

StarMEGLIO

ANNO VI numero 45

Maledetto Mal di Testa



4

Maledetto Mal di Testa



Pietro Cortelli

Professore associato di Neurologia al Dipartimento di Scienze Neurologiche dell'Università di Bologna. Socio Fondatore dell'Associazione Neurologica Italiana per la Ricerca sulle Cefalee e dal 2003 presidente dell'Associazione Italiana per lo studio del Sistema Neurovegetativo.

8

Notti senza note



Pasquale Montagna

Professore ordinario presso il Dipartimento di Scienze Neurologiche dell'Università di Bologna. Responsabile dei Centri per lo Studio delle Malattie del Sonno e delle Cefalee dello stesso Dipartimento. È Autore di oltre 200 pubblicazioni internazionali e nazionali, oltre a 50 capitoli di libro su: malattie del sonno e disturbi motori durante il sonno; malattie da prioni; fisiopatologia e genetica dell'emicrania.

10

Alla ricerca del calcio perduto



Roberto Iovine

Medico, specialista in Terapia Fisica e Riabilitazione. Direttore della Unità Operativa di Medicina Riabilitativa della USL di Bologna, sede di San Giovanni in Persiceto. Si interessa particolarmente di alcune disabilità di origine muscoloscheletrica (mal di schiena, osteoporosi) e di origine neurologica (ictus cerebrali).

12

Conserve casalinghe, tradizione in sicurezza



Gabriele Peroni

Medico, specialista in igiene e medicina preventiva con orientamento in sanità pubblica. Attualmente dirige l'Unità Operativa di Igiene e Sanità Pubblica dell'AUSL di Imola

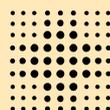
14

Trekking ad alta quota

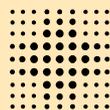


Patrizia Bonifacci

Medico, specializzata in Medicina dello Sport. Lavora da anni per i servizi dell'Ausl di Bologna. Esperta negli aspetti della medicina dello sport che riguardano fitness, traumatologia e alimentazione.



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

**Autorizzazione del Tribunale di Bologna
n.7097 del 19.2.2001**

Rivista mensile N. 45 anno 6, agosto 2006
a cura delle Aziende USL di Bologna e di Imola

Direzione e Redazione

Servizio Comunicazione e Relazioni con il Cittadino,
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna,
via Castiglione 29, 40124 Bologna.
Tel 051 6584971 fax 051 6584822,
e-mail: starmeglio@ausl.bo.it

Proprietà

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Direttore Responsabile

Mauro Eufrosini

Caporedattore

Francesco Bianchi

Comitato tecnico scientifico

Patrizia Beltrami, Maria Benedettini, Laura Biagetti, Alberto Gerosa (coordinatore), Giorgio Ghedini, Emilia Guberti, Serena Lanzarini, Massimo Palmieri, Paolo Pandolfi, Piero Serra

Redazione

Alice Bonoli, Marcello Giusti, Marco Grana, Sara Nanni,
Vito Patrono, Orietta Venturi

Segreteria di redazione

Francesca Pisani

Progetto grafico

Marco Neri

Illustrazioni originali

Bruno Pegoretti

Foto

Meridiana Immagini

Stampa

Cantelli Rotoweb S.r.L.



Si ringrazia ZANHOTEL
per il contributo alla stampa della rivista.
Si ringraziano per la collaborazione AFM, Federfarma.

Non ho mai ricevuto la chiamata ad effettuare mammografia e pap-test come invece capita a molte mie amiche residenti come me nel Comune di Bologna. Potreste darmi indicazione su chi contattare per poter far parte di questi elenchi di chiamata per la campagna di comunicazione "Una semplice e sana abitudine".

molte grazie e cordiali saluti

s.p.

Gentile Signora,

l'invito ad effettuare la mammografia viene inviato a tutte le donne di età compresa fra i 50 e i 69 anni in quanto è la fascia di età in cui lo screening mammografico si è dimostrato più efficace nel ridurre la mortalità per tumore della mammella e rappresenta anche la fascia di età in cui si verificano più del 50% dei casi di tumore.

Per quanto riguarda l'invito ad eseguire il pap-test, invece, viene inviato a tutte le donne tra i 25 e 64 anni.

Se lei ha un'età compresa in questa fascia e non ha ancora ricevuto l'invito ad effettuare gli screening potrebbe essersi verificato un problema legato all'anagrafe sanitaria (ad esempio un cambio di indirizzo non ancora comunicato) da cui il programma screening recupera i nomi delle persone a cui inviare l'invito, oppure un problema postale.

Ad ogni modo se la sua età è compresa tra i 25 e 69 anni la invito a telefonarci al centro screening presso il Poliambulatorio di via Montebello 6 a Bologna, tel. 051 2869300, dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 14.30 oppure ad inviare una mail a: marilena.manfredi@ausl.bologna.it così da poterla inserire nel programma di screening.

