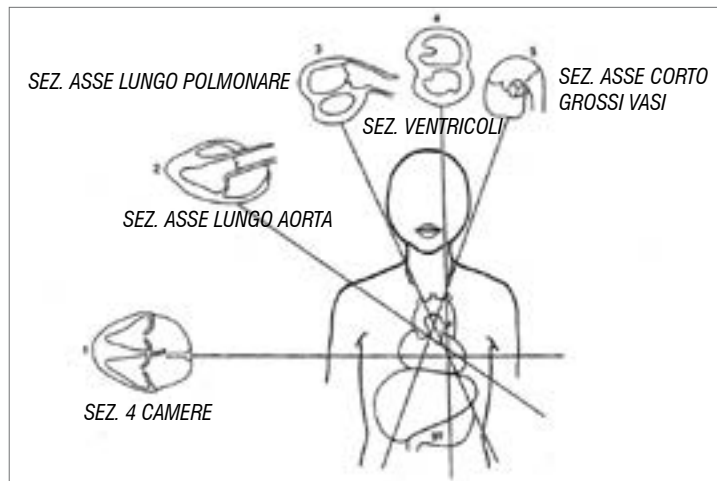


ECOCARDIOGRAFIA FETALE: PERCHÈ È IMPORTANTE FARE QUESTO ESAME IN GRAVIDANZA

A cura del Dott. Vincenzo Alvino, Specialista Ostetrico-Ginecologo perfezionato in ecografia e medicina prenatale

L'ecocardiografia fetale è un'ecografia effettuata da medici specialisti (generalmente ostetrici o cardiologi esperti di cardiopatie congenite) che serve a riconoscere le cardiopatie congenite in utero. È un esame non invasivo e ad alta sensibilità che, mediante il **controllo sequenziale dell'anatomia cardiaca**, ha lo scopo di evidenziare, o escludere, la presenza di eventuali cardiopatie congenite ed in particolare individua quei feti che potrebbero richiedere un immediato intervento, medico o chirurgico, alla nascita in quanto portatori di patologie caratterizzate dalla "dotto-dipendenza" cioè dal fatto che mantenendo pervio il dotto di Botallo, che di norma si chiude alla nascita, possa permettere la sopravvivenza del neonato! L'esame infatti consente di riconoscere la quasi totalità delle cosiddette cardiopatie "critiche" o "dotto dipendenti" e di programmare le ulteriori procedure di assistenza da adottare. L'esame permette comunque anche una buona valutazione delle cardiopatie "minori" e di studiare i difetti del ritmo o l'eventuale comparsa di uno scompenso cardiaco in utero. Questo esame molto sensibile, è certamente indicato quando all'e-

ANATOMIA CARDIACA: CONTROLLO SEQUENZIALE



cografia morfologica sorgono dei dubbi sull'anatomia e sulla funzionalità cardiaca ed è inoltre indicato quando sussistono le seguenti indicazioni Materno o Fetalì:

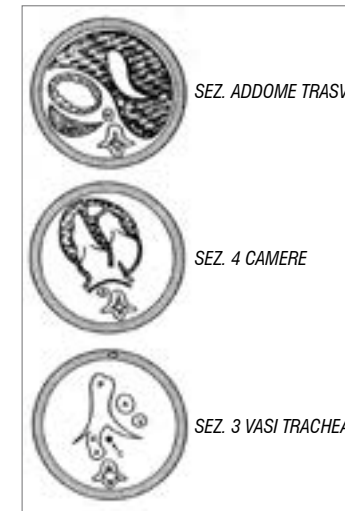
Indicazioni Materno:

- Malattie ereditarie;
- Familiarità per cardiopatie;
- Infezioni materno/fetalì;
- Malattie materne quali il diabete, le malattie autoimmuni, la fenilchetonuria;
- Assunzione, da parte della madre, di alcuni farmaci quali litio, alcol, anticonvulsivanti, derivati della Vit. A.

Indicazioni Fetalì:

- Anomalie cromosomiche;
- Segni ecografici di sospetto di possibile cardiopatia all'osservazione routinaria del cuore fetale;
- Traslucenza Nucale elevata allo screening del primo trimestre;
- Presenza di altre malformazioni nel feto;
- Difetti dell'accrescimento fetale;
- Aritmie cardiache.

