

# aliceinforma



Rivista di informazione scientifica

A.L.I.Ce.: Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale Friuli Venezia Giulia ONLUS

Direttore Responsabile Lorenzo Lorusso

Anno 5° - n. 2 - Aprile 2011

Periodico di informazione per la lotta all'Ictus Cerebrale, edito dall'Associazione A.L.I.Ce. FVG ONLUS • Reg. Tribunale di Trieste nr. 1154 del 19.03.2007. Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2 e 3, CNST5 • Vicedirettore Luca Lorusso • Capo Redattore: Maria Tolone • Redazione: Sergio Busetti, Fabio Chiodo Grandi, Bruno Dagri, Luca Lopardo, Rachele Lorusso, Rosalba Molesì, Giulio Luigi Papetti, Iolanda Petrina, Teresa Ramadori, Aldo Ricci, Elvio Rudes • Sede Legale: via Cappello, 1 - 34123 Trieste Tel. 3356788320 - e-mail: alicefvg.ts@libero.it • Segreteria: via Valmaura, 59 - 34148 Trieste - Tel. 040 3995803 - Fax 040 3995823 • Stampa: ART Group S.r.l. - via Malaspina, 1 - 34147 Trieste

E-mail redazione: [alice.informa@yahoo.it](mailto:alice.informa@yahoo.it)

## Ricordando Sergio Molesì

di Giulio Luigi Papetti

È rimasto con noi senz'altro per un periodo troppo breve. Il ricordo che personalmente ho di Sergio è quello di un personaggio di elevata cultura, soprattutto artistica, portatore di un pensiero profondo e libero, che a volte poteva sembrare anche trasgressivo. La sua cultura artistica e di storia dell'arte faceva sì che diventasse protagonista in molte situazioni, di cui coglieva gli aspetti più intimi. Un episodio che non dimenticherò, a questo proposito, riguarda ciò che ha detto quando Renata Kaucic, non potendo più frequentare il gruppo di auto-aiuto, in quanto impossibilitata per motivi di salute, ci inviò una sua preghiera della sera, che io lessi al gruppo. Sergio ne colse immediatamente il senso: Renata, ci disse, ci ha inviato la sua preghiera perché è questo il suo modo per essere con noi. Sergio ci ha spiegato, in maniera molto eloquente, che Renata voleva essere partecipe dello spirito che ci accomunava, regalandoci qualcosa di molto personale. Per il suo modo di essere, all'interno del nostro gruppo, lo consideravamo alla stregua di un'autorità, nello specifico gli avevamo affettuosamente affibbiato i titoli di reverendo e di eminenza; non se ne cruciava più di tanto, con la sua ironia comprendeva che ne apprezzavamo l'autorevolezza. Noi eravamo a conoscenza che Sergio era un grande critico d'arte ed insegnante emerito, apprezzato da molte istituzioni, eppure il suo tratto era quello di non farlo pesare. Ripensando a queste cose credo che a me, ma anche a tutti coloro che hanno avuto il piacere di conoscerlo, in particolare al gruppo di auto-aiuto, ha lasciato una ventata di ironia ed un senso profondo di libertà. Non c'è ricordo di Sergio senza pensare a Renata e a Rosalba, che lo hanno sempre sostenuto nella sua battaglia per la vita fino all'ultimo momento. Mi piace pensare che sia ancora fra di noi, con il suo modo di essere e con la sua libertà di pensiero, è quello della libertà un termine che ricorre spesso in me, perché così l'ho sempre percepito: uno spirito libero, colto, ironico, senz'altro una persona che ha lasciato un segno indelebile, un'impronta, la sua, indimenticabile!

## Dalla Consulta dei disabili il grido di vergogna contro la circolare Brunetta

di Lorenzo Lorusso

*Alice Informa* è una rivista a carattere scientifico e, per statuto dell'Associazione che ne è editrice, non si occupa di politica, ma nel caso specifico non possiamo non evidenziare il pugno nell'occhio che il ministro della Funzione Pubblica Renato Brunetta ha inviato alle famiglie dei disabili mediante una opinabile circolare ministeriale. Dopo i tagli alla Sanità ed ai posti letto negli ospedali decisi a livello nazionale dai ministri Tremonti e Fazio e quelli regionali voluti e realizzati dal presidente della Regione Friuli Venezia Giulia Renzo Tondo e dal suo assessore Vladimir Kosic ora, a disturbare il sonno delle famiglie dove vivono dei disabili, vi è la famigerata "circolare Brunetta" (nr. 2 del 2011), ovvero le «modifiche alla disciplina in materia di permessi per l'assistenza ai portatori di handicap in situazioni di gravità». Per "disciplina dei permessi" si intende, ovviamente, la nota legge nr. 104 del 5 febbraio 1992, ovvero quella che aveva introdotto la possibilità di usufruire di permessi – assentandosi dal lavoro – per assistere familiari disabili. Ma cosa è andato a modificare Brunetta? La parte più biecamente incidente della circolare è, senza dubbio, quella che offende la dignità del disabile ed indirettamente anche quella della sua famiglia, ovvero la cosiddetta dichiarazione di "consapevolezza" che i lavoratori

richiedenti permesso sono costretti a sottoscrivere: «È consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni – recita la circolare Brunetta – comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili». Quindi, secondo il Governo del nostro Paese, i disabili rappresentano solo un peso per le casse dello Stato. Già, proprio così! Una volta si diceva che "lo Stato siamo tutti noi" ma oggi si potrebbe dire che "lo Stato sono loro", quei politici che assurgendo al ruolo di Robin Hood alla rovescia tolgono ai poveri ed agli sfortunati per donare ai ricchi ed alle spese di guerra camuffate da finte missioni di pace. La sola operazione militare sui cieli della Libia, denominata "no fly zone", è già costata oltre 200 milioni di euro che potevano essere invece investiti nel miglioramento delle carenti strutture ospedaliere di alcune zone del nostro Paese. Mario Brancati, presidente per il Friuli Venezia Giulia della Consulta dei disabili, nel prendere atto della circolare in argomento protesta aspramente, ma basteranno le sue rimostranze e quelle della parte sana della nostra società a far tornare sui propri passi il ministro? Crediamo proprio di no e, del resto, siamo sempre più convinti che una Sanità *low cost* non gioverà al nostro Paese.