Natalina Collina
Responsabile Programma screening per la prevenzione dei tumori
Azienda USL di Bologna

Per avere informazioni su stili di vita corretti o approfondire gli argomenti trattati scrivi a: starmeglio@ausl.bo.it

PER APPROFONDIRE GLI ARGOMENTI DI QUESTO NUMERO

MAL DI TESTA

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI BOLOGNA	TELEFONO
Clinica Neurologica	051 2092994
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI IMOLA	TELEFONO
Sportello della Prevenzione	0542 604950

CONSERVE ALIMENTARI

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI BOLOGNA	TELEFONO
Igiene della Nutrizione	051 6079698
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI IMOLA	TELEFONO
Sportello della Prevenzione	0542 604950

SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE DEL SONNO

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI BOLOGNA	TELEFONO
Clinica Neurologica	051 2092994
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI IMOLA	TELEFONO
Sportello della Prevenzione	0542 604950

TREKKING AD ALTA QUOTA

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI BOLOGNA	TELEFONO
Medicina dello Sport	051 596962
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI IMOLA	TELEFONO
Sportello della Prevenzione	0542 604950

OSTEOPOROSI E DENSITOMETRIA OSSEA

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI BOLOGNA	TELEFONO
Dipartimento di Sanità Pubblica	051 6079888
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI IMOLA	TELEFONO
Sportello della Prevenzione	0542 604950

Se desiderate ricevere STAR MEGLIO a casa gratuitamente, telefonate in Redazione, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 17.00
Tel. 051.6584971 - La rivista è anche online: www.ausl.bologna.it - www.ausl.imola.bo.it



Maledetto Mal di Testa

.....
Cambia il tipo o l'intensità, rimane il disagio di chi ne soffre. Il mal di testa è una condanna senza scampo?

di **Sara Nanni**

Un disturbo "psicologico". A volte capita di sentirlo considerare così. Con un implicito ma ben intuibile seguito: il mal di testa è, forse, quasi, un po', colpa di chi ce l'ha.

Non è vero. Le cefalee (primarie) hanno basi neurobiologiche certe: le crisi ricorrenti di cefalea sono il risultato di un cattivo funzionamento del sistema che nel cervello controlla il fenomeno dolore. Cioè? Funziona come un filtro, che distingue gli stimoli tattili (martellata in un dito) ed emotivi (dolore come contrario di piacere) da considerare

dolorosi dagli altri. In un cervello predisposto al mal di testa, quando questa funzione di filtro è deficitaria, per esempio a causa di un consumo energetico cerebrale superiore alle riserve, si creano le condizioni che

favoriscono la crisi di cefalea. Inoltre, la persona con cefalea ha un modo speciale di trattare gli stimoli meccanici ed emozionali che provengono dall'esterno: in pratica ogni stimolo piacevole o spiacevole è fonte di attenzione e "preso in carico", con conseguente elevato consumo energetico.

Questa accentuata reattività agli stimoli, nel mondo complicato con

cui ci si misura ogni giorno, non può che offrire un'ampia gamma di potenziali cause di impegno energetico per

CEFALEE PRIMARIE:

i numerosi "tipi" di mal di testa che non hanno una causa precisamente rilevabile.

CEFALEE SECONDARIE:

i mal di testa causati da altre malattie, curando le quali si interviene di conseguenza anche sul mal di testa.



il cervello e costituire la lunga lista di fattori che favoriscono le crisi che ogni "cefalalgico" ben conosce - anche se spesso le prende per cause. Cambiamenti di clima e di altitudine, prolungata esposizione al sole, ma

È VERO CHE...

il mal di testa è ereditario?

L'emicrania è certamente un tratto ereditario. Parlando in generale di cefalee, è frequente la familiarità: chi soffre di cefalea ha molto probabilmente un familiare (più spesso dal lato materno) che patisce lo stesso disturbo.

è meglio prendere una pastiglia contro il mal di testa appena lo si avverte, senza aspettare nella speranza che passi da solo, perché può solo peggiorare?

È vero, ma a crisi certa, non al primo dolorino, che può essere sintomo di qualcos'altro: l'assunzione di un farmaco (analgesico o, se prescritto dal medico, antiemicranico) deve essere precoce, rispetto allo sviluppo della crisi, ma non affrettata.

il caffè fa peggiorare il mal di testa?

Non è detto: in una persona che non lo beve normalmente, il caffè può essere terapeutico rispetto al mal di testa, per l'effetto della caffeina su alcuni recettori nel cervello. Invece in chi ne consuma abitualmente o ne abusa (più di 5 al giorno) il caffè può contribuire a rendere cronico il mal di testa.

quando il mal di testa si presenta con frequenza e intensità bisogna parlarne con il proprio medico?

Absolutamente sì: di fronte a 3-4 crisi al mese, è necessario parlare con il proprio medico, perché se non si interviene con una terapia preventiva per ridurre la frequenza gli attacchi sono destinati ad aumentare di numero. Con l'aiuto del medico, si può controllare il dolore, anche attraverso l'uso di farmaci specifici (gli antiemicranici specifici, che, a differenza degli analgesici aspecifici, comunque molto efficaci per il dolore, non hanno effetti indesiderati, ad esempio sullo stomaco).

anche scarsità di ossigeno in locali sovraffollati, poco arieggiati e fumosi; il grande capitolo dello stress, e poi la stanchezza, la privazione del sonno e l'eccessiva e prolungata concentrazione; l'alimentazione, o meglio la digestione faticosa di alcune sostanze, l'alcol e il fumo di sigaretta; ma anche le posture scorrette, il cambio del ritmo sonno-veglia (alla base del dispettoso e per molti inspiegabile mal di testa del week-end), l'arduo mondo delle variazioni ormonali - ne sanno qualcosa le donne che soffrono di mal di testa mestruale. Infine è stato di recente chiarito perché il dolore alla testa è "pulsante" (a Bologna si dice "mi tampa"): il cervello è in grado di produrre dolore solo attraverso speciali contatti delle sue terminazioni con i vasi cerebrali. Perciò la classica domanda "ma non è che l'arteria della tempia si rompe?" trova una risposta tranquillizzante: l'arteria che

pulsa è normale in una crisi di cefalea e non ne è la causa.