Anche se comunque non vi è nessuna di tali indicazioni, considerando che le cardiopatie congenite per lo più si riscontrano casualmente, la coppia



può richiedere o far richiedere dal loro medico, l'ecocardiografia fetale per avere un controllo più completo del cuore del loro bambino; questo perché lo studio del cuore fetale che viene in genere eseguito dai ginecologi durante l'esame morfologico strutturale mediante la valutazione della cosiddetta "sezione 4 camere" purtroppo, se non è associata allo studio delle sezioni degli efflussi vascolari Aortico e Polmonare, non è in grado di permettere il riconoscimento di alcune gravi malformazioni quali: la tetralogia di Fallot, il ventricolo destro a doppia uscita e la trasposizione dei grossi vasi in quanto tali difetti mostrano spesso una normale visualizzazione della "sezione 4 camere", cioè quella sezione che come si è detto viene controllata negli esami di routine. Sarebbe auspicabile che lo studio degli efflussi vascolari facesse parte dell'esame morfologico routinario

per migliorare la possibilità di individuare anche queste gravi patologie cosa che però, attualmente, non è ancora stata inserita nei vari protocolli regionali.

Questo esame consente quindi uno studio approfondito sia morfologico che funzionale del cuore del feto e viene di norma eseguito dalla 19^a alla 23^a settimana di gestazione poiché, in tale periodo, le dimensioni e l'ecogenicità cardiaca, strettamente collegata alla posizione fetale, possono consentire una buona attendibilità, tuttavia, si può eseguire anche in epoche precoci di gestazione con un grado di affidabilità ovviamente notevolmente inferiore. Si può eseguire anche dopo la 23^a settimana e fino a termine della gravidanza, per monitorare l'evoluzione di alcune cardiopatie (in caso di sospetto di cardiopatie evolutive o turbe del ritmo).

Si deve comunque tener presente che l'ecocardiografia fetale non può escludere la presenza di quelle cardiopatie congenite che hanno carattere di "evolutività" o che siano di dimensioni talmente minime da non poter essere evidenziate in utero. Esistono infatti malformazioni che si vanno via via strutturando durante il corso della gestazione. La diagnosi di cardiopatie congenite è possibile per difetti di dimensioni adeguate, con caratteristiche ecografiche ben evidenti e precise, giacché esistono limiti fisici all'esplorazione con gli ultrasuoni dovuti al grado di risoluzione della tecnica, strettamente legati all'ecogenicità del soggetto ed alla posizione assunta dal feto al momento dell'esame. Va ribadito pertanto che alcune

cardiopatie congenite risultano evidenziate solo dopo la nascita e non possono essere diagnosticate precisando che non sempre un esame ecocardiografico fetale con risultato di normalità possa significare con certezza che il feto avrà un cuore normale alla nascita, questo perché vanno tenuti presenti alcuni limiti della metodica nei seguenti casi:

- **Fino alla nascita, quando si ha il passaggio dalla circolazione fetale alla circolazione di tipo adulto, non possono essere diagnosticati i difetti interatriali tipo "ostium secundum" e la pervietà del dotto arterioso in quanto entrambe le situazioni sono fisiologicamente presenti durante la vita fetale.**
- **La coartazione aortica è una patologia spesso di difficile riconoscimento in quanto, alla nascita, la chiusura del dotto arterioso può a volte sviluppare una coartazione istmica, per presenza di eccessivo tessuto dell'arco duttale.**
- **I piccoli difetti interventricolari (DIV) e il ritorno venoso anomalo polmonare di tipo parziale (per convenzione, infatti, devono essere visti solo due dei quattro ritorni in atrio sinistro) possono risultare molto difficili da visualizzare.**

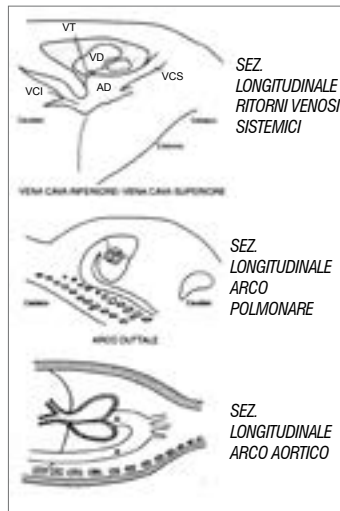
L'ecocardiografia fetale in definitiva permette quindi di:

- **Riconoscere le cardiopatie complesse, dotto dipen-**

dentì, quelle cioè per le quali è necessario intervenire immediatamente alla nascita, o farmacologicamente mediante l'impiego di prostaglandine (cardiopatie dotto dipendenti), o in maniera invasiva mediante l'impiego di procedure interventistiche per via percutanea, per salvare la vita del neonato;

