

SMT



salento medico

Anno XL - N. 5

Settembre / Ottobre 2019

Speciale
CHIRURGIA ROBOTICA

FOCUS:
MOVIMENTO È SALUTE



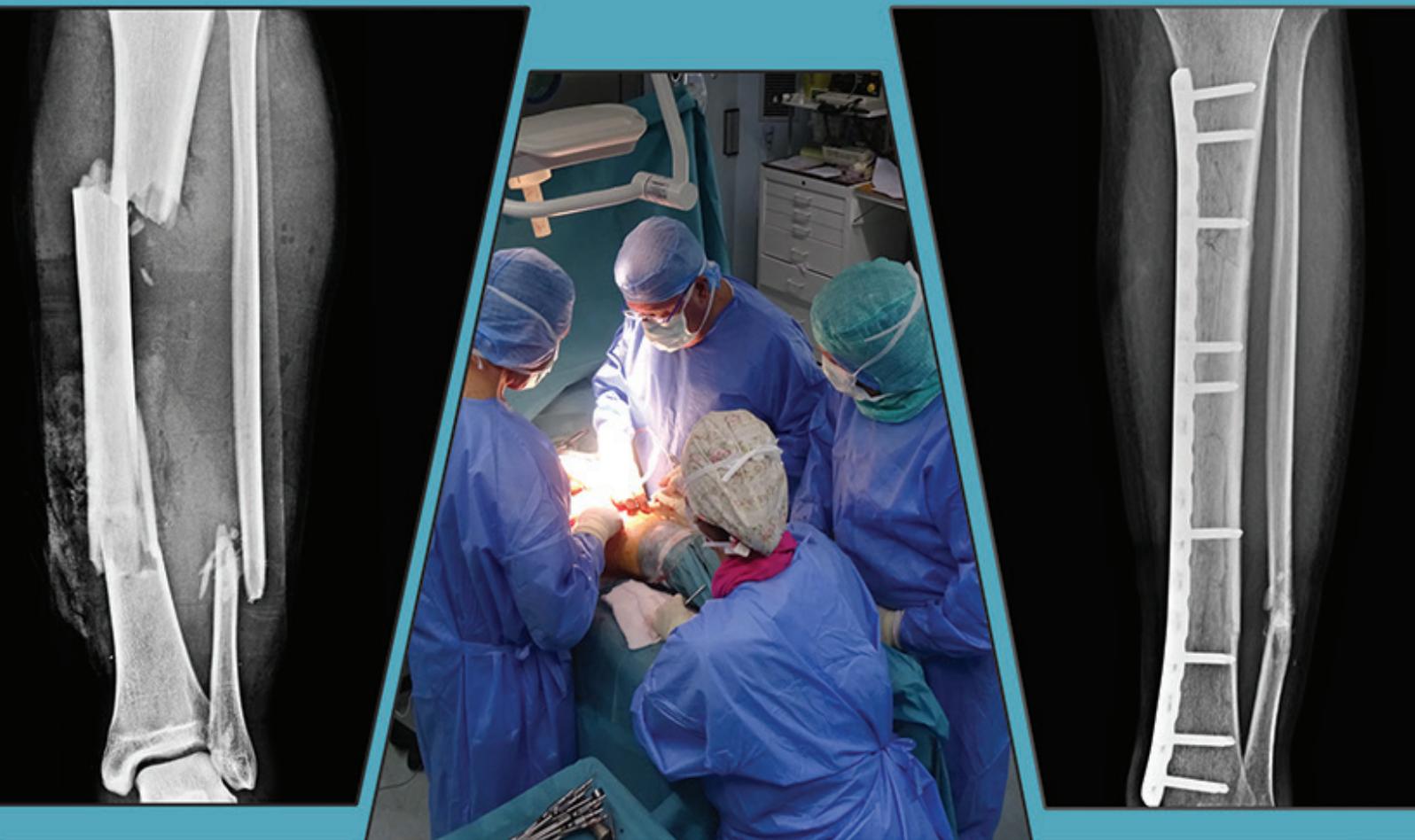
Intervista al dottore
Giuseppe Palaia



È ANCHE ...

TRAUMATOLOGIA

comunicazione sanitaria



*Traumi stradali, incidenti domestici,
infortuni sportivi...*

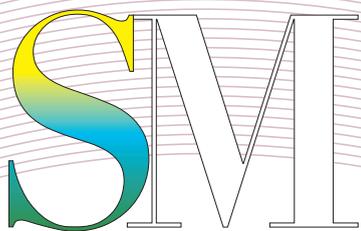
Villa Bianca ti aiuta a rialzarti



Collegati con la tua Salute

Tel. 0832-233311 - info@villabianca.org

<https://www.villabianca.org/salento-medico/traumatologia>



salento medico

RIVISTA UFFICIALE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
ED ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI LECCE

Settembre / Ottobre 2019

ANNO XL

Direzione e Redazione c/o Ordine dei Medici - Via N. Sauro, 31 Lecce
www.ordinemedicilecce.it - info@ordinemedicilecce.it

Direttore Responsabile

Salvatore Silvio Colonna

Coordinatore di Redazione

Michele Accogli

Caporedattore

Giovanni Delle Donne

Redazione

Gaetano Castrignanò, Damiano Fiume, Luana Gualtieri,
Gino Peccarisi, Lucia Pranzo, Assunta Tornesello,
Alberto Tortorella

bozzesalentomedico@ordinemedicilecce.it

Medicina e Arte:

**Tutte le opere presenti in questo numero
sono dell'artista Luigi De Mitri**

Pubblicità

ALTOGRAF - Tel. / Fax 0833.502319

Stampa:

ALTOGRAF - Casarano (Le)
Aut. Trib. Lecce N. 3262

EDITORIALE

- 02** Il movimento è tutta salute. Me lo ha detto il medico, l'ha pure scritto!
di Salvatore Silvio Colonna
- 06** Sport e medicina: un binomio per il benessere
di Donato De Giorgi

VITA DELL'ORDINE

- 11** Tutte le attività svolte nella casa comune dei
Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Lecce

FOCUS: AMBIENTE E SALUTE

- 20** «Corri, dottore, corri»... La vita è una corsa a tappe
di Giuseppe Palaia
- 25** Siamo sempre più un paese di vecchi?
Sì, ma l'attività fisica ci mantiene giovani
di Nicola Ciannamea
- 30** La prescrizione dell'esercizio fisico in ambito cardiologico
di Donato Melissano
- 35** Quale attività fisica per il cardiopatico operato?
di Domenico Rocco
- 38** Controllo della idoneità psico-fisica, un dovere costituzionale
di Angelo Tornese
- 42** Quale sport per il soggetto epilettico?
di Rocco D. Scarpello

45 SPECIALE CHIRURGIA ROBOTICA

LA PAROLA AI COLLEGHI

- 60** Acufeni: quegli strani «rumori» che arrivano dall'orecchio
di Silvano Vitale
- 70** Diagnosi biomolecolare e report epidemiologico sulle virosi respiratorie
di Vittorio Tassi, Laura Isabella Lupo, Claudio Palumbo, Giovanni Battista Lobreglio

SCIENZA & CULTURA

- 77** Salvatore Sisinni racconta «Le due facce di una legge»:
uno straordinario viaggio nella malattia mentale
di Salvatore Sisinni



di SALVATORE SILVIO COLONNA

Il movimento è tutta salute Me lo ha detto il medico, l'ha pure scritto !

LA CURA MIRACOLOSA, OVVERO I BENEFICI EFFETTI DELL'ATTIVITA' FISICA

Il 19 settembre 2019, sul British Medical Journal, è stato pubblicato uno studio effettuato da un gruppo consistente di Medici di Famiglia del Regno Unito dal titolo emblematico: **“The Miracle Cure”**, ovvero La Cura Miracolosa.

La cura miracolosa è l'attività fisica. Essa, nell'esperienza dei General Practitioners di Sua Maestà, riduce del 30 % la mortalità per tutte le cause, del 30-40% il rischio di diabete di tipo 2 e di sindrome metabolica, del 25-30% il rischio di malattie cardiovascolari, del 20% il rischio di cancro della mammella e del 30% quello di cancro del colon, del 20-30-% il rischio di depressione e demenza, del 22-83% il rischio di osteoartrosi, del 30% il rischio di caduta tra gli adulti.

In un altro studio, comparso qualche mese prima sulla stessa prestigiosa rivista, è stato dimostrato che il passaggio dalla vita sedentaria a un'atti-



“ Drastica riduzione sia della mortalità che del rischio di contrarre malattie ”

tività di 150 minuti settimanali riduce del 29% il rischio di morte per cause cardiovascolari e dell'11% quello per cancro (British Medical Journal, 26 giugno 2019)

Proprio pochissimi giorni fa, il 16 ottobre 2019, su Medscape Medical News, è comparso un articolo il cui titolo non lascia dubbi: “Exercise is Cancer Medicine”.

Quale altra misura terapeutica può vantare simili “referenze”? Ha moltissime indicazioni e pochissime controindicazioni, peraltro spesso di durata limitata. Se praticata in dosi e con modalità opportune, presenta rischi “minimi”, e

non vi è paragone alcuno con gli enormi rischi del suo opposto, la sedentarietà. Non è tossica per l'organismo né tanto meno per l'ambiente. E' alla portata di tutti perché può essere praticata efficacemente senza l'ausilio di macchine costose. Non solo costa poco, anzi se utilizzata in maniera continua dalla popolazione potrebbe far risparmiare 2 miliardi di Euro ogni anno al nostro SSN (Dati Ministero Salute su QS del 26 nov. 2017)

Nonostante tali evidenze, supportate da tanti lavori scientifici su riviste qualificate, e che trovano riscontro nell'esperienza personale quotidiana di ognuno di noi, *siamo un popolo di “sedentari.”*

I dati del 2016 del sistema di sorveglianza “ Okkio alla salute “ relativamente all'attività fisica in età pediatrica sono deludenti : il 18% dei bambini non ha svolto attività fisica il giorno precedente l'indagine, il 18% pratica sport per non più di un'ora a settimana, il 44% ha la TV nella propria camera, solo 1 bambino su 4 si reca a scuola a piedi o in bicicletta. La quota di bambini che trascorre più di 2 ore al giorno davanti a TV/videogiochi/tablet/cellulare risulta in sensibile aumento rispetto agli anni precedenti (41%).

Per quanto riguarda gli adulti, ben il 33,6% delle persone con età compresa tra 18 e 69 anni è classificato come sedentario, cioè non fa un lavoro pesante e non pratica attività fisica nel tempo libero (Sistema di sorveglianza PASSI 2014-2017)

Per gli Over 65 l'attività maggiormente praticata è camminare fuori casa, le attività domestiche rappresentano l'interesse principale, troppo poco tempo viene dedicato ad allenare la

forza muscolare (Sistema di sorveglianza PASSI d'argento 2016-2017).

Tale grande divario tra quello che si dovrebbe fare e quello che invece si fa può essere colmato solo con il ricorso ad iniziative pubbliche, anche in riferimento all'art.32 della nostra Carta Costituzionale che tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

In realtà il Ministero della Salute, di concerto con l'ISS e il CONI, ha lanciato campagne sul tema, ad es. “Salute, sport ed esercizio fisico” e soprattutto ha promosso e finanziato il progetto **“La prescrizione dell'attività fisica in realtà come strumento di prevenzione e terapia”**.

Molte Regioni Italiane hanno già avviato iniziative concrete per la sua “prescrizione” e la sua “somministrazione”, ma non la Puglia.

Emilia-Romagna, Veneto, Sardegna ed altre ancora hanno realizzato importanti esperienze relativamente alla “prescrizione” dell'attività fisica a persone con fattori di rischio o affette da patologie cardiovascolari e dismetaboliche, e a persone anziane fragili, per le quali questo trattamento è di dimostrata efficacia. Hanno pertanto costruito percorsi assistenziali integrati al cui interno i nuclei delle cure primarie e i Centri di medicina dello sport delle Aziende Usl svolgono un ruolo centrale.

In Emilia-Romagna è stato anche avviato il progetto *“Trapianto... e adesso sport”*, in collaborazione con il Centro Nazionale Trapianti, che riguarda la prescrizione personalizzata di attività fisica a persone trapiantate di cuore, rene e fegato.

Con il progetto *“La prescrizione*





dell'attività fisica in realtà come strumento di prevenzione e terapia" il movimento non viene semplicemente consigliato, ma viene **"prescritto in ricetta"**, seguendo indicazioni specifiche per tipologia di esercizio, intensità e durata, a seconda dell'età e delle condizioni fisiche dei soggetti".

Tale attività fisica viene praticato nelle "palestre della salute" alla presenza di medici dello sport e laureati in Scienze motorie, che seguono il paziente durante ogni allenamento.

Si stima che tale progetto, dedicato soprattutto a chi soffre di ipertensione, diabete, obesità, malattie neurologiche e altre patologie croniche per le quali la pratica sportiva rappresenta un'utilissima forma di prevenzione, avrà anche un impatto positivo anche sui conti della sanità, con un risparmio in termini di prestazioni specialistiche e diagnostiche, ricoveri e terapie farmacologiche.

E' tempo di "muoversi" anche in Puglia! Con le necessarie cautele, la "prescrizione" dell'attività fisica deve entrare nelle nostre abitudini. Per tutti questi motivi, la Redazione di Salento Medico ha inteso dedicare il Focus di questo numero di Salento Medico alle

“L'attività fisica produce enormi benefici senza presentare controindicazioni”

ricadute positive in termini di salute per l'individuo e per la collettività che l'attività fisica, nelle sue forme, determina, ospitando contributi di Colleghi con particolare competenza ed esperienza in tale settore.

Nicola Ciannamea ha avuto il grande merito di dar vita ad una singolare e splendida iniziativa, "Life Walking" mettendoci dentro convinzione passione e tenacia; come ricorda nel suo articolo, una difficile esperienza di vita è stata la molla che lo ha spinto non solo a "mettersi in moto", ma anche e soprattutto a "mettere in moto" tanti altri, dando vita ad un progetto che sa di sfida, di fiducia, di condivisione, di umanità.

Con il cuore non si scherza. Abbiamo pertanto chiesto il contributo di un cardiocirurgo e di un cardiologo: il cardiocirurgo **Domenico Rocco**, fondatore della ormai prestigiosa squadra di calcio del nostro Ordine e Presidente di Assocuore, associazione che organizza, tra l'altro, ogni anno, un convegno "Sport e Cuore" in memoria del compianto Collega Antonio Montinaro, ed il cardiologo **Donato Melissano**, specialista anche in Medicina dello Sport.



LIVELLI DI ATTIVITA' FISICA RACCOMANDATI DALL'OMS PER GLI ADULTI

VOCABOLARIO

ATTIVITA' SEDENTARIE: attività caratterizzate da un dispendio energetico inferiore a quello di riposo. Es. stare seduto o in posizione reclinata (guardare la televisione, guidare l'auto, leggere, stare seduti alla scrivania etc.).

ATTIVITA' FISICA o MOTORIA: "qualunque movimento determinato dal sistema muscolo-scheletrico che si traduce in un dispendio energetico superiore a quello delle condizioni di riposo" (definizione OMS). In questa definizione rientrano anche semplici movimenti come camminare, salire le scale, andare in bicicletta, ballare, giocare, fare giardinaggio e lavori domestici, che fanno parte della "attività motoria spontanea" e migliorano la qualità di vita.

AFA – ATTIVITA' FISICA ADATTATA - Per AFA si intendono programmi di attività fisica per soggetti con malattie croniche, es. esiti stabilizzati di patologie neurologiche, del sistema muscoloscheletrico e osteoarticolare (lombalgia cronica, morbo di Parkinson, esiti di artroprotesi d'anca e fibromialgia primaria).

Sono indirizzati al mantenimento delle abilità motorie residue e finalizzati alla modificazione dello stile di vita. *AFA viene prescritta dal medico* (medici specialisti, medici di medicina generale, MMG) e richiede periodiche valutazioni sanitarie

ESERCIZIO FISICO è una forma particolare di attività fisica che comprende **movimenti ripetitivi, programmati, strutturati, finalizzati** in maniera specifica a obiettivi specifici: miglioramento della postura, dell'equilibrio e delle abilità motorie, potenziamento della forza e del tono muscolare, incremento della mobilità e flessibilità articolare, miglioramento della funzione cardiaca e respiratoria. Sollevare i pesi, fare un certo numero di vasche in piscina, praticare cardio-fitness, sono tutte forme di esercizio fisico. L'esercizio fisico deve essere programmato, svolto regolarmente con l'obiettivo di far lavorare in modo armonico tutti i gruppi muscolari, personalizzato, definito sulla base delle caratteristiche soggettive, quali età, peso, tonicità muscolare ed eventuali patologie presenti. Un regolare esercizio fisico è l'unico modo per garantire al nostro corpo l'allenamento indispensabile per affrontare in modo corretto e sicuro qualunque disciplina sportiva..

ESERCIZI FISICI ADATTATI (EFA) - Per EFA si intendono esercizi fisici svolti su prescrizione medica (medici dello sport, cardiologi, diabetologi) per modo, intensità, frequenza e durata delle sedute, effettuati in modo individualizzato sulla base di una valutazione preliminare delle condizioni di salute della persona interessata.

EFA può essere rivolta a persone con patologie cardiovascolari e dismeta-

boliche (esiti stabilizzati post sindrome coronarica acuta con o senza infarto miocardico, con o senza rivascularizzazione meccanica o chirurgica, diagnosi di diabete mellito di tipo 2, obesità e sindrome metabolica).

Sia l'AFA che l'EFA sono praticate di norma in modo controllato e "tutorato" in palestre selezionate ("**palestre sicure**"), con la presenza di laureati in scienze motorie opportunamente formati e con la supervisione di personale sanitario (fisioterapisti).

Lo SPORT è un'attività fisica che comporta **situazioni competitive strutturate e sottoposte a regole ben precise**. rispetto alle altre attività, presenta aspetto ludici, aggregativi, competitivi. Può essere non agonistico, amatoriale, agonistico.