Ma si può uscirne? Sì, controllando il dolore. Per farlo è necessario rivolgersi al proprio medico, insieme capire di che tipo di mal di testa si soffre e quale terapia, fatta di farmaci e miglioramento delle abitudini di vita, può venire in aiuto. Non si guarisce, nel senso che la predisposizione rimane tutta la vita, ma si ruba al mal di testa la facoltà di determinare completamente la qualità della vita di chi ne soffre ●

IL MAL DI TESTA DI BOLOGNA

Oltre 90.000 persone a Bologna e provincia soffrono di mal di testa in modo così frequente da richiedere una visita medica. A queste ne vanno aggiunte altrettante che, pur soffrendo di cefalea, non si rivolgono al proprio medico per ottenere consigli e terapie.

TIPI DI CEFALEA

LA CEFALEA TENSIVA

- *Tipo di dolore:* costante e non pulsante, a "casco", coinvolge cioè tutta la testa. Di solito il dolore non è fortissimo, ma la sensazione di avere un peso poggiato sulla testa rende più faticose le normali attività quotidiane.
- *Sintomi che la accompagnano:* un forte dolore alla muscolatura del collo, ancora più evidente se si fa pressione nelle zone di collegamento intermuscolare; a volte nausea e vertigini, irritabilità. Talvolta anche depressione e ansia.
- *Frequenza:* può essere episodico o cronico (cioè si ha mal di testa per più di 180 giorni all'anno o 15 giorni al mese).
- *Durata:* può variare da 30 minuti a 5 giorni, mentre nelle forme croniche può durare anche un mese continuo, con pause di 1-2 giorni.
- *I più colpiti:* persone che fanno attività sedentaria, persone che svolgono attività particolarmente stressanti.
- *Quando si presenta:* la prima volta di solito nell'adolescenza, intorno ai 15 anni.
- *Che fare:* se è episodica, si può prendere un analgesico-antinfiammatorio per calmare il dolore. Se è cronica bisogna concordare una terapia con il medico. Il dolore può essere alleviato anche facendo attività fisica leggera e curando maggiormente l'ambiente (ad esempio, al lavoro può servire assumere una posizione più corretta alla scrivania, a casa cambiare cuscino e materasso).

L'EMICRANIA

- *Tipo di dolore:* pulsante, d'intensità media o forte, colpisce una sola parte del cranio; tende ad aumentare se si fanno movimenti bruschi.
- *Sintomi che la accompagnano:* talvolta la cosiddetta "aura" (annebbiamenti della vista, comparsa di lampi colorati, formicolii agli arti e altri disturbi neurologici); nausea, vomito, insofferenza alla luce e ai suoni, pallore, diarrea.
- *Frequenza:* può essere episodica o cronica.
- *Durata:* da poche ore fino a tre giorni.
- *I più colpiti:* le donne; in gravidanza spesso colpisce anche quelle che non ne hanno mai sofferto. Le persone più meticolose e apprensive, più soggette a stress e stati ansiosi.
- *Quando si presenta:* la prima volta nella pubertà (più raramente già nell'infanzia).
- *Che fare:* per le crisi lievi, si può prendere un analgesico-antinfiammatorio per calmare il dolore. Per le crisi di intensità maggiore bisogna concordare una terapia con il medico. Il dolore tende ad aumentare se si fa attività fisica. È aggravato anche da rumore, luce e farmaci vasodilatatori.

LA CEFALEA A GRAPPOLO

- *Tipo di dolore:* intenso, continuo e bruciante, interessa solo un lato del volto, cessa improvvisamente.
- *Sintomi che la accompagnano:* arrossamento degli occhi, con lacrimazione e congestione nasale, sensibilità alla luce. L'intensità del dolore causa un forte stress, per cui, terminato l'attacco, la persona colpita è presa da una forte stanchezza.
- *Frequenza:* gli attacchi possono susseguirsi più volte al giorno e per periodi di 30-40 giorni consecutivi (di solito a periodi e orari fissi, tanto che nel 1700 veniva definita "horologica"). Come tanti acini, che premono uno sull'altro attacco dopo attacco: da questo ciclo doloroso il riferimento al "grappolo".
- *Durata:* da mezz'ora a tre ore.
- *I più colpiti:* uomini, dai 30 anni in su, spesso professionalmente impegnati, che conducono una vita stressante.
- *Quando si presenta:* la prima volta dopo i 30 anni; più frequentemente durante la notte, sotto forma di un intenso dolore capace di indurre il risveglio, anche perché il fastidio è più forte in posizione distesa.
- *Che fare:* i farmaci, unico rimedio di qualche efficacia nell'arginare la cefalea a grappolo (attenuare il dolore e accorciare la durata), vanno presi sotto stretto controllo medico. Cambio di stagione e di abitudini di vita, stress, fumo e alcol, specie durante il periodo del grappolo, aggravano il dolore. Il movimento continuo sembra invece alleviarlo (quindi niente immobilità obbligata in cerca di un po' di sollievo come con l'emicrania).

