



SPECIALE
SALUTE

I PROFESSIONISTI
LE NOVITÀ - I CONSIGLI
LE TECNICHE
I SUGGERIMENTI

www.destinazionebenessere.it

LA DONNA: protagonista di salute

Terza Giornata nazionale della Salute della Donna, risultati e azioni future



a cura della redazione

Si è svolta a Roma la terza Giornata nazionale della Salute della Donna, istituita con Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 giugno 2015 e promossa dal Ministero della Salute insieme alla Fondazione Atena Onlus. Nella sede di Viale Giorgio Ribotta il Ministero della salute ha aperto le porte alla popolazione: sin dalle ore 9.30 di sabato mattina e fino alle 17.00, nel Villaggio della salute della donna i professionisti di Società scientifiche, Associazioni, Federazioni, Università hanno offerto screening gratuiti, consulenze e materiali informativi. La Ministra Beatrice Lorenzin ha aperto la manifestazione salutando i relatori dei Tavoli di lavoro e le Associazioni e Società Scientifiche presenti al Villaggio della Salute che si sono confrontati sui grandi temi della Giornata: la violenza sulle donne, i disturbi dell'alimentazione, la preven-



zione, gli stili di vita. - "Trattiamo del benessere, la salute non è soltanto assenza di malattia ma uno stato generale di benessere delle persone, benessere fisico e benessere psicologico".

Gli esiti e le proposte scaturiti dalla discussione sono stati presentati in una Tavola rotonda conclusiva, insieme alle testimonianze e video di salute di madrine presenti alle precedenti edizioni.

La Giornata è stata celebrata in tutta Italia con iniziative di sensibilizzazione e prevenzione organizzate dalle principali associazioni, società scientifiche e istituzioni territoriali che si occupano a vario titolo della promozione della salute della donna e proseguiranno anche oltre la Giornata stessa.

"Tutelare la salute della donna significa tutelare la salute di un'intera comunità. La promozione della salute delle donne contribuisce al miglioramento dello stato di salu-



te di tutta la popolazione ed è una misura della qualità, dell'efficacia e dell'equità del sistema sanitario." - Beatrice Lorenzin, dal Vademecum La salute delle donne -

"Siamo tutti consapevoli dell'importanza del ruolo delle donne all'interno della famiglia e nel contesto sociale in cui vivono, quali protagoniste strategiche nell'adozione di stili di vita corretti e salutari e del ruolo delle stesse nella prevenzione delle malattie e nella cura. Svolgendo un'azione di prevenzione sulla donna si fa anche prevenzione sull'intera popolazione: pensiamo all'importanza della corretta alimentazione e dell'attività fisica, ma anche della rilevazione di patologie maschili che la sensibilità di una donna riesce a cogliere. La donna tuttavia non beneficia di altrettanta attenzione nei confronti del proprio stato di salute che, in ogni fase della vita, ha bisogno di specifiche misure preventive. Se da un lato è necessario focalizzarsi sui diversi aspetti della presa in carico della donna come paziente, dall'altro la donna deve diventare protagonista della propria salute impostando la vita, sin dai primi anni, con abitudini di prevenzione e stili di vita salutari. Compito del SSN è promuovere la salute con un approccio che tenga conto delle specificità di genere."

Una società moderna, evoluta ed equa è consapevole del ruolo protagonista della donna nel contesto sociale, nel lavoro, nella cultura, e nella sua capacità di accoglienza del bisogno. Di fatto le donne sono health driver della promozione della salute attraverso la scelta degli stili di vita e al tempo stesso sono caregiver dell'assistenza e della cura dei propri familiari. Per questo motivo la tutela e la promozione della salute delle donne sono considerate un importante investimento per il miglioramento dello stato di salute del Paese, un obiettivo strategico generale e i suoi indicatori



rappresentano una misura della qualità, dell'efficacia ed equità del nostro sistema sanitario.

Occuparsi della salute delle donne, per migliorarla in un approccio life-course, significa considerare non solo aspetti fisiologici o patologici, ma anche quei fattori che ne determinano lo sviluppo e gli esiti tenuto anche conto delle diverse fasi della vita.





Pensando alla salute della donna in Italia va considerato che l'aspettativa di vita delle donne è migliorata ed è superiore a quella degli uomini. L'Italia infatti si conferma da anni uno dei paesi più longevi in Europa con una speranza di vita di 80,1 anni per gli uomini e 84,6 anni per le donne (dati Istat 2015).

Tuttavia gli anni aggiuntivi non sono necessariamente anni in salute, poiché le donne convivono per più tempo con malattie croniche invalidanti, che possono comportare ulteriori limitazioni funzionali e pregiudicare la qualità degli anni ancora da vivere.

D'altra parte i bisogni sanitari delle donne sono crescenti, differenti e di particolare complessità. Riuscire a definirli e a sviluppare risposte adeguate è interesse dell'intero Paese. L'attenzione al genere in sanità pubblica è, infatti, una scelta strategica di politica sanitaria che ha come finalità l'appropriatezza sia nella prevenzione che nella diagnosi, sia nella cura che nella riabilitazione ed è indirizzata ad affrontare tutte quelle malattie comuni a uomini e donne, come le malattie cardiovascolari, neurodegenerative, autoimmuni, respiratorie e i tumori, che presentano importanti differenze tra i due sessi non solo nell'incidenza, ma anche nella sintomatologia, nella prognosi e nella risposta ai trattamenti.

È infatti con questo spirito che il Ministro della Salute Lorenzin ha promosso l'indizione della Giornata Nazionale dedicata alla salute della donna fissata per il giorno 22 aprile di ogni anno (data di nascita del premio Nobel Prof.ssa Rita Levi Montalcini), con l'obiettivo di promuovere la sensibilizzazione e l'attenzione sul tema della salute dell'universo femminile.

L'obiettivo del Ministero della Salute di salvaguardare la salute della popolazione femminile, si allinea perfettamente con le dieci sfide fondamentali che l'Organizzazione Mondiale della Sanità si è impegnata a raggiungere, tra il 2016 e il 2030, per garantire la salute delle donne di tutto il mondo. Secondo l'Oms, gli obiettivi da perseguire a livello mondiale sono ancora tanti, dalla lotta ai due più diffusi tumori femminili, alle minacce per la salute sessuale e riproduttiva, fino alle questioni relative alle disuguaglianze di genere e alla violenza sulle donne.



Per saperne di più sulla giornata:

www.giornatasalutedonna.it

Per approfondire i temi:



www.salute.gov.it/donna



FOCUS ON... medicina rigenerativa

...con le cellule staminali si potrà davvero riparare tutto?

a cura di Ro. Ma.