# Disfunzioni visive e della motilità oculare nell'ICTUS cerebrale

del dott. Stefano Pensiero

Responsabile SCO Oculistica e Strabologia - IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste - e-mail: pensiero@burlo.trieste.it

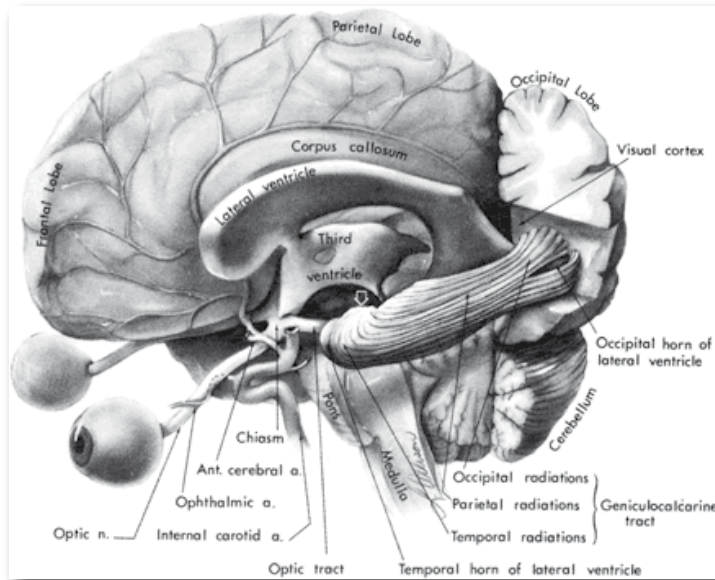


Figura 1. Visione completa della via visiva di sinistra, dopo asportazione della restante parte dell'emisfero cerebrale sinistro. All'occhio segue il nervo ottico ("Optic n."), il chiasma (dove avviene l'incrociamiento delle fibre nasali), il tratto ottico ("Optic tract", dal chiasma al corpo genicolato laterale), il corpo genicolato laterale (indicato dalla freccia verso il basso), da cui partono le radiazioni ottiche ("Geniculocalcarine tract") che raggiungono la corteccia visiva calcarina, nel lobo occipitale ("Visual cortex").

Per ictus cerebrale si intende la comparsa improvvisa di segni e sintomi riferibili a deficit globali o focali delle funzioni cerebrali di durata superiore alle 24 ore. Nell'85% dei casi è causato da ischemia, nel 15% da emorragia intracerebrale; quest'ultima solitamente determina casi clinici di maggior gravità.

L'evento occlusivo o emorragico può verificarsi in differenti punti del circolo cerebrale e, in base allo specifico vaso coinvolto ed all'estensione della lesione cerebrale indotta, si possono manifestare svariate alterazioni neurologiche, sia sensoriali che motorie, che possono riguardare anche la sfera visiva, in particolare determinando difetti del campo visivo ed alterazioni della motilità degli occhi.

Il coinvolgimento della via visiva (figura 1), tramite lesione nei territori delle arterie cerebrali media o posteriore, si manifesta soprattutto tramite deficit campimetrici, tra cui il più frequente è l'emianopsia omonima (figura 2). Essa è dovuta ad una lesione monolaterale della via visiva retrochiasmatica. Il coinvolgimento unilaterale del tratto ottico normalmente include anche

la regione foveale, determinando perciò anche una riduzione dell'acuità visiva; le lesioni retrogenicolate presentano invece di solito risparmio maculare. Un danno a questo livello, vista la disposizione a ventaglio delle radiazioni ottiche, può creare un deficit campimetrico omonimo più limitato (ad esempio quadrantopsia). La lesione però può coinvolgere anche aree cerebrali vicine non visive con conseguenti deficit sensoriali o della motricità del corpo (emiestesia, emiparesi).

L'entità del danno perimetrico si valuta, quando possibile, tramite esame del campo visivo, effettuato con perimetria cinetica o automatizzata. Nel caso di danni dell'emisfero parietale destro si determina talvolta una situazione che simula l'emianopsia, l'emineglect (negligenza visiva) dove il paziente, pur in presenza di una via visiva integra, non è capace di vedere nell'emiacampo visivo sinistro.

Quando l'evento cerebrale acuto appare superato ed è avvenuta una stabilizzazione della sintomatologia (cioè dopo circa 6 mesi), è possibile intervenire con un approccio riabilitativo, di maggior importanza nei casi di emianopsia destra dove occorre effettuare anche la riabilitazione della lettura. Si usano strategie di compenso tramite i movimenti oculari (cioè si insegna ad esplorare con gli occhi il campo visivo cieco) o l'applicazione di prismi sugli occhiali per migliorare, pur con qualche disagio, le capacità di movimento nell'ambiente e di lettura, necessarie per un'autonomia del paziente.

Se la lesione coinvolge invece (o inoltre) le strutture corticali deputate alla decisio-

ne di effettuare i movimenti degli occhi o le aree sottocorticali (soprattutto tronco dell'encefalo) deputate al controllo dei muscoli extraoculari attraverso i nervi cranici 3° (oculomotore comune), 4° (trocleare) e 6° (abducente), allora sarà evidente un disturbo più o meno complesso della motilità oculare. Anche in questo caso tali alterazioni si potranno associare a lesioni delle strutture limitrofe, con deficit motori e/o sensoriali fino alla compromissione dello stato di coscienza (coma). In fase acuta, se è insorto uno strabismo ed è presente diplopia, è necessario effettuare il bendaggio di un occhio. Dopo la stabilizzazione della sintomatologia si prenderanno gli opportuni provvedimenti clinici o chirurgici atti a ridurre le limitazioni ed i disturbi dovuti allo sbilanciamento oculomotorio (lo strabismo, il torcicollo, la diplopia, il nistagmo). I disturbi oculomotori interferiscono infatti