PROPRIO NEL WEEK-END

Tra le più inopportune, e comprensibilmente detestate, c'è l'emicrania del week-end: proprio nel momento in cui ci si illude di recuperare energie e godere del tempo libero, arriva a scombinare i piani, spesso con l'aggravante emotiva che al dolore si aggiunge la frustrazione per l'apparente mancanza di cause - "sono tranquillo, a casa, mi sto rilassando, perché?". Può essere dovuta al cambiamento repentino nell'alternanza sonno-veglia (si va a letto e ci si alza più tardi, si dorme spesso di più oppure in ore diverse dal solito) e nella gestione dei tempi della giornata: stimoli a cui il cervello, abituato ad altri ritmi, "fatica" ad adeguarsi. Con il dolore lo dichiara.

DONNE E MAL DI TESTA

Secondo l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), l'emicrania è al 19° posto nel mondo come causa di inabilità per gli uomini e sale al 12° per le donne, prima del diabete. Donne quindi maggiormente colpite dal mal di testa, che per di più si acutizza in gravidanza: nelle donne che normalmente soffrono di mal di testa, il disturbo si aggrava durante la gestazione, e non sempre può essere alleviato con i farmaci, perché c'è il rischio di causare malformazioni al feto.

Le donne che usano contraccettivi orali (la pillola) possono essere soggette ad attacchi di mal di testa nel periodo in cui i livelli ormonali sono più bassi (in particolare nella settimana placebo tra la fine di una scatola e l'inizio di un'altra). La pillola fornisce all'organismo gli estrogeni e il progesterone necessari a bloccare la maturazione dell'ovulo, tranne che nella settimana di interruzione, in cui il livello degli ormoni nell'organismo improvvisamente si abbassa: è supponibile che proprio questo abbassamento degli estrogeni contribuisca a scatenare l'emicrania.

La menopausa non determina sempre la stessa evoluzione del mal di testa: in alcuni casi, circa il 25%, c'è un peggioramento, soprattutto nelle donne che fanno terapia sostitutiva ormonale (l'organismo deve riabituarsi al nuovo carico ormonale che gli viene fornito). Per altre donne, invece, circa il 50% dei casi, con la menopausa l'emicrania si attenua, anche se non scompare mai completamente, come ancora a volte si crede. Per il restante 25% dei casi, il mal di testa si manifesta come prima della menopausa.

SOFFRI DI EMICRANIA? ALLORA HAI UN CERVELLO SPECIALE

Perché l'emicrania colpisce alcune persone e non altre? La risposta arrivata dall'ultimo Congresso dell'ANIRCEF (Associazione Neurologica Italiana per la Ricerca sulle CEFalee), svoltosi a maggio a Bologna, è che "gli 'emicranici' hanno un cervello speciale, che consuma più energia di quella che ha in riserva, con il risultato finale che per difendersi causa un dolore spontaneo, segnale di evitamento di una cosa nociva, che obbliga al riposo. È un cervello sempre all'erta, che rende quindi l'emicranico un soggetto altamente produttivo, in grado di farsi carico di molti problemi altrui, spesso non pensando a se stesso (generoso, altruista), che paga però questa ampia disponibilità con l'emicrania che rappresenta 'per fortuna' il suo fattore limitante".



di **Francesco Bianchi**

Russamento ed apnee ostruttive nel sonno costituiscono gli estremi di un'unica sindrome,

la Sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno (SAOS) o Malattia dei Grandi Russatori.

Studi epidemiologici, eseguiti in tutto il mondo indicano che il russamento abituale interessa circa il 19% delle persone, il 24% degli uomini ed il 14% delle donne.

La prevalenza del russamento abita-

le, che si manifesta cioè ogni notte, aumenta con l'età, per cui a 60 anni russa il 60% degli uomini ed il 40% delle donne. Uno studio italiano, eseguito proprio a Bologna, alcuni anni fa, ha dimostrato che la prevalenza della sindrome delle apnee ostruttive è di circa il 3% fra gli uomini di età compresa fra i 30 ed i 69 anni.

Dolci notti

.....
Quando il russare e le apnee notturne disturbano sonno, quiete e distacco dalle fatiche quotidiane



PERCHÉ RUSSIAMO

La Sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno è caratterizzata da russamento intermittente ed eccessiva sonnolenza diurna, a cui si possono associare risvegli con sensazione di soffocamento, sonno notturno frammentato e non ristoratore, poliuria ed abbondante sudorazione notturna.

Il russamento è un rumore respiratorio prodotto dalla vibrazione dei tessuti molli delle vie aeree superiori: l'intensità del rumore è determinata dalla quantità di tessuto che può vibrare. Il russamento è quindi un rumore dovuto al restringimento delle vie aeree superiori che, quando si occludono completamente, causano le apnee ostruttive. L'ostruzione è quasi sempre a livello della faringe che, priva di una struttura ossea di sostegno, può facilmente crollare.

Un problema da non sottovalutare in quanto ha implicazioni sia sul corretto svolgersi di cicli di sonno sia per quanto riguarda i risvolti clinici.