- **Dare informazioni all'ostetrico sui tempi e sulle modalità di espletamento del parto. La maggior parte delle cardiopatie congenite, anche le più complesse, sono di solito, ben tollerate in utero e possono essere condotte a termine con parto naturale. Il taglio cesareo è indicato nei casi in cui si sviluppi idrope fetale, per lo più conseguenza di patologie ostruttive a carico delle sezioni destre. Per queste ultime, quando cominciano a comparire i segni di scompenso, può rendersi necessaria l'indicazione ad un parto pretermine con taglio cesareo;**
- **Offrire una corretta informazione ai genitori sulla complessità della cardiopatia, la prognosi ed i tempi della eventuale correzione chirurgica.**

Un'accurata diagnosi prenatale è estremamente importante per i medici che dovranno dare informazioni riguardo alla gravità della patologia cardiaca ai genitori e dovranno poi organizzare la gestione clinica del



bambino che dovrà nascere. Ogni cardiopatia dovrebbe essere interpretata nel contesto fetale e dovrebbe essere sempre eseguita un'accurata ricerca dell'eventuale presenza di altre malformazioni extracardiache. L'interpretazione di alcune cardiopatie potrebbe essere molto impegnativa, in quanto piccole differenze possono sostanzialmente modificare l'approccio chirurgico e la prognosi clinica. La rarità di operatori con capacità di fine diagnostica ecografica cardiaca determina la necessità di un lavoro di squadra che tenti di fornire una prognosi fetale quanto più esatta possibile. **La consulenza prenatale per genitori in attesa di un feto portatore di cardiopatia dovrebbe essere multidisciplinare e dovrebbe includere la stretta collaborazione di varie figure specialistiche quali:**

- **Il cardiologo pediatra;**
- **Il ginecologo esperto in medicina materno fetale;**
- **Il Neonatologo;**
- **Il Genetista;**

- **Il Cardiochirurgo;**
- **Lo Psicologo.**

La "detection rate", cioè la possibilità di diagnosi prenatale delle Cardiopatie Congenite, presenta un'estrema variabilità che può essere attribuita in primo luogo all'esperienza dell'esaminatore e al tipo di apparecchiatura utilizzata ma in gran parte anche alla presenza di importanti fattori limitanti l'esame ecografico quali:

- La presenza di cicatrici addominali;
- La scarsità di liquido amniotico;
- La posizione fetale sfavorevole;
- L'epoca gestazionale;
- L'obesità materna (è alla base di una forte diminuzione della sensibilità dell'ecografia nella diagnosi delle patologie cardiache);
- In alcuni casi l'ecogenicità della paziente anche non obesa risulta essere molto ridotta per l'utilizzo di creme cosmetiche che riducono sensibilmente la risoluzione dell'ecografia ostetrica.

Un training continuo degli operatori può invece sicuramente aumentare la sensibilità diagnostica dell'ecocardiografia fetale.



LA CONCORRENZA IN SANITÀ È UN TABÙ?

A cura di Giuseppe Virgili

D'accordo non è un mercato nel senso classico del termine; o meglio, lo abbiamo sentito ripetere fino allo sfinimento, quello della salute non è proprio un mercato per la natura del bene in oggetto (la salute). Attenzione però: mercato non significa, come qualcuno ad arte ci vuole far credere, assenza di regole, cannibalismo economico e danneggiamento dei più deboli, affermazioni che fanno parte, ormai, di un vesterofatismo fuori dalla storia, bensì luogo di incontro tra domanda e offerta con poche regole che servono per lo più ad eliminare le distorsioni inevitabili senza presenze pervasive che tendano a guidarlo.

Il sale del mercato è la concorrenza: dove questa è garantita da poche e chiare regole il mercato funziona meglio e le disuguaglianze si riducono a tutto vantaggio del consumatore; ma da noi la percezione diffusa (e errata) è che gli interessi della gente comune siano meglio protetti dalla politica che dal mercato e ciò genera iniziative interventiste che hanno l'effetto di produrre storture e limitare le libertà.

Dunque assunto che quello della

salute non è un mercato come tutti gli altri perché ciò che si vuole promuovere è un bene non commerciabile e costituzionalmente tutelato, possiamo dire che si tratta pur sempre di un luogo dove si incontrano domanda di salute e offerta di prestazioni (ma in economia questo non si chiama mercato?); niente vieta di pensare, allora, che introdurre elementi di concorrenza, laddove domanda e offerta si incontrano, potrebbe migliorare la qualità percepita della prestazione mantenendo ferma la variabile indispensabile dell'efficacia. Ammesso che tutti gli attori del sistema tendano al raggiungimento del bene salute, e non potrebbe essere altrimenti, introdurre elementi di concorrenza, certificati con bollino di qualità, non potrebbe che migliorare alcuni fattori anch'essi importanti quali i costi delle singole prestazioni, i tempi di attesa, la qualità dell'assistenza, in altre parole il miglioramento dell'offerta.