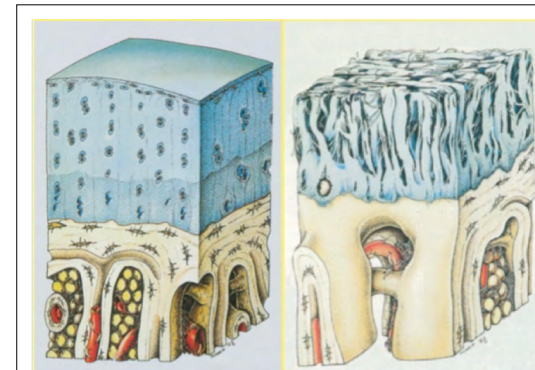
TECNOLOGIA ED ESPERIENZA PER COSTRUIRE IL CORPO UMANO

In Italia il settore Biotech è inarrestabile. Molti ostacoli sono stati superati brillantemente e il nostro Paese si colloca sullo stesso livello di altri Paesi europei nonostante non vi siano adeguati investimenti per la ricerca. La Medicina Rigenerativa è una nuova branca della medicina il cui obiettivo è quello di ricostruire i tessuti biologici e ripristinare le funzionalità degli organi danneggiati o invecchiati utilizzando particolari cellule chiamate staminali-mesenchimali MSC presenti nel tessuto midollare e nel tessuto adiposo (mesenchymal stem cells).

I progressi della tecnologia e della biologia hanno permesso di effettuare, sin dalla seconda metà del XX secolo, trapianti di organi e tessuti per la cura di molte malattie e alterazioni del corpo umano.

Da molti anni la classica procedura che consiste nel prelievo dal paziente di frammenti di cartilagine sana, le cui cellule sono moltiplicate in laboratorio e successivamente re-impiantate, permette di riparare e ricostruire articolazioni danneggiate.

Questo può essere attuato per quasi tutti i tessuti corporei se utilizziamo cellule progenitrici, le cos. cellule staminali-mesenchimali, prelevate per aspirazione dal tessuto midollare e adiposo, concentrate e re-impiantate nelle zone sofferenti. L'organismo umano è dotato di un sistema autonomo costituito da cellule presenti in ogni



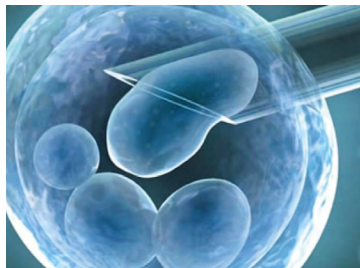
A sx cartilagine sana a dx cartilagine invecchiata



parte del corpo umano che sono attivate in risposta a stimoli lesivi e destinate a riparare i tessuti alterati. Si tratta di un sistema Rigenerativo che affiancato al sistema Immunitario è alla base della conservazione del benessere del corpo. Il venir meno di questi funzionamenti è causa dell'invecchiamento che può essere più o meno precoce e condizionato da fattori ereditari e ambientali. Gli studi scientifici sulla comprensione del funzionamento delle cellule e la scoperta della possibilità di influire sul corretto accrescimento di esse hanno aperto nuovi campi di attività terapeutiche.

In molti laboratori scientifici sono in corso ricerche avanzate sull'utilizzo di cellule staminali e test clinici per verificare l'assunto che queste cellule, prese da una parte del corpo, concentrate in modo opportuno e trapiantate, si trasformino in tessuto cardiaco per riparare il cuore colpito da infarto, in osso per consolidare rapidamente una frattura, in tendine, in cornee, in pelle, in capelli etc. C'è stata in questi anni una sorta di competizione scientifica soprattutto tra alcuni laboratori degli U.S.A. ed alcuni dell'Estremo Oriente (soprattutto Giappone), con l'intento di verificare le possibilità di ricostituire anche il tessuto nervoso. Malattie neurologiche come il morbo di Batten, l'Alzheimer e la SLA sono in attesa oggi di essere debellate mediante le possibilità di ricostituire tessuti correttamente funzionanti.

La ricerca è molto avanzata anche in campo ortopedico, nel tentativo di rigenerare la cartilagine articolare danneggiata e prevenire l'invecchiamento, ringiovanire e modulare il metabolismo cellulare per rigenerare



nuove cellule e nuovo tessuto vitale e funzionale in sostituzione di quello alterato. Molte le aspettative di questi ultimi anni anche nel campo della Oncologia mediante studi di bioingegneria genetica associata a quella tessutale.

L'artrosi e le artriti accompagnano l'invecchiamento degli esseri umani determinando a volte gravi invalidità che compromettono seriamente lo svolgimento di una vita piena ed attiva. I costi gestionali di tali malattie sono davvero divenuti un impegno notevole sia per il singolo che per la società e pertanto una efficace prevenzione dovrebbe essere una pratica necessaria e indispensabile.

Tre sono le categorie di prodotti utilizzati nella pratica ortopedica per prevenire l'usura della cartilagine e dei tendini:

- cellule staminali mesenchimali ottenute dal tessuto midollare o adiposo: sono cellule dell'organismo parzialmente differenziate che possono trasformarsi e differenziarsi in altre cellule, guidando il processo riparativo o rigenerativo;
- bio-materiali o scaffold: sono sostanze di derivazione biologica o sintetica, come il gluconato e il chitosano, che sostengono il processo di formazione del tessuto;
- fattori di crescita di cui i più usati sono derivati dalle piastrine: spesso definiti nella forma inglese "growth factors" sono proteine capaci di stimolare e guidare la proliferazione e il differenziamento cellulare.

Nella pratica ortopedica, sia le cellule staminali che le piastrine sono comunemente prelevate dallo stesso

paziente, attraverso un'auto-donazione di tessuto midollare o adiposo e di sangue, concentrate ed utilizzate per stimolare e aiutare la guarigione della cartilagine, del tendine e di altri tessuti. Si tratta di tecniche relativamente semplici, ma delicate, che devono essere impiegate da ortopedici esperti in tali procedure.

Oggi è possibile ricostituire tessuti cutanei dopo vaste ustioni o nelle ulcere croniche implementando la formazione di vasi sanguigni e la proliferazione di cellule della pelle, ma è possibile ridurre il dolore nel piede diabetico neuropatico, ricostituendo la mielina che avvolge i nervi periferici sofferenti, di favorire la ricostruzione dei tendini lesionati, ma il campo di applicazione è ormai divenuto molto vasto e gli obiettivi numerosi.

I costi della Medicina Rigenerativa anche se diminuiti in questi ultimi anni, possono sembrare ancora elevati, ma in realtà non lo sono se rapportati alla sporadicità delle applicazioni rispetto ad altre metodiche non rigenerative che richiedono trattamenti, a volte anche settimanali e sono meno efficaci. Le procedure che impiegano le cellule staminali per la riparazione cartilaginea richiedono una frequenza annuale o pluriennale. In alcune strutture pubbliche oggi è possibile usufruire dell'assistenza mutualistica. Aziende altamente specializzate in campo tecnologico

forniscono attrezzature e un adeguato supporto per realizzare centri pilota ove tali procedure possono essere attuate. La ditta NG-MED è da anni azienda leader nel settore della Medicina Rigenerativa.

Il gruppo BIORAMA di Napoli diretta dal Dott. Raffaele Magri, esperto studioso di Medicina Rigenerativa, ha raccolto le esperienze dell'utilizzo di queste tecnologie applicate presso il centro di Via Luca Giordano e la Clinica Ruesch di Napoli.

Ma diversi medici-chirurghi sono oggi impegnati con competenza e professionalità nel campo dell'ortopedia, riabilitazione, medicina estetica, chirurgia vascolare.