Le apnee ostruttive nel sonno, non trattate, costituiscono un fattore di rischio cardiovascolare: le persone che ne sono affette, infatti, rischiano più facilmente di diventare ipertesi; inoltre, la pressione arteriosa sistemica durante il sonno notturno non si riduce, in media del 15-20% rispetto ai valori della veglia, come solitamente accade; questa condizione viene definita "non-dipper" ed è molto spesso sottovalutata anche dai medici che si limitano a controllare la pressione arteriosa dei pazienti solo durante la veglia.

Il riconoscimento tempestivo di un disturbo respiratorio durante il sonno, dunque, può contribuire a ridurre i valori della pressione arteriosa sistemica. Lo stesso si dica per le aritmie cardiache che possono costituire una seria complicanza delle apnee ostruttive identificate anche come fattore di rischio per gli ictus cerebrali e gli infarti del miocardio.

Infine la SAOS è caratterizzata da una sonnolenza durante il giorno che può compromettere la qualità della vita mettendo la persona che ne è affetta a rischio di incidenti sia lavorativi che della strada.

PIÙ gli uomini delle donne, PIÙ i grassi che i magli e attenzione agli stili di vita.

La SAOS è prevalentemente una patologia maschile, il rapporto uomini:donne varia da 8:1 a 2:1; le donne ne vengono colpite prevalentemente dopo la menopausa, quando probabilmente viene meno l'effetto protettivo del progesterone. L'obesità rappresenta il più importante

fattore di rischio per sviluppare apnee ostruttive nel sonno: il 70% dei casi riguarda persone in soprappeso; la progressione e l'aggravamento della malattia spesso procedono parallelamente all'aumento di peso.

Possono esserne affetti anche chi ha alterazioni anatomiche che determinano un restringimento delle prime vie aeree, come dismorfismi facciali (retrognazia o micrognazia) e patologie dell'articolazione temporo-mandibolare, oppure persone affette da patologie neuromuscolari o da sindrome di Down.

In fine il fumo, favorendo l'infiammazione e quindi l'edema delle pareti oro-faringee, aggrava il russamento e le apnee, come pure l'utilizzo di alcool aumenta il numero e la durata delle apnee durante il sonno.

I segnali di allarme.

Il russamento, che da continuo diventa intermittente perché periodicamente interrotto da apnee, e l'eccessiva sonnolenza diurna sono i sintomi principali della sindrome.

Sonno notturno frammentato, dunque, e non ristoratore con aumento del numero delle minzioni ed eccessiva sudorazione notturna sono i sintomi. Al risveglio, non si ha la sensazione di essere riposati e una insolita sonnolenza diurna. Nei bambini, in cui le apnee ostruttive sono solitamente dovute ad un'ipertrofia adeno-tonsillare, anziché sonnolenza diurna, si riscontrano più facilmente riduzione della capacità di attenzione e del rendimento scolastico ed iperattività motoria.

Solitamente è il compagno della persona che ne è affetta che per primo si accorge di un forte russamento, continuo ed abituale, prevalentemente in posizione supina, talvolta correlato al consumo di abbondanti quantità di alcool o di pasti abbondanti. In seguito, la situazione si complica: la persona, durante il sonno sembra smettere di respirare per qualche secondo, poi una serie di atti respiratori molto rumorosi seguiti di nuovo dal silenzio (apnea). Inizialmente le apnee sono sporadiche, poi diventano continue durante tutta la notte ed in tutte le posizioni. la persona può risvegliarsi

con la sensazione di soffocare, può avere un sonno "agitato" con frequenti movimenti delle braccia e delle gambe che coincidono con la ripresa della respirazione alla fine di ogni apnea.

La Sindrome delle apnee ostruttive si può trattare.

L'obiettivo del trattamento è quello di evitare l'occlusione delle vie aeree superiori durante il sonno, ristabilendo un normale andamento del sonno ed eliminando la sonnolenza diurna.

Il tipo di trattamento dipende dalla gravità della SAOS. Se il paziente è in soprappeso, deve dimagrire; se le apnee si verificano esclusivamente in posizione supina bisogna cercare di evitare questa posizione durante il sonno.

Nelle persone con Sindrome di grado moderato o grave, soprattutto quando è presente eccessiva sonnolenza diurna oppure sono già presenti complicanze cardiocircolatorie, si interviene o con l'applicazione durante il sonno di un apparecchio che spingendo un getto continuo di aria nelle vie aeree

superiori ne impedisce l'ostruzione. Altra possibilità terapeutica sono gli interventi chirurgici, da valutare però nel singolo caso e dopo una consulenza otorinolaringoiatrica o maxillo-facciale mirata, in cui lo specialista decide se e quale sia l'intervento o gli interventi chirurgici di cui può beneficiare il paziente.

Nei bambini con ipertrofia adenotonsillare l'adeno-tonsillectomia risolve quasi sempre il quadro clinico

LA POLISONNOGRAFIA NOTTURNA

È l'esame d'elezione per la corretta definizione del disturbo respiratorio nel sonno; con essa si controlla la presenza di rumore respiratorio durante il sonno associato o meno alle apnee ostruttive. Un tempo questo esame veniva eseguito solo in laboratorio; attualmente sono disponibili strumenti per registrazioni domiciliari, che non vincolano il paziente al laboratorio e non necessitano della sorveglianza da parte di personale tecnico. La scelta della metodica poligrafica da utilizzare, però, spetta ad un medico esperto che, preliminarmente, deve sottoporre i pazienti ad una valutazione clinica accurata.