Ma chi certifica l'appropriatezza delle prestazioni? Parlare di appropriatezza delle prestazioni nel nostro contesto richiama alla mente

quasi esclusivamente procedure volte a ridurre l'offerta a fronte di una domanda ritenuta eccessiva, allo scopo nemmeno troppo velato di contenere i costi di un sistema che, diciamo chiaramente, così com'è non è più adeguato alla sfida dei tempi (che parlano di cittadini sempre più esigenti, di tecnologie sempre più sofisticate ecc.)

Ma appropriatezza, a mio avviso, significa anche che una certa prestazione sanitaria sia fornita in modo adeguato alla richiesta in termini di qualità, tecniche, costi, tempi di attesa; in buona sostanza, allora, chi controlla la bontà dell'offerta? In un sistema dove offerta e domanda si incontrano liberamente normalmente sono delle autorità terze e indipendenti che garantiscono i controlli di qualità; nella nostra realtà il gestore unico della sanità pubblica detta le regole (attraverso organismi pagati dal gestore medesimo) di una partita nella quale egli stesso risulta arbitro e giocatore.

Converrete che quando controllore e controllato si identificano la partita è falsata (con quale vantaggio per il paziente-utente mi domando io?).

Clemenceau, primo ministro francese, ha detto un giorno: "La guerra è una cosa troppo seria per lasciarla fare ai generali..." Ho l'impressione che il potere politico la pensi proprio così e eviti a qualsiasi altro di parteciparvi a qualsiasi titolo, non certo per nobili ideali ma perché la torta è grossa, facilita il clientelismo e fa politicamente gola.

Si va dicendo che in questo strano mercato della salute è l'offerta che genera la domanda (ma è così in generale); per ridurre i costi sanitari nella realtà della nostra regione si è pensato di contenere sia l'offerta che la domanda (ecco la mano pervasiva della politica), nel primo caso richiamandosi all'appropriatezza, leggi imposizione di limiti di spesa e aumento del carico burocratico, e riducendo il budget a favore del settore privato; nel secondo caso, la domanda, attraverso l'introduzione dei ticket e il consenso tacito all'allungamento delle liste di attesa.

Ma tutto questo si traduce in vera qualità per il paziente o non è forse un modo per dirigere il mercato sanitario e, così facendo, renderlo asfittico e iniquo? E dico iniquo perché l'evidenza ci suggerisce che molti cittadini (e non abbienti) in modo silenzioso e rassegnato si rivolgono al settore privato per far fronte alle storture del settore pubblico pagando così due volte la stessa prestazione.

Questa realtà è sotto gli occhi di tutti; perché, allora, una analisi tutto sommato così scontata e una realtà così deludente nei commenti dei protagonisti (cittadini e medici),

non certo degli amministratori e dei politici, non induce a una qualche correzione migliorativa?