PALESTRE "SICURE o "DELLA SALUTE" Si tratta di strutture che, oltre ad ospitare le normali attività di palestra, presentano appositi requisiti -identificati dalla Regione- che le rendono idonee ad accogliere cittadini con patologie croniche non trasmissibili stabilizzate (cardiopatici, bronco-pneumopatici, diabetici, nefropatici...) nello svolgimento di programmi di esercizio fisico prescritti dal medico. (es. L.R. 8/2015 della Regione del Veneto).

PRESCRIZIONE (da L.R. 8/2015 della Regione del Veneto). In base alla stratificazione del rischio correttamente operata, la prescrizione dell'esercizio potrà essere effettuata dal proprio medico curante (in soggetti a rischio cardiovascolare lieve-moderato) o dallo specialista (rischio elevato, patologia cronica conclamata) seguendo diverse modalità operative.

*La vita è come andare in bicicletta.
Per mantenere l'equilibrio devi muoverti.
(Albert Einstein 1879-1955)*

* * * * *

*Lo sport ha il potere di cambiare il mondo. Ha il
potere di ispirare. Esso ha il potere di unire le
persone in un modo che poche altre cose fanno.
Parla ai giovani in una lingua che comprendono.
Lo sport può portare speranza dove una volta
c'era solo disperazione.
(Nelson Mandela 1918-2013)*

Non si scherza neanche con le certificazioni in tema di attività fisica e di sport, per le quali abbiamo chiesto lumi ad **Angelo Tornese**, specialista in Medicina dello Sport, e già protagonista di un apprezzato evento ECM su tale argomento presso il nostro Ordine.

Il paziente epilettico può fare sport? Ce lo siamo chiesti tante volte, e S.M. ha pensato bene di acquisire il parere ad un neurologo esperto in epilettologia, **Rocco Scarpello**.

Se poi parliamo di Medicina e di Sport, il nostro pensiero non può non

andare a **Peppino Palaia**, la cui storia di Medico dello Sport si identifica quasi totalmente con quella dell'U.S. Lecce degli ultimi quarant'anni.

Lo Sport non è pura attività fisica, ma è qualcosa di più. Lo Sport ha una funzione sociale, è scuola di vita, educa ed insegna. Educa all'osservanza delle regole, alla disciplina, alla lealtà, alla tolleranza, al rispetto dei propri avversari. La "squadra" stessa è una vera e propria "agenzia educativa" perché esalta lo spirito di gruppo ed educa all'aiuto reciproco, alla collaborazione, alla

condivisione delle vittorie e soprattutto delle sconfitte, mentre lo "sport da singolo" educa a coltivare la fiducia verso se stessi, a lottare prima di tutto contro se stessi prima che con l'avversario, ad imparare a stare da solo con le difficoltà, come spesso accade nella vita. Intervistare Peppino, che è stato un Atleta prima di essere Medico dello sport e non solo, è stato un piacere perché dalle sue parole traspare questa sua passione per lo sport come palestra educativa, come scuola di valori, come luogo di umanità.



di DONATO DE GIORGI

Sport e medicina: un binomio per il benessere

DA CELEBRAZIONE DELLE DIVINITA' A PARADIGMA DELLA NATURA

L'attività sportiva, da sempre praticata nelle varie epoche e culture, è rappresentazione individuale o collettiva di impegno nelle capacità fisiche e psichiche con intenti ricreativi, competitivi o igienici.

Inizialmente la caratteristica essenziale dello sport era rappresentata dall'assenza di un utilitarismo immediato (come testimonia la stessa parola italiana "diporto", mutuata dall'anglo-francese "sport") e solo successivamente coniugata con aspetti professionistici.

Inizialmente lo sport rappresentava il rito di celebrazione della divinità, con l'esaltazione dell'uomo, misura di tutte le cose, paradigma della natura: basterebbe meditare sull'originalità della produzione artistica classica dell'atleta, come momento di sintonia tra le più elevate rappresentazioni umane e il culto ellenistico della bellezza, ricerca estetica di armonia e benessere.

Nel corso del tempo la civiltà romana (ripresa nei secoli in svariate e controverse situazioni) ha impresso un

“ Lo sport come affermazione di solidarietà e di rispetto ”

significato funzionale allo sport (educazione militare, ad esempio).

Oggi è impossibile non riconoscere allo sport un significato più complesso e coinvolgente, universale e "democratico", quello di scuola di vita, capacità cioè di trasmettere contenuti valoriali insieme a modelli basati su uno stile di vita corretto. Educazione ad un adeguato rapporto con il proprio corpo, in un percorso attraversato dalla fatica, con la prospettiva del successo possibile.

Lo sport diviene così affermazione di solidarietà (sport di squadra) e di rispetto (di se stessi, dei compagni, degli avversari, delle regole, dei ruoli), rappresenta tangibilmente la forza che si sprigiona da un rapporto armonico con se stessi e con un gruppo coeso.

Contemporaneamente e parallela-



mente alla componente competitiva, si è sviluppato il risvolto professionistico dello sport. La pratica elitaria di un tempo è diventato il livello agonistico-professionistico di oggi, fino alla deriva o degenerazione determinata da interessi economici fortissimi e prevalenti che muovendo dallo sport, finiscono, in una società mercantile, con utilizzarlo ai propri fini, con le proprie inderogabili leggi.

In tutto questo il Medico deve svolgere un ruolo centrale, non solo di competenze e di conoscenze, ma anche - e soprattutto - come portatore di valori

“Il ruolo del medico come portatore di valori e di competenze”

etici fondanti e stimolanti.

La Medicina trasforma l'oggetto del suo interesse dalla “salus” (salvezza dalla malattia) alla “valitudo” (bene-essere vitale), riconoscendo il Medico non più come lo specialista della malattia, ma il professionista della salute. In questa ottica il Medico ha il dovere di formare e

informare (soprattutto le generazioni più giovani, ma non solo) degli effetti benefici scientificamente dimostrati di una attività moderata e continua.

Come troverete estesamente esplicitato in questo numero di Salento Medico che avete tra le mani, è indubbio l'effetto protettivo dello sport sull'apparato cardio-vascolare, riducendo in maniera significativa l'insorgenza delle patologie maggiori acute e le sequele croniche (infarto miocardico, stroke, ecc; esercitando un'attività profilattica insostituibile su quelle degenerative (alterazioni aterosclerotiche parietali dei vasi “critici” coronarici, encefalici, renali, ecc), una azione protettiva neoangiogenetica e ossigenativa (la cui importanza è enfatizzata dagli straordinari studi dei recentissimi Nobel per la Medicina sull'ossigenazione cellulare), i rapporti positivi con il metabolismo, lo sviluppo dell'apparato muscolo-scheletrico (la sua tonicità e l'armonico sviluppo), la prevenzione e la limitazione di un killer proteiforme come l'obesità; dimostrate le correlazioni positive con il sistema immunitario, molto promettenti i riscontri con le capacità protettive rispetto all'insorgenza delle malattie neoplastiche e neurodegenerative. Sicuramente importanti (o decisivi) i riscontri sull'umore (a partire dall'accrescimento dell'autostima) sul benessere psichico e la liberazione di endorfine.

E' necessario però distinguere tra sport ed attività fisica nelle sue molteplici declinazioni, regolare, individualizzata in termini di intensità durata e frequenza. Questa diviene qui una vera terapia o un coadiuvante, che richiede però competenze approfondite e specifi-





che, sostanziate nel PEF (Prescrizione Esercizio Fisico) che va sempre più affermandosi come atto medico insostituibile ed in linea con le esigenze del piano sanitario nazionale, allorquando rivolge la sua attenzione agli aspetti preventivi.

Il ruolo di “promotore culturale” del Medico è insostituibile e irrinunciabile: la sua voce di “opinion leader” deve essere forte e senza equivoci, adoperandosi in tutte le circostanze e le situazioni: opportunità informative e formative nelle scuole, nei media, nell’attività professionale quotidiana.

Se la salute è un diritto costituzionalmente garantito, essa deve essere intesa anche come un dovere nei

“ Il medico ha il dovere di formare ed informare ”

confronti di noi stessi e degli altri, dove per “altri” si deve intendere i familiari e la società che dovrà farsi carico sempre di più delle onerose cronicità spesso indotte non solo dall’avanzare dell’età media, ma anche da una inosservanza delle regole per una vita sana, oltre che all’importanza sempre troppo marginale riservata alla prevenzione. Seguire norme di vita in cui trovi un adeguato

spazio lo sport praticato continuamente con moderazione è in sostanza non solo assicurare un “piacevole benessere personale”, ma anche ristabilire il senso civico di considerare il benessere come risorsa preziosa per tutti, risparmio e sostenibilità per la collettività.

Si è da poco concluso presso l’Ospedale di Gallipoli la “Summer school” universitaria con l’organizzazione scientifica del Corso di Laurea di Medicina dell’Università di Bari, incentrata sulla organizzazione dei servizi sportivi nei sistemi turistici: si è trattato di un interessante laboratorio che ha coinvolto ospedale, territorio, università su temi come umanità dello sport, accoglienza, mobilità, divenendo riferimento e

“ La corsa al potenziamento e gli aspetti etici dello sport ”

Opera di Luigi De Mitri

opportunità per il turismo e la cultura della cura del corpo e della mente con lo sport. Tutto ciò rappresenta uno sforzo organizzativo per creare una rete e un brand virtuoso, ma anche competenze diffuse e solide. La medicina dello sport è una delle branche più affascinanti del sapere medico, nobilitata dalle professionalità che il nostro territorio ha espresso (a cominciare dal Dr. G. Palaia): essa ripropone il concetto di Medicina delle complessità con il superamento di una concezione parziale, frammentata, organistica o patologica (tipica del secolo scorso). Si afferma invece una visione unitaria della persona in un progetto di benessere, come cura totalizzante.

Altro argomento di grande rilevanza quello relativo alla certificazione sportiva e al controllo dello sportivo, alla luce delle nuove regolamentazioni, modulate sulla gradualità dell'impegno motorio e sportivo.

Secondo un'indagine recente del Sole24ore il 73% di chi frequenta una palestra o fa attività agonistica utilizzerebbe farmaci e trattamenti "potenziativi". Al netto di quello che può essere procurato illegalmente o attraverso le maglie generosamente incontrollabili della rete, certamente la responsabilità dei Medici (anche solo di informazione e controllo) non può essere sottovalutata o taciuta.

Si tratta di affrontare i delicati argomenti della cosiddetta medicina potenziativa, problemi di bioetica regolati dall'art 76 del codice deontologico. Il potenziamento (enhancement) si riferisce ad un termine sempre più



cruciale nel dibattito bioetico ad indicare una serie di interventi che vanno al di là del trattamento terapeutico, inteso come intervento finalizzato a sostenere la salute. Si tratta cioè di intervenire su un individuo sano, manipolando le capacità esistenti, creandone di nuove in grado di accrescere le performance fisiche o psichiche, migliorando autostima e riscontro sociale. Vincere ad ogni costo, in una società che esalta la conflittualità, appare meta obbligata, ma lo sport invece deve essere prima di tutto capacità di gestire la sconfitta, di imparare da essa più che dalla gioia effimera di tagliare un traguardo o segnare un goal, sia quando riguardi il corpo che il contesto psicologico e sociale. Non vi è dubbio che la problematica bioetica del

potenziamento ha un aspetto bivalente: non si può disconoscere che nella visione soggettiva della salute come raggiungimento del benessere fisico-psichico-sociale l'uso ridotto di una capacità sia soggettivamente percepito come origine del malessere e il potenziamento equivalente ad una terapia; necessario però sempre ricordare il principio dell'autonomia terapeutica del Medico, che non può essere esecutore acritico e passivo di desideri e volontà scaturite da un mero bisogno soggettivo non condiviso. Giova ricordare cosa prevede il citato articolo 76 del nostro codice "il Medico quando gli siano richiesti trattamenti finalizzati al potenziamento delle fisiologiche capacità psico-fisiche dell'individuo, opera, sia nella fase di ricerca che nella pratica professionale secondo i principi di precauzione, proporzionalità, e rispetto".

Lo sport e la Medicina devono dialogare sempre più intensamente in una contaminazione di valori e condivisione di fini riconoscendo nel benessere il comune denominatore.

Nel 2026 il Mediterraneo, luogo di civiltà e di contraddizioni, di scambi e di guerre, di accoglienza e di morte, di bellezza e di cultura sarà luogo comune di sport e di benessere. I giochi che si disputeranno nel Salento non dovranno trovarci impreparati, ma è necessario (ac)cogliere l'opportunità e il senso della Carta Olimpica con l'affermazione dello sport come valore universale e condiviso, tempo di pace che testimonia l'impegno "a ricostruire il benessere degli uomini per un mondo migliore"

Per la Formazione Continua in Medicina

Provider ECM n.1072
Albo Nazionale Age.Na.S. - Ministero della Salute

CONGRESSI, CONVEGNI ed EVENTI FORMATIVI ECM

Progettiamo e realizziamo programmi educazionali, congressi medici ed eventi formativi ECM in ambito Sanitario

METODOLOGIE FORMATIVE

- *Formazione RES - Residenziale*
- *Formazione FSC - Formazione Sul Campo*
- *Formazione FAD - Formazione a Distanza*
- *Formazione BLENDED - metodologia FAD e Residenziale*
- *Accreditamento Internazionale EBAC - European Board for Accreditation in Cardiology*

COMITATO TECNICO PER LE ATTIVITÀ FORMATIVE E SCIENTIFICHE

- *Direzione e Coordinamento Board Medico-Scientifico*
- *Partnership Istituzionali & Società Scientifiche*
- *Studio Format Educazionali in ambito sanitario*
- *Studi di Fattibilità e Trial Clinici*
- *Progettazione Editoriale*
- *Progettazione Formativa ECM per lo Sviluppo Continuo Professionale*

SERVIZI DI GESTIONE ECM & CONGRESSUALI

- *Segreteria Organizzativa*
- *Supporto ECM & Accreditamento Eventi*
- *Organizzazione e gestione di Convegni e Congressi*
- *Pratiche accreditamento in Europa e Reciprocità USA/EU*
- *Marketing, Comunicazione e Promozione*
- *Consulenze Accreditamento PROVIDER e Iter Procedurale*

www.mittmedical.com

ecm@mittmedical.com

PARTNER: **MITT Solutions** - *Eventi & Congressi*



Via Cicolella, 8/d - 73100 **LECCE**, Italy
Tel. +39 0832.340555 - Fax +39.0832.868090
Mobile 329.8711152

Website: www.mittsolutions.com
E-mail: info@mittsolutions.com



Violenza contro gli operatori sanitari: non abbassiamo la guardia

L'OMCEO LECCE PROTAGONISTA A NEW YORK AL CONVEGNO MONDIALE DELLE ASSOCIAZIONI DONNE MEDICO

A cura di

LUANA GUALTIERI

*Medico di Medicina Generale
Presidente Associazione Italiana Donne Medico
Lecce*

DANIELA FUSCO

*Medico di Medicina Generale
Responsabile Commissione Pari Opportunità
OMCeO Lecce*

La violenza contro gli operatori sanitari non è più un episodio isolato che viene stigmatizzato e verso cui si prendono immediatamente opportuni provvedimenti, ma rappresenta ormai una vera e propria presenza costante nei titoli delle testate giornalistiche per il ripetersi continuo di nuovi episodi di aggressione. L'aggressività si può presentare come attacco fisico o psichico, insulto o minaccia ed è il risultato di perdita di rispetto per le istituzioni in generale, si verifica all'interno delle strutture sanitarie contro

medici e infermieri da parte di pazienti, loro parenti o assistenti. La continuità assistenziale e i servizi di emergenza sono i luoghi in cui si concentrano la maggior parte delle aggressioni, ma nessun ambito è ormai immune: dalle corsie ospedaliere agli ambulatori di medicina generale. Sono strettamente necessarie misure per ridurre questo fenomeno in modo da migliorare l'organizzazione dei processi e sistemi di sicurezza all'interno delle strutture sanitarie. A tale scopo già nel 2016 la ASL LE ha distribui-



to in tutte le sedi provinciali di Continuità Assistenziale un questionario elaborato dalla sezione di Lecce dell'Associazione Italiana Donne Medico con il patrocinio dell'Ordine dei Medici di Lecce. L'obiettivo di questo lavoro è stato quello di analizzare l'incidenza di questo problema nella nostra provincia, di rilevare le carenze sul piano di sicurezza delle sedi di continuità assistenziale, di rilevare i reali episodi di violenza che si sono registrati, nonché recepire le proposte per un piano d'azione. L'analisi dei questionari ha fatto rilevare che gli episodi di violenza verbali sono perpetrati in ugual misura nei confronti di medici uomini e donne, mentre le donne medico sono più esposte ad aggressioni fisiche. Il dato più allarmante è quello che molti episodi di violenza non vengono neanche segnalati alle istituzioni preposte perché, allorché è stato fatto, sono stati sottovalutati e quindi non presi nella dovuta considerazione. Questo è un errore che non deve essere commesso perché ogni episodio di aggressione contro gli operatori sanitari deve essere considerato un evento sentinella, in quanto segnale della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori, per questo i medici che sono oggetto di qualsivoglia tipo di violenza devono segnalare l'accaduto in maniera puntuale per far sì che l'attenzione delle istituzioni responsabili della sicurezza sui luoghi di lavoro non si abbassi mai e che si concretizzino azioni atte ad arginare il fenomeno.

Gli operatori sanitari dovrebbero conoscere il concetto di "precauzioni universali della violenza", che riguarda gli episodi di violenza che possono essere evitati o mitigati mediante addestramento, e dovrebbero poter ricevere una formazione sui rischi specifici connessi con l'attività svolta, inclusi i metodi di riconoscimento di segnali di pericolo o di situazioni che possono condurre ad aggressione e le metodologie per gestire i pazienti aggressivi e violenti. La commissione Pari opportunità dell'OMCeO Lecce ha organizzato nel 2018 un corso di autodifesa per i medici improntato proprio su questi obiettivi.