Alla ricerca del calcio perduto

Vantaggi e limiti della Densitometria ossea

di Vito Patrono

Quante volte capita di sbattere involontariamente le braccia o le gambe contro i mobili senza enormi conseguenze se non qualche livido? Per chi soffre di osteoporosi anche per piccole contusioni la frattura è dietro l'angolo. L'osteoporosi è una alterazione degenerativa delle ossa, che con l'andar del tempo si assottigliano, caratterizzata da una riduzione graduale del loro contenuto minerale, soprattutto calcio. La perdita di calcio delle ossa, in generale, non è una malattia, ma una condizione fisiologica. Viene considerata patologica solo quando raggiunge dei livelli di perdita di minerali molto elevata.

Nella maggior parte dei casi l'osteoporosi decorre senza dare alcun segno, può colpire le donne a partire dalla menopausa, mentre negli uomini inizia anche più tardi.

È possibile conoscere, con una buona approssimazione, quale è il contenuto di calcio nello scheletro attraverso la Mineralometria Ossea Computerizzata

(MOC), meglio nota come densitometria ossea.

"Questo esame, però, - dice Roberto Iovine, direttore di Medicina Riabilitativa dell'ospedale di San Giovanni in Persiceto dell'Azienda Usl di Bologna - ha molti limiti in quanto il dato che ci interesserebbe davvero sapere, cioè quale sia il vero rischio di frattura, solo in parte è rilevabile dalla densitometria: è più facile che si fratturi una persona che non soffre di osteoporosi ma che conduce una vita particolarmente sedentaria, piuttosto che una persona con osteoporosi ma attiva fisicamente. Infatti il 'rischio caduta' aumenta parallelamente alla sedentarietà; la cosa è intuibile perché le reazioni 'paracadute', cioè quei movimenti che ciascuno di noi mette in atto tutte le volte che perde l'equilibrio, vengono stimulate dalla attività fisica e si deteriorano nei sedentari. Per questo è molto importante muoversi. Fa riflettere il fatto che metà delle fratture osteoporotiche (corpo vertebrale, polso, anca, testa omerale) avviene in donne con densitometria normale. Siamo quindi ancora lontani dal poter considerare la densitometria un test ideale, tanto è vero che non è possibile effettuare, come per altre patologie (cancro della mammella, del colon-retto, dell'utero) un vero e proprio screening".

A chi consiglierebbe di effettuare la densitometria?

"A tutte quelle donne in menopausa da almeno 6 mesi, che presentino almeno un fattore di rischio (genitori con fratture osteoporotiche, menopausa precoce, terapia cortisonica cronica, magrezza eccessiva) e che non siano già in cura con farmaci antiosteoporotici efficaci (calcio, Vitamina D, alendronato, risedronato). L'esame è inutile, appunto, per chi fa già una terapia antiosteoporotica efficace".

Ogni quanto va ripetuto l'esame?

" Non ha senso ripetere la densitometria ossea prima di 18-24 mesi perché l'esame non sarebbe in grado di rilevare differenze rispetto alla situazione precedente. La ripetizione dell'esame è di incerta utilità e sono poche

le condizioni che lo richiedono.

Potrebbe eventualmente essere utile far ripetere l'esame solo a coloro che hanno avuto un primo esito di osteopenia (impoverimento di calcio modesto), e che non facciano già una terapia farmacologica per questo".

Come mai si fa un uso eccessivo di questo esame, allungando sensibilmente le liste d'attesa?

"La popolazione femminile è molto attenta alla propria salute e questo è dimostrato dalla alta partecipazione alle attività di screening in regione. Però in questo caso è "arrivata" un'informazione inesatta che forse risente anche di spinte commerciali. La densitometria non è un esame di screening e va usato in casi particolari e mirati ad esempio nelle osteoporosi secondarie ad altre malattie quali l'ipertiroidismo primitivo, insufficienza renale cronica, sindromi da malassorbimento.

Per contrastare la demineralizzazione dell'osso e ridurre il rischio di caduta e quindi ridurre il rischio di frattura, la maggior parte delle volte è sufficiente una attività fisica corretta in termini di qualità e di intensità dell'esercizio, e solo in alcuni casi è necessaria una terapia medica specifica. La MOC è un esame utile quando viene richiesto in modo appropriato, mentre è inutile, e quindi potenzialmente dannoso, quando richiesto in modo acritico" ●

Per prevenire l'osteoporosi:

Cosa fare:

- Attività fisica sia prima che dopo la menopausa
- Vita sana non sedentaria
- Curare l'alimentazione, in particolare per quanto riguarda l'apporto di calcio che si trova in abbondanza nei formaggi e nei latticini ma anche in verdure come la rucola.
- Esporsi ai raggi del sole
- Assumere di vitamina D

Attenzione a:

- eccessiva magrezza
- terapie antitumorali
- terapie cortisoniche e/o anticonvulsivanti prolungate per anni
- abitudine al fumo
- eccesso di bevande alcoliche
- la familiarità con persone che anno avuto grave osteoporosi è un fattore di rischio a dimostrazione dell'influenza dei fattori genetici in questa condizione.



di **Alice Bonoli**

Chi di noi non ha aiutato la mamma o la nonna nella preparazione della passata di pomodoro o della marmellata fatta in casa? Le conserve erano un tempo necessarie per superare la stagionalità dei prodotti e conservarli per i momenti di "magra": oggi sono invece una tradizione da perpetrare nonostante gli scaffali dei supermercati offrano una vasta gamma di prodotti industriali. Ma quali i vantaggi? "A parte quelli economici, le conserve alimentari casalinghe garantiscono la possibilità di scegliere materie prime di miglior qualità rispetto a quelle destinate all'industria, raccolte al giusto grado di maturazione e da poco tempo, talvolta addirittura coltivate nell'orto di casa. Dal punto di vista nutrizionale non ci sono grosse differenze tra un prodotto casalingo ed uno industriale, visto che nella maggior parte dei casi le materie prime vengono prima cotte e quindi le caratteristiche legate alla freschezza si perdono".