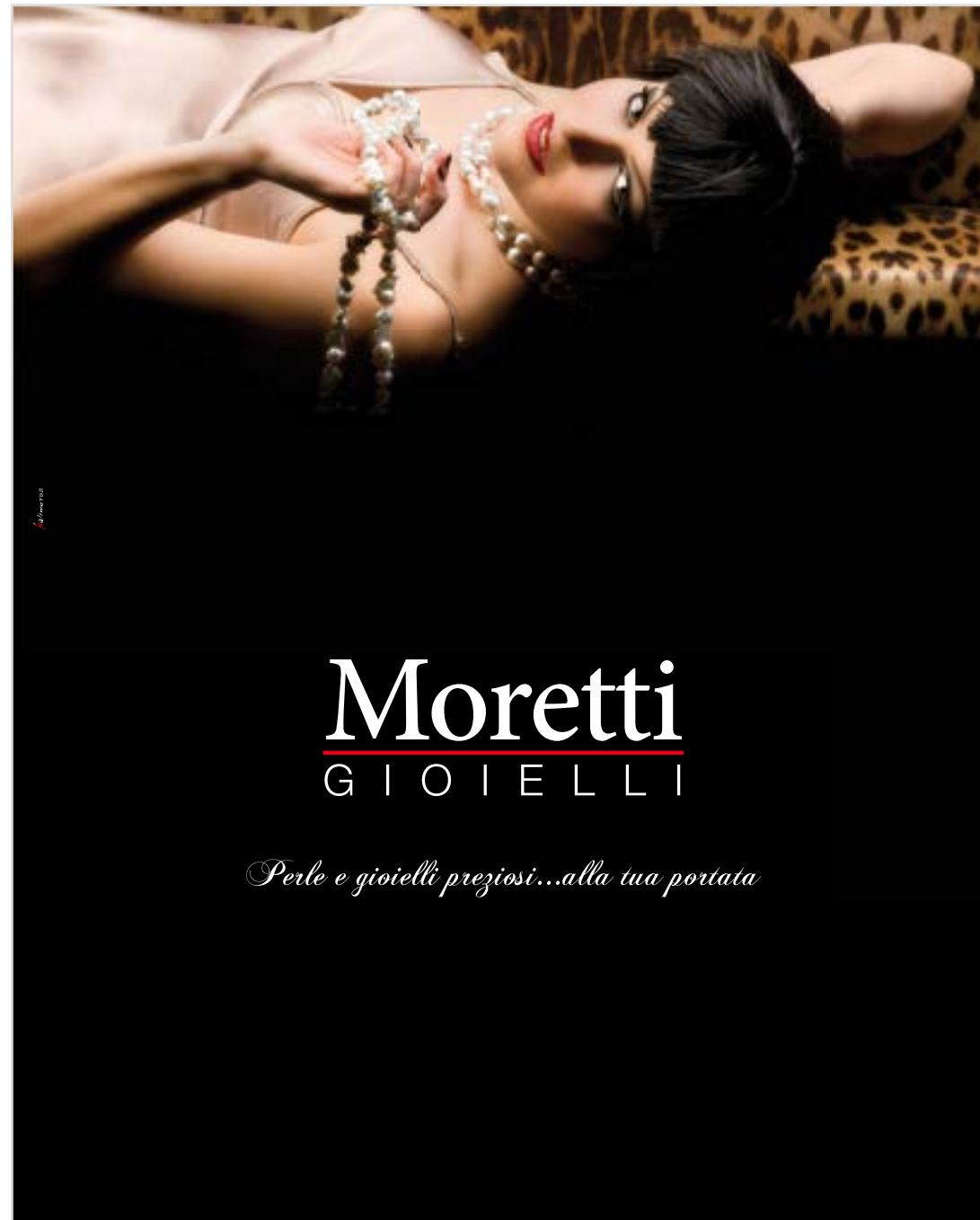
Se, ad esempio, fosse veramente l'interesse del bene salute al centro delle decisioni non ci si dovrebbe tanto rallegrare di aver raggiunto il numero di posti letto per abitanti o il numero richiesto di giornate di degenza per essere soddisfatti ma ci si dovrebbe domandare e verificare in quale giungla sanitaria, sociale e assistenziale prosegue le sue giornate il paziente dimesso.

Tutti i sistemi sanitari del mondo (a carattere statale, misto pubblico-privato, assicurativo) hanno molti aspetti in chiaroscuro a seconda dell'ottica con cui si osservano (costi, durata della vita, qualità dell'assistenza, soddisfazione della popolazione), compresa la sanità statunitense, spesso additata ad arte come esempio negativo di privato in sanità, ma che non è paragonabile con quella europea per motivi economici, culturali, sociali, religiosi; premesso questo e senza contestare l'indirizzo pubblico (non la gestione) a tutela di un bene costituzionalmente protetto, perché l'introduzione di elementi di concorrenza e competitività, universalmente riconosciuti come stimolo alla crescita e alla calmierazione delle tariffe, trova da noi così ostica accoglienza?

I motivi sono molteplici: innanzitutto un sistema politico pregiudizialmente contrario che si avvale di corifei di regime sempre pronti a strapparsi le vesti per protesta contro il malefico liberismo, affamatore

e iniquo; poi istituzioni di rappresentanza delle principali categorie coinvolte (medici, infermieri) che rappresentano ormai assai poco se non una volontà compiacente di non dispiacere al politico di turno. In questo contesto cresce una generazione di medici per lo più inconsapevole quando non rassegnata, irreggimentata in un sistema sanitario dominato da funzionari amministrativi e reso, da ciò, elefantiaco; medici che ormai percepiscono se stessi più come dipendenti aziendali che appartenenti ad una categoria intellettuale (ancora?), privi di solidarietà professionale (quando non di dignità professionale).

Comunque la vogliamo vedere la situazione è non a lungo sostenibile e di ciò ne fanno, e ne faranno ancor più, le spese i pazienti; introdurre elementi che rendano meno monolitico e più elastico ed efficiente il sistema richiederebbe districare una matassa tra potere politico, amministrativo ed economico che sta alla base di tutti i monopoli. Ricordo cosa sosteneva Von Hayek: "Una volta che il libero funzionamento del mercato viene impedito oltre un certo livello, il pianificatore sarà costretto ad ampliare i propri controlli fino a quando diventeranno onnipervasivi." (The Road to Serfdom). Non vedo all'orizzonte coraggio, capacità e onestà intellettuale in grado di evitare questa deriva.