Dal 25 al 27 luglio 2019 si è tenuto a New York il Convegno del MWIA, Convegno Mondiale delle Associazioni Donne Medico. In una intera sessione dedicata alla violenza contro le donne, l'Italia, rappresentata dalla sezione di Lecce, ha presentato una relazione sulla violenza professionale. La relazione, intitolata **"Workplace Violence in Emergency Medicine: From Lifesavers to the Worst Enemies"** a firma Fusco, Gualtieri, Molendini, Tornesello è frutto degli anni di impegno che l'Ordine dei Medici e AIDM hanno riservato a questa problematica. In tale circostanza ci siamo



chieste se fosse un problema solo italiano, ma dal confronto avuto con le colleghe di altri paesi abbiamo avuto conferma che il problema è "globale". In tutti i paesi la sfida alla governance di questa emergenza è aperta ma presenta molte, grandi difficoltà. Innanzitutto bisogna riuscire a capire il motivo per cui gli atti di violenza contro i medici si stanno moltiplicando. Il problema ha molteplici sfaccettature ed ha una origine multicentrica, sicuramente il rispetto delle istituzioni è messo a dura prova in un mondo in cui c'è una richiesta di salute sempre crescente, che si scontra spesso con carenze strutturali e organizzative. A questo si aggiunge la mancanza di conoscenza da parte dei cittadini delle regole che impediscono la prescrizione di prestazioni o farmaci non erogabili o non rispettose di protocolli legislativi ben codificati. A questo proposito, per cercare di colmare alcune delle distanze tra i cittadini e operatori sanitari, l'OMCeO Lecce ha predisposto delle brochure divulgative dal titolo "MEDICINANZA - accorciamo le distanze" su temi che possono interessare i cittadini e fare chiarezza su alcuni aspetti della sanità pubblica (corretto accesso ai servizi di emergenza, prescrivibilità e limitazioni di alcuni farmaci con nota, compiti e limitazioni del medico di medicina generale...). Inoltre, nell'ottica di educazione al rispetto, l'OMCeO, insieme ad AIDM ha ideato e realizzato un concorso per una campagna contro la violenza sui medici, nelle scuole ad indirizzo grafico-pubblicitario della provincia con il duplice scopo di sensibilizzare i ragazzi sulla problematica e farli diventare protagonisti di un cambiamento culturale. Infine nell'ottica di tutelare i propri iscritti l'OMCeO, tramite le iniziative delle varie commissioni e in primis quella sul disagio lavorativo, si è reso disponibile a raccogliere le segnalazioni di aggressioni, al fine di effettuare azioni precise e chiare per ripristinare il rispetto nei confronti degli operatori sanitari e soprattutto, nel caso specifico, dei medici che, dopo un percorso formativo tra i più lunghi e difficili, cerca di garantire, sia pure tra mille difficoltà, le cure più adeguate per la salute di tutti.

Publicità sanitaria, ECM, Autorizzazioni, Direzione sanitaria

FOCUS SUL CONVEGNO CAO ORGANIZZATO A LECCE DALLA COMMISSIONE ODONTOIATRI



SALVATORE CAGGIULA
*(Odontoiatra libero professionista)
Presidente CAO Lecce*



ANDREA VANTAGGIATO
*(Odontoiatra libero professionista)
Componente CAO Lecce*

Sabato 7 settembre scorso la Commissione Albo Odontoiatri di Lecce ha organizzato, nella splendida cornice del Grand Hotel Costa Brada a Gallipoli, un evento formativo di grandissima rilevanza culturale, sia per i temi trattati che per l'importanza dei relatori.

Sono stati graditi ospiti infatti il **dr. Alessandro Nisio** (Pres. CAO BA), il **dr. Brunello Pollifrone** (Pres. CAO Roma) e il **dr. Andrea Senna** (Pres. CAO MI), tutti Componenti della Commissione Nazionale Albo Odontoiatri, e l'**Ing. Andrea Tuzio**, consulente CAO Roma, che sta seguendo per conto delle CAO Pugliesi l'iter del regolamento regionale relativo alle autorizzazioni sanitarie per studi ed ambulatori odontoiatrici.

Il tema della giornata, che ha suscitato grande interesse fra i colleghi salentini, era incentrato su aspetti normativi che rappresentano ormai i cardini della nostra professione.

Il dr. Alessandro Nisio (membro della Commissione Nazionale per la Formazione Continua) non poteva che soffermarsi sul tema ECM.

Ci ha chiarito che per questo Triennio (2017-2019) i 150 crediti previsti potranno essere ottenuti sia in formula residenziale (tramite provider), sia FAD e che è stato aumentato lo spazio per l'autoformazione (sino al 20%).

I crediti oggetto di autoformazione (lettura riviste e libri,

formazione ASO, ecc. ecc.) devono essere personalmente accreditati presso la piattaforma della COGEAPS (www.cogeaps.it).

Presso tale sito il singolo odontoiatra potrà procedere alla costruzione del proprio "Dossier Formativo" in cui si autodetermina e si verifica il proprio percorso di aggiornamento, cosa che di per sé consente l'automatica attribuzione di crediti formativi sino ad un massimo di 30.

Per il Triennio 2014-2016, salvo ulteriori proroghe (tra l'altro probabili, il controllo dei crediti conseguiti dal singolo professionista sarà deputato agli Ordini Professionali, e ciò a partire dal 01/01/2020.

Per ottemperare all'obbligo formativo per il Triennio 2014-2016 è previsto, sempre operando sul sito COGEAPS, che si possano far migrare irreversibilmente dei crediti acquisiti nel triennio in corso.

La mancata acquisizione dei crediti formativi può comportare sanzioni disciplinari sino alla "SOSPENSIONE". E' già accaduto che ad Aosta tale sanzione sia stata comminata ad un collega, che ha subito la sospensione dell'attività professionale per 3 mesi!!!! In futuro ciò accadrà in ogni provincia, ma, va detto, esclusivamente nei casi di particolare gravità di deficit formativo.

Inoltre, un deficit nell'acquisizione dei crediti formativi,

al di là degli aspetti ordinistico-disciplinari, rappresenta certamente un grave vulnus per il professionista in quanto può sollevare l'assicurazione professionale dalla copertura assicurativa ed assumere rilevanza medico-legale, qualora la questione venga posta in sede di contenzioso giudiziario.

Il **dr. Brunello Pollifrone** ha focalizzato il suo intervento sul **ruolo del DIRETTORE SANITARIO IN AMBITO ODONTOIATRICO**.

Ai termini del DdL Concorrenza (Legge 4 agosto 2017) le strutture societarie che offrono prestazioni di cura odontoiatriche, hanno bisogno di un DIRETTORE SANITARIO, che deve essere iscritto all'ALBO degli ODONTOIATRI. Inoltre la norma prevede che le strutture societarie che offrano servizi sia di cura medico-chirurgica che odontoiatrica, debbano avere un direttore sanitario per l'area medica e un RESPONSABILE DI BRANCA per l'area odontoiatrica, incarico questo da affidarsi a collega iscritto all'albo degli odontoiatri.

L'odontoiatra può assumere solo UNA direzione sanitaria ed egli deve essere iscritto all'OMCEO DOVE HA SEDE LA STRUTTURA (Legge di Bilancio 2019, Art. 536).

Una volta assunto l'incarico di direttore sanitario, tale INCARICO VA COMUNICATO ALL'ORDINE di appartenenza, analogamente va comunicata la rinuncia a tale incarico nel momento in cui si decida di interrompere il proprio rapporto di lavoro con la struttura.

Molteplici sono i COMPITI del Direttore Sanitario che attengono a quattro Funzioni Principali: Indirizzo, Organizzazione, Vigilanza e Istruttoria. Alcune funzioni sono di competenza diretta, altre invece di controllo indiretto.

Funzioni di indirizzo:

- Gestione del rischio clinico,
- Organizzazione e verifica della qualità delle prestazioni sanitarie,
- Direzione dei servizi igienico-organizzativi (tutela e sorveglianza dell'igiene ambientale, trasporto, stoccaggio e smaltimento dei rifiuti speciali, disinfezione e sterilizzazione),
- Rilascia copia delle cartelle/schede cliniche ai pazienti.

Funzioni di organizzazione:

- Cura dell'organizzazione e del funzionamento della struttura (organigramma);
- Organizzazione (impiego, turni e congedi) del personale in rapporto alle esigenze dei servizi ed in base ai criteri fissati dall'Amministrazione;
- Promozione delle iniziative per la formazione e l'aggiornamento del personale;
- Raccolta ed elaborazione dei dati statistici, finalizzati anche al miglioramento della qualità complessiva delle prestazioni.



Funzioni operative e di vigilanza:

- Vigilanza sulla tenuta dell'archivio sanitario e della riservatezza dei dati - PRIVACY (cartelle cliniche, schede cliniche ambulatoriali, piani di cura) e della relativa conservazione;
- Controllo sulla regolare tenuta e sull'aggiornamento dei titoli professionali e dell'assicurazione professionale del personale addetto all'attività sanitaria;
- Responsabilità della informazione (ex pubblicità) sanitaria;
- Vigilanza sul rispetto della normativa in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro, radiazioni ionizzanti e non ionizzanti;
- Responsabilità della farmacovigilanza.

Funzioni istruttorie:

- Utilizzo dei locali – idonei all'attività svolta;
- Proposta sulle modificazioni edilizie della struttura;
- Acquisto di apparecchiature, attrezzature ed arredi sanitari;
- Approvvigionamento di quanto necessario per il funzionamento (magazzino) per l'attività assistenziale rivolta all'utenza.

Su sollecito degli odontoiatri presenti il dr. Pollifrone ha poi illustrato in grandi linee il "Tariffario di riferimento per il compenso del professionista odontoiatra" adottato dalla CAO Roma nel 2017, utile come parametro di riferimento nei pareri di congruità richiesti alla Commissione, come suggerimento agli odontoiatri nella determinazione dell'onorario professionale, nonché per la liquidazione del danno in corso di contenzioso giudiziario.

La CAO Lecce si prefigge, con l'ausilio dei colleghi più sensibili alla problematica, di elaborare analogo lavoro per la nostra provincia.

Il **dr. Andrea Senna** ci ha reso edotti sul complesso iter



che ha portato all'approvazione nella Legge di Bilancio 2019 degli Art. 525 e Art. 536.

Tali articoli di legge definiscono in maniera adamantina le caratteristiche che deve avere la **“Pubblicità informativa sanitaria”**. L'art. 525, stabilisce che “Le comunicazioni informative da parte delle strutture sanitarie private di cura e degli iscritti con agli albi degli Ordini delle professioni sanitarie [...] possono contenere unicamente le informazioni [...] funzionali a garantire la sicurezza dei trattamenti sanitari, ESCLUSO QUALSIASI ELEMENTO DI CARATTERE PROMOZIONALE O SUGGESTIVO, nel rispetto della libera e consapevole determinazione del paziente, a tutela della salute pubblica, della dignità della persona e del suo diritto a una corretta informazione sanitaria”. Mentre l'art. 536, prevede che in caso di violazione delle disposizioni sulle comunicazioni informative sanitarie, siano gli ordini professionali territoriali a procedere in via disciplinare nei confronti dei professionisti.

L'ente deputato a comminare eventuali sanzioni alle società committenti pubblicità non consone alla nuova normativa sulle comunicazioni informative sanitarie è invece l'AGCOM.

Appare evidente che proporre in pubblicità sconti o prestazioni a titolo gratuito abbia finalità squisitamente promozionale, così come definire ad es. la propria struttura “clinica” abbia carattere suggestivo. Questo giusto per definire due esempi di cose da non fare. Cosa invece è legittimo? Si possono indicare i titoli, gli orari di apertura, i recapiti telefonici, le apparecchiature possedute e il tariffario praticato, quest'ultimo non deve avere caratteri promozionali (la dicitura “impianto ad 1 €” ha comportato azione disciplinare nei confronti

dell'odontoiatra inserzionista).

Stante l'attuale normativa nazionale non si può agire in nessun modo contro le società straniere che propongono pubblicità sanitaria in Italia, se non agire attraverso l'AGCOM nei confronti delle agenzie o dei media che hanno veicolato le relative informazioni sanitarie, qualora non rispondenti ai canoni espressi dalle leggi Italiane.

L'ing. Andrea Tuzio ha focalizzato il proprio intervento sulla peculiarità delle REGOLE E ADEMPIMENTI NORMATIVI vigenti al momento in PUGLIA per mettere a norma ovvero per l'apertura di una STRUTTURA SANITARIA offrente servizi di CURA ODONTOIATRICA.

I riferimenti normativi sono i seguenti: Legge Regionale 9/2017, Legge regionale 65/2017, Regolamento Regionale in BURP n° 67 del 18/06/2019.

Allo stato attuale vengono distinti 3 differenti livelli autorizzativi:

Il primo, relativo a tutti gli studi mono-professionali,



agli studi associati e alle STP (iscritte in apposito Albo Ordiniistico), che effettuano prestazioni di cura a minore invasività (ma che di fatto coprono quasi interamente l'attività professionale comunemente svolta). In questo caso per l'autorizzazione della struttura basta un NULLA OSTA ASL.

Il secondo livello necessita dell'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO e si applica alle società nonché agli studi professionali che effettuano prestazioni odontoiatriche a maggiore invasività (grande rialzo del seno, impianti zigomatici, trasposizione nervo alveolare inferiore, enucleazione lesioni neoplastiche, enucleazione lesioni non neoplastiche maggiori di 3 cm).

Il terzo livello richiede l'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE E ALL'ESERCIZIO e riguarda le strutture di specialistica ambulatoriale caratterizzate per dall'effettuazione di prestazioni erogabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in PTA (Presidi Territoriali Ambulatoriali).

Le strutture costituitesi sotto forma societaria hanno bisogno di un DIRETTORE SANITARIO che come già chiarito a livello nazionale deve essere un odontoiatra iscritto all'ALBO DOVE HA SEDE LA STRUTTURA. Egli può assumere solo UNA ed una sola direzione sanitaria.

In PUGLIA è altresì previsto che una direzione sanitaria

possa essere assunta solo con un'ANZIANITA' ORDINISTICA ALMENO DI 5 ANNI, con un'età del medico INFERIORE A 70 ANNI.

In Puglia non è prevista per legge una presenza oraria minima del D.S., questa tuttavia deve essere consona all'incarico acquisito, così come previsto dal Codice Deontologia Medica 2014.

GLI AMBULATORI ODONTOIATRICI PRECEDENTEMENTE AUTORIZZATI DAI COMUNI NONCHÉ GLI STUDI ODONTOIATRICI AUTORIZZATI ALL'ESERCIZIO SECONDO LE PREVIGENTI DISPOSIZIONI NORMATIVE DEVONO PRESENTARE ISTANZA DI CONFERMA/AGGIORNAMENTO ALL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO ENTRO IL 18/12/2019, ADEGUANDOSI AI REQUISITI MINIMI PREVISTI DAL NUOVO REGOLAMENTO REGIONALE.

Si chiarisce infine che il suddetto REGOLAMENTO REGIONALE è al momento oggetto di ulteriori possibili modifiche che potrebbero interessare le strutture societarie che avrebbero a tal punto bisogno di un accreditamento ambulatoriale di terzo livello.

Comunicazione del tesoriere dell'OMCEO di Lecce agli iscritti

Egredi Colleghi,

l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Lecce, come peraltro ogni Ordine professionale, si autofinanzia mediante gli introiti provenienti dalle tasse di iscrizione all'Albo.

E' grazie a questi introiti, infatti, che è possibile far fronte alle molteplici spese di gestione dell'Ordine stesso.

E' assolutamente necessario, pertanto, che tutti gli iscritti provvedano al pagamento della tassa di iscrizione per l'anno corrente nonché al pagamento di quelle relative ad anni pregressi ancora non versate.

La presente comunicazione è dunque un invito rivolto a quei colleghi che per qualunque motivo si trovino in situazioni di morosità e che intendano regolarizzare la propria posizione, ricordando agli stessi che ove la morosità persistesse, l'Ordine, suo malgrado, sarà tenuto a prendere i provvedimenti necessari, costituendo la morosità motivo di cancellazione dall'Albo professionale ai sensi dell'art. 6 del D.L.C.P.S. n. 233 del 1946.

Con l'auspicio di non dover assumere i detti provvedimenti nei confronti di alcun iscritto, Vi saluto cordialmente.