Molti ormai i riferimenti clinici come il Dott. Luigi Cioffi del CTO di Napoli, il Dott. Gennaro Vigliotti della ASL di Salerno, il Dott. Giovanni Amatucci dell'A.O. Moscati di Avellino, il Dott. Francesco Pignatelli dell'Ospedale del Mare di Napoli e come tanti altri chirurghi impegnati nel trattamento ed altri impegnati nel trattamento delle patologie articolari, dermatologiche e vascolari (ulcere, piede diabetico, cicatrici, ustioni etc.).



La Medicina Rigenerativa oggi è un piccolo ramo

Studio Medico Magri
Via Luca Giordano 16 - Napoli
Cell. 331 745 03 55
fb.me/studiomedicomagri





La Fibrosi Cistica

Qual'è la probabilità di essere portatore sano?

a cura della redazione

Essa è considerata una delle più comuni tra le malattie ereditarie gravi e sebbene si tratti di una malattia multiorgano complessa, la sua morbilità e mortalità sono principalmente determinate da una progressiva patologia polmonare di tipo cronico-ostruttiva. L'incidenza della malattia varia tra differenti popolazioni. In Italia, si stima che la FC abbia una incidenza di circa 1:2.500-3.000 nati vivi e che i soggetti portatori sani (eterozigoti per le mutazioni del gene CFTR) siano circa 1:25-27.

Le manifestazioni cliniche della malattia sono caratterizzate dalla presenza di secrezioni esocrine mucose dense che portano alla malattia polmonare cronica ostruttiva con evoluzione verso l'insufficienza respiratoria. Alcuni malati possono presentare precocemente gli aspetti polmonari della malattia (infezioni respiratorie ricorrenti). Nell'ambito di una certa variabilità individuale si possono avere manifestazioni cliniche di rilievo, tra cui insufficienza

pancreatica esocrina, epatopatia, diabete e nella quasi totalità dei maschi affetti, azoospermia da atresia bilaterale dei dotti deferenti (CBAVD).

Le modalità di comparsa, l'entità dei sintomi e il decorso sono molto variabili. La diagnosi si basa sulla presenza di manifestazioni cliniche o biochimiche compatibili con la malattia, tra cui il test del sudore (con sodio e cloro in concentrazioni superiori alla norma) e l'analisi genetica che si considera positiva quando identifica due mutazioni che causano la patologia.

Nelle forme classiche la diagnosi di solito è semplice, mentre nelle forme atipiche può essere molto complessa. Data la complessità è indispensabile che la diagnosi venga posta in una struttura specializzata come un centro regionale per la cura della fibrosi cistica.



La Fibrosi Cistica si trasmette con un modello di ereditarietà autosomico recessivo, vale a dire due genitori identificati "portatori sani" hanno un rischio del 25% (1/4) di avere un figlio



affetto dalla malattia.

La FC è causata da mutazioni nel gene CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator) localizzato sul braccio lungo del cromosoma 7, esso codifica per l'omonima proteina, localizzata sulla membrana apicale delle cellule epiteliali che rivestono dotti e cavità di molti organi del nostro corpo.

La proteina CFTR ha la funzione di trasportare, contro gradiente di concentrazione, alcuni anioni, come il cloro (Cl-) determinando di conseguenza uno spostamento dello ione sodio (Na+)1-3.

Ad oggi sono state descritte più di 2000 varianti nel gene CFTR depositate dai laboratori di tutto il mondo nel CF Mutation Database (CFTR1; <http://www.genet.sickkids.on.ca/StatisticsPage.html>).

Le varianti di cui si conoscono le conseguenze molecolari/funzionali possono essere raggruppate in 6 classi (da severa a lieve) sulla base delle possibili alterazioni nel processo di maturazione e/o trasporto del canale ionico. Diversi studi hanno inoltre dimostrato che le mutazioni nel gene CFTR hanno una frequenza e una distribuzione che varia in relazione alle diverse aree geografiche.

La mutazione più frequente è la microdelezione in frame c.1521_1523delCTT (p.Phe508del), la cui frequenza varia da circa 50% nell'Europa meridionale (Italia, Spagna, Grecia) a circa 80-90% nelle popolazioni del Nord Europa (Danimarca, Olanda, Regno Unito) 6,7.

L'elevato grado di eterogeneità allelica che caratterizza il gene CFTR ha determinato lo sviluppo di numerose metodiche molecolari volte ad identificare le mutazioni più frequenti in relazione



Grado di parentela	Condizione	Probabilità di eterozigosi (Portatore sano)
Genitore di	Malato Portatore	1/2
Figlio/a di	Malato Portatore	1/2
Fratello/sorella di	Malato Portatore	2/3 1/2
Fratellastro/sorellastra	Malato Portatore	1/2 1/4
Nonno/a di	Malato Portatore	1/2 1/4
Zio/a di	Malato Portatore	1/2 1/4
Primo cugini/a di	Malato Portatore	1/4 1/8
Primo cugino e ½ di	Malato Portatore	1/8 1/16
Secondo cugino/a di	Malato Portatore	1/16 1/32

alle differenti popolazioni da studiare. In particolare, per il test del portatore in coppie che intraprendono un percorso di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) è appropriato utilizzare test di I livello che si prestano ad indagare la presenza delle mutazioni del gene CFTR più frequenti (≥1%) dell'area geografica ed etnia dell'individuo in esame mediante l'uso di kit commerciali. I sistemi molecolari ad oggi in uso in alcuni Laboratori di Genetica Medica, permettono di valutare 60 mutazioni selezionate in relazione alla frequenza sia europea che italiana con una sensibilità diagnostica (detection rate) di circa l'80-85%. La Società Italiana di Fibrosi Cistica (SIFC) sta elaborando un consensus sull'analisi genetica in Fibrosi Cistica in cui i partecipanti sono concordi a ritenere che in considerazione dei miglioramenti tecnologici delle

indagini mutazionali in FC è tuttavia auspicabile che questo valore sia progressivamente innalzato al 90%. Il test genetico può essere richiesto da individui nella popolazione generale il cui rischio di eterozigosi è di 1/25 o da familiari di un malato o di un eterozigote il cui rischio di essere portatori è maggiore rispetto al dato epidemiologico come riportato in tabella.

Disturbi intimi femminili e qualità della vita

Intervista alla Dott.ssa Maria Antonietta Dal Gallo

a cura della redazione



Nella nostra società dove lo stile di vita è sempre più frenetico, le donne sono soggette a dei disturbi fisici intimi legati al minor tempo a disposizione per la cura di sé, un lavoro che occupa tutta la giornata, lo stare sedute molte ore, un'alimentazione poco equilibrata associata a una riduzione dell'acqua bevuta, sono condizioni che predispongono alla comparsa di queste sgradevoli situazioni.

Non vanno dimenticati l'assunzione di farmaci estrogenici (pillola) e la condizione menopausale, che con l'aumento della vita media, rappresenta una lunga fase in cui le donne, sempre più giovani e curate esteticamente, si trovano ad affrontare una serie di disturbi che

le limitano nella loro vita sociale.

Chiediamo alla dott.ssa Maria Antonietta Dal Gallo, specialista in ginecologia ed ostetricia, cosa ci può spiegare al riguardo e come affronta queste problematiche.