Moretti

GIOIELLI

Perle e gioielli preziosi...alla tua portata

I NOSTRI MARCHI:

GENESIA

Zoccai
Since 1853

ROBERTO COCCO
SINCE 1980

COCCO GIOIELLI

Presenta questa pagina in gioielleria e avrai il **20%** di sconto.

Via Montebello 22/24
58100 Grosseto Italy
Tel. 366.1699656
gioielli.moretti@hotmail.it

Direttore Sanitario Dott. Svetoni Nedo - Direttore Amministrativo Rag. Aldo Falconi

ALLERGOLOGIA

Dott. Franco Clemente
Dott. Gallo Alessandro

CARDIOLOGIA ANGIOLOGIA

Dott. Svetoni Nedo
Dott. Carini Umberto
Dott. Comandi Alessia
Dott. D'Ubaldo Francesco

CHIRURGIA GENERALE

Dott. Mantovani Ranieri
Dott. Piagnerelli Riccardo

CHIRURGIA VASCOLARE

Dott. Romano Rocco

CLINICA LASER

Dott. Oddo Alberto

DERMATOLOGIA

Dott. Gallo Alessandro
Dott. Giannuzzi Francesca
Dott. Mannone Francesca
Dott. Mazzone Domenico
(dermatologia estetica)

DIETOLOGIA

SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE

Dott. Bertoni Alessia
Dott. Mignarri Cecilia
Dott. Pistolesi Francesca

DIABETOLOGIA

Dott. Giannuzzi Ugo
Dott. Rossi Mauro

ENDOCRINOLOGIA

Dott. Biagini Agnese
Dott. Cerri Fulvio

ENDOSCOPIA

APPARATO DIGERENTE

Dott. Frosini Giorgio

Dott. Nani Mauro

FLEBOLOGIA

Dott.ssa Comandi Alessia

FISIATRIA E RIABILITAZIONE NEUROLOGICA E RESPIRATORIA

Dott. Tuccio Maria Chiara

GASTROENTEROLOGIA

Dott. Frosini Giorgio
Dott. Giannetti Andrea

GERIATRIA

Dott. Giannuzzi Ugo

GINECOLOGIA

Dott. Massai Leonardo
Dott. Alvino Vincenzo
Prof. Dell'Acqua Sergio
Dott. Formica Zelinda

LOGOPEDIA

Dott. Gioia Myriam

MEDICINA ESTETICA

Dott. Oddo Alberto

MEDICINA DEL LAVORO

Dott. Menichetti Claudia
Dott. Puzzo Vincenzo
Dott. Spisso Maria

MEDICINA LEGALE

Dott. Pietrobono Dario

MEDICINA INTERNISTICA

Dott. Fanteria Enzo
Prof. Messa Gianluca
Prof Pasqui Anna Laura

NATUROPATIA

Dott. Kimmi Jorg

NEFROLOGIA

Dott. Bernini Marco

NEUROCHIRURGIA

Dott. Moruzzi Franco
Dott. Petrini Carlo

NEUROLOGIA

Prof. Giraldi Carlo
Prof. Paradiso Claudio
(elettromiografia)

NEUROPSICHIATRIA PSICOTERAPIA

Dott. De Capua Alberto
Dott. Gasperini Mariangela
Dott. Italiano Carlo

OCULISTICA

Dott. Detti Silvano
Dott. Nerucci Luigi

OMEOPATIA

Dott. Fineschi Paolo
Dott. Formica Zelinda
Dott. Giordo Paolo (Ter. Chelante)
Dott. Trovato Salvatore

ORTOPEDIA

Dott. Cervellati Carlo
Dott. Fiaschi Massimo
Dott. Fiornovelli Paolo
Dott. Perani Pierfrancesco
Dott. Pietrobono Dario
Dott. Setti Massimo (Ter. onde d'urto)
Dott. Urgelli Stefano

OSTEOPATIA

Dott. Kimmi Jorg

Dott. Patanè Patrizia

OTORINOLARINGOIATRIA

Dott. Caraccio Livio
Prof. Gaia Francesco

PEDIATRIA

Dott. Massai Ginevra
Dott. Bartolozzi Maurizio (Genetica)

PNEUMOLOGIA

Dott. Bargagli Elena

Dott. Franco Clemente

PODOLOGIA

Dott. Boeddu Camilla
Dott. Sergio Paolo (Plantari)
Dott. Zingoni Marco (Plantari)

PSICOLOGIA

Dott. Albertini Valentina
Dott. Ceccarelli Lucia
Dott. Gori Alessandra
Prof. Lazear Marta