La conservazione dei cibi però presenta anche dei rischi, che nella produzione casalinga sono maggiori che in quella industriale. "Il pericolo numero uno è costituito dal botulismo, una grave tossinfezione alimentare provocata da un batterio normalmente presente nell'ambiente, nel suolo e nell'intestino degli animali sotto forma di spora. In un ambiente privo di ossigeno, a bassa acidità (pH inferiore a 4,6) ed in presenza di acqua libera, la spora si trasforma in batterio e quest'ultimo produce una tossina estremamente



Conserve casalinghe, tradizione in sicurezza



pericolosa, spesso letale, per chi la ingerisce. Sia le spore che la neurotossina, però, vengono distrutte da temperature superiori a 120°C". La produzione domestica, che nella fase finale di pastorizzazione non può superare la temperatura di ebollizione dell'acqua (100°), non uccide quindi la spora.

Cosa fare? È necessario far sì che la tossina non si attivi, ponendo delle <<barriere>>, ossia rendendo l'ambiente di conservazione sufficientemente acido e quanto più privo di acqua libera. Nel caso di marmellate e confetture di frutta, fatta salva un'accurata lavatura e mondatura della frutta, non ci sono problemi. I

frutti (a parte castagne, fichi e sambuco) sono di per sé sufficientemente acidi e la presenza di zuccheri immobilizza l'acqua libera. In ogni caso l'aggiunta di un po' di succo di limone garantisce ulteriormente rispetto all'acidità. Per quanto concerne i pomodori, (passati, a pezzettini o interi), è sempre bene integrare con acido citrico, ascorbico o lattico, poiché il loro pH naturale, specialmente nel momento della massima maturazione, potrebbe non essere sufficiente. Per i sott'aceti si utilizzano solitamente prodotti che crescono a terra, quindi a grande rischio di contaminazione e non acidi (cipolle, carote, fagiolini). Da un lato va quindi evitata la contaminazione sul taglio, mantenendo la massima igienicità nella preparazione (con grande attenzione alla pulizia di attrezzature e coltelleria), dall'altro non può essere evitato un passaggio di acidificazione a caldo, che favorisce la penetrazione della soluzione acida negli strati più interni. Per questo processo solitamente viene usato l'aceto, che non bisogna dimenticare di reintegrare spesso. Una buona alternativa è l'acido citrico. I vasi vanno poi riempiti con il cosiddetto liquido di governo, ancora una volta aceto, e pastorizzati. Sono però i sott'olio quelli per cui il rischio botulino è più elevato e che è sconsigliabile produrre in casa. Nel caso, è comunque assolutamente necessario un adeguato passaggio di acidificazione a caldo. Mai fare l'errore di pensare che cuocere la verdura o gli ortaggi, alla griglia per esempio, sia sufficiente. L'habitat del sott'olio è ideale per il botulino: l'olio scaccia completamente l'aria e non intacca l'acqua del prodotto, che resta attiva. Ancora, i sott'olio casalinghi vanno consumati nel più breve tempo possibile, per evitare che si perda l'acidificazione e le spore si attivino. È sconsigliabile, dunque, anche la produzione casalinga di olio aromatizzato con prodotti non acidificati quali aglio, peperoncino, rosmarino e zenzero fresco; prodotti che possono essere contaminati dalla spora botulinica, che l'olio non è in grado di <<disattivare>>".

Ci sono altri rischi nella produzione di conserve fatte in casa? "Esistono altri microrganismi, come ad esempio alcuni lieviti, che non solo sono in grado di crescere in ambienti acidi, ma che durante la loro crescita possono diminuire l'acidità del cibo. In questo modo potrebbero rendere possibile la crescita del Clostridium botulinum anche in cibi che inizialmente erano inadatti. Fortunatamente questi microrganismi possono facilmente venire distrutti tramite semplice ebollizione. Per questo è sempre necessario, una volta riempiti i vasi o le bottiglie, il passaggio finale di pastorizzazione tramite bollitura dei contenitori pieni a bagnomaria (100°), che li bonifica, crea il sottovuoto e neutralizza gran parte dei microrganismi presenti" ●

E' IMPORTANTE RICORDARE CHE:

- gli ingredienti devono essere preferibilmente di prima qualità, integri e non trattati;
- i recipienti per la conservazione accuratamente sterilizzati prima dell'uso;
- le guarnizioni e le capsule di chiusura sempre nuove;
- la conserva deve essere versata rapidamente nei contenitori, avendo cura di far fuoriuscire l'aria dall'interno;
- i contenitori non vanno mai riempiti troppo per evitare che sfiatino e che perdano l'ermeticità
- una volta riempiti e ben chiusi devono essere nuovamente sterilizzati a 100 °C, con tempi che variano a seconda del prodotto e delle dimensioni del contenitore;
- la tenuta dei tappi deve essere controllata dopo il raffreddamento;
- le conserve devono essere riposte in luogo fresco e asciutto, al riparo da fonti di luce e di calore

Trekking ad alta quota

di **Francesco Bianchi**

Nel trekking in alta quota, gli aspetti a cui bisogna prestare maggior attenzione sono le variabili fisiologiche che l'organismo si trova ad affrontare. I problemi ambientali relativi all'altitudine, che può arrivare fino a 5500 metri, sono essenzialmente due: il freddo, e l'ipossia, o scarsa presenza di ossigeno nell'aria.