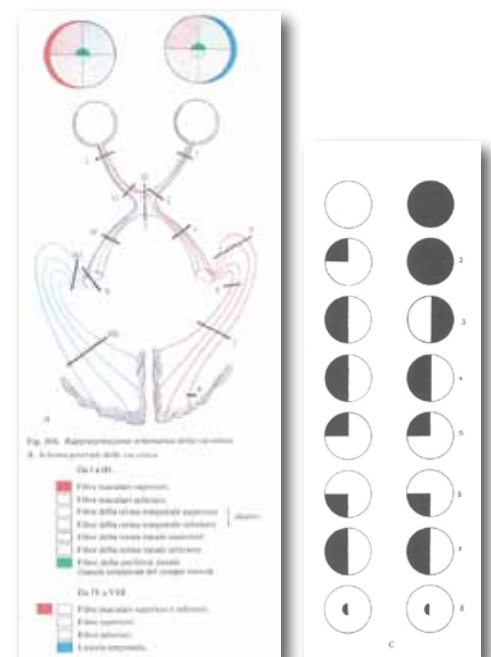


Figura 2. Visione schematica della via visiva e conseguenze sul campo visivo di lesioni a vario livello. Si nota l'incrociamiento a livello del chiasma delle sole fibre retiniche mediali (la lesione limitata a queste determina emianopsia bitemporale, 3) e l'emianopsia omonima indotta dalle lesioni del tratto ottico (4) e delle radiazioni ottiche (7). Una lesione più limitata a livello delle radiazioni ottiche può produrre una quadrantopsia omonima (5, 6).



Figura 3. Esotropia (cioè strabismo convergente costante) dell'occhio destro, conseguenza di una paralisi del 6° nervo cranico (nervo abducente) di destra.

sia sulla qualità della visione (spesso primariamente compromessa per una riduzione del visus o del campo visivo) che sulla postura (torcicollo, scoliosi).

Le paralisi nucleari oculomotorie, coinvolgenti i nuclei dei nervi cranici, determinano strabismo (esotropia nella paralisi del 6° nervo cranico, figura 3; exotropia, ipo od ipertropia, ptosi palpebrale nella paralisi delle varie componenti del 3° nervo cranico) e sono note come sindromi alterne (caratterizzate cioè da paralisi ipsilaterale alla lesione di uno o più nervi cranici e da disturbi motori e/o sensoriali nella metà del corpo controlaterale). La lesione nucleare può estendersi alle aree vicine, con formazione delle cosiddette sindromi soprannucleari: le paralisi dello sguardo verticale per coinvolgimento del mesencefalo, dove è localizzato il nucleo del 3° nervo cranico, e le paralisi dello sguardo orizzontale per coinvolgimento dell'area pontina, dove troviamo il 6° nervo cranico. Nei casi con coinvolgimento del cervelletto è presente il nistagmo, cioè un continuo movimento involontario degli occhi.

Le lesioni del talamo, causate da rami delle arterie cerebrale posteriore, basilare, comunicante posteriore o carotide interna, producono deviazione dei bulbi oculari verso il basso, con tendenza alla convergenza, miosi stretta ipo-areagente alla luce, torpore o coma, emi-sintomatologia sensorio-motoria.

Le lesioni dell'arteria cerebrale media, se coinvolgono il ramo superiore (che irrorale le aree pre- e post-rolandica) determinano deficit sensorio-motori dell'emicorpo controlaterale, testa e occhi ruotati dal lato della lesione; se coinvolgono l'emisfero destro producono deficit della percezione spaziale (emineglect). Il coinvolgimento del ramo inferiore (che irrorale il lobo temporale e parietale inferiore) determina solo limitazioni perimetriche (quadrantopsia o emianopsia). Anche le lesioni del corpo genicolato laterale (irrorato da un ramo dell'arteria cerebrale posteriore e da un ramo della carotide interna) e della capsula

interna determinano emianopsia controlaterale con emianestesia o emiplegia o entrambe.

L'intervento terapeutico sarà prima di tutto rivolto alla diplopia, con applicazione di prismi sull'occhiale quando l'entità dello

strabismo non è eccessiva; altrimenti sarà necessario intervenire chirurgicamente sullo strabismo ed applicare eventualmente i prismi successivamente in caso di permanenza della diplopia. Nel caso di ptosi palpebrale superiore occorre valutare la situazione oculomotoria prima di correggere la posizione palpebrale, per evitare la possibile insorgenza di diplopia.

Nelle alterazioni oculomotorie da ictus cerebrale spesso è possibile un approccio chirurgico, da considerare dopo almeno un anno dall'evento acuto.

Le finalità della chirurgia sono: (a) agire sui muscoli oculari estrinseci (esistono 6 muscoli per ogni occhio, figura 4) per

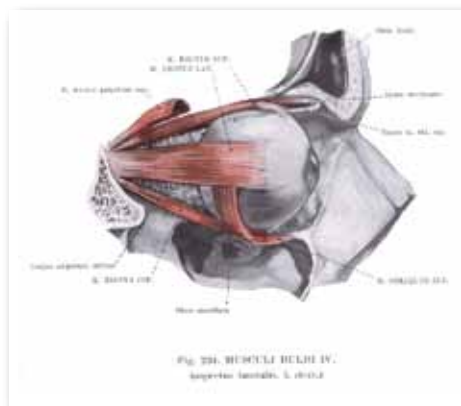


Figura 4. Visione laterale dell'orbita destra. Si osservano i muscoli elevatore della palpebra superiore (sezionato per permettere l'evidenziazione del muscolo retto superiore), il muscolo retto superiore, il muscolo obliquo superiore, il muscolo retto laterale, il muscolo retto inferiore ed il muscolo obliquo inferiore. Non è visibile il solo muscolo retto mediale.

stabilizzare la fissazione ed ottenere un miglioramento visivo nel nistagmo; (b) riequilibrare le forze agenti sui bulbi oculari per ridurre gli angoli di strabismo, anche in casi di angolo variabile e di spasmo in convergenza; (c) normalizzare la posizione del capo cercando di ridurre o eliminare le posizioni anomale (torcicollo nel nistagmo o nelle paralisi di sguardo).

Le tecniche chirurgiche devono privile-

giare gli interventi di riduzione dell'effetto contrattile (recessione, miopessia retroequatoriale), evitando quando possibile gli interventi di rinforzo (resezione, avanzamento, duplicatura); talora occorre effettuare trasposizioni muscolari (nel caso di paralisi complete di uno o più muscoli). Negli strabismi ad angolo variabile l'approccio chirurgico tende a privilegiare la miopessia retroequatoriale ed occorre effettuare recessioni muscolari meno ampie per evitare un effetto eccessivo; i risultati sono infatti molto meno prevedibili che nei casi con angolo stabile.