Quando possiamo parlare di disturbi intimi?

I disturbi cosiddetti "intimi" comprendono varie categorie, dalle infezioni sessualmente trasmesse, a quelli di derivazione dai disordini dell'apparato gastroenterico o dall'assunzione di antibiotici, collocandosi nell'ampio gruppo delle vaginiti e vaginosi.

Abbiamo poi un disturbo più specifico, legato alla menopausa, dove a causa della riduzione degli estrogeni, gli ormoni femminili che sostengono la fisiologia dell'apparato genitale, si manifesta la dispareunia (dolore nel rapporto sessuale) da "secchezza vaginale".

Questa condizione, inevitabile, conduce ad una serie di problematiche di diversa gravità a seconda del soggetto, ma comunque di difficile gestione.

Parliamo allora di questa "secchezza vaginale" in menopausa, come si manifesta, quali sono i possibili trattamenti?

Come dicevo la secchezza vaginale è un sintomo secondario alla scomparsa degli estrogeni in menopausa, si caratterizza per la riduzione dello spessore della mucosa vulvo vaginale e dalla diminuzione della vascolarizzazione con perdita dell'elasticità.

Diventa difficile avere una vita sessuale, in quanto l'irrigidimento della vagina non consente alla stessa l'accoglienza necessaria, inoltre la riduzione della libido che si accompagna alla minore vascolarizzazione della clitoride, insieme alla sensazione di fastidio/dolore, rende il rapporto con il partner un'esperienza sgradevole.

Come corollario di sintomi possiamo includere le cistiti ricorrenti, sempre per la riduzione vascolare, nonché il senso di peso e fastidio nella zona vulvare, costante nella giornata.

Quali sono le possibili cure?

Possiamo trattare questo notevole disturbo, meglio se nelle prime sue manifestazioni, mediante prodotti chimici o mediante l'utilizzo della luce laser.

Per la prima linea disponiamo in commercio di creme ormonali o a base di acido ialuronico e di un prodotto per via orale che stimola i recettori per gli estrogeni della vulva/vagina, entrambi i sistemi necessitano di costanza e continuità ed ovviamente i risultati sono direttamente corrispondenti al periodo del trattamento.

Il trattamento con il laser co2 consente di agire sull'assottigliamento mucoso mediante una stimolazione diretta del collagene dermico e un ripristino della vascolarizzazione, tutto questo provoca un richiamo di liquidi localmente e un conseguente miglioramento della mucosa stessa, effetto che si raggiunge in 3 sedute a cadenza mensile e un richiamo a 6 mesi/ 1 anno a seconda della risposta individuale, non è necessaria una terapia



aggiuntiva nei mesi in cui non si effettua il trattamento. La seduta non è dolorosa, dura circa 20 minuti e si può svolgere la propria attività quotidiana una volta terminata. Inutile aggiungere che trattandosi di uno stimolo fisico locale non presenta controindicazioni di carattere ormonale, ossia può essere effettuato anche in donne che presentano una controindicazione assoluta alle terapie ormonali, per esempio le donne che hanno avuto un carcinoma del



la mammella, o più genericamente a tutte quelle che non vogliono effettuare terapie ormonali, anche se locali, o similari.

Quindi il laser si rivela una grande novità e con un effetto più rapido?

Sicuramente la risposta terapeutica è più immediata, il risultato è soddisfacente e duraturo.

Considerando la relativa breve vita del sistema, questo, per la facilità di esecuzione, la velocità del miglioramento e l'assenza di controindicazioni, sarà lo strumento che nel presente/ futuro verrà più utilizzato dai ginecologi per affrontare questa importante problematica, ad oggi parzialmente misconosciuta, ma che rende la vita delle donne sgradevole.

È importante diffondere una maggiore consapevolezza su quelli che sono sintomi importanti e sottovalutati.

Dott.ssa Maria Antonietta Dal Gallo

- **Centro medico Aletheia**
Via Flaminia km 33.700 – Rignano Flaminio (RM)
Tel. 0761 507591
- **Centro medico Ninpheia**
Via Bevagna 114 – Roma
Tel. 06 3338099

ALETHEIA

Laboratorio Analisi / Radiologia / Ecografia
AMBULATORI POLISPECIALISTICI
Convenzionato con S.S.N.

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

- Diagnostica Prenatale (Bi-test, Morfologica 3D/4D, Flussimetria, Ecocardiografia, Monitoraggio fetale, etc.)
- Ecografia 3D/4D (GE voluson E8)
- Mammografia Digitale Diretta (Planmed)
- ctMOC (Siemens)
- TC (Siemens)
- Dental Scan (Siemens)
- Colonscopia Virtuale
- Colonna in toto sotto carico
- Ortopanoramica - Telecranio

LABORATORIO ANALISI

- Analisi generali
- Analisi ormonali (TSH, Prolattina, FSH, Progesterone, Beta HCG, PSA, etc.)
- Markers tumorali (CEA, CA125, HE4, CA15.3, CA19.9, etc.)
- Diagnosi precoce delle malattie cromosomiche e genetiche non invasiva (Prenatal Safe Cariotipo fetale, Fibrosi Cistica, X Fragile, Sordità Congenita, Distrofia Muscolare, etc.)
- Breath Test (Lattosio, Helicobacter Pylori)
- Batteriologia

POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO

- andrologia / urologia
- angiologia
- cardiologia
- chirurgia generale e plastica
- dermatologia
- diabetologia / endocrinologia
- fisioterapia
- fisioterapia
- gastroenterologia
- ginecologia e ostetricia
- neurologia e neurochirurgia
- nutrizione e nutrigenetica
- oculistica / ortottica
- ortopedia
- otorinolaringoiatria
- osteopatia
- pediatria
- personal trainer
- podologia
- psicologia / psicoterapia
- senologia
- medicina estetica

PACCHETTI DONNA

UNDER (€ 45) Sotto i 40 anni

Emocromo, Urine, GOT, GPT, Prolattina, Sideremia, Acido Folico, Omocisteina, Vitamina D3, Fibrinogeno, Antitrombina III, LH, FSH, Ft4, TSH, Estradiolo 17-Beta.

OVER (€ 55) Sopra i 40 anni

Emocromo, Glicemia, Urine, Creatinina, Colesterolo, HDL, LDL, Trigliceridi, GOT, GPT, Omocisteina, Vitamina D3, Fibrinogeno, Antitrombina III, PTH, Estradiolo 17-Beta, FSH, Prolattina, Ft4, TSH Sangue Occulto nelle feci.

PACCHETTO "LEI" (€ 39)

Emocromo, Glicemia, Creatinina, GOT, GPT, GammaGT, Colesterolo, Sideremia, Fosfatasi Alcalina, Ft4, TSH.

PACCHETTI DEL MESE

GIUGNO
PACCHETTO ANGIOLOGO
Visita Angiologica
ed Ecocolordoppler Arti Inferiori

LUGLIO
PACCHETTO CUORE
Elettrocardiogramma
Visita cardiologica

AGOSTO
PACCHETTO TIROIDE
Analisi del sangue: FT4, TSH, ATPO, ATG, PTH, Tireoglobulina, Calcio, Vitamina D, Ecocolordoppler tiroide

SETTEMBRE
PACCHETTO FEGATO
Ecografia addome superiore
Analisi del sangue: GGT, GOT, GPT, bilirubina totale, diretta e frazionata.