Dott. Cosimo Nuzzo
Tesoriere OMCEO di Lecce

CONSIGLIO DIRETTIVO DEL 11/06/2019:
(RIUNIONE ORDINARIA)

ALBO MEDICI
NUOVE ISCRIZIONI:

- 8740 **ALBANO GIULIO** da Arnesano (LE)
 8741 **BRANCA ERIKA** da Lecce (LE)
 8742 **CALABRESE GIORGIO** da Galatone (LE)
 8743 **CASOTTO LAURA** da Tricase (LE)
 8744 **CAVALERA FEDERICA** da Racale (LE)
 8745 **CIRIGNACO FRANCESCA** da Galatone (LE)
 8746 **DE DONNO ALBERTO LORIS** da Torino
 domicilio Scorrano (LE)
 8747 **DE GIUSEPPE VITO** da Poggiardo (LE)
 8748 **DE MASI SELENE MARIA** da Corsano (LE)
 8749 **ELIA STEFANIA** da Vernole (LE)
 8750 **ERROI GIORGIO** da Leverano (LE)
 8751 **FILOGRANA PIGNATELLI MARCELLO** da
 Nardò (LE)
 8752 **FORNARO FEDERICA** da Tricase (LE)
 8753 **GALANTE PASQUALE** da Galatina (LE)
 8754 **GERARDI RAFFAELE** da Squinzano (LE)
 8755 **GIANCANE ELISA** da Lecce (LE)
 8756 **GIANNUZZI FRANCESCO** da Galatina (LE)
 8757 **GIURI GIULIO** da Lecce (LE)
 8758 **GRECO MARIALETIZIA** da Lecce (LE)
 8759 **LOMBARDO ELEONORA** da Trepuzzi (LE)
 8760 **LOMBARDO SILVIA** da Ugento (LE)
 8761 **MAFFEZZOLI PAOLA** da Lecce (LE)
 8762 **MARTELLA DEBORA** da Andrano (LE)
 8763 **MARTI ALESSANDRA** da Sternatia (LE)
 8764 **MASTROLEO FEDERICO** da Racale (LE)
 8765 **METRANGOLO ENRICO** da Calimera (LE)
 8766 **NESTOLA MARIANGELA** da Copertino (LE)
 8767 **PALADINI ANDREA** da Surbo (LE)
 8768 **PALERMO DARIO** da Carmiano (LE)
 8769 **PANDIELLO MARTINA** da Lequile (LE)
 8770 **PANICO GIANFRANCO GIORGIO** da Ortelle
 (LE)
 8771 **PELUSIO FRANCESCO** da Lecce (LE)
 8772 **PERRONE AZZURRA MARIA** da Monteroni di
 Lecce (LE)
 8773 **PESINO ALESSANDRA** da Cavallino (LE)
 8774 **PRESICCE STEFANO** da Scorrano (LE)
 8775 **PULLI CLAUDIA** da MOnteroni di Lecce (LE)
 8776 **QUARTA ALESSIA** da Monteroni di Lecce (LE)
 8777 **ROLLI PATRIZIA** da Veglie (LE)
 8778 **ROMANO GUALTIERO** da Castrignano dei Greci
 (LE)
 8779 **RUBERTI NICCOLO'** da Maglie (LE)
 8780 **SCHINZARI LUCA** da Bagnolo del Salento (LE)
 8781 **SOLOMBRINO ALESSANDRA** da Lecce (LE)

- 8782 **SPECCHIA MONIA** da Corigliano d'Otranto (LE)
 8783 **TUCCARI GIULIA** da Santa Cesarea Terme (LE)
 8784 **VERGINE VALENTINA** da Cutrofiano (LE)
 8785 **VISCONTI LUCA** da Carmiano (LE)

ISCRIZIONI PER TRASFERIMENTO:

- 8786 **GIARACUNI MARCO** da Aradeo (LE), per trasferi-
 mento da OMCeO ROMA

CANCELLAZIONI PER DECESSO

- QUARTA GIUSEPPE** (26/06/1925) deceduto il
 25/01/2016
TARTARO BRUNO (21/09/1936) deceduto il 03/08/2019

CONSIGLIO DIRETTIVO DEL 09/09/2019:
(RIUNIONE ORDINARIA)

ALBO MEDICI
NUOVE ISCRIZIONI:

- 8787 **CANNAZZA SAMUELA** (19/12/1992) da LECCE
 8788 **COLUCCIA LUIGI** (01/08/1978) da CAVALLINO
 8789 **LEOMANNI LUDOVICA** (18/10/1990) da
 Otranto
 8790 **PRIORE ALFREDO** (19/04/1991) da LECCE

CONSIGLIO DIRETTIVO DEL 30/09/2019:
(RIUNIONE ORDINARIA)

ALBO MEDICI
NUOVE ISCRIZIONI:

- 8791 **BORTONE RICCARDO** (25.04.1986) da Sponga-
 no
 8792 **GIURGOLA CLAUDIA** (01.09.1988) da Caprarica
 di Lecce
 8793 **MORELLI PIETRO PAOLO** (12.07.1988) da San
 Pietro in Lama
 8794 **ROMANO ALESSANDRA** (20.03.1989) da Maglie
 8795 **TONDO ANDREA** (11.05.1992) da Guagnano

ISCRIZIONI PER TRASFERIMENTO

- 8796 **MEZZANO DANIELA** (08.03.1972) da Manduria
 8797 **PAGLIARO MAURO** (16.01.1981) da Lecce



Albo dei Consulenti Tecnici



Categorie:

- Medici Legali
- Medici del Lavoro
- Medici Specialisti e Odontoiatri

L'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Lecce ha approvato all'unanimità l'Albo dei consulenti tecnici d'ufficio del Tribunale di Lecce.

Il lavoro svolto dalla commissione "Tutela Legale e Rischio Clinico" è stato lungo e farraginoso, a causa dei dati frammentari, parziali e non aggiornati messi a disposizione.

L'albo dei C.T.U. è stato articolato in 3 gruppi di medici: medici legali, medici del lavoro, medici specialisti (e non) ed odontoiatri. Per ogni medico è stata indicata la specializzazione, la dipendenza o la convenzione con A.S.L., l'attività medica svolta presso strutture cliniche convenzionate e non, la libera professione, la partecipazione nelle commissioni di invalidità, la PEC, ecc..

I dati inseriti nell'elenco saranno utili nella scelta del C.T.U., perché potranno servire ad evitare possibili casi di incompatibilità e/o di insufficiente conoscenza tecnico-scientifica della causa in oggetto. Le linee guida applicate nella redazione dell'albo, sono state concordate dai vertici della magistratura con la delegazione dell'ordine dei medici rappresentata, nell'incontro avvenuto nel 2018 presso il Tribunale di Lecce, dal presidente Donato De Giorgi e dai consiglieri Fernando Tarantino e Mimmo Rocco.

L'albo sarà presentato ai giudici nei prossimi mesi.

Commissione Tutela legale e Rischio Clinico

Fernando Tarantino (coordinatore), Mimmo Rocco (vice coordinatore), Bruno Causo, Valerio Cirfera, Piero Galluccio, Cesare Giannone, Giuseppe Guida, Giuseppe Loiacono, Antonella Maddalo, Maria Elena Minchillo, Aldo Paiano, Sandro Petrachi, Andrea Tinelli, Alberto Tortorella.

LA VOSTRA SALUTE È UN NOSTRO IMPEGNO CONTINUO

IL CENTRO SI DOTA DI DUE NUOVISSIME E IMPORTANTI TECNOLOGIE

CONE BEAM KaVo OP 3D PRO

LO STRUMENTO IDEALE PER:

Odontoiatria generale

Endodonzia

Ortodonzia

Chirurgia orale e mascellare

Implantologia

Grande qualità delle immagini di un ORTHOPANTOMOGRAPH™ combinata con il massimo comfort sono le caratteristiche principali del nuovissimo Cone Beam KaVo OP 3D PRO.

L'elevata precisione delle immagini 2D con funzione pan multistrato e V-Shape-Beam Technology, abbinata a cinque diversi volumi con quattro risoluzioni di immagini 3D, la funzione Automatic Dose Control e l'innovativa Low Dose Technology, fanno di OP 3D Pro la scelta ideale per tutte le indagini diagnostiche, sia per acquisizioni standard 2D che per acquisizioni 3D, con o senza opzione cefalometrica.



SISTEMA RADIOLOGICO PORTATILE



**Lo strumento ideale per
l'esecuzione dell'esame
direttamente presso il
domicilio del paziente**



Info e prenotazioni
Centro Medex

Via Campi 170 73018 - Squinzano(LE)

Tel. 0832 781806 - 2

info@centromedex.it - www.centromedex.it



di GIUSEPPE PALAIA

«Corri, dottore, corri»... La vita è una corsa a tappe

INTERVISTA AL DOTTORE GIUSEPPE PALAIA, EMBLEMA DELLA MEDICINA
E DELLO SPORT SALENTINI

“ L'attività fisica come prevenzione
e terapia di numerose malattie ”

Idolo dei tifosi leccesi, una eccellenza della Medicina dello sport italiana. Il dottore Giuseppe Palaia ha legato il suo nome soprattutto al Lecce calcio di cui è responsabile sanitario dal lontano 1977, con una breve parentesi dal 2013 al 2017 quando è stato responsabile sanitario del Basket Brindisi per poi fare ritorno a furor di popolo nell'U.S. Lecce. Insomma, un mito supportato da specializzazioni in Anestesia e Rianimazione, in Medicina dello Sport, in Medicina fisica e riabilitativa. Senza dimenticare i suoi trascorsi da atleta: recordman degli 80 metri piani nel 1960, campione regionale assoluto nei 100 e nei 200 nel 1963, campione del mondo per medici (42-50) nel 1993. Niente di meglio, dunque, che una intervista al dottore Palaia per aprire questo forum su Medicina e Sport.



“È riduttivo interessarsi solo dell'organo e non dell'organismo”

D) *Pino, da ragazzo hai cominciato a “correre” e poi non hai più smesso di “correre”: sui campi di calcio e di basket di tutta Italia, nelle sale operatorie, sulle autoambulanze, e “corri, dottore, corri” è il titolo emblematico di una tua biografia. A cosa si riferisce quel “Corri, dottore, corri”?*

R) Il titolo “Corri dottore corri”, si riferisce ad un episodio avvenuto nel 1994, durante la gara Lecce - Udinese, in seguito ad un trauma cranico subito da Francesco Marino, calciatore dell'Udinese, dopo uno scontro aereo con Biondo. Fui chiamato a gran voce da Sarchilli “corri dottore corri”, che l'anno prima aveva giocato nel Lecce e sapeva del doppio ruolo che ricoprivo: medico sociale e rianimatore sul campo.

Però la frase “corri dottore corri”, è diventato un motto emblematico per il significato che do alla vita, simile ad una corsa a tappe, ogni tappa ha un traguardo che può raggiungersi facilmente, ma può essere ricco di ostacoli che come nello sport si cerca di superare, l'ultimo traguardo lo stabilisce chi è lassù.

D) *Sport e Medicina : un binomio per te inscindibile. Cosa hai visto in comune tra Sport e Medicina?*

R) Sport e medicina è indubbiamente un binomio inscindibile, l'attività fisica è prevenzione di molte malattie ed anche terapia. Insieme al collega Nicola Ciannamea abbiamo coniato lo slogan: “l'attività fisica come farmaco”. Ho fatto tesoro di tale slogan anche durante il mio percorso di paziente oncologico.

D) *Medico dello Sport, Anestesista-Rianimatore, Terapista del Dolore e Riabilitatore , cioè praticamente “tutto”, dalla prevenzione alle emergenze , specialista di “organismo” e non di organi o pezzi. Ritieni forse che la Medicina, necessariamente iperspecialistica, non debba però mai perdere la visione unitaria dell'organismo umano?*

R) Nasco anestesista rianimatore, divento medico dello sport, fisiatra riabilitatore. Sono specializzazioni il cui collante è dato dalle conoscenze che l'anestesista rianimatore ha nel



proprio bagaglio formativo. Noi consideriamo l'uomo, non parte di esso, sarebbe riduttivo interessarsi solo dell'organo e non dell'organismo, perdendo di vista l'aspetto globale e non il distrettuale. Purtroppo, attualmente, i medici sociali di squadre anche titolate sono solo dei coordinatori che devono rifarsi a vari superspecialisti per porre una diagnosi definitiva; tutto questo è deprimente. L'eccessiva settorializzazione della medicina crea, a

“ Lottare sempre arrendersi mai sia in campo che nella vita ”

volte, grossi problemi nell'inquadramento nosologico di alcune forme morbose che il medico ha l'obbligo di conoscere.

D) *Ti ami definire “medico da campo”. Cosa intendi con questa espressione?*

R) Mi piace definirmi “medico da campo” perché il medico da campo ha degli obiettivi temporali che non ha il medico “da scrivania”. L'atleta ha delle scadenze temporali (gare domenicali, maratone, olimpiadi ecc.) che noi, medici da campo, dobbiamo cercare di rispettare, magari “inventandoci”

qualcosa uscendo fuori dai canoni della medicina tradizionale.

D) *Tu ormai sei una leggenda nella storia del calcio salentino ed occupi un posto importante nel cuore dei tifosi del Lecce. Lo hai concretamente percepito in una occasione particolare. Ne vuoi parlare?*

R) Indubbiamente i tifosi de Lecce mi vogliono bene, l'ho percepito in più di una occasione. La prima, quella più importante, quando nel letto dell'ospedale dopo l'intervento per neoplasia intestinale, nel corso della gara Lecce - Messina



“ Sono un medico da campo non da scrivania ”

dell'ottobre 2005, i ragazzi della Nord esposero lo striscione “Forza dottor Peppino la Nord ti è vicino”; ed ancora al mio ritorno nel Lecce, come responsabile sanitario, sempre i ragazzi della Nord mi acclamarono con un altro striscione “Peppino portaci in B”. A fine campionato, ottenuta la promozione, ho risposto con una T-shirt: U.L. VI HO ACCONTENTATI. Quindi alla fine portò anche bene.

D) Sei il responsabile di una equipe sanitaria di primo livello che, negli anni scorsi, ha annoverato Colleghi che purtroppo ora non sono più con noi. Di loro cosa ricordi in particolare ?

R) In tutti questi anni ho collaborato con dei colleghi che purtroppo non ci sono più: Carlo Pranzo, Antonio Montinaro e Gigi Cappello. Soprattutto con i primi due ho avuto un rapporto eccezionale, non solo dal punto di vista lavorativo, ma anche dal punto di vista umano. Li definivo le mie sostanze tampone, perché riuscivano a bloccare la mia esplosività caratteriale e “mi facevano ragionare”. La loro dipartita mi ha lasciato orfano di un'amicizia vera che ha costellato tutti questi anni. Ricordo il loro sconforto quando li resi partecipi della mia patologia neoplastica. La fatalità ha voluto che io ne uscissi fuori e loro purtroppo no. Fisicamente non sono più con noi ma il loro insegnamento umano e professionale rimane soprattutto in quei colleghi che continuano la loro opera.

D) Il rapporto del Medico dello Sport con gli Allenatori non è sempre idilliaco. Quali sono gli Allenatori con i quali la collaborazione è stata ottimale? Mantieni con loro rapporti di amicizia?

R) Il rapporto con gli allenatori non è stato sempre idilliaco; in alcuni casi solo un rapporto professionale, in altri casi oltre che professionale anche umano. Un esempio per tutti Carletto Mazzone che rivolgendosi a me mi chiama “fratello”. E' chiaro che lavorando gomito a gomito vi possono essere delle frizioni che sfociano nei conflitti di competenza. In quest'ottica l'equipe deve essere considerata come un mosaico, se un pezzo del mosaico esce fuori dalla figura, il pezzo diventa insignificante e l'immagine si rovina.

D) E quali sono gli Allenatori che non vorresti più incontrare ?

R) Allenatori che non vorrei più incontrare non ce ne sono anche perché nella mia vita ho sempre privilegiato l'aspetto

umano e incontrare allenatori o atleti che ho conosciuto nel corso degli anni di medico sportivo mi rende felice, in quanto quel feeling umano che ho cercato di stabilire con tutti mi appaga.

D) La tua vicenda di vita, legata in modo ferreo allo sport ed alla medicina, è irripetibile, tutta “da invidiare” per i comuni mortali. E' difficile pensare che, volgendetosi indietro, tu possa avere rimpianti. E' così?

R) Attualmente continuo il mio impegno professionale nei centri riabilitativi “PALAIA HUMAN CARE”. Non ho rimpianti rifarei tutto quello che fatto, cose buone e meno buone, vittorie e sconfitte, perché l'alternanza della vita ti pone a vincere e a perdere, ad avere momenti felici e meno felici. La vita stessa deve essere vissuta nella sua totalità seguendo l'insegnamento dello sport: lottare sempre, arrendersi mai.

a cura di Silvio Colonna



Opera di Luigi De Mitri

"BARONI"
STAZIONE TERMINI
10.11.1998 22.10
23/2/1998 DE MITRI





di NICOLA CIANNAMEA

Medico ortopedico – Distretto Socio sanitario Lecce

Siamo sempre più un paese di vecchi? Sì, ma l'attività fisica ci mantiene giovani

SPORT, ALIMENTAZIONE E UN CORRETTO STILE DI VITA SONO LA CHIAVE DELLA LONGEVITA'

Oltre due milioni di persone, in Italia, hanno più di 85 anni (arrivando anche a vivere fino a 100 anni e più), tanto da essere uno dei paesi più longevi d'Europa e del mondo.

Secondo il rapporto ISTAT 2019 in dieci anni le persone che hanno raggiunto i 100 anni sono passati da 11.000 a 14.000, quelli di 105 anni da 472 a 1.112 con un incremento del 136 %, tanto che la società italiana di geriatria e gerontologia ha stabilito che si è anziani dai 75 anni in su ed ha ribadito che sport, alimentazione ed uno stile di vita corretto sono la chiave della longevità e ci permettono di arrivare ad una età avanzata in buone condizioni fisiche.

Ciò che sorprende di più è che un 65enne di oggi ha una forma fisica e cognitiva di un 40-45enne di trent'anni fa, un 75enne quella di un individuo che aveva 55 anni nel 1980 considerando che l'aspettativa di vita in Italia è aumentata di circa 20 anni rispetto al '900.

Un enorme progresso mondiale, anche se bisogna considerare che ci sono delle zone nel mondo ed in Italia, in Sardegna, le cosiddette "zone blu", maggiormente avvantaggiate rispetto alle altre, dove le giuste condizioni ambientali e climatiche, la buona qualità dell'aria ed il poco inquinamento aiutano ad arrivare ad una età anziana senza grossi problemi.

Quello che sembra essere importante, in queste zone, è che le persone che ci vivono fanno attività fisica, soprattutto camminano, sono normopeso ed esistono buoni rapporti interpersonali volti ad un aiuto vicendevole e, ciò che sembra

“ Favorire uno stile di vita adeguato al mantenimento delle capacità fisiche, intellettive, sociali e lavorative dell'anziano



“ In Italia un esercito di oltre 14 mila centenari ”

molto importante, si conduce un ritmo di vita meno stressante, così come recita un vecchio proverbio tibetano, più che attuale ai giorni nostri: “Se vuoi raggiungere un invecchiamento in buona salute, cammina il doppio, mangia la metà, ridi il triplo ed ama senza limitazioni”.

Nelle altre zone, specie in quelle più rurali, spesso, ad un aumento dell'età della vita si affianca un peggioramento dello stato di salute con l'aumento delle malattie specie quelle cronico-degenerative.