Nei casi di nistagmo la chirurgia può risultare indispensabile per ridurre il torcicollo (recessione massimale o miopessia retroequatoriale, oppure spostamento della zona neutra) o l'ampiezza delle scosse (con miglioramento del visus). Negli strabismi paralitici è talora necessario intervenire effettuando iniezioni intramuscolari di tossina botulinica, come pure in alcuni tipi di nistagmo incoercibile.

Nelle paresi muscolari è possibile eseguire un rinforzo dei muscoli ipofunzionanti, nelle paralisi invece è necessario effettuare trasposizioni muscolari (spostamento delle inserzioni sul bulbo oculare di muscoli funzionanti per supplire alla mancanza di funzionamento di altri, figura 5) accompagnate da recessioni o iniezioni di tossina

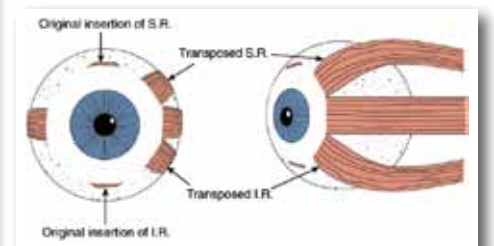


Figura 5. Visione anteriore dell'occhio sinistro. In seguito a paralisi del muscolo retto laterale, trasposizione completa dei muscoli retto superiore ed inferiore accanto all'inserzione del muscolo deficitario. SR: retto superiore, IR: retto inferiore.

botulinica nei muscoli antagonisti iperfunzionanti.

Tutti questi interventi producono un'influenza positiva sulla postura, sulla deambulazione e sulla stazione eretta, talvolta sul visus; sono spesso indispensabili per risolvere la diplopia. Sarà necessario però informare il paziente della possibilità di dover reintervenire, sia nel caso di un risultato chirurgico non soddisfacente, sia per una possibile evoluzione negativa nel tempo della situazione oculomotoria.



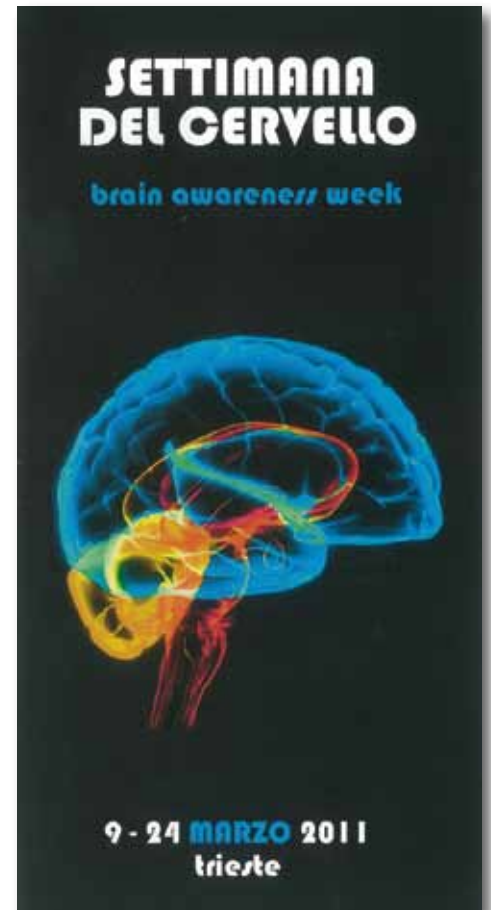
## La settimana del cervello

di **Silvia Paoletti**

La Settimana del cervello (Brain Awareness Week) è un evento che si celebra ogni anno nel mese di marzo in 90 Stati del mondo con lo scopo di far conoscere, a tutti i livelli, i progressi e i benefici della ricerca sul cervello.

È stata ideata dalla Dana Alliance for Brain Initiatives e coordinata dalla International Brain Research Organization ed è frutto di un enorme coordinamento internazionale. Finora questo evento ha messo insieme più di 1.870 organizzazioni tra associazioni di malati, agenzie governative, gruppi di servizio e organizzazioni professionali presenti. Tale manifestazione costituisce uno sforzo di integrazione interdisciplinare teso a: ispirare la prossima generazione di scienziati, contribuire alla conoscenza generale delle funzioni basilari del cervello, migliorare la salute di tutti aumentando la conoscenza delle malattie neurologiche, stimolare un maggior sostegno alla ricerca biomedica a beneficio della salute di tutti. A Trieste, la Settimana del

Cervello, svoltasi dal 9 al 24 marzo, è stata suddivisa in una serie di seminari riguardanti tutti gli ambiti delle neuroscienze, coordinati dal Centro interdipartimentale BRAIN (Basic Research And Integrative Neuroscience) dell'Università di Trieste e coinvolgendo strutture ed enti di ricerca e non, pubblici e privati, con un sempre maggiore entusiasmo. Ai vari incontri sono intervenuti illustri docenti e ricercatori tra cui il prof. Pizzolato, docente ordinario di Neurologia alla facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Trieste e Direttore del Centro Interdipartimentale per le Neuroscienze (BRAIN) della stessa Università, il prof. Andrea Marini, ricercatore in Neurolinguistica dell'Università di Udine, il prof. Bruno Lucci, Primario Neurologo nell'Azienda Ospedaliera S. Maria degli Angeli di Pordenone e tanti altri celebri ricercatori. È stato un evento che ha riscosso un gran successo e a cui hanno partecipato numerosi cittadini, studenti, docenti e cultori della materia.