OTTOBRE
PACCHETTO SENO
Ecografia mammaria 3D
Mammografia Digitale Diretta

NOVEMBRE
PACCHETTO PREVENZIONE ICTUS
Ecocolordoppler vasi epiaortici
Analisi del sangue: colesterolo totale, colesterolo HDL, colesterolo LDL, trigliceridi.

DICEMBRE
PACCHETTO RENI
Ecografia reni e vescica
Analisi del sangue: azotemia, creatinina, Analisi completa delle urine ed urinocoltura

PACCHETTI UOMO

UNDER (€ 45) Sotto i 40 anni

Emocromo, GOT, GPT, GGT, Glicemia, Trigliceridi, HDL, LDL, Colesterolo, Creatinina, PCR, Potassio, Urine, Proteine, Testosterone.

OVER (€ 55) Sopra i 40 anni

Emocromo, GOT, GPT, GGT, Glicemia, Trigliceridi, HDL, LDL, Colesterolo, Creatinina, Uricemia, Bilirubina totale, Elettroforesi Sieroproteica, Amilasi, Fosfatasi Alcalina, Sideremia, TSH, Omocisteina, PSA, Sangue Occulto, Urine, Fibrinogeno.

PACCHETTO "LUI" (€ 39)

Emocromo, Colesterolo, Glicemia, Creatinina, Fosfatasi Alcalina, GGT, GOT, GPT, PSA, PSA Libero.



Rignano Flaminio - Via Flaminia km. 33,700 6/Q - Presso il C/C Montelarco
Tel. 0761 507591 - 0761 507682 - www.centroanalisialetheia.it

MAMMOGRAFIA
DIGITALE
DIRETTA +
ECOGRAFIA
MAMMARIA 3D

€ 95

MAMMOGRAFIA
DIGITALE DIRETTA
+ ECOGRAFIA
MAMMARIA 3D
+ CTMOC

€ 145

PACCHETTO PILLOLA
*Pacchetto promozionale
rivolto alle donne che assumono
la pillola anticoncezionale*

Glicemia, Colesterolo, HDL, GOT, GPT, PT, PTT, Ft4, TSH, Antitrombina III, Prolattina, Fibrinogeno, Omocisteina, D-Dimero

€ 52

Le lesioni legamentose del ginocchio non fanno più paura!

Intervista al Dott. Carlo Massoni

a cura della redazione



Negli ultimi venti anni le lesioni legamentose del ginocchio hanno subito un notevole incremento a causa dell'estrema diffusione delle attività sportive tradizionali e per l'introduzione di nuove discipline ad alto impatto sulle articolazioni come ad esempio il "Parkour" o tutti quegli sport definiti "estremi". Lo sportivo amatoriale, che notoriamente non si sottopone ad una idonea preparazione atletica, resta comunque il soggetto più esposto al rischio di infortuni con lesione delle strutture capsulari e legamentose del ginocchio. Inoltre queste tendono ad essere sempre più "complesse" ossia coinvolgere contemporaneamente più di una struttura articolare e legamentosa.

Chiediamo al dott. Carlo Massoni, chirurgo ortopedico, quali sono le principali strutture legamentose del ginocchio e la loro funzione.

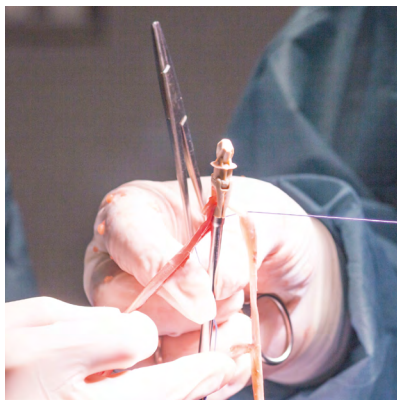
La stabilità del ginocchio è garantita dall'integrità delle strutture capsulo-legamentose (stabilità passiva) nonché dalla tensione delle strutture muscolo-tendinee inserite in prossimità dell'articolazione stessa (stabilità attiva). Le strutture capsulo-legamentose e quelle muscolo-tendinee comprendono: il pilone centrale, formato dal legamento crociato anteriore e dal legamento crociato posteriore; il compartimento interno, costituito dal legamento collaterale mediale, dal legamento obliquo posteriore, dal tendine del muscolo semimembranoso e dal menisco mediale; il compartimento laterale formato dal legamento collaterale laterale, dal legamento capsulare antero laterale dai tendini del muscolo popliteo, bicipite femorale e dal menisco laterale.



Tra queste strutture anatomiche così importanti per la stabilità del ginocchio, quali sono quelle che vengono principalmente coinvolte durante un infortunio sportivo.

Le strutture anatomiche che possono essere lesionate per un infortunio sportivo dipendono dal tipo di sollecitazione che interessa il ginocchio.

Ad esempio una sollecitazione in valgo con il ginocchio flesso e in rotazione esterna può provocare la rottura del legamento crociato anteriore, del legamento collaterale mediale e del menisco interno. Una sollecitazione in varo con ginocchio flesso provoca principalmente la lesione del legamento crociato anteriore. Invece i traumi distorsivi in varo-valgo a ginocchio esteso provocano rispettivamente la lesione del legamento collaterale laterale, del legamento crociato anteriore, del legamento crociato posteriore e del legamento collaterale mediale. Il legamento crociato anteriore è comunque lo stabilizzatore del ginocchio che più di frequente viene lesionato durante le attività sportive ad alto impatto articolare.



Quali sono sintomi che presentano questi pazienti?

La sintomatologia è estremamente eterogenea soprattutto in relazione al coinvolgimento di una o più strutture anatomiche. I pazienti lamentano principalmente episodi di cedimento articolare del ginocchio, dolore diffuso ed idrarti recidivanti. L'esame clinico, condotto attraverso dei test specifici, permette di evidenziare bene sia il tipo di instabilità che le limitazioni articolari del ginocchio. La risonanza magnetica permette poi di confermare il sospetto clinico e valutare le concomitanti lesioni articolari.

Quali sono i trattamenti appropriati in questi pazienti?

L'intervento chirurgico di ricostruzione legamentosa è indicato soprattutto prima dei 50 anni, per prevenire la degenerazione artrosica, e per tutti gli sportivi che praticano discipline ove sia necessario un movimento combinato di cambio direzione e velocità.

Le moderne procedure artroscopiche permettono di affrontare in maniera efficace non solo le ricostruzioni legamentose singole come nel caso di una rottura isolata del legamento crociato anteriore o posteriore ma, anche lesioni legamentose complesse, con gravi instabilità articolari. Il legamento lesionato si ricostruisce prelevando un tendine del paziente da una sede limitrofa della stessa articolazione oppure, nel caso di lesioni legamentose complesse, utilizzando dei trapianti omologhi forniti dalle numerose Banche dei tessuti presenti sul territorio nazionale.

Quali sono i tempi di recupero dopo un intervento di ricostruzione legamentosa del ginocchio?