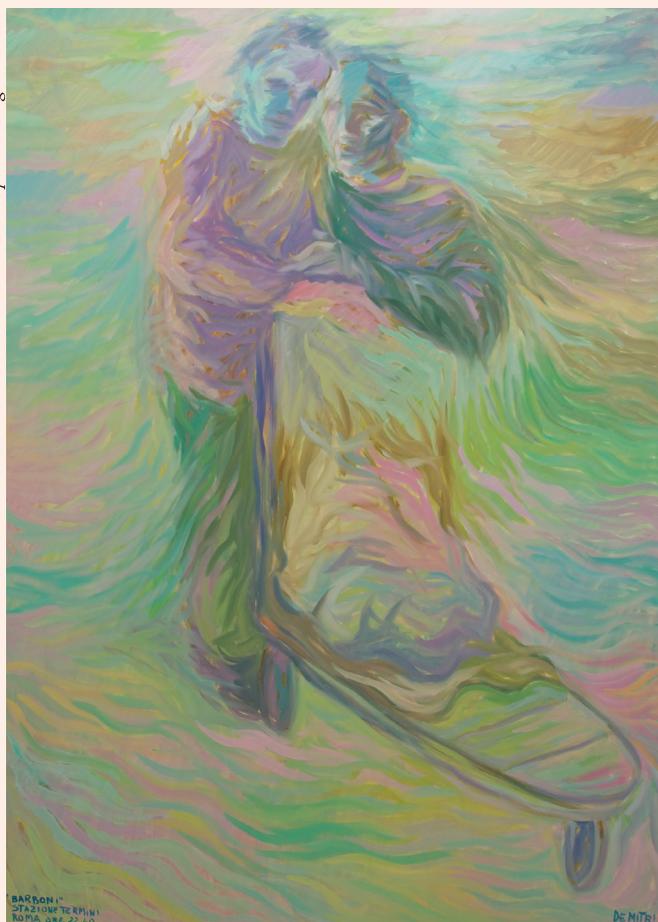
Per questo già nel 2000 l'OMS è intervenuto per spingere e favorire uno stile di vita adeguato al mantenimento delle capacità fisiche, intellettive, lavorative e sociali dell'anziano.

Anche l'Europa si è imposta di conseguire gli stessi obiettivi all'interno della "Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012-2020 al fine di promuovere l'attività fisica per la terza età, una assistenza domiciliare diretta alla prevenzione delle malattie, servizi di self-care, strategie di sviluppo partecipativo tra personale medico e assistenziale in campo geriatrico e setting assistenziali per la prevenzione delle malattie.

La situazione italiana che viene monitorata con il sistema Passi, ben si adegua alle linee guida dell'OMS, considerando che, grazie anche ad un clima ottimale, è più facile fare attività motoria, godere di una vita meno stressante e fare uso di una alimentazione che vede nella dieta mediterranea il suo caposaldo, legato prevalentemente all'uso di frutta, verdura, cereali e grasso buono.

L'avanzare dell'età, di per se, porta ad una serie di problematiche fisiche e psichiche che vanno a toccare tutti gli organi, realizzando un progressivo deterioramento strutturale e funzionale (1) in gran parte dei sistemi fisiologici, anche in assenza di disturbi avvertibili (13). Tali cambiamenti fisiologici interessano una vasta gamma di tessuti, organi e funzioni e possono cumulativamente influenzare le attività della vita quotidiana e il mantenimento dell'autonomia fisica nella fascia d'età più anziana.(9) La diminuzione della capacità aerobica massimale ($\dot{V}O_2\text{max}$) e il ridotto rendimento dell'apparato muscolo-scheletrico con l'avanzare dell'età sono due esempi di invecchiamento fisiologico. Qualsiasi variazione in ciascuno di questi valori costituisce un fattore determinante di tolleranza al movimento e di capacità funzionale tra i più anziani. I valori di partenza in donne e uomini di mezza età preannunciano futuri rischi di disabilità, malattie croniche e decesso. La diminuzione, dovuta all'invecchiamento, del $\dot{V}O_2\text{max}$ e della forza, indica, inoltre, che a ogni carico di esercizio submassima-

Opera di Luigi De Mitri



le ai soggetti più anziani si deve chiedere di esercitare una percentuale maggiore di capacità (e sforzo) massimale rispetto ai soggetti adulti più giovani.

Altra caratteristica del processo fisiologico dell'invecchiamento è il cambiamento della composizione corporea, con serie conseguenze sulla salute e sulla funzione fisica dell'anziano. Esempi specifici si traducono nel graduale accumulo di massa grassa e relativa ridistribuzione tendente a depositarsi nelle regioni centrali e addominali durante la mezza età e nella riduzione del tessuto muscolare (fino alla sarcopenia) durante la mezza età e l'età matura, con conseguenti rischi di affezioni metaboliche e cardiovascolari.,

Tale deterioramento, purtroppo naturale ed inevitabile può essere comunque rallentato con una maggiore cura di se stessi attraverso un esercizio fisico continuativo che tenga conto delle condizioni fisiche di chi lo pratica.

Grazie ai vari studi a livello internazionale come quello della Sackler School of Medicine dell'università di Tel Aviv, si è

“ I segreti per vivere a lungo? Allenamento aerobico e allenamento di resistenza ”

dimostrato come le cellule staminali muscolari, attraverso l'allenamento si auto-rigenerino, creando una vera e propria barriera contro l'invecchiamento.(16)

Uno studio dell'American College of Sport Medicine ha constatato che con una sola ora e mezza di esercizio aerobico settimanale si riescono a prevenire circa 40 malattie croniche ed il pericolo di ammalarsi di Alzheimer diminuisce del 50%

L'attività fisica aiuta a controllare e a migliorare patologie quali il diabete, l'ipertensione arteriosa, il profilo lipidico, specie il colesterolo; contribuisce a ridurre il rischio di osteoporosi, a prevenire le cadute a ridurre la massa grassa.

L'attività motoria in età matura dovrebbe diventare un obbligo sociale perché aiuta a mantenere, ove possibile, uno stato di salute ottimale con uno sgravio delle spese sanitarie e farmaceutiche

Le Physical Activity Guidelines for Americans (2008)(5) per gli anziani in buono stato di salute, consigliano praticare due tipi di attività fisica durante la settimana sia per aumentare la capacità aerobica, sia per rafforzare la capacità muscolare. Se invece una persona è affetta da una malattia cronica o condizione che possa limitare lo sforzo fisico, deve concordare con il proprio medico il tipo di attività da svolgere tenendo presente che non bisogna mai mantenere uno stile di vita inattivo.

Anche l'American College of Sports Medicine (ACSM), ha evidenziato ultimamente una revisione della sua pubblicazione Exercise and Physical Activity for older adults del 2007(14) specificando quelle che sono le nuove evidenze relative ai benefici di un regolare esercizio fisico negli anziani.

Le best practice guidelines evidenziano come:

- a) tutta la popolazione adulta dovrebbe evitare l'inattività;
- b) una leggera attività fisica è meglio che nessuna attività;
- c) gli anziani che svolgono una qualche attività fisica, indipendentemente dalla quantità, traggono comunque benefici sulla salute.

Laddove non sia possibile svolgere nel tempo consigliato una attività aerobica moderata, l'anziano affetto da malattie croniche dovrebbe impegnarsi comunque in un'attività compatibile con le proprie capacità e condizioni fisiche.

Due sono le attività da svolgere

Due modalità di allenamento sono consigliati nella età avanzata e presentano la maggior quantità di dati a favore (11):

- 1) allenamento aerobico
- 2) allenamento di resistenza.

Laddove sussistano dati sufficienti, si includono informa-

zioni relative ai benefici riconosciuti degli esercizi di equilibrio e flessibilità. L'attività aerobica include gli esercizi per le fasce muscolari maggiori del corpo che si muovono ritmicamente per periodi prolungati; (4)

Nella attività di resistenza si eseguono esercizi dove i muscoli lavorano contro resistenza a una forza o a un peso applicato; (2)

Gli esercizi di flessibilità sono quelli che conservano o a estendono l'arco di movimento dell'articolazione;

Gli esercizi di equilibrio sono una combinazione di attività intese a incrementare la forza delle parti inferiori del corpo e a ridurre il rischio di caduta. (7)

L'attività aerobica svolta tre volte la settimana e preferibilmente all'aria aperta, deve essere moderata per un tempo di 150 minuti alla settimana (inferiore al 70% del VO2 max), e/o intensa per un tempo di 75 minuti (fra l'80 ed il 90% del VO2 max) da svolgere meglio nella stessa giornata ma anche in giorni differenti.

Esempi di attività aerobica negli anziani sono: Camminare, ballare, nuotare, jogging, bicicletta, tennis.

Esercizi di resistenza dovrebbero essere svolti una o due volte a settimana e consistono in: Esercizi con elastici, macchine e manubri, esercizi callistenici (a corpo libero), Pilates, Yoga o Tai Chi.

Nella evidenziazione di esercizi atti ad impedire le cadute nell'anziano si devono aggiungere anche esercizi di flessibilità come lo stretching per ciascuno delle principali fasce muscolare e movimenti statici anziché balistici associati ad esercizi di equilibrio (12), (16)

L'attività resistenza volta ad un rafforzamento muscolare, (10) invece, dovrebbe essere svolta due o più giorni la settimana, esercitando i più importanti gruppi muscolari quali: gambe, glutei, dorsali, addominali, pettorali, spalle e braccia, svolgendo almeno 8 o 12 ripetizione per ogni gruppo muscolare. (3)

Bisogna considerare che i benefici che derivano da una regolare attività fisica richiedono molti anni di pratica regolare. Ma è anche vero che alcuni benefici si possono manifestare a poche settimane dall'inizio e sono quelli collegati ad una migliore capacità cardiovascolare. (8)

Un cuore ben funzionante assicurerà un buon funzionamento di tutto l'organismo, migliorando l'efficienza del battito cardiaco, aumentando i globuli rossi nel sangue, aumentando la capacità respiratoria, stimolando la formazione di capillari nei muscoli. (17),(18)

“ Possibile prevenire circa 40 malattie croniche ed il rischio di ammalarsi di alzheimer ”

Ulteriormente importante è quanto deriva dagli studi congiunti effettuati c/o la Vrije Universiteit in Olanda, l'University of Calgary di Alberta in Canada, l'Università di Edimburgo nel regno Unito, l'Harvard Medical School nel Massachusetts, la Columbia University di New York, si è arrivati a constatare che la strategia più efficace per contrastare il declino cognitivo e l'attività fisica.

Un po' di moto quotidiano contribuisce ad irrorare il cervello evitando l'inevitabile perdita di volume e massa cerebrale, ma grazie alle nuove tecnologie di diagnostica per immagini, si è scoperto che l'esercizio fisico stimola anche la nascita di nuove cellule nell'ippocampo, struttura cerebrale deputata alla memoria ed all'apprendimento, e contribuisce perfino a creare nuovi contatti sinaptici. Meccanismi ritenuti impossibili fino a qualche anno fa.

L'attività fisica regolare riduce la mortalità per tutte le cause e quella correlata a patologie cardiovascolari del 20-30% in una modalità dose dipendente nella popolazione generale ma anche in persone con fattori di rischio coronarici e nei cardiopatici; essere attivi è risultato associato ad un guadagno globale come aspettativa di vita pari 3,4-4,5 anni.

Esercizio fisico costante ha inoltre un effetto protettivo

diretto sullo sviluppo delle lesioni aterosclerotiche ed un effetto indiretto favorevole su altri fattori di rischio cardiovascolare (profilo lipidico, sensibilità all'insulina, massa grassa e pressione arteriosa) mentre la sedentarietà agisce invece con una tendenza opposta. Attività fisica, alimentazione corretta, diminuzione dello stress migliorano le capacità motorie e intellettive assicurando una vecchiaia più serena e salutare anche se la longevità inizia da ragazzi.

I miglioramenti ottenuti col giusto esercizio fisico si vedono a lungo termine e per questo è importante cominciare da giovani a praticare dello sport. Non bisogna aspettare di diventare anziani per praticare attività sportiva.

Contenere il proprio peso corporeo con una giusta quantità di massa magra e una bassa quantità di massa grassa fa bene alla salute ed è indice di un'attenzione al proprio corpo, come vivere una vita meno stressante, più ricca di attenzione al self-care conduce ad una maggiore consapevolezza del proprio Io.

Anche semanticamente parlare di longevità e non di vecchiaia, parlare di salutogenesi e non di lotta alla malattia induce al buonumore, alla propositività ed assertività utili in questo particolare periodo della nostra epoca.



LIFE WALKING: UNA CAMMINATA PER LA VITA



Andatura svelta, braccia oscillanti, corpo eretto, sguardo all'orizzonte, sono le caratteristiche più importanti del Life Walking, la camminata che mutua il suo essere dal Fit Walking ma che nasce da motivazioni differenti.

Questa camminata si svolge a passo veloce ed è un vero e proprio esercizio fisico che aiuta a bruciare calorie, a combattere lo stress e può considerarsi anche un atto di prevenzione verso determinate malattie ed un utile aiuto per migliorarne altre. Molti lavori scientifici consigliano di camminare per trarre beneficio anche in chi ha qualche problema di salute. Migliora la pressione arteriosa, riduce i livelli di colesterolo e quelli glicemici, migliora la respirazione e permette un miglior funzionamento cardio vascolare. In alcuni casi è una vera e propria terapia che può aiutare a superare momenti particolari della vita e permettere di ripartire.

La storia del Life Walking si intreccia con la mia storia personale e con la necessità di superare un momento particolare della mia vita.

2014 è l'anno in cui scoprii di essere affetto da un tumore, amara sorpresa che improvvisamente mise un grosso punto interrogativo sulle mie ambizioni, idee, prospettive.

Tutto venne giù in un attimo.

Momenti duri e difficili per chi abituato a stare dall'altra parte si ritrova su un letto operatorio per eliminare drasticamente quella apparente innocua nocellina comparsa improvvisamente nel corpo. Successivamente giorni di chemioterapia e radioterapia mi permisero di meditare sulla mia situazione, sulla sua comparsa, sul mio futuro fino a che, piano piano, dentro di me, sentii un'energia improvvisa, formidabile che mi portò ad esplorare una serie di attività, non solo fisiche, permettendomi di riemergere da una situazione che mi minacciava non solo fisicamente, ma anche mentalmente.

In quei giorni riuscii a trovare nei miei piedi gli strumenti per risalire la china, iniziai a leggere, ad informarmi ed iniziai la mia camminata per affrontare la mia nuova rinascita, la mia nuova vita. Quale migliore metafora che camminare? Questo atto ti porta lontano ti permette di lasciare un posto e di raggiungerne un altro, lasci quello che è stato e inizi un nuovo percorso. Camminare d'altronde è lo sport più antico del mondo, un atto fisiologico, che allontana lo stress, permette di mantenere in allenamento corpo e mente, è meno traumatico della corsa ed è adatto a tutti.

Ormai molto conosciuta in città questa disciplina ha preso piede, raggiungendo risultati ragguardevoli in termini di appassionati e quest'anno inizia il quinto anno di attività dalla sua nascita.

Chi fa parte del Life Walking si può definire "camminatore serale" perché tre volte la settimana alle 20,40 ci si incontra in una piazza di Lecce per poi percorrere, nelle vie periferiche, circa 10 km in un'ora e mezzo circa.

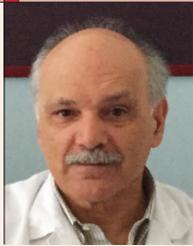
È un momento di aggregazione, di confronto, di amicizia nella quale si vive la dimensione del gruppo.

Siamo circa 50 persone, ma ogni sera si aggiungono nuove persone, a volte solo curiosi, una sorta di famiglia allargata che il suono dei passi accompagna in una dimensione che aiuta ad allontanare tutte le energie negative e stressanti in una sorta di armonia che si manifesta in special modo quando si cammina, alcune volte, sulla spiaggia o con la luna piena nel magico percorso notturno delle Cesine.

Armonia di cuore, mente e spirito che non è avventato paragonarla ad un farmaco, potente, innocuo, adatto a tutti e che crea benessere.

Non occorre nemmeno la ricetta!

(Nicola Ciannamea)



di DONATO MELISSANO

U.O. Cardiologia P.O. Casarano
Medicina dello Sport Casarano

La prescrizione dell'esercizio fisico in ambito cardiologico

LA SEDENTARIETÀ CAUSA OGNI ANNO NEL MONDO QUASI DUE MILIONI DI MORTI

“Nel prescrivere l'attività fisica bisogna fare attenzione agli effetti cardiovascolari acuti e cronici che comportano”

EPIDEMIOLOGIA

E' ormai ampiamente documentato che la sedentarietà è responsabile di un aumento significativo di morbilità e mortalità totale e cardiovascolare.

Secondo l'OMS l'inattività fisica causa annualmente, nel mondo, 1,9 milioni di morti; e stima che globalmente sia causa del 10-16% dei casi di cancro della mammella, del colon e di diabete mellito e del 22% di cardiopatia ischemica. E' stato stimato che l'eliminazione del fattore di rischio "sedentarietà" può portare ad una riduzione delle MCV del 15-39%, del 33% di ictus, del 22-33% del cancro del colon e del 18% di fratture ossee da osteoporosi.

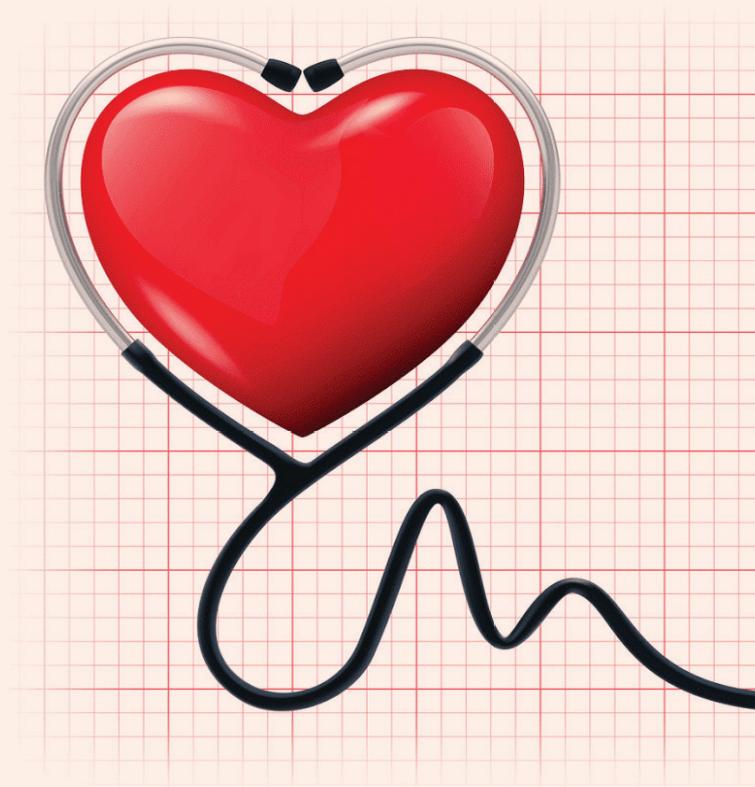
La sedentarietà si pone nel terzo millennio come fattore di rischio principale.