## Ictus e cognizione sociale

di **Vincenzo Cerceo**

Per cognizione sociale intendiamo una serie di settori cognitivi riguardanti abilità, capacità di cognizione e comprensione, capacità di adottare nelle varie situazioni comportamenti socialmente adeguati, rispetto delle norme etiche e morali proprie della civiltà e della cultura in cui si vive, e così via. Qualora i danni provocati dalla sindrome da ictus riguardino in particolare quella che si definisce come corteccia orbito-frontale, il paziente può mostrare, tra gli altri sintomi, anche un deficit della consapevolezza sociale ed uno scarso rispetto per le regole morali e convenzionali, come hanno dimostrato in particolare studi scientifici fatti nel 2004. Le aree prefrontale e frontale infatti sono sicuramente coinvolte nel processamento delle emozioni, in quanto un danno neurologico a quella zona cerebrale causa un venir meno del meccanismo inibitorio che indirizza verso il comportamento riconosciuto socialmente come appropriato. È ormai ampiamente riconosciuto, in ambito scientifico, che un danno ai lobi frontali può provocare alterazioni della personali-

tà e comportamenti antisociali anche se, nel comportamento sociale, anche altre aree cerebrali paiono coinvolte. Inoltre, l'osservazione clinica ha anche dimostrato che in alcuni casi, ad esempio, la corteccia temporo-parietale, se rimasta intatta, avrebbe svolto funzione vicariante rispetto alla funzione danneggiata. Il cervello è una macchina eccessivamente complessa e decisamente ancora pochissimo conosciuta. Nonostante che da un gran numero di recenti studi sia emerso un coinvolgimento della corteccia prefrontale e frontale sul comportamento patologico qui sopra accennato, non sono però ancora state definite con assoluta certezza tutte le aree e le strutture sottostanti ai processi di cognizione sociale. Comprendere i meccanismi con cui l'organismo umano riesce a stabilire forme di interazione sociale è una ricerca oggi in pieno sviluppo, ma è ancora da considerarsi come ricerca di base. Le conoscenze che sopraggiungeranno consentiranno ulteriori metodi terapeutici per far fronte anche ai danni causati dall'ictus.

## Ictus e depressione

di **Cesare Cetin**

L'attività fisica, impostata con accuratezza e senza forzature, fa bene alla salute ma da uno studio canadese, pubblicato sulla rivista scientifica *Stroke*, è emerso anche che bastano pochi minuti al giorno di moderato esercizio fisico per prevenire la depressione nei pazienti i quali hanno subito un ictus. I ricercatori dell'Università di Toronto hanno seguito, durante il periodo di riabilitazione, 103 pazienti colpiti da ictus. La metà dei soggetti ha fatto 35 minuti in più di esercizio moderato, quattro volte a settimana, per il recupero delle funzioni inerenti al braccio. Il programma è riuscito a migliorare la funzionalità del 33% rispetto agli altri che non vi avevano partecipato. Sarebbe, inoltre, che dopo quattro settimane i pazienti di questo gruppo abbiano mostrato anche meno sintomi di depressione rispetto al gruppo di controllo e che l'effetto positivo sia durato per almeno cinque mesi. È quanto ha spiegato Jocelyn Harris, la quale ha condotto lo studio. Harris aveva già effettuato studi relativi alla funzione dell'arto superiore in soggetti con stroke sub-acuta. Il suo lavoro è stato descritto in un articolo pubblicato su Report UBC del maggio 2009.



## Conoscere il diabete

di Teresa Ramadori

Proseguiamo nel nostro iter conoscitivo e preventivo nei confronti non solo dell'ictus ma anche di tutte le malattie ad esso correlate e fra loro interdipendenti.

Nei numeri precedenti, attraverso la considerazione del fattore ipertensione e dei suoi valori ottimali, abbiamo approfondito le problematiche dell'obesità partendo da una corretta impostazione dell'alimentazione. Essa sembra essere oggi alla base di molte disfunzioni individuali in quanto comportamento patologico impulsivo teso a compensare situazioni di forte stress emotivo o competitivo, mentre bisogna cercare di proporre comportamenti alimentari più adeguati al benessere personale.

Parleremo quindi del diabete, malattia in cui i valori del glucosio del sangue sono costantemente sopra i valori normali. Nel tempo infatti il diabete porta ad alterazioni delle pareti dei vasi sanguigni, sia delle arterie più grandi che dei capillari, con conseguente aumento di complicanze acute e croniche.

La malattia colpisce quando il corpo non è più capace di utilizzare il glucosio e lo accumula nel sangue alzando la glicemia, perché l'insulina, ormone secreto dal pancreas, ha una alterata quantità o funzione. Le probabilità di sviluppare questa malattia aumentano con l'età in presenza di condizioni di obesità e di assenza di esercizio fisico.

Anche in questo caso dunque non si sottolineerà mai abbastanza l'importanza di uno stile di vita attento e di un buon com-

portamento alimentare che, già realizzato nell'ambito familiare, permetterà ai bambini di oggi di apprendere una corretta abitudine utile agli adulti di domani.

I cibi sono la prima cura per proteggere il sistema cardiovascolare. È opportuno contenere i grassi entro il 20% delle calorie totali utilizzando grassi insaturi (olio di oliva e di mais), le proteine entro il 20-25% usando carni prevalentemente bianche (tacchino, pollo, coniglio). Quanto ai carboidrati (pane, pasta, riso, patate), essendo zuccheri complessi e quindi a lento assorbimento, possono costituire il 50-55% delle calorie totali giornaliere. Bisognerebbe consumare frequentemente frutta e verdura fresca di stagione, bere con moderazione gli alcolici (meno di due bicchieri di vino al dì), ridurre il consumo di sale (dadi, salse, insaccati, snack, dolci industriali).

Concludendo, una dieta controllata da un punto di vista calorico non ci farà aumentare di peso pur fornendoci contemporaneamente tutti i nutrienti, ci aiuterà a tenere sotto controllo pressione, colesterolo e trigliceridi, nonché rene, cuore, fegato e cervello, in una parola il nostro benessere. Si consiglia, inoltre, di effettuare la misurazione della glicemia (semplice esame del sangue) per evidenziare un'eventuale esistenza della malattia.

Le tipologie del diabete sono due: diabete di tipo 1, che colpisce circa il 10% delle persone con diabete e compare nell'infanzia o nell'adolescenza ma anche negli adulti. In tal caso il corpo non è più in grado di produrre insulina ed è quindi

necessario che essa venga iniettata ogni giorno e per tutta la vita. La causa è ancora sconosciuta anche se il danno nei confronti delle cellule che producono insulina non si esclude che possa essere legato a fattori ambientali (fattori dietetici) oppure a fattori genetici individuati in una generica predisposizione. Il diabete di tipo 2 è la forma più comune e rappresenta circa il 90% dei casi. Colpisce prevalentemente gli adulti anche se l'età di insorgenza si sta abbassando sempre più: in questo caso il corpo utilizza male l'insulina che produce. Questa forma si può curare apportando modifiche anche sostanziali al proprio stile di vita ed in alcuni casi abbinandole a farmaci ed eventualmente ad insulina. I soggetti predisposti possono essere familiari di soggetti diabetici, soggetti obesi o sovrappeso, soggetti affetti da pressione alta o da elevata presenza di grassi nel sangue (trigliceridi).