Dott. Motta Eleonora
Dott. Paragona Federica

REUMATOLOGIA

Dott. Fabiano Fabrizio
Dott. Mordini Mario
Dott. Scaccia Francesca

UROLOGIA

Prof. Paolini Riccardo
Dott. Menchini Fabris Filippo
Dott. Mengoni Francesco

STRUTTURE OPERATIVE NEL CENTRO MULTISERVIZI SALUS

CARDIOVASCULAR-LAB.:

Responsabile Dott. Nedo Svetoni
Elettrocardiografia, ECG dinamico (Holter), ecocolordoppler cardiaco e vascolare, test da sforzo al cicloergometro, monitoraggio pressione arteriosa 24h, visite domiciliari, servizio reperibilità (cell. 339.2362393)

CENTRO PER LA MENOPAUSA:

Responsabile Dott. Alvino Vincenzo

ECOGRAFIE A TECNOLOGIA AVANZATA PER L'OSTETRICIA E PER LA GINECOLOGIA:

Dott. Alvino Vincenzo
Ecografie ostetrico ginecologiche, ecografie fetali in 3D e 4D, valutazioni del benessere fetale, flussimetrie doppler, ecografie di secondo livello, ecografie ginecologiche: transaddominali, transvaginali e transvaginali 3D.

DEMETRA:

Centro per la Cura dell'Infertilità

Dir. Sanitario Dott. Pellegrini Sandra

LABORATORIO ANALISI GAMMA:

Direttore Sanitario
Dott. Stoppa Simonetta

CENTRO ODONTOIATRICO S.I.O.:

Dott. Ceccariglia Alessandro
Dott. Mostardini Laura

ENDO 2000:

Endoscopia Digestiva
Gastroenterologia
Dott. Nani Mauro
Dott. Giannetti Andrea

CDS:

Centro Diagnostico Strumentale

CENTRO MEDICO CHIRURGICO ETRURIA:

Oculistica - Sale Operatorie
Dott. Francesco Maria Guerreschi

FISIOKINESITERAPIA E RIABILITAZIONE:

Accardo Gennaro, Baldassarri Anita, Buonazia Silvia, Dragone Daniele, Menichelli Claudia, Petrucci Riccardo, Pieri Marco, Saroglia Ilaria, Semplici Erica

SALUS ESTETICA di Giulia e Alessandra:

aromaterapia, cromoterapia, cromoaromacosmesi, fiori di Bach, riflessologia plantare, epilazione, peeling, trattamenti personalizzati snellenti e tonificanti, trattamenti viso mani e piedi, sedute Wellness.

GALENO SPORT:

Medicina dello Sport
Responsabile Dott. Angelo Cianfana

PROCTOLOGIA:

Dott. Enzo Fanteria
Dott. Ranieri Mantovani



*nuovo showroom
a Grosseto!*

PAVIMENTI

RIVESTIMENTI

ARREDOBAGNO

INFISSI

Via Aurelia Nord, 221 - 58100 Grosseto - Tel. 0564 1768043

3/11/2013



NICCOLÒ PAGANINI: VITA E MORTE DI UN “DEMONIO” DEL VIOLINO

Da “Demoni e Santità” - E. Camarri, 2009

Un uomo molto alto, magrissimo, dai lunghi capelli e il volto cadaverico, con una evidente scoliosi che gli colloca più in alto la spalla sinistra, vestito completamente di nero, che impugnato il violino, si agita e si contorce sul palcoscenico, ma concedendo il suono di una musica la cui divina o infernale bellezza nessuno riuscirà a ripetere. È un solitario e scorbutico genovese di nome Niccolò Paganini notoriamente irascibile, eccentrico, spesso agitato e avarissimo (viene soprannominato Paganiente) che probabilmente va sviluppando questo in credibile carattere per gli esiti di una encefalite morbillosa sofferta ai 4 anni di età.

Il suo aspetto e la sua condotta non gli impediranno di avere un grande successo con le donne di ogni ordine sociale, sempre attratto dal suo virtuosismo musicale che si esprime nei suoi capricci e concerti, ma da una di queste sarà contagiato dalla sifilide, mentre un'altra gli darà un figlio che egli riscatterà con duemila ducati. Il piccolo Achille gli sarà sempre vicino teneramente se guito dal padre e parteciperà ad alcune sue strane iniziative come le visite e i concerti per i colerosi o le sonate notturne accanto alle tombe dei cimiteri.

Le condizioni di salute di Paganini si aggravano con il passare degli anni, anche perché le cure mercuriali per la sifilide provocano ittero ed ematuria, poi caduta dei denti e una osteomielite della



mandibola.