L'esposizione a temperature rigide inoltre, è resa ancor più problematica dal prolungato tempo di esposizione ai rigori ambientali e dalla scarsa o nulla disponibilità di ambienti nei quali ripararsi.

Fondamentale dunque un abbigliamento adeguato, che mantenga calde soprattutto le estremità, un'alimentazione ipercalorica ma digeribile e una buona preparazione fisica.

Il trekking ad alta quota è uno sport molto impegnativo, di durata, e svolto in ambiente povero di ossigeno, quindi è vietato a chi soffre di patologie cardiache, polmonare o metabolica.

Ipossia d'alta quota.

Ad alta quota l'organismo riceve meno ossigeno dall'aria inspirata, e quindi ha meno ossigeno nel sangue. Per compensare questa carenza, vengono attuati meccanismi fisiologici di compenso, sia immediati, l'adattamento, sia a lungo termine, l'acclimatazione. I meccanismi di adattamento riguardano principalmente il sistema circolatorio con l'aumento dei battiti cardiaci (tachicardia) e respiratorio con aumento della frequenza respiratoria. L'acclimatazione, invece, dura anche settimane e porta l'organismo ad essere in grado di soggiornare ad alta quota. In particolare il nostro organismo si prepara a produrre un maggior numero di globuli rossi e di emoglobina, principali veicoli dell'ossigeno.

Quando l'organismo non riesce ad adattarsi in maniera adeguata all'altitudine, può andare incontro ad una patologia nota come Mal di Montagna Acuto (AMS).

L'AMS può essere lieve, con sintomi



aspecifici e reversibili come cefalea, astenia, vertigini e nausea; oppure grave, fortunatamente più rara: edema cerebrale (formazione di liquidi negli spazi interstiziali dei tessuti encefalici) e edema polmonare (accumulo di liquido negli alveoli polmonari, con conseguente insufficienza respiratoria acuta) d'alta quota (HACE ed HAPE, rispettivamente nella definizione anglossassone).

L'incidenza del Mal di Montagna Acuto dipende dalla velocità di ascesa, dalla quota raggiunta, e dalla suscettibilità individuale.

Una salita rapida (maggiore di 1000 m al giorno), uno sforzo intenso svolto a grandi altezze, il tempo trascorso a grandi altezze e un episodio precedente di AMS sono tutti fattori che favoriscono la malattia. Una buona preparazione atletica non è sufficiente da sola a prevenire l'AMS

Come prevenire l'AMS.

- 1) Salire lentamente, per dar tempo ai fenomeni di adattamento di intervenire efficacemente: non aumentare l'altezza alla quale si dorme più di 600/900m a notte, soprattutto per altezze superiori a 3500m
- 2) Dieta ricca di carboidrati, 70-80%.
- 3) Ridurre l'attività fisica sopra i 2500 m
- 4) In rari casi, quando una rapida ascensione è inevitabile, l'uso di un farmaco, l'acetazolamide, riduce i tempi di acclimatazione. Questo farmaco, però, ha effetti collaterali non trascurabili (parestesie, esantemi, disidratazione), va usato solo in casi di emergenza.
- 5) Le spedizioni di trekking, in quanto collettive, coinvolgono individui diversi, con diverse esigenze metaboliche, possibili patologie preesistenti e variabili come sesso, età, condizioni fisiche. Questo può rendere problematico rendere flessibile e personalizzato il lavoro di ciascuno ●

DONNE D'ALTA QUOTA

Interessante aprire, a tal proposito, una parentesi riguardante le donne che si accingono al trekking ad alta quota. Nelle donne spesso è presente una carenza di ferro (10 volte più che negli uomini), e tale carenza le rende più sensibili alla carenza di ossigeno. Inoltre le donne hanno un'incidenza di cefalea primaria 3 volte superiore agli uomini. La cefalea è un sintomo cardine per la diagnosi dell'AMS, o addirittura dell'edema cerebrale. Ogni cefalea va pertanto studiata prima della partenza, tenendo conto di un possibile peggioramento ad alta quota. È inoltre consigliabile non fare uso di pillola estroprogestinica (la pillola anticoncezionale) ad alta quota, per la possibilità di un peggioramento della cefalea, e anche per un aumentato rischio trombotico.





LA ZANZARA TIGRE HA SEMPRE FAME

Quando vai in vacanza incarica qualcuno di fare i trattamenti contro la zanzara tigre al tuo posto.

Se si interrompono prima di ottobre, o non vengono eseguiti secondo la scadenza, i trattamenti non hanno effetto e la zanzara torna a far festa.

NON FINIRE NEL SUO PIATTO, DIPENDE ANCHE DA TE