Alcuni sintomi più frequenti da osservare sono: per i diabetici di tipo 1 l'aumentata frequenza di infezioni e di quantità di urine, sete e stanchezza. Per i diabetici di tipo 2 la sintomatologia è più sfumata e può passare inosservata per cui le complicanze possono diventare croniche danneggiando diversi organi e tessuti tra cui gli occhi, i reni, il cuore (retinopatia diabetica, malattie cardiovascolari, nefropatie fino alla dialisi, piede diabetico e complicanze in gravidanza).

Il tutto comporta una spesa sanitaria nazionale che si aggira intorno al 9%, ma in termini di controllo glicemico e di efficienza delle cure il risultato c'è. Nel 2011 si stima comunque che la spesa si aggiri intorno agli undici miliardi di euro contro i cinque miliardi del 1998.

I ricercatori dell'ospedale universitario di Barcellona, coadiuvati dalla pneumologa Olga Parra, già nel 2004 - dopo avere esaminato 161 pazienti colpiti da ictus - hanno sostenuto di avere trovato un legame tra il rischio di morte da ictus ed apnea notturna, un disturbo del sonno che causa ripetute interruzioni della respirazione.

A chi ne soffre può capitare, mentre dorme, di smettere di respirare per dieci secondi o più e l'evento può presentarsi anche trecento volte nel corso di una notte. Secondo i ricercatori è la prima volta che viene dimostrato il significativo legame tra rischio di morte ed apnea notturna, esso si è rivelato più forte nei pazienti con

## Ictus ed apnee notturne

di Rachele Lorusso

apnea notturna ostruttiva, caratterizzata dal cedimento delle vie aeree superiori durante il sonno.

I ricercatori hanno cominciato a controllare la respirazione dei pazienti, subito dopo il loro ricovero in ospedale in seguito all'ictus, e per ognuno hanno calcolato l'indice che misura le apnee notturne. Durante lo studio, successivamente pubblicato sull'*European Respiratory Journal*, durante trenta mesi, ventidue pazienti sono

morti, la metà di loro era stata colpita da un secondo ictus. Più alto si presentava il valore dell'indice di apnee notturne misurato dai ricercatori e maggiore si rivelava, per il paziente, il rischio di morire per ictus.

I ricercatori spagnoli non si sono pronunciati circa le possibili cause del legame tra apnee notturne ed il rischio di morte da ictus ma hanno suggerito l'uso di una mascherina nasale in grado di assicurare un flusso continuo di aria pressurizzata per ridurre le interruzioni della respirazione. Essi hanno lanciato uno studio in numerosi centri spagnoli al fine di verificare se la cura dell'apnea notturna possa servire a ridurre il tasso di mortalità da ictus.

## Un ricordo di Sergio da parte del gruppo di auto-aiuto di Trieste

Di Sergio Molesi mi è rimasto un bellissimo ricordo e ogni tanto mi vengono in mente alcune sue battute umoristiche quando, ad esempio, ci chiamava "cari pesciolini". A Carnevale si presentava con qualche buffo cappellino o si tingeva i capelli di rosso. Aveva un forte senso dello humor.

(Lia Ricci)

Un foglio non basta per esprimere i miei sentimenti nei confronti di Sergio Molesi. Purtroppo non ho avuto il privilegio di averlo conosciuto in momenti migliori ma gli sono grato delle ore trascorse insieme. Quando l'ho conosciuto l'ho subito considerato come "un uomo colto ed arguto" e non mi sbagliavo. L'ammirazione e la stima da parte mia è sempre stata tanta. Ciao Sergio, grazie degli insegnamenti e delle simpatiche battute.

(Aldo Ricci)

E' stata una grande persona: colta, spiritosa, ironica e simpatica. Sono molto dispiaciuto, ma mi consola il ricordo delle ore trascorse insieme al gruppo di auto-aiuto Alice. Un forte abbraccio.

(Vittorio Fegac)

Anche non conoscendo Sergio personalmente abbiamo capito che aveva molti amici. Per questo doveva essere una per-



sona sicuramente speciale. Ci uniamo al suo ricordo.

(Daria e Luciano Toffolon)

Sergio era un ciclone di simpatia, un pozzo di conoscenza che ha elargito ai suoi alunni e a tutti coloro che hanno avuto la fortuna di conoscerlo. Eri unico.

(Aurora)

Peccato che non ci si incontrerà più in quanto sarò destinato ad altro reparto!? Si potevano fare due risate assieme!

(Elvio Rudes)

Un pozzo di scienza mascherato da un comportamento volutamente casual. Un signore d'altri tempi in transito nei giorni nostri.

(Marina Pecorari)

Ai nostri angeli che ci proteggano dal Cielo.

(Francesco, Renata e Sergio)

Ci mancherà il tuo spirito pungente.

(Tonel)

Ricordo con affetto il caro Sergio, uomo di cultura e spiccata personalità.

(Silvia Paoletti)

Sergio era una persona da ammirare per la sua personalità che trasmetteva un profondo amore nell'animo degli altri. Bastava che lui ti guardasse e già riusciva a cogliere il tuo "io".

(Anonimo)

Sono contenta di averti conosciuto, con il tuo carisma sono certa che nell'Aldilà saranno tutti contenti...non un addio ma un arrivederci. Grazie!

(Anonimo)

## Nel labirinto del Minotauro

di **Maria Tolone**

Oggi la maggior parte degli storici ritiene che il mito del Minotauro non faccia riferimento al palazzo di Minosse ma ad una caverna che si trova a Skotino, località sita a dodici chilometri in linea d'aria da Cnosso.

La caverna di Skotino si sviluppa su quattro piani, ha numerose interruzioni, stretti passaggi e vicoli ciechi, che rendono il percorso tortuoso, a volte difficile da trovare. Senza guida e senza luce ci si può perdere.