DEFINIZIONI

Per "attività fisica" o "esercizio fisico" si intende qualsiasi movimento corporeo dovuto a contrazione della muscolatura scheletrica e associato ad un consumo energetico.

"Allenamento o training fisico" è invece l'attività fisica regolare, strutturata e finalizzata al miglioramento e/o mantenimento dell'efficienza fisica.

Per "efficienza fisica" si intende quell'insieme di capacità (flessibilità, forza muscolare, composizione corporea e performance cardiorespiratoria) relative all'abilità di praticare attività



“ Le differenze degli stimoli acuti spiegano l'esistenza di adattamenti diversi ”

fisica e legate ad una riduzione del rischio di mortalità e morbilità cardiovascolare.

La ridotta performance fisica, conseguente alla sedentarietà, rappresenta una dei più importanti fattori predittivi di mortalità nella popolazione generale apparentemente sana. Si associa infatti ad un aumento della mortalità cardiovascolare. E' noto che la performance fisica si riduce del 7-10% per ogni decade di età. Tuttavia, come risulta da recenti evidenze, alcune settimane di allenamento hanno lo stesso effetto di 30 anni di età sulla tolleranza allo sforzo e che 6 mesi di training sono in grado di far recuperare la riduzione della performance fisica legata all'invecchiamento.

Non è noto attraverso quali meccanismi biologici la sedentarietà eserciti i suddetti effetti deleteri. E' probabile che siano il risultato di modificazioni sfavorevoli esercitate direttamente sull'apparato cardiovascolare e dell'influenza negativa sui vari fattori di rischio. E' stato dimostrato che alcune settimane di

inattività fisica sono sufficienti ad alterare in maniera significativa l'attività degli enzimi responsabili dello stress ossidativo e la funzione endoteliale, la quale è la "condicio sine qua non" nella patogenesi dell'aterosclerosi.

CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE

Per prescrivere l'attività fisica ad un soggetto sedentario, sano o cardiopatico, si deve conoscere la fisiologia e la fisiopatologia dei diversi tipi di esercizio fisico e di sport, con particolare riguardo agli effetti cardiovascolari acuti (aggiustamenti) e cronici (adattamenti) che essi comportano.

Le risposte acute all'esercizio fisico (aggiustamenti) variano in base alle risposte della frequenza cardiaca, pressione arteriosa, resistenze periferiche, ma anche in base alla tipologia di "stimolo", per esempio continuativo, intervallato o neurogeno, di breve o di lunga durata. L'impegno cardiaco può essere costante nel tempo, come nelle discipline aerobiche di lunga durata, oppure intermittente, come nei giochi con la palla (attività aerobiche-anaerobiche alternate). Negli sport a prevalente impegno neurosensoriale, "neurogeno", l'impegno cardiaco può apparire modesto dal punto di vista emodinamico, ma è invece notevole sul piano della sollecitazione neuro-ormonale, soprattutto adrenergica.

Le differenze, talora notevoli, degli stimoli "acuti" ripetuti nel tempo (adattamenti) spiegano l'esistenza di adattamenti diversi in funzione del tipo, durata ed intensità dello stimolo/i stesso/i

Un altro aspetto nella classificazione degli sport è il "rischio intrinseco", proprio di alcune attività sportive in relazione all'ambiente sfavorevole in cui si svolgono (sport subacquei, alpinismo, motoristici, etc), o negli sport di contatto con violente stimolazioni cardiache riflesse nei quali possono verificarsi traumi contusivi toracici ed aritmie.

Una moderna classificazione degli sport è quella data dal COCIS nel 2017, la quale prevede 5 gruppi:

- A, sport di postura destrezza;
- B, sport di potenza;
- C, sport di misti;
- D, sport aerobici;
- E, sport aerobici/anaerobici massivi.

Gruppo A: attività sportive con impegno cardiocircolatorio di tipo "postura o destrezza", i cui adattamenti cardiaci sono



“ La moderna classificazione dello sport prevede cinque gruppi differenti ”



Opera di Luigi De Miri

caratterizzati da scarso incremento dei volumi e delle masse cardiache, ovvero valori sovrapponibili o di poco superiori a quelli dei soggetti sedentari (bocce, bowling, curling, birilli, golf, sport di tiro, caccia sportiva, biliardo sportivo, bridge, dama, scacchi, automobilismo, motociclismo, motonautica, aviazione sportiva, paracadutismo, pesca sportiva, equitazione, vela, pattinaggio artistico, etc)

Gruppo B: attività sportive con impegno cardocircolatorio di tipo “potenza”, i cui adattamenti cardiaci sono caratterizzati da scarso incremento dei volumi e marcato incremento della massa cardiaca (alpinismo, arrampicata sportiva, atletica legge-

ra, bob, cultura fisica, ciclismo, motociclismo (motocross, enduro), nuoto sincronizzato, sollevamento pesi, sci nautico, sci alpinismo, surfing, tiro alla fune, windsurf, etc).

Gruppo C: attività ad impegno cardiocircolatorio “misto”, caratterizzato da variabile andamento della frequenza cardiaca, delle resistenze periferiche e della gittata cardiaca i cui adattamenti cardiaci sono caratterizzati da moderato incremento dei volumi e moderato incremento della massa cardiaca ed i cui adattamenti dipendono dal ruolo che l’atleta svolge nell’ambito della squadra (badminton, baseball, calcio, canoa, danza sportiva, football americano, ginnastica ritmica, hockey, lotta, judo, karate, pallacanestro, pallamano, pallavolo, pallapugno, beach volley, polo, pugilato, rugby, scherma, squash, tamburello, tennis, tennis tavolo).

Gruppo D: attività ad impegno cardiocircolatorio “aerobico” i cui adattamenti cardiaci sono caratterizzati da elevato incremento dei volumi e moderato o scarso incremento della massa cardiaca (atletica leggera (corsa di fondo, marcia), combinata nordica, nuoto specialità fondo, nuoto pinnato, orientamento, pattinaggio a rotelle, pentathlon, triathlon):

Gruppo E: attività ad impegno cardiocircolatorio “aerobico-anaerobico massivo” i cui adattamenti cardiaci sono caratterizzati da elevato incremento dei volumi ed elevato incremento della massa cardiaca (mezzofondo, corsa di montagna, sci di fondo, biathlon, canottaggio, ciclismo (corsa a tappe, su strada inseguimento, etc), pattinaggio su ghiaccio, triathlon, etc).

Effetti dell’esercizio fisico sui fattori di rischio cardiovascolare.

Un esercizio fisico regolarmente svolto è in grado di migliorare la totalità dei fattori di rischio cardiovascolare. Quando i livelli dei singoli fattori di rischio non sono particolarmente elevati, ricorrere alla terapia farmacologica in prima battuta appare ingiustificato, costoso e concettualmente errato, in quanto costituisce un intervento sintomatico e non causale.

Ipertensione arteriosa: L’attività fisica di intensità moderata, nel giovane e soprattutto nell’anziano, è in grado di ridurre di 5-7 mmHg i valori di pressione sistolica e di 3-5 mmHg quelli di pressione diastolica, presentando un’efficacia prossima a quella di un trattamento farmacologico monoterapico.

Dislipidemie: L’attività fisica provoca modificazioni favorevoli, in senso antiaterogeno, del profilo lipidico. L’eserci-

“ Un esercizio fisico svolto regolarmente migliora la totalità dei fattori di rischio cardiovascolare ”

zio aerobico induce riduzione significativa dei trigliceridi e delle principali lipoproteine che li veicolano (lipoproteina a densità molto bassa), aumento significativo delle lipoproteine ad alta densità (HDL); lieve riduzione delle lipoproteine a bassa densità (LDL). Ciò avviene per riduzione dell'insulinemia, aumento dell'ormone somatotropo, cortisolo e catecolamine; per aumentata attività della lipoproteinlipasi, con aumento della lipolisi. L'esercizio anaerobico non sembra in grado di determinare modificazioni dell'assetto lipidico.

Diabete melliti di tipo 2: l'esercizio fisico induce una riduzione dell'emoglobina glicosilata ed è dipendente dal peso corporeo. Tali effetti a lungo termine sono dovuti all'adattamento della muscolatura scheletrica, al metabolismo epatico e alla composizione corporea. La glicemia si riduce dopo una singola seduta di esercizio per aumento della captazione del glucosio all'interno della muscolatura scheletrica.

Diabete mellito tipo 1: l'attività fisica migliora il profilo lipidico, riduce la pressione arteriosa ed influisce positivamente sul sistema cardiovascolare.

Funzione endoteliale: l'esercizio migliora la funzione endoteliale nei soggetti con diabete mellito tipo 2 ed in quelli con sindrome metabolica per aumento dello stress di parete, il quale porta ad un aumento della liberazione di ossido nitrico endotelio-dipendente, inducendo il rilasciamento della muscolatura liscia e quindi la vasodilatazione. L'aumento della velocità e della pulsatilità del flusso secondario all'aumentata gittata cardiaca, incrementa il flusso laminare e dunque lo "shear stress", migliorando e ottimizzando la funzione endoteliale.

Obesità: in particolare il grasso intraddominale è associata all'insulino-resistenza, all'intolleranza glucidica e al diabete mellito. L'esercizio fisico comporta un miglioramento della composizione corporea, con una riduzione della massa grassa ed un incremento della massa magra.

LA PRESCRIZIONE DELL'ESERCIZIO FISICO: PRINCIPI GENERALI

La sport terapia, intesa come pratica regolare e dosata di un programma di allenamento di resistenza o aerobico, risulta sempre più importante quale antidoto della malattia ipocinetica.

Nel soggetto sano l'effetto dell'esercizio fisico, sulla riduzione del rischio cardiovascolare, compare già per intensità più basse o moderate. Oltre il MET, un altro indicatore di intensità del lavoro è rappresentato dalla soggettività suscitata

dall'esercizio fisico; quantificabile mediante una scala numerica (scala di Borg) a cui corrisponde un livello di sensazione di fatica durante lo sforzo (sino a 7 estremamente leggero; da 8 a 10 molto leggero; da 11 a 13 leggero; da 12 a 14 abbastanza intenso; da 15 a 17 intenso; 18 molto intenso; 19 estremamente intenso; 20 massimo/esaurimento). Le attività vanno prescritte con questi riferimenti: frequenza 5-7 volte alla settimana; intensità lieve moderata; tempo 30 min al giorno. L'attività lieve-moderata deve essere di tipo dinamico e possibilmente ad impegno cardiovascolare costante (camminare piano, salire le scale, uscire con il cane, pedalare in piano). A queste attività vanno affiancati esercizi per il mantenimento della forza muscolare e per migliorare la funzione articolare vanno eseguiti quotidianamente esercizi a corpo libero e/o con pesi leggeri, che coinvolgano le principali articolazioni e principali gruppi muscolari degli arti e del tronco. Attività di maggiore intensità sono invece necessarie per ottenere anche un miglioramento delle capacità prestative. Il passaggio ad attività di intensità medio-alta deve avvenire attraverso graduali fasi di allenamento.

Il soggetto sano che frequenta la palestra per equilibrare il rapporto forza/resistenza, deve eseguire 13-15 ripetizioni per ogni serie di esercizi, utilizzando pesi lievi e medi. Esempio:

In 6 settimane, il programma di allenamento di 3-4 sessioni/settimana si stabilizzerà nel seguente modo:

- 30 min di cyclette: frequenza cardiaca 140-150b/min (preceduti da riscaldamento e seguiti da defaticamento)

- 4 serie di esercizi per i muscoli addominali (30-40 ripetizioni/serie)

- 4 serie di esercizi per i muscoli degli arti superiori (deltoide, tricipite, brachiale, bicipite) (30/40 ripetizioni/serie)

- 4 serie di esercizi per i muscoli pettorali (30-40 ripetizioni/serie)

- 4 serie di esercizi per i muscoli del dorso (trapezio, dorsale, romboide) (30-40 ripetizioni/serie)

- 4 serie di esercizi per i muscoli degli arti inferiori (gluteo, ischiocrurale, adduttori, abduttori) (30-40 ripetizioni/serie).

Quando si parla di attività fisica nel cardiopatico va intesa sempre e soltanto a scopo ricreativo o terapeutico. Ciò che è richiesto è di svolgere una certa quantità di lavoro fisico per ottenere, con il minor rischio possibile, un miglioramento della qualità di vita. La quantità deve essere commisurata alle possibilità del singolo paziente, valutate con l'analisi clinica e strumentale preliminare.

“La sport terapia risulta sempre più importante quale antidoto della malattia ipocinetica”

L'esercizio deve rispettare determinate caratteristiche:

- modularità: il carico lavorativo può cambiare di livello in modo preordinato
- misurabilità: il carico lavorativo può essere misurato (in modo semplice)
- scarsa componente tecnica: il gesto non deve comportare particolari difficoltà di esecuzione (potrebbero determinare un dispendio energetico difficilmente quantificabile).

Quindi le attività fisico-sportive ideali sono quelle dinamiche ad impegno cardiovascolare costante ad intensità lieve o moderata, come la marcia, la corsa, il ciclismo, lo sci di fondo, etc.

Nel paziente con cardiopatia nota la prescrizione di un programma di allenamento dovrà tenere conto di tre fattori: -frequenza delle sedute per settimana, -intensità, cioè del dispendio energetico assoluto durante le sedute di allenamento, -tempo, cioè la durata delle singole sedute.

Nei soggetti che praticano attività di livello elevato, vanno previste sedute con carichi di lavoro intermittenti di breve durata e piuttosto intensi (interval training) o di minore intensità e continui (endurance training).

Ultimamente, consolidate esperienze riabilitative hanno dimostrato la sicurezza e l'efficacia del training con circuiti di pesi e macchinari, Il razionale di integrare l'esercizio aerobico che rimane l'attività di base, con esercizi a prevalente componente muscolare deriva dalla constatazione che la maggior parte delle attività dell'uomo è caratterizzata da un lavoro muscolare sia isometrico che isotonic. Il miglioramento della forza e del tono muscolare indotto dall'allenamento di potenza favorisce le funzioni articolari concorrendo al senso di benessere dell'individuo anche in funzione delle necessità della vita lavorativa e sociale. Pertanto nei programmi di allenamento del soggetto cardiopatico, la fitness cardiorespiratoria va affiancata ad una fitness muscolare.

I requisiti fondamentali da rispettare, per i soggetti da avviare a queste attività sono caratterizzati da carichi di lavoro non elevati che prevedono uno sviluppo di forza non superiore al 40-50% della massima contrazione volontaria con contemporaneo aumento della frequenza cardiaca inferiore al 70% di quella massimale.

La metodologia di allenamento della forza muscolare del cardiopatico in palestra è protesa non a sviluppare ipertrofia e forza veloce, ma forza resistente con esercizi di bassa intensità, numerose ripetizioni (> 10-12) e tempi di recupero tra le serie

abbastanza prolungati (1,30-2,30 min), in modo tale da determinare modestissimi aumenti delle resistenze periferiche.

ASPETTI MEDICO-LEGALI

La prescrizione medica dell'esercizio fisico nei soggetti sani e nei cardiopatici è un atto dedicato e non privo di rischi e presenta le stesse responsabilità della prescrizione di un atto chirurgico, di una dieta o di un trattamento farmacologico. Infatti, ferma restando l'esistenza di numerosi vantaggi per i soggetti che praticano attività fisica, non bisogna trascurare le molteplici controindicazioni all'esercizio e dimenticare che un training mal condotto può avere effetti negativi sulla salute.

Il D.M. 18/2/1982 sulla tutela sanitaria delle attività sportive e le successive normative prevede il rilascio di un "certificato di buona salute" per la pratica delle attività non agonistiche e di un "certificato specialistico" per quelle agonistiche. Quando, invece, si intende proporre l'attività fisica a scopo preventivo-terapeutico non viene meno la necessità di un adeguato controllo medico, ma solo quello di una certificazione di idoneità, debitamente sostituita da un altro atto medico, quale quello di una prescrizione farmacologica o dietoterapia.

Il punto fondamentale della prescrizione dell'esercizio fisico a scopo preventivo-terapeutico resta la visita medica la quale, corredata di opportuni accertamenti specialistici, ha lo scopo di valutare lo stato di salute e di efficienza fisica dei soggetti candidati alla sport-terapia, al fine di evitare i potenziali rischi indotti da un esercizio fisico non controllato.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Protocolli cardiologici per il giudizio di idoneità allo sport agonistico
COCIS ANCE-ANMCO-FMSI-SIC-SIC SPORT. 2017. Casa editrice Scientifica Internazionale
- 2) Linee guida. Documento di consenso della Task Force multi-societaria. Il pensiero Scientifico editore.

“Le attività fisico-sportive ideali sono quelle dinamiche ad impegno cardiovascolare ad intensità lieve o moderata”



di DOMENICO ROCCO

*Cardiologo
Ospedale Vito Fazzi ASL Lecce
Presidente Associazione AssoCuore*

Quale attività fisica per il cardiopatico operato?

UNO SPORT PRATICATO CON PIACERE FACILITA LA GESTIONE DELLO STRESS

A qualcuno può sembrare una banalità ma esercitare periodicamente una qualunque attività fisica è fondamentale per la nostra salute. Il nostro corpo ha necessità di movimento, basti pensare ai molti danni derivanti da una prolungata inattività. Per non parlare di vere e proprie patologie come l'obesità, vero e proprio flagello della società cosiddetta industrializzata, che si alimenta proprio col cibo-spazzatura e con la sedentarietà.