A questa iniziale patologia si aggiunge una forma tubercolare con particolare impegno della laringe che è causa di continuo catarro ed emottisi; i medici contemporanei non consigliano di meglio che digiuni, oppio e salassi e l'aggravamento delle condizioni generali avrebbero avuto un esito infausto se un occasionale incontro con il Dr. Spitzer non venisse a modificare il decorso dei disturbi. Questo dottore ungherese, ma detto “l'americano” consiglia di abbandonare le medicine e di nutrirsi con bistecche e vino: le condizioni di salute di Paganini migliorano in maniera sorprendente e può riprendere le sue esaltanti esibizioni in tutta Europa.

Vista l'incredibile capacità di saper trarre dal violino le più impensate acro-

bazie, (per Elisa Bonaparte strappa tre corde dello strumento e compone la Sonata Napoleonica sulla quarta corda) di recente si è supposto che Paganini fosse affetto dalla “Malattia di Marfan”, che è caratterizzata da una congenita lassità dei legamenti, per cui accanto ad una notevole altezza, si constatano lunghe dita e affusolate con rilevante flessibilità delle articolazioni, per cui falangi, polso, gomito raggiungono una motilità impossibile in soggetti normali; una tale particolare situazione avrebbe favorito sensibilmente l'utilizzo dell'archetto e del violino.

Il proseguire delle malattie (lue e tbc e forse il sopravvenire di uno scompenso cardiaco) ne arrestano l'attività di musicista e, diventa perfino afono, si spegne ormai cachettico nella Primavera del 1840.

Per la fama di arrogante “demonio” gli viene rifiutata la confessione e la sepoltura in terra consacrata, e imbalsamato, verrà sotterrato in un angolo remoto della Costa Azzurra fino a che caritatevolmente sarà trasportato a Genova, trovando poi la sua definitiva destinazione nel cimitero di

Parma. In una tardiva riesumazione il volto del più celebre violinista di tutti i tempi, risulterà sorprendentemente immutato.

RUNNING 42
SCARPE E ABBIGLIAMENTO TECNICO PER LA CORSA



**PARTI CON
LA SCARPA GIUSTA!**

UOMO • DONNA • BAMBINO • ACCESSORI



Via Sauro 106, 58100 Grosseto - Tel. 0564.491615 e-mail: info@running42.it

www.running42.it

FISIOTERAPIA SALUS

CS

Centro di fisiokinesiterapia e riabilitazione

Il centro, dotato di palestra, si avvale di Ortopedici, Fisiatri e Fisioterapisti di affermata competenza in grado di affrontare le più svariate e complesse problematiche post-chirurgiche, post-traumatiche o conseguenti a patologie degenerative del sistema osteo-articolare.



TERAPIA FISICA

LASER
ULTRASUONI
TECAR
IONOFRESI
ELETTROTERAPIA ANTALGICA
ELETTROSTIMOLAZIONI
ONDE D'URTO
LASER ULT



TERAPIA MANUALE

MASSOTERAPIA DISTRETTUALE
RIEDUCAZIONE POSTURALE GLOBALE (METODO SOUCHARD)
FELDENKRAIS
LINFODRENAGGIO (METODO VODDER-ASDONK)
RIABILITAZIONE ORTOPEDICA, TRAUMATOLOGICA E POST CHIRURGICA
RIABILITAZIONE NEUROLOGICA E RESPIRATORIA
RIABILITAZIONE UROLOGICA E GINECOLOGICA
CONFEZIONAMENTO PERSONALIZZATO DI SPLINT STATICI E DINAMICI
GINNASTICA POSTURALE
RECUPERO DELLO SPORTIVO



PALESTRA

CORSI DI GINNASTICA POSTURALE DI GRUPPO, PILATES E YOGA

la vita è
UGUALE
per tutti



**IL FUTURO SI PIANIFICA IN ANTICIPO
LAVORIAMO PER GARANTIRE BENESSERE
ALLE PERSONE CON DISABILITÀ**



I nostri servizi per il "durante noi"

**EQUITAZIONE
PATTINAGGIO
ACQUATICITÀ
WEEK END DELL'AUTONOMIA
ATTIVITÀ OCCUPAZIONALE
TEMPO LIBERO, NO TEMPO VUOTO
SOGGIORNI ESTIVI**



Novità di quest'anno:

**MUSICOTERAPIA
PET THERAPY
SQUADRA DI CALCIO**



Fondazione il Sole o.n.l.u.s.



Fondazione Il Sole

www.fondazioneilsole.it

CONTATTACI PER INFORMAZIONI

338-82.60.557 (Roberto Marcucci - Coordinatore)

0564-49.17.30 (Barbara Bricca - Segreteria)

Dona il tuo **5X1000**
alla **FONDAZIONE IL SOLE**

cod.fisc.: **920 536 00 539**