Negli ultimi anni si stanno affermando strategie di recupero post-operatorio sempre più efficaci, che permetto-

no un ritorno all'attività sportiva a livello pre-lesionale ad un numero sempre maggiore di persone.

Affinchè si realizzi una valida integrazione del neolegamento si devono comunque rispettare delle tempistiche biologiche ben precise. Il processo di rimodellamento e "ligamentizzazione" del trapianto si conclude dopo circa un anno dall'intervento ma già dopo sei mesi si può considerare la sua integrazione nella sede d'impianto completa e perciò si può concedere la ripresa dell'attività sportiva agonistica. I dati presenti in letteratura ci dimostrano che se si rispetta questa tempistica il successo della procedura ricostruttiva si realizza nella stragrande maggioranza dei pazienti trattati. Possiamo quindi ben affermare che oggi le lesioni legamentose del ginocchio non fanno più paura!

Quali sono le correnti strategie di prevenzione di questi infortuni sportivi?

Il rischio d'infortunio si riduce drasticamente nei soggetti che sono stati sottoposti ad una adeguata preparazione atletica.

Questa preparazione migliora la capacità individuale di attivare contemporaneamente i muscoli agonisti-antagonisti in co-contrazione protettiva durante il sovraccarico articolare. Inoltre sono fondamentali i programmi di correzione posturale e "stretching", necessari a stabilire un corretto passaggio del carico tra le varie unità muscolo-scheletriche.

Il riequilibrio del cosiddetto "CORE", ossia dell'insieme dei muscoli del tronco e del bacino, permette di evitare che il sovraccarico funzionale si concentri su di una singola articolazione superando la resistenza dei suoi stabilizzatori legamentosi. Questo lavoro di riequilibrio si ottiene migliorando sia il tono che l'elasticità dei muscoli flessore-estensori dell'anca, responsabili dell'antiversione e della retroversione del bacino.

Dott. Carlo Massoni

Consulente ortopedico presso:

Casa di Cura Pio XI, Roma

"Rugani" Hospital, Siena

Clinica Mediterranea, Napoli

Cell: 338 7100156

www.cartilaginearticolare.it



Piorrea e Diabete: correlazioni

a cura del Dott. Valerio Coletta

Studi recenti hanno evidenziato un possibile legame tra la malattia parodontale e il diabete

Secondo la Società Italiana di Diabetologia e l'Associazione Medici Diabetologi Italiani, in Italia circa 5 milioni di persone soffrono di diabete o prediabete; il 40% di questi è colpito anche da gengivite e/o malattia parodontale con un possibile aggravamento del quadro clinico e un peggioramento della salute generale.

In Italia la diffusione di questa malattia negli ultimi 30 anni è pressoché raddoppiata. Cosa potrebbero fare gli odontoiatri più di quanto già non facciano per aiutare i pazienti diabetici?

Innanzitutto bisognerebbe far adottare, ai pazienti, azioni e comportamenti atti a

contrastare i fattori di rischio per la salute orale (biofilm orali, alimentazione scorretta e fumo), spesso comuni a molte altre malattie croniche.

Gli appuntamenti, per il paziente diabetico andrebbero fissati la mattina dopo che il paziente abbia assunto la sua terapia. Le sedute dovrebbero essere brevi e rispettare le misure atte a ridurre lo stress. Sappiamo poi che di base il soggetto diabetico è spesso affetto, seppur con vari livelli di gravità, da una micro e da una macroangiopatia e da difetti funzionali dei granulociti neutrofili che rendono le sue difese meno efficaci nei confronti di infezioni



batteriche. Per questo c'è frequente associazione tra malattie parodontali e diabete.

Alcuni studi recenti, sembrerebbero ora indicare che la relazione diabete/malattia parodontale possa non essere solo unidirezionale, ma anche bidirezionale.

Le citochine e i prodotti infiammatori che rilasciati all'interno di tasche parodontali profonde raggiungono il torrente circolatorio, contribuiscono all'incremento del carico infiammatorio globale e possono favorire un aumento della resistenza all'insulina.

Alcune ricerche, mostrerebbero che il trattamento della malattia parodontale in un soggetto diabetico possa contribuire a migliorarne l'indice glicemico, ma c'è anche un altro importante contributo che l'odontoiatra potrebbe fornire. Spesso la diagnosi di diabete, è tardiva e viene posta sulla base di condizioni che rappresentano complicanze del diabete stesso. È emersa negli ultimi dieci anni una letteratura che indica come l'odontoiatra possa collaborare con i diabetologi nel giungere, particolarmente in alcune categorie di soggetti (adulti, sovrappeso e con malattia parodontale), a diagnosi precoci di diabete con metodi che si sono rivelati caratterizzati da un ottimo rapporto costo/efficacia.



Dott. Valerio Coletta
ODONTOIATRA
Via Flaminia Nuova, 130
(C/C Valle Sole)
00068 Rignano Flaminio (Roma)
Tel: 0761 507776
Cell: 339 7283103
valerio-coletta@alice.it

DIABETE E PARODONTITE, LE 10 COSE DA SAPERE SECONDO LA SIDP

1. Diabete e parodontite sono malattie infiammatorie croniche e spesso correlate.
2. La parodontite può rimanere a lungo asintomatica: il sanguinamento gengivale e l'alitosi rappresentano i primi segni della malattia.
3. La percentuale di casi di parodontite e diabete non diagnosticati è molto elevata.
4. Chi soffre di diabete ha un rischio tre volte superiore di ammalarsi di parodontite.
5. Viceversa, chi soffre di parodontite ha una tendenza a sviluppare il diabete.
6. Il dentista deve eseguire un'accurata diagnosi (con una manovra specifica, il sondaggio parodontale) per individuare eventuali segni di parodontite.
7. Se presente la parodontite, bisogna intervenire con un'adeguata terapia e suggerire al paziente un programma di regolari visite di controllo con il dentista e di mantenimento con l'igienista dentale.
8. Il dentista, attraverso la visita di denti e gengive e il colloquio con il Paziente, può rilevare segni e sintomi di sospetto diabete.
9. Nei casi di sospetto diabete, il dentista può consigliare alcuni esami del sangue e una visita diabetologica.
10. Trenta minuti di attività fisica frequente e moderata giornaliera, una dieta sana e un'attenta igiene orale aiutano la salute e la prevenzione di parodontite e diabete.





Pillole di conoscenza: gli aneurismi

Il nostro albero vascolare arterioso tra genetica e ambiente

a cura della redazione

È conoscenza comune che il fumo di sigarette, l'età avanzata e condizioni di ipercolesterolemia siano associate a patologie degenerative dell'albero vascolare in senso aterosclerotico e che siano tipicamente riconosciuti come fattori di rischio delle alterazioni in senso aneurismatico delle pareti arteriose del tratto dell'aorta addominale.

Gli aneurismi dell'aorta addominale sono, di fatto, un'alterazione comune nella popolazione generale con un picco di incidenza tra i 60 e i 70 anni di età. Essi sono alterazioni della normale struttura vasale nel senso di dilatazione, sfiancamento e perdita delle caratteristiche di contenenza ed elasticità tipiche delle pareti arteriose. Gli aneurismi dell'aorta addominale, tipicamente associati a disturbi di natura degenerativa dell'albero vascolare arterioso, probabilmente derivano dalle complesse interazioni tra fattori di rischio ambientali e geni predisponenti.