Quindi il movimento comporta molteplici benefici, come aumentare il senso di benessere fisico, scaricare la tensione nervosa, aiutare a mantenere un peso ideale, sviluppare senza squilibri le masse muscolari, combattere l'insonnia, allontanare malattie che intaccano più facilmente i fisici deboli - quali disturbi delle vie respiratorie, specialmente nella stagione fredda, e i disturbi digestivi - facilitare il recupero nei Pazienti affetti da tumore, e tanto altro. Ma è soprattutto sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari che l'attività fisica gioca un ruolo importantissimo. Recenti studi mostrano addirittura una diminuzione di aritmie, quali la fibrillazione atriale, in soggetti, anche cardiopatici, che svolgono una moderata attività fisica. Quindi possiamo dire che l'attività fisica assume un ruolo terapeutico, tanto che bisognerebbe prescriberla come un farmaco piuttosto che suggerirla! Proprio per sottolineare questi concetti, ogni anno, come Assocuore, organizziamo un convegno su questo argomento dal titolo "Cuore e sport" intitolato alla memoria dell'indimenticabile amico cardiologo Antonio Montinaro.

“ La camminata veloce garantisce risultati straordinari ”



“ Meglio eseguire un elettrocardiogramma prima di cominciare qualsiasi attività ”

Il primo consiglio che mi sento di dare è di scegliere un'attività motoria da praticare con piacere, in modo da facilitare la gestione dello "stress" di base, altro fattore prognostico negativo legato alla nostra società. Poi, ritengo non sia importante scegliere sport molto tecnici o particolarmente impegnativi. Bastano 3 ore la settimana di camminata veloce, chiaramente da non concentrare tutte nello stesso giorno, per ottenere già risultati sensibili. Ma attenzione: come ho detto prima, anche la passeggiata deve esser fatta con il gusto di farla quindi, mi dispiace, ma i chilometri fatti sul luogo di lavoro o nell'affanno della spesa quotidiana, non valgono! L'altra importantissima raccomandazione da mettere in pratica prima di iniziare periodicamente una qualsiasi attività fisica, è quella di effettuare un semplice controllo clinico e preferibilmente un elettrocardiogramma a riposo.

Questi consigli sono ovviamente molto generici e valgono per tutti, medici e pazienti. Ma che attività fisica suggerire ad un Paziente cardiopatico o addirittura già sottoposto ad intervento cardiaco? Qui il discorso si fa molto più complesso e in questa sede mi limiterò semplicemente a tracciare il problema per grandi linee. In primis va considerata la natura della cardiopatia, se congenita o acquisita. Nel primo caso, ci troveremo quasi sempre di fronte a bambini o adolescenti ed ai relativi genitori comprensibilmente ansiosi e preoccupati. Ho conosciuto mamme che per una semplice Pervietà del Forame Ovale non facevano nemmeno uscire il figlio di 7-8 anni per andare a giocare con gli amichetti al classico giardinetto per paura di chissà quale catastrofe imminente. E purtroppo anche noi medici ci mettiamo del nostro, perché - e questo vale anche per il paziente adulto - al solo sentire "... sottoposto ad intervento cardiocirurgico ..." scattano una serie di incomprensibili divieti e si dimenticano magari poi cose più serie come, ad esempio, la corretta profilassi antibiotica nel caso di manovre invasive nel cavo orale. Nel secondo caso invece, dato l'aumento delle prospettive di vita e il progredire delle tecniche chirurgiche, specialmente con la minivasività e grazie anche all'uso di device sempre più sofisticati, troveremo Pazienti

dall'età media superiore ai 60 anni, che quindi hanno diverse esigenze rispetto ai primi.

Una seconda considerazione di carattere generale riguarda poi il tipo di attività fisica da praticare, se di tipo ludico-amatoriale o agonistica. Infatti, è ovvio che i due tipi di attività richiedono un differente tipo di sforzo e una differente condizione atletica. Al riguardo vorrei sottolineare che l'Italia è uno dei pochi Paesi al mondo in cui la visita medica preventiva d'idoneità agonistica è obbligatoria per Legge. Detta visita, a periodicità annuale o biennale (a seconda dello sport), deve essere eseguita da un medico specialista. Questi, tra i vari strumenti a disposizione, ha anche le linee-guida del COCIS (Comitato Organizzativo Cardiologico Idoneità allo Sport) la cui ultima redazione è del 2017 ¹. Credo sia importante evidenziare che la visita medico-sportiva, oltre ad avere carattere medico-legale, è finalizzata alla tutela della salute dell'atleta ed in particolar modo alla prevenzione primaria della Morte Cardiaca Improvvisa (MCI) che ancora oggi è uno spauracchio per tutti quelli che praticano attività sportiva. E questo riguarda anche, e forse in maniera più specifica, il mondo dell'attività ludico-ricreativa, in quanto anche recentemente abbiamo purtroppo letto sui media di decessi di giovani calciatori o di improvvisati atleti della domenica. Bisogna dire, però, che questo tipo di decessi avviene specialmente nei Soggetti che non sanno di essere portatori di cardiopatie: quindi il fatto che la MCI abbia statisticamente più incidenza in coloro che praticano sport rispetto alla popolazione generale, non significa che l'attività fisica sia più pericolosa ma semplicemente che rende evidente una patologia misconosciuta ². Pertanto, ribadendo che un'accurata visita medica è indispensabile per chi voglia praticare qualsiasi attività fisica, indipendentemente dal tipo della stessa, torniamo ad occuparci di chi sa di essere portatore di una cardiopatia. E a questo proposito è bene sapere che anche per le patologie congenite esistono delle validissime linee-guida ³ che, nelle considerazioni generiche, possono essere adeguate anche alle cardiopatie acquisite e ci permettono di orientarci meglio quando ci viene chiesto uno specifico

1. Protocolli cardiologici per il giudizio di idoneità allo sport agonistico. COCIS 2017.

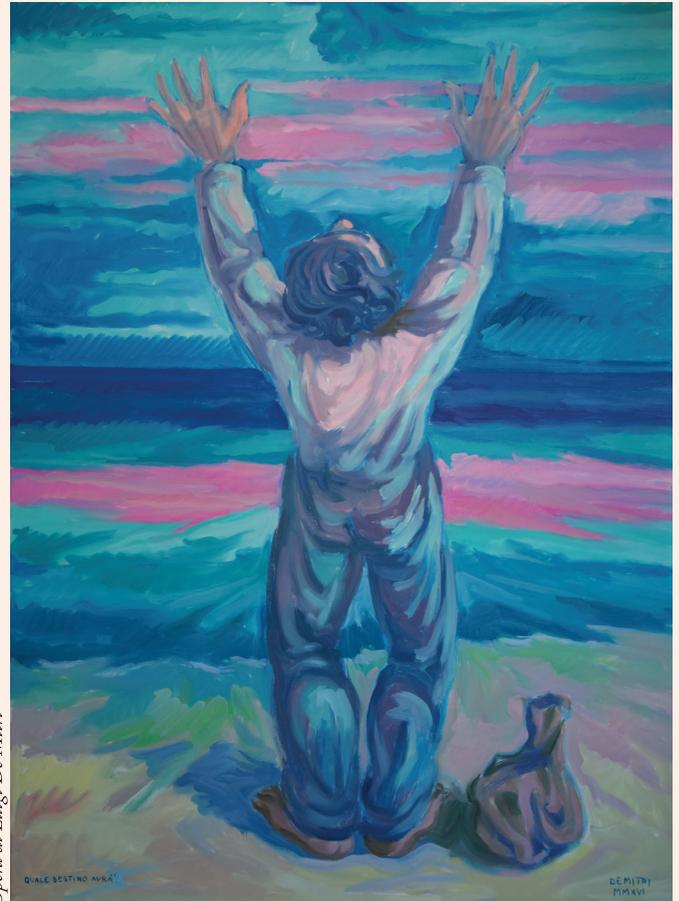
2. Corrado D., Basso C, Rizzoli G. et al. Does sports activity enhance the risk of sudden death in adolescents and young adults? J Am Coll Cardiol. 2003; 42(11): 1959-1963.

3. Task Force della Società Italiana di Cardiologia Pediatrica, Fernando Maria Picchio (Coordinatore). Criteri di valutazione della capacità lavorativa, idoneità al lavoro specifico, attitudine ad attività fisica e sportiva ed assicurabilità nel cardiopatico congenito. Ital Heart J Suppl 2001; 2 (1): 46-77.

“ Il paziente operato spesso vittima di pregiudizi che ne riducono l'attività fisica ”

parere. Forse a questo punto vale la pena precisare che le linee-guida non sono dei diktat da seguire pedissequamente ma piuttosto un aiuto che mira ad assistere il medico nel processo decisionale della pratica clinica quotidiana. Analizzando queste raccomandazioni, nel paragrafo relativo all'attitudine all'attività fisica e sportiva, incontriamo subito una importante distinzione in due Gruppi che, come detto, ritengo possa essere applicata anche agli altri tipi di Pazienti cardiopatici. Nel gruppo definito A sono state incluse quelle attività la cui intensità di esercizio non è regolabile da parte del soggetto, ma dipende dall'andamento del gioco e dalle molteplici variabili ad esso connesse. Rientrano in questo gruppo il calcio, la pallavolo, la pallacanestro, lo sci alpino, ecc. Tali attività di cui è possibile solo controllare la durata e la frequenza settimanale, vanno riservate ai soggetti con situazione cardiovascolare che viene definita nel documento come "ottimale" o "buona" e che non richiedono sorveglianza durante l'esercizio. Nel gruppo definito B sono state incluse invece quelle attività in cui è possibile il controllo dell'intensità dell'esercizio, oltre che della durata e della frequenza ed in cui si raccomanda la supervisione. Tali attività comprendono la riabilitazione motoria in palestra, il nuoto, il ciclismo in piano, molte delle attività fisiche scolastiche, ecc., che possono essere svolte anche da pazienti con una condizione cardiovascolare relativamente più compromessa. Un altro concetto da tenere bene in mente è, come recita il documento in questione, che *"Il giudizio di idoneità alla pratica sportiva rappresenta il risultato di una valutazione critica ed equilibrata che deve tenere conto delle richieste del paziente di godere del piacere, nonché dei benefici fisici, psicologici e sociali connessi alla pratica dell'attività sportiva, ma deve anche considerare il possibile effetto di deterioramento sulla storia naturale della cardiopatia esercitato dalla pratica regolare della disciplina sportiva"*. Ad aiutarci nel consiglio da dare ci sono tanti esami strumentali, su cui torneremo dopo, ma di fondamentale importanza sono la raccolta dell'anamnesi ed un coscienzioso esame obiettivo. Sembrano cose scontate, dato che sono la base della pratica Medica, ma l'esperienza quotidiana indica il contrario: forse per i ritmi frenetici richiesti al giorno d'oggi, ma capita molte volte di vedere Pazienti non correttamente inquadrati sotto il profilo clinico e anamnestico, con il risultato di richieste di esami fuori luogo o di prescrizioni errate. Quindi, una volta eseguito un corretto esame clinico, ecco che possiamo passare ad analizzare gli esami strumentali già praticati o da prescrivere. Questi sono diversi e tutti possono avere un

razionale, ma di base non si può prescindere da un ECG a riposo e da un Ecocardiogramma. Con questi due esami avremo preziose informazioni, a prescindere dalla cardiopatia o dal tipo di intervento eseguito, sullo stato ritmico a riposo del cuore, sulla funzione ventricolare (la famosa Frazione d'eiezione), sulla motilità regionale cardiaca, sulle dimensioni e sullo stato valvolare. Poi a seconda della cardiopatia e dal tipo di attività fisica da svolgere, ci si regolerà di conseguenza. In definitiva, possiamo concludere che esiste un'attività fisica consigliabile per ogni Paziente cardiopatico e tanto altro ci sarebbe da dire, ma un'ultima raccomandazione mi sento di darla e riguarda la scelta della struttura dove andare a praticare sport: mi raccomando che sia dotata di defibrillatore e di personale abilitato all'uso! Buona attività fisica a tutti, cardiopatici e non.



Opera di Luigi De Mitri



di ANGELO TORNESE

Medico Specialista Medicina dello Sport
ASL Lecce

Controllo della idoneità psico-fisica, un dovere Costituzionale

ATTIVITÀ NON AGONISTICA E DISCIPLINA DELLA CERTIFICAZIONE

Negli ultimi decenni si è avuto un marcato incremento della attività fisica e sportiva, intesa come veicolo di attività di massa volta al miglioramento psico-fisico dell'individuo ed al benessere della comunità. Questo ha generato la necessità del controllo della idoneità psico-fisica quale condizione necessaria per l'inizio o il proseguimento di una attività sportiva comunque intesa.

La Costituzione favorisce l'attività sportiva (anche non agonistica) come libero momento di aggregazione sociale per lo sviluppo ed il benessere psico-fisico dell'individuo e la crescita della collettività. Contemporaneamente la Costituzione tutela la salute degli sportivi come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

L'art. 75 del nostro Codice Deontologico dice: il medico ha l'obbligo, in qualsiasi circostanza, di valutare se un soggetto può intraprendere o proseguire la preparazione atletica e la prestazione agonistica.

DISCIPLINA DELLA CERTIFICAZIONE DELL'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA (D.M. Salute del 08 agosto 2014)

Si definiscono attività sportive non agonistiche quelle praticate da:

a) gli alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici, nell'ambito delle attività parascolastiche;

“Attività sportiva amatoriale, tra obblighi e responsabilità”



“ Le precauzioni aumentano se il cuore viene molto sollecitato ”

c) coloro che partecipano ai giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale

La certificazione è rilasciata dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, *relativamente ai propri assistiti*, o dai medici specialisti in medicina dello sport ovvero dai medici della FMSI del CONI

E' obbligatoria la misurazione della PA e l'effettuazione di un ECG a riposo, almeno una volta nella vita e fino al compimento del 59° anno di età. Dai 60 anni in poi l'ECG va effettuato ogni anno.

Sono i medici annualmente a stabilire, dopo anamnesi e visita, se i pazienti necessitano di ulteriori accertamenti come... la eventuale ripetizione dell'ECG.

Tra i compiti dei PLS e dei MMG (fino al compimento del 18° anno di età), retribuiti in quota capitaria, rientrano le certificazioni per le attività sportive non agonistiche in ambito scolastico, e cioè le certificazioni per le attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche (gare e campionati svolte in orario extracurricolare), per le attività inserite nei POF (Piani Offerte Formative) e per i Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi provinciali e regionali precedenti quella nazionale.

Anche l'onere finanziario per la effettuazione dell'ECG, indispensabile ai fini del rilascio del certificato, è posto a carico del SSN per i minori di 18 anni.

Il PLS ed il MMG nella richiesta dell'ECG dovranno usare il codice di esenzione I01, specificando nel quesito :”idoneità all'attività sportiva non agonistica ai sensi della L.R. 26/2006”.

Per quanto riguarda le certificazioni per le attività sportive non inserite nella quota capitaria dei PLS (ACN 29/07/2009 all. H punti a-b-c), l'Accordo Integrativo Regionale recepito con DGR 2290/2007, prevede un compenso di € 25,00 a certificato da notularsi insieme alle prestazioni di Particolare Impegno Professionale.

Appartengono a questa categoria i certificati richiesti, utilizzando specifici moduli, per coloro che svolgono attività organizzate da Società Sportive affiliate alle Federazioni Sportive Nazionali, alle Discipline Associate ed agli Enti di Promozione Sportiva riconosciuti dal CONI, che non siano considerati atleti agonisti ai sensi del DM 18/02/1982.

Le certificazioni non agonistiche e l'ECG, richieste da atleti maggiorenni o da coloro che, anche se minorenni, non sono iscritti a Società Sportive sono a totale carico dell'interessato/a.

Opera di Luigi De Mitri



b) coloro che svolgono attività organizzate dal CONI, da Soc. sportive affiliate alle Federazioni Sportive Nazionali, alle Discipline Associate, agli Enti di Promozione Sportiva riconosciuti dal CONI, che non sono considerati agonisti ai sensi del D.M. 18-02-82



“ Farmaci indispensabili e problema doping: gli accorgimenti da seguire ”

Il medico certificatore ha l'obbligo di conservare, per il periodo di validità del certificato, gli originali o le copie dei referti di tutte le indagini diagnostiche eseguite ai fini della certificazione. Il MMG ed il PLS possono assolvere a tale obbligo registrando i referti nella scheda sanitaria individuale informatizzata.....ove in funzione.

DISCIPLINA DELLA CERTIFICAZIONE DELL'ATTIVITA' SPORTIVA AMATORIALE

E' definita amatoriale l'attività ludico motoria praticata da soggetti non tesserati alle Federazioni Sportive Nazionali, alle Discipline Associate, agli Enti di Promozione Sportiva riconosciuti dal CONI finalizzata al raggiungimento e mantenimento

del benessere psico-fisico della persona, ivi compresa l'attività che il soggetto svolge in proprio.

A coloro che praticano attività ludico-motoria in contesti organizzati e autorizzati (palestre o altri impianti), può essere comunque richiesta la certificazione ai fini assicurativi.

Comunque, la soppressione dell'obbligo non comporta la soppressione della certificazione in sé, che di conseguenza diventa facoltativa.

Tale certificazione può essere rilasciata da tutti i medici iscritti all'Ordine dei Medici ed ha validità annuale.

Non sono tenuti all'obbligo della certificazione:

- Chi effettua attività ludico-motoria in forma autonoma;
- Chi svolge attività motoria occasionale, effettuata a scopo ricreativo ed in modo saltuario e non ripetitivo;

Opera di Luigi De Mitri



- Chi pratica attività con ridotto impegno cardiovascolare, quali: bocce, biliardo, golf, surf casting, sport di tiro, caccia sportiva, ginnastica per anziani, “gruppi cammino”, nonché i praticanti attività prevalentemente ricreative quali ballo, giochi da tavolo ed attività assimilabili.

A tutti questi soggetti è comunque raccomandato, prima dell'avvio dell'attività ludico-motoria, un controllo medico, specie per coloro che passano dalla sedentarietà alla pratica di tali attività.