Parliamo di una probabile caverna sacra, di un labirinto che diventa un luogo di iniziazione per la gioventù di Cnosso, un luogo dove la terra accoglie nel suo seno esseri informi per trasformarli in uomini. Ma forse il labirinto è dentro di noi: ed il

significato del mito potrebbe ricercarsi non tanto in un'esperienza pratica quanto in un percorso interiore. Per diventare adulti occorre conoscersi e trovare dentro di sé coraggio ed intelligenza. Accettando questa ipotesi il labirinto non andrebbe ricercato in qualche intricato palazzo, come quello di Cnosso, né in un'oscura caverna ma dentro di noi.

Le nostre emozioni, percezioni, ciò che viviamo, quello che siamo e sentiamo costituiscono un labirinto inestricabile nel quale è facile perdersi o essere divorati da qualche mostro interiore. A meno che ciascuno di noi non abbia il coraggio di uccidere il mostro che ha in sé (il Minotauro) e di trovare con intelligenza il proprio filo di Arianna.

**SCEGLI DI DESTINARE AD ALICE  
FRIULI VENEZIA GIULIA  
SEDE REGIONALE DI TRIESTE  
IL CINQUE PER MILLE  
DELL'IRPEF**

**ASSOCIAZIONE  
ALICE  
C.F. 90090570327**

**SCEGLI DI DESTINARE AD ALICE  
SEDE DI UDINE  
IL CINQUE PER MILLE  
DELL'IRPEF**

**ASSOCIAZIONE  
ALICE  
C.F. 94086910307**

Riceviamo e volentieri pubblichiamo la favola del riccio, inviataci dal prof. **Salvatore Di Paola**

## La favola del riccio



Durante l'era glaciale molti animali morirono per il freddo.

I ricci se ne accorsero e decisero di unirsi in gruppo e di aiutarsi. In questo modo si proteggevano, ma le spine di ognuno ferivano i compagni più vicini che davano calore. Perciò decisero di allontanarsi e iniziarono a congelare e a morire. Così capirono che o accettavano le spine del compagno vicino oppure sparivano dalla terra morendo in massa.

Con saggezza decisero di tornare tutti insieme. In questo modo impararono a convivere con le piccole ferite che un compagno vicino può causare, dato che la cosa più importante era il calore dell'altro. In questo modo sopravvissero...

Le relazioni migliori non sono quelle con delle persone perfette, ma quelle nelle quali ogni individuo impara a vivere con i difetti degli altri e ad ammirarne le qualità.



## Per riappropriarsi dell'inconscio

di **Luca Lorusso**

Leggendo *Il Sole 24 ore* dell'11 gennaio 2011 la nostra attenzione è stata colpita da un articolo di *Walter Mariotti* su come l'attuale crisi economica abbia cambiato l'idea di felicità e di natura, su come il turbo capitalismo ed il narcisismo esagerato abbiano provocato disastri alle persone ed ai vari sistemi. La convinzione di uno sviluppo crescente ed infinito si è scontrata con la consapevolezza dei danni provocati dall'aver separato l'economia dall'etica e dagli equilibri ecologici. Il prezzo pagato fino ad oggi è troppo alto, esso spazia dalla devastazione dell'ambiente a quella del mercato fino a giungere ad intaccare qualcosa di ancora più profondo, l'inconscio. Nell'epoca dei turbo consumi, dell'inebetimento maniacale, della gadgettizzazione della vita, della burocrazia robotizzata, del culto narcisistico dell'io, dell'estasi da prestazione, della spinta compulsiva al godimento immediato come nuovo comandamento assoluto – scrive lo psicanalista *Massimo Recalcati* – l'inconscio è il luogo della verità, del desiderio, impossibile da adattare. In una società dominata da legami liquidi, dove la sofferenza fa perdere ogni contatto con l'inconscio, allontanando il soggetto dal desiderio ed ancorandolo ad un narcisismo esasperato, la soddisfazione immediata del consumo diviene una nuova forma di suditanza. Riflettendo su questo quadro, in cui trionfa l'insicurezza di una vita alla deriva, sovente caotica e spaesata, smarrita e vulnerabile ci è tornata alla mente la testimonianza di *Cristiano Stea*, lo psicologo del gruppo di auto-aiuto di Alice

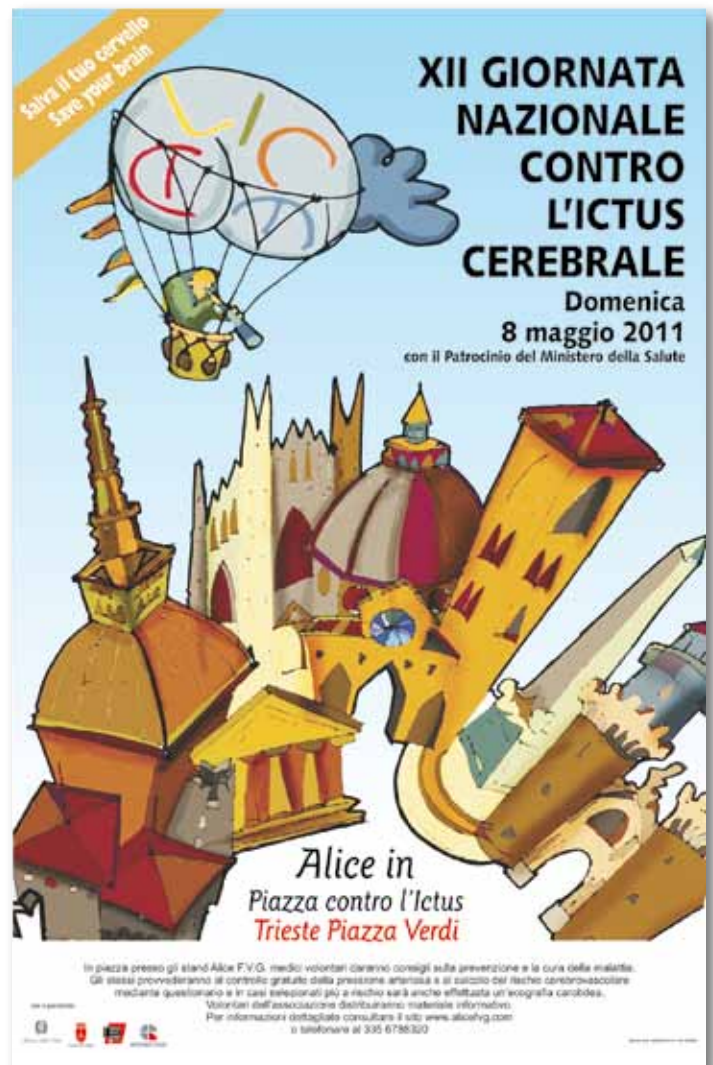
Friuli Venezia Giulia, pubblicata sul sito [www.alicevfg.com](http://www.alicevfg.com) relativa al gruppo di auto-aiuto. Quando Stea parla del gruppo afferma che "serve per incontrarsi, a trovare persone che hanno passato le stesse esperienze, è un momento di condivisione profonda, d'accoglimento della sofferenza psichica e fisica, ma non vi si condividono solo le difficoltà; si condividono miglioramenti, risultati, ognuno è supporto dell'altro, una grande rete, una rete molto forte in grado di sostenere, di accompagnare e, com'è già successo, di rilanciare le persone facendo loro superare le paure. La paura del giudizio, la paura di non essere accettati, di non essere compresi, la paura di cadere, di regredire, delle insicurezze della vita quotidiana. La paura di essere socialmente isolati". In una società liquida il gruppo parla, sente, condivide, informa, accoglie le mille richieste e le mille voci di un disagio che, se affrontato assieme, può sembrare più facile da sostenere. Il riequilibrio olistico tra cultura e natura, tra bisogno e misura si oppone all'egoismo narcisistico che fa della felicità un diritto, a prescindere dai doveri dell'uomo nei confronti della natura e della comunità di cui è parte. Ben vengano, dunque, iniziative come quelle dell'auto-aiuto dove il dialogo, nel quale ognuno manifesta apertamente i propri bisogni, coglie alcune cose che alla velocità del tempo moderno non si trovano più. Per dirla con Stea "nella lentezza possiamo anche trovare un momento di riflessione in più, e un ritmo che spesso in queste situazioni è caotico può diventare calmo".