Per contro gli aneurismi della radice dell'aorta e del tratto toracico, coinvolgono tutte le età e sono più fortemente legati al background genetico, nel senso che riconoscono una o più cause genetiche specifiche causative; essi possono presentarsi isolati come unico segno clinico distintivo della patologia

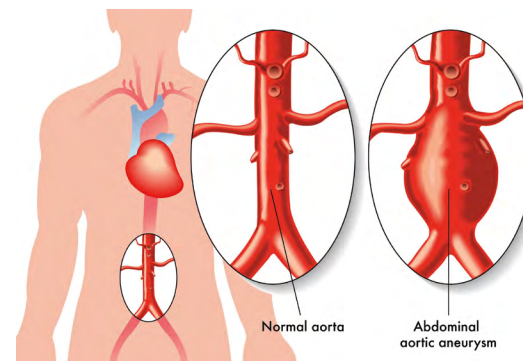


genetica di base sottostante o anche come condizione associata ad altri specifici aspetti e segni clinici che identificano una specifica condizione sindromica. Tra queste ultime, la sindrome di Marfan (MFS) che colpisce approssimativamente 1 persona ogni 5000 è responsabile del 5% di tutte le dissezioni aortiche, evenienza drammatica che spesso, se non gestita tempestivamente può portare ad exitus il paziente.

La sindrome di Marfan è una patologia genetica pleiotropica di tipo autosomico dominante ad espressività variabile ed i distretti principalmente coinvolti sono l'apparato scheletrico, oculistico e cardiovascolare, quest'ultimo prognosticamente più importante per morbidità e mortalità.

È pertanto utile poter riconoscere gli aspetti clinici suggestivi di una possibile condizione sindromica associata ad aneurismi ed avviare di conseguenza gli approfondimenti clinici strumentali per un corretto inquadramento diagnostico e di follow-up clinico, mirato alla prevenzione delle complicanze legate alla patologia aneurismatica, di per se stessa clinicamente silente.

Il nome di sindrome di Marfan, è il tributo al pediatra francese Antoine-Bernard Marfan, che nel lontano 1896

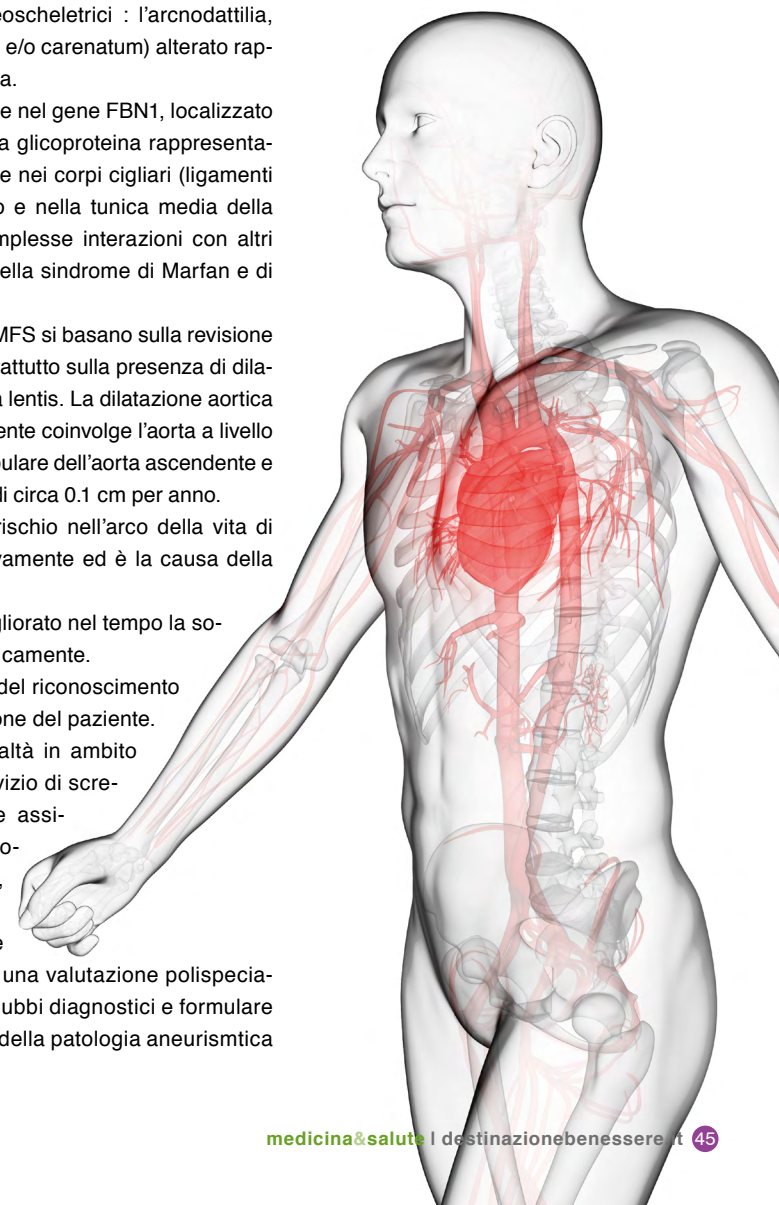


descrisse alcuni dei tipici aspetti osteoscheletrici: l'arcnodattilia, deformità del torace (pectus excavatum e/o carenatum) alterato rapporto tra apertura alare e statura elevata.

La causa responsabile della MFS risiede nel gene FBN1, localizzato sul cromosoma 15 che codifica per una glicoproteina rappresentata nella matrice del connettivo, presente nei corpi cigliari (ligamenti sospensori del cristallino) nel periostio e nella tunica media della parete arteriosa. Oggi è noto che complesse interazioni con altri fattori, come il TGF-β sono alla base della sindrome di Marfan e di condizioni ad essa correlate.

Ad oggi i criteri clinici per la diagnosi di MFS si basano sulla revisione dei criteri di Ghent del 2010 ovvero soprattutto sulla presenza di dilatazione della radice dell'aorta ed ectopia lentis. La dilatazione aortica nella sindrome di Marfan (MFS) tipicamente coinvolge l'aorta a livello del seni del Valsalva e della porzione tubulare dell'aorta ascendente e questi aneurismi tipicamente crescono di circa 0.1 cm per anno. In assenza di intervento chirurgico il rischio nell'arco della vita di dissezione aortica aumenta progressivamente ed è la causa della prematura morte di questi pazienti.

Il trattamento con beta bloccanti ha migliorato nel tempo la sopravvivenza dei soggetti trattati chirurgicamente. Risulta pertanto evidente l'importanza del riconoscimento della patologia per una adeguata gestione del paziente. Attualmente sono presenti diverse realtà in ambito assistenziale in grado di offrire un servizio di screening con un percorso diagnostico e assistenziale dedicato, (PDTA) per la sindrome di Marfan e le patologie correlate, esse forniscono quegli accertamenti cardiologici atti a valutare il diametro e la morfologia dell'aorta unitamente ad una valutazione polispecialistica finalizzata a dirimere eventuali dubbi diagnostici e formulare un corretto inquadramento nell'ambito della patologia aneurismatica e conseguente follow-up.