ATTIVITÀ DI PARTICOLARE ED ELEVATO IMPEGNO CARDIOVASCOLARE (D.M.S. 24 aprile 2013)

Per la partecipazione di non tesserati a manifestazioni non agonistiche o di tipo ludico-motorio, patrocinate da Federazioni Sportive, Enti di Promozione Sportiva e Discipline Sportive Associate, caratterizzate da particolare ed elevato impegno cardiovascolare, quali manifestazioni podistiche superiori a 20 km, granfondo di ciclismo, di nuoto, di sci, è richiesta una specifica certificazione. In tali casi, il controllo medico deve necessariamente comprendere la rilevazione della PA, un ECG basale, uno step-test o un test ergometrico ed eventuali altri accertamenti che il medico riterrà necessari.

Decreto n°176 del Ministero della Salute e dello Sport del 28 febbraio 2018: il Ministro della Salute di concerto con il Ministro per lo Sport, decreta che non sono sottoposti ad obbligo di certificazione medica, per l'esercizio dell'attività sportiva in età prescolare, i bambini di età compresa tra 0 e 6 anni, ad eccezione dei casi specifici indicati dal pediatra.

Per quanto riguarda la certificazione per l'attività sportiva agonistica, questa è esclusivo appannaggio dei medici specialisti in Medicina dello Sport. Il protocollo di visita è uguale in tutto il territorio nazionale secondo quanto previsto da D.M. 18/02/1982. Le visite devono essere effettuate presso strutture pubbliche o private accreditate o riconosciute dalle Regioni.

IL PROBLEMA DOPING

La Legge 14/12/2000 n° 376 all'art.1 co. 4 prevede che: *in presenza di condizioni patologiche dell'atleta, documentate e certificate dal medico, all'atleta stesso può essere prescritto specifico trattamento, purchè sia attuato secondo le modalità indicate nel*

relativo e specifico decreto di registrazione europea o nazionale ed ai dosaggi previsti dalle specifiche esigenze terapeutiche.

Il Codice dell'Agenzia Mondiale Antidoping (WADA) autorizza gli atleti e i loro medici a richiedere un'esenzione per fini terapeutici ovvero il permesso di utilizzare ai fini terapeutici sostanze o metodi contenuti nelle lista delle sostanze vietate.

L'atleta dovrà inoltrare la domanda (Modulo di Richiesta TUE) almeno 21 giorni prima della partecipazione ad una gara, alla Commissione Antidoping del CONI indicando che si tratta di una esenzione per fini terapeutici.

La domanda deve contenere la dichiarazione di un medico debitamente qualificato che attesti la necessità dell'utilizzo della sostanza e che spieghi le ragioni per cui non è possibile utilizzare un altro farmaco permesso per il trattamento della patologia in questione. Devono essere specificati posologia, frequenza, via e durata di somministrazione.

L'atleta e la WADA riceveranno successivamente un certificato di esenzione dal Comitato per l'Esenzione ai Fini Terapeutici (CEFT), istituito presso il CONI, che comprende le informazioni relative alla durata dell'autorizzazione e delle condizioni di tale esenzione.

RISCHI NELLE PRESCRIZIONI DI SOSTANZE PROIBITE

L'atleta positivo perché il medico gli ha prescritto un medicinale con sostanza non consentita, pur se punibile per i regolamenti sportivi, può rivalersi sul medico prescrittore per i danni subiti.



di ROCCO D. SCARPELLO

Medico Neurologo
Casa di Cura "Villa Verde" Lecce

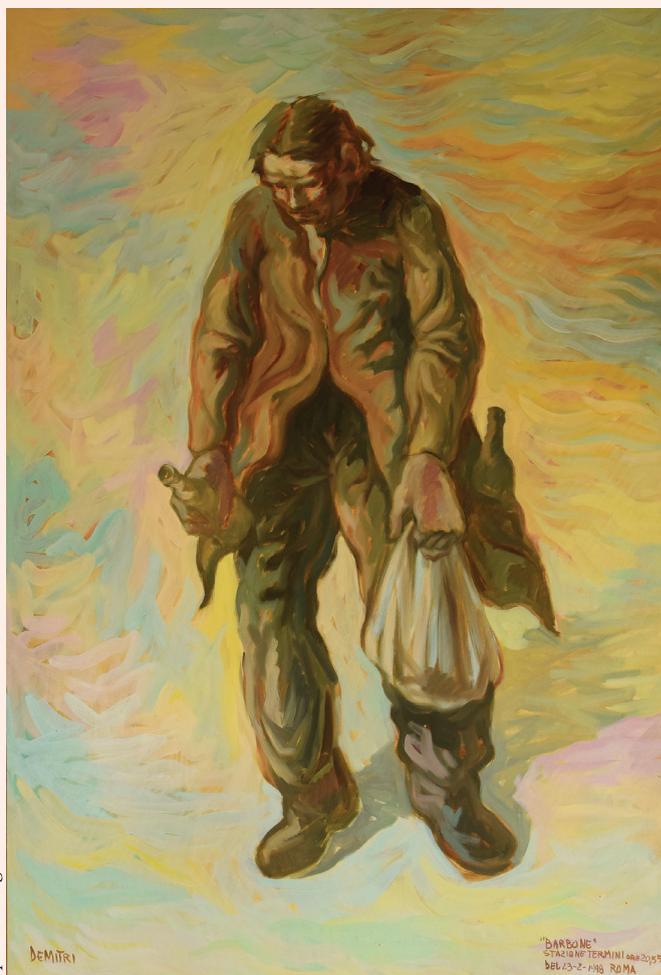
Quale sport per il soggetto epilettico?

UNA SCELTA CONSAPEVOLE TRA PREGIUDIZI E REALTÀ

BACKGROUND

Per formulare la diagnosi di epilessia, è necessaria la presenza di almeno due crisi epilettiche non provocate separate da almeno 24 ore [Thurman et al., 2011]. Ma si ritiene comunque che si possa parlare di epilessia anche in presenza di una sola crisi nei casi in cui l'insieme dei dati clinici e strumentali suggerisca un elevato rischio di ricorrenza [Fisher et al., 2014]. In assenza di fattori causali documentati (malattie cerebro-vascolari, demenze, neoplasie, meningo-encefaliti, traumi cranici, esiti di interventi di neurochirurgia, displasie corticali ...) le epilessie si definiscono criptogeniche oppure idiopatiche. In quest'ultimo caso deve però esistere una familiarità per epilessia oppure una malattia genetica sottostante il cui fenotipo predominante sia rappresentato da crisi epilettiche.

L'ILAE (International League Against Epilepsy) ha recentemente eliminato la categoria delle epilessie criptogeniche e riclassificato le epilessie idiopatiche in epilessie genetiche o presumibilmente genetiche e le epilessie sintomatiche in epilessie causate da alterazioni strutturali o metaboliche del sistema nervoso centrale (SNC) [Berg et al., 2010]. Sulla base della loro associazione con un insulto a carico del SNC, le crisi epilettiche si distinguono in non provocate e provocate (sintomatiche). Queste ultime si distinguono a loro volta in sintomatiche acute (se in stretta associazione temporale con l'evento causale) e sintomatiche remote (al di là della fase acuta, quando cioè il fattore causale o la patologia di base si sono stabilizzati) [Beghi et al., 2010]. Le crisi sintomatiche acute presentano un basso potenziale di ricorrenza; le crisi sintomatiche remote tendono a



Opera di Luigi De Mitri

“Tre gruppi di attività da valutare con l'aiuto dello specialista”

ricorrere in circa la metà dei casi [Hesdorffer et al., 2009]. Circa l'80% dei pazienti con epilessia andrà incontro ad uno o più periodi di remissione prolungata delle crisi e circa la metà presenterà una remissione permanente, con relativa sospensione del trattamento [Annegers et al., 1979]. La sospensione del trattamento dopo un periodo di almeno due anni di assenza delle crisi si accompagna ad una probabilità di ricorrenza del 30% nei due anni successivi. Il rischio di ricorrenza aumenta in presenza di anomalie dell'EEG all'atto della sospensione e di una documentata causa delle crisi [Berg & Shinnar, 1994]. L'assenza di crisi e la cessazione del trattamento comportano un giudizio di guarigione, trascorso un periodo di 10 anni [Fisher et al., 2014]

PREGIUDIZI E REALTÀ

Nonostante si sappia che anche personaggi famosi erano affetti da Epilessia (Giulio Cesare, San Paolo, Giovanna d'Arco, Carlo V, Pietro il Grande, Papa Pio IX, Dostojewskij, Van Gogh, Lenin, Roosevelt ...) esiste ancora oggi, anche se in misura minore rispetto al passato, uno stigma nei confronti dei pazienti affetti da tale patologia che contribuisce a determinare la loro emarginazione da attività lavorative e sociali come lo sport.

Tuttavia, in un passato non molto lontano, anche blasonate società scientifiche sconsigliavano alcuni sport come rugby, hockey o calcio ecc. e solo negli ultimi anni vi è stata una graduale riduzione delle restrizioni permettendo a questi pazienti di avvicinarsi alle discipline sportive preferite con serenità e senza eccessive paure.

TIPO DI CRISI E SPORT CONSENTITI

Quindi, una volta accertato dal neurologo epilettologo il tipo di crisi, la loro frequenza e la risposta al trattamento farmacologico nel contesto di una diagnosi di epilessia formulata seguendo i criteri della classificazione internazionale, si terranno in conto i seguenti gruppi di attività sportive in base al potenziale rischio per se e per gli altri da proporre o evitare in base alla semeiologia delle crisi.

GRUPPO 1

Sport collettivi a terra (calcio, pallavolo, cricket, hockey su prato, ecc.), curling, bowling, sci nordico, danza, golf, tennis, pingpong, squash, scherma.

GRUPPO 2

Nuoto, pattinaggio, sci alpino, skateboard, biathlon, triathlon e pentathlon moderno, tiro al piattello e con l'arco, sci nautico, box, karate, rugby, basket, hockey su ghiaccio, sollevamento pesi

GRUPPO 3

Tuffi, Salto con gli sci, paracadutismo et similia, sport motoristici, equitazione alpinismo, immersioni con/senza autorespiratori, vela in solitario, surf e wind-surf aviazione, rodeo.

PRIMA CRISI PROVOCATA

Tutti i pazienti che hanno presentato una prima crisi epilettica provocata (tossica, conseguente ad infezione in atto, metabolica, ecc.) devono astenersi da attività sportive fino all'accertamento della causa.

PRIMA CRISI NON PROVOCATA

I soggetti possono praticare, sia a livello agonistico che amatoriale, gli sport del Gruppo 1, dopo una adeguata valutazione specialistica. Possono praticare tutti gli sport del Gruppo 2 dopo un intervallo libero da crisi di almeno 12 mesi. Alcuni sport del Gruppo 2 possono essere praticati anche se non sono trascorsi i 12 mesi, a discrezione dello specialista neurologo di riferimento e sotto adeguata sorveglianza. Gli sport del Gruppo 3 sono consentiti, sempre previo rilascio di adeguata documentazione, dopo un intervallo libero da crisi di 24 mesi, ad eccezione delle immersioni con autorespiratore, per le quali è richiesto un intervallo libero da crisi di 4 anni [Almeida et al., 2007].

ASSENZA DI CRISI, IN TERAPIA

Le persone con epilessia libere da crisi in corso di trattamento possono praticare gli sport del Gruppo 1; inoltre, possono praticare tutti gli sport del Gruppo 2 dopo almeno 12 mesi dall'ultima crisi. Possono tuttavia praticare alcuni sport del Gruppo 2, tra i quali atletica (salto con l'asta), ginnastica, pattinaggio, scherma e nuoto, anche prima che siano trascorsi i 12 mesi, a discrezione del consulente neurologo di riferimento. Gli atleti con epilessia possono praticare gli sport del Gruppo 3 dopo 24 mesi dall'ultima crisi, ad eccezione di coloro che fanno

“ Il tipo di crisi epilettica condiziona la scelta dello sport ”

immersioni con autorespiratore per il cui sport è richiesto un intervallo libero da crisi di 4 anni [Almeida et al., 2007], sempre con relativa documentazione rilasciata dal medico specialista neurologo di riferimento.

CRISI SOLO IN SONNO

I pazienti con epilessia con sole crisi notturne possono praticare gli sport del Gruppo 1. Possono praticare gli sport del Gruppo 2 dopo 12 mesi di follow-up, se il tipo di sport non determina gravi alterazioni del ritmo sonno-veglia. Possono inoltre praticare sport del Gruppo 2 anche prima dei 12 mesi, a discrezione del consulente per l'epilessia e, per certi sport, sotto adeguata sorveglianza. Essi possono praticare gli sport del Gruppo 3, a discrezione dello specialista, dopo 24 mesi dall'ultima crisi, se lo sport non determina gravi alterazioni del ritmo sonno-veglia, con una particolare raccomandazione per il rally: questi soggetti devono rispettare un adeguato periodo di riposo dopo ciascuna competizione. La regola non vale per coloro che fanno immersioni con autorespiratore per il cui sport è richiesto un intervallo libero da crisi di 4 anni.

CRISI SENZA PERDITA DI COSCIENZA

Questi pazienti possono praticare gli sport del Gruppo 1. Possono praticare gli sport del Gruppo 2 dopo 12 mesi di follow up che confermi la semeiologia clinica delle crisi e purchè le crisi non determinino la perdita dell'autocontrollo. Possono inoltre praticare sport del Gruppo 2 anche prima dei 12 mesi di follow-up, a discrezione dello specialista neurologo e sotto adeguata sorveglianza. È fortemente sconsigliata la pratica degli sport del Gruppo 3, in quanto possono mettere in pericolo gli altri. Anche in questo caso l'opinione scritta del neurologo di riferimento è fondamentale per la concessione della idoneità.

CRISI CON PERDITA DI COSCIENZA

Questi pazienti possono praticare gli sport del Gruppo 1 se i fattori in grado di scatenare la crisi (come nel caso delle crisi riflesse) vengono esclusi dal contesto dello sport praticato. Questi atleti possono essere dichiarati idonei a praticare alcuni



Opera di Luigi De Mitri

sport del Gruppo 2 (ad esempio nuoto, canoa) sempre a discrezione dello specialista, con relativa documentazione scritta, e sotto adeguata sorveglianza. Essi non possono praticare gli sport del Gruppo 3, o mai, o per periodi di tempo più o meno lunghi, sempre a seguito di referto dello specialista neurologo di riferimento

EPILESSIA IN REMISSIONE

Ai sensi della normativa della patente si intende per remissione (altrimenti definibile guarigione) la libertà da crisi in assenza di terapia farmacologica da almeno 10 anni.

In tali casi la diagnosi deve essere precisata dal consulente per l'epilessia. Questi pazienti possono praticare tutti gli sport.

CONCLUSIONI

Lo sport e l'attività fisica in generale hanno effetti positivi dal punto di vista psico sociale in quanto aumentano l'autostima, favoriscono la socializzazione, migliorano le funzioni cognitive ed in generale la salute a lungo termine.

Dal robot alla chirurgia robotica La rivoluzione arriva sul tavolo operatorio

UNA STORIA COMINCIATA IN TEATRO E CHE HA RIVOLUZIONATO LA SCIENZA MEDICA

Il termine **robot** fu coniato dallo scrittore ceco Karel Čapek nel suo romanzo di fantascienza "R.U.R." *Rossumovi univerzální roboti*. *I robot universali di Rossum*, un dramma utopico fantascientifico in tre atti pubblicato nel 1920 e messo in scena al Teatro nazionale di Praga il 25 gennaio del 1921. In quest'opera per la prima volta compare il termine robot, che viene inventato derivandolo dalla parola ceca robota, "lavoro", per indicare degli androidi replicanti, progettati per liberare l'uomo dalla schiavitù e dalla fatica fisica.

Nell'accezione più frequente si definiscono "**robotiche**" le macchine in grado di svolgere in autonomia anche funzioni complesse, che prevedano un'interazione attiva con l'ambiente.

L'aggettivo robotico, se pure estremamente diffuso, è pertanto da ritenersi improprio nel caso della chirurgia, dal momento che può lasciare intuire un'autonomia operativa e decisionale che, almeno al momento, non esiste.

Infatti è sempre il chirurgo, attraverso i manipolatori master, a controllare tutti i movimenti degli strumenti che si eseguono durante l'intervento chirurgico.

La storia della chirurgia robotica ha inizio alla fine degli anni '50, quando fu messo a punto dal Pentagono il primo dispositivo chirurgico robotico, denominato **Robotic Assisted Micro Surgery (RAMS)**.

Questo fu progettato per l'esecuzione di interventi di microchirurgia in situazioni belliche e fu realizzato da

una collaborazione tra il Nasa-Jet Propulsion Lab di Pasadena e la Micro Dexterity System Inc. per curare i feriti di guerra da postazioni remote; grazie a due bracci meccanici di estrema precisione pilotati dal chirurgo si pensava, infatti, di poter eseguire interventi a centinaia di chilometri di distanza.

La sperimentazione bellica, di per sé senza successo a causa delle difficoltà di trasmissione del segnale, divenne però la pietra miliare di una nuova strada nel campo della chirurgia: **Pera robotica**, in cui il chirurgo per la prima volta nella storia della medicina, non opera più con le proprie mani, ma seduto ad una consolle.

Nel 1985 un prototipo di robot chirurgico, il **Puma 560**, venne usato per eseguire biopsie neurochirurgiche.

Il primo e vero robot chirurgico, chiamato da Vinci, in onore a Leonardo **da Vinci**, scienziato italiano che già nel 1400 immaginò una macchina automatica azionata da carrucole e fili, fu messo a punto nella Silicon Valley dalla *Intuitive Surgical* nel 1995 e nel 2000 ottenne l'autorizzazione della FDA per l'utilizzo in chirurgia laparoscopica.

Il 9 settembre 2001 Jacques Marescaux realizzò per la prima volta un intervento di colecistectomia in telechirurgia transatlantica, segnando di fatto l'inizio di una nuova era. Per questa operazione venne utilizzato il **sistema Zeus**; il chirurgo operatore si trovava a New York e il paziente a 6200 km di distanza nella città di Strasburgo.

SPECIALE CHIRURGIA ROBOTICA



GIANCAMILLO CARLUCCIO

Descrizione del sistema: ecco cosa accade in sala operatoria

IL SISTEMA DA VINCI ALL'OSPEDALE CARDINALE PANICO DI TRICASE