# COMUNICATO STAMPA

## Giornata Nazionale contro l'Ictus cerebrale

Domenica 8 maggio 2011 volontari e medici specialisti saranno presenti in piazza a Trieste e Udine per celebrare la XII giornata Nazionale contro l'Ictus Cerebrale. La Giornata è indetta dall'Associazione A.L.I.Ce. ed è patrocinata dal Ministero della Salute. L'ictus Cerebrale è oggi la terza causa di morte e la prima causa di Invalidità permanente di vario grado. Ogni anno in Italia si verificano 198.000 casi di ictus, in pratica un ictus ogni tre minuti. La nostra Regione segue il trend nazionale in rapporto alla densità della popolazione con 2.700 nuovi Ictus all'anno e 923 Tia (Transitory Ischemic Attacks), attacco ischemico transitorio che annuncia il probabile verificarsi di un Ictus. È da evidenziare però che dal 1998 ad oggi, sia in Italia che in Europa gli ictus cerebrali sono aumentati di circa il 24%, mentre nella nostra Regione il dato è rimasto invariato. Malgrado l'entità della patologia e le gravi conseguenze che ne derivano in termini di salute e di elevati costi socio – sanitari, l'ictus cerebrale non riscuote grande attenzione da parte dell'opinione pubblica e dei media. Proprio per sensibilizzare le comunità della nostra Regione su questa patologia e per ribadire la necessità di una attenta prevenzione, le Associazioni A.L.I.Ce. FVG. di Trieste e di Udine saranno presenti in Piazza anche quest'anno nella XII Giornata Nazionale, rispettivamente a TRIESTE in Piazza Verdi ed a UDINE in Piazza Matteotti dalle ore 10.00 alle 16.30. Saranno presenti gazebo e ambulanza opportunamente attrezzati, dove medici volontari daranno consigli sulla prevenzione e la cura della malattia. Gli stessi provvederanno al controllo gratuito della pressione arteriosa ed al calcolo dei fattori di rischio cerebro vascolare, mediante questionario e per i casi selezionati, valutati più a rischio, potrà essere effettuato anche un eco doppler carotideo. Volontari dell'Associazione distribuiranno materiale informativo, faranno conoscere la patologia e daranno consigli sulla prevenzione. Vista l'importanza di tale manifestazione, si prega dare massima diffusione.

Presidente A.L.I.Ce. F-VG.  
Giulio Luigi Papetti



## Trigliceridi: controllarne i livelli per prevenire l'ictus

Una ricerca della Copenhagen University Hospital ha evidenziato come la misura dei grassi nel sangue potrebbe diventare una spia diagnostica per la prevenzione precoce dell'ictus.

I ricercatori hanno esaminato i dati clinici di oltre 7.500 donne e di 6.300 uomini, seguiti per un periodo di trentatré anni. Per le donne l'aumento del rischio è stimabile tra 1,2 e 3,9 volte in più se i trigliceridi superano rispettivamente gli 89 mg/dl e i 443 mg/dl, mentre negli uomini, con gli stessi valori, il rischio cresce dall'1,2 al 2,3 mg/dl.

Uno studio danese, appena pubblicato

sulla rivista scientifica *Annali of Neurology*, ha dimostrato che il rischio di ictus cresce sia negli uomini sia nelle donne se si hanno i trigliceridi alti, insomma, misurare questi grassi nel sangue, diversi dal colesterolo, potrebbe diventare un'importante spia diagnostica per la prevenzione dell'infarto cerebrale.

I ricercatori hanno voluto indagare un'area che solitamente sfugge all'identikit per il rischio cardiovascolare.

Attualmente le raccomandazioni sanitarie puntano il dito sul colesterolo come fattore chiave per prevenire l'ictus, evitando di prendere in considerazione

il valore dei trigliceridi misurati dopo i pasti. Essi invitano la popolazione a fare attenzione anche ai trigliceridi a digiuno, responsabili di un aumento delle lipoproteine che contribuiscono a danneggiare le arterie.

Per i ricercatori danesi il rischio di ictus è più maschile che femminile: nelle donne un aumento dei livelli di colesterolo non si associa in maniera significativa ad un incremento dei casi di ictus ischemico mentre per gli uomini che superano i 348 mg per decilitro di livello di colesterolo il rischio può essere anche quattro volte superiore.

Per un eventuale approfondimento si rimanda all'intervento di Marianne Benn del Copenhagen University Hospital ed a Staibene.it del 7 marzo 2011.