LE LENTI A CON TATTO

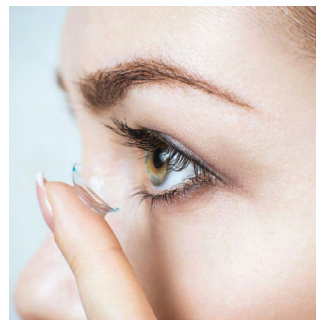
CHE VINCONO LA PRESBIOPIA

Sei presbite e stanco di indossare gli occhiali per leggere il menù al ristorante, le etichette dei prodotti al supermercato o le scritte sullo schermo del cellulare? Se fino a poco tempo fa gli occhiali “da lettura” erano la soluzione più immediata per chi soffriva di presbiopia, sul mercato è arrivata un'importante novità in grado di rivoluzionare il settore.

Quando si arriva oltre i 40 anni la stanchezza degli occhi o la difficoltà nel mettere a fuoco gli oggetti più vicini sono sintomi abbastanza tipici. Nulla di preoccupante, ma il segnale è inequivocabile: la presbiopia sta facendo capolino.

La presbiopia è un fenomeno naturale e fisiologico che insorge intorno ai quarant'anni, causato dalla perdita di elasticità del cristallino. Questo comporta la progressiva riduzione della capacità di focalizzare gli oggetti vicini, soprattutto in condizioni di scarsa illuminazione o di stanchezza.

I cosiddetti occhiali “da lettura” sono spesso accolti come soluzione semplice ed immediata ai problemi di presbiopia, eppure sono numerosissime le persone che male si adeguano al loro utilizzo o che in determinate occasioni – per comodità o per puro senso



estetico – vorrebbero farne a meno. D'altra parte un'elevata percentuale di portatori di lenti a contatto multifocali rinuncia al loro utilizzo perché non soddisfatta dei risultati.

LE NUOVE LENTI A CONTATTO AFOCALI PER PRESBIOPIA

Le nuove lenti afocali nascono proprio dalla volontà di offrire una risposta concreta alle esigenze dei pazienti presbiti, assicurando loro una visione senza compromessi.

Queste nuove lenti – disponibili sia nella versione giornaliera monouso che in quella mensile – si basano infatti su un design afocale brevettato che rappresenta una vera e propria rivoluzione nel settore delle lenti a contatto per presbiopia.



LALENTE AFOCALE OFFRE UN'INFINITÀ DI VANTAGGI

Innanzitutto, aumenta la profondità di campo. Inoltre, a differenza di una lente a contatto multifocale che richiede un complesso processo di adattamento a livello cerebrale oltre che oculare, non necessita di tempi di adattamento.

Il design LacriMass™ permette una distribuzione non uniforme del film lacrimale sulla superficie esterna della lente, aumentandone lo spessore nelle aree periferiche, dove nascono le maggiori cause di stress oculare.

La lente sfrutta inoltre i benefici del sistema fusiontechnology™ in grado di garantire una protezione prolungata della superficie oculare. La fusiontechnology™ consiste nell'incorporazione nella lac di un copolimero composto da Thamarynd-Seeds Polisaccaride – un polimero naturale estratto dai semi di tamarindo – e acido ialuronico.

Tale sinergia normalizza e mantiene stabile la relazione fisiologica tra il film lacrimale e la superficie oculare, fornendo all'utilizzatore un comfort naturale e duraturo. La lente afocale, infine, non introduce le aberrazioni tipiche delle lenti multifocali. Il risultato è una lente in grado di garantire immagini stabili, chiare e definite, in qualunque situazione di illuminazione.

Al contrario delle lenti multifocali, infatti, la lente afocale utilizza più del 90% della luce per la messa a fuoco dell'immagine e non è influenzata da situazioni di scarsa illuminazione o dalla dimensione della pupilla.



**OROTTICA
ISCHIBONI**

FIANO ROMANO (RM)
VIA A. GRAMSCI, 36 - TEL. 0765 480685

Aiuta le tue ossa!

Previene l'osteoporosi a tavola e con una vita attiva

a cura della redazione

L'osteoporosi è una malattia sistemica dell'apparato scheletrico caratterizzata da bassa densità minerale e dal deterioramento della micro-architettura del tessuto osseo, con conseguente aumento, legato prevalentemente all'invecchiamento, della fragilità ossea e conseguentemente del rischio di frattura (prevalentemente di vertebre, femore, polso, omero, caviglia) per traumi anche minimi.

Secondo i dati diffusi dal Ministero della Salute, attraverso l'interessante vademecum "la salute delle donne", si stima che in Italia l'osteoporosi colpisca circa 5.000.000 di persone, di cui l'80% sono donne in post menopausa.

Le conseguenze Le fratture da fragilità per osteoporosi hanno rilevanti conseguenze, sia in termini di mortalità che di disabilità motoria, con elevati costi sia sanitari sia sociali. La mortalità da frattura del femore è del 5% nel periodo immediatamente successivo all'evento e del 15-25% ad un anno. Nel 20% dei casi si ha la perdita definitiva della capacità di camminare autonomamente e solo il 30-40% dei soggetti torna alle condizioni precedenti la frattura. Nel corso della vita, circa il 40% della popolazione incorre in una frattura del femore, vertebra o polso, in maggioranza dopo i 65 anni.

In Italia, il 23% delle donne oltre i 40 anni ed il 14% degli uomini con più di 60 anni è affetto da osteoporosi e questi numeri sono in continua crescita, soprattutto in relazione all'aumento dell'aspettativa di vita. La prevenzione primaria dell'osteoporosi deve cominciare già nell'infanzia, nell'adolescenza e nella



prima giovinezza, quando viene costruito e modellato il tessuto osseo e raggiunto il picco di massa ossea. Devi sapere infatti che lo scheletro si sviluppa rapidamente durante l'infanzia, la pubertà e l'adolescenza, raggiungendo le sue dimensioni e densità minerale massimali intorno ai 25 anni di età.

Quindi una crescita ossea non ottimale nelle prime fasi della vita è importante quanto la perdita di massa ossea in età adulta.

Le caratteristiche genetiche individuali sono importanti, ma lo sono altrettanto i fattori modificabili ambientali, coinvolti nello sviluppo e nel mantenimento della massa ossea. Per "costruire l'osso" in età pediatrica è essenziale l'assunzione di alimenti ricchi di calcio e vitamina D; un adeguato apporto con la dieta è necessario anche nelle età successive, per minimizzare la perdita della massa ossea, in entrambi i sessi. Per la vitamina D, a tutte le età, è importante anche una appropriata esposizione alla luce solare.



I CINQUE PASSI CHE TI AIUTERANNO A MANTENERE IN SALUTE LE TUE OSSA:

- 1 Mantenere uno stile di vita attivo
- 2 Avere una dieta varia ed equilibrata per prevenire sovrappeso e obesità
- 3 Assumere adeguate quantità di calcio e vitamina D
- 4 Ridurre il consumo di sale (che aumenta l'eliminazione del calcio con l'urina)
- 5 Evitare il fumo e l'abuso di alcol

Per approfondimenti consulta il sito del Ministero della Salute www.salute.gov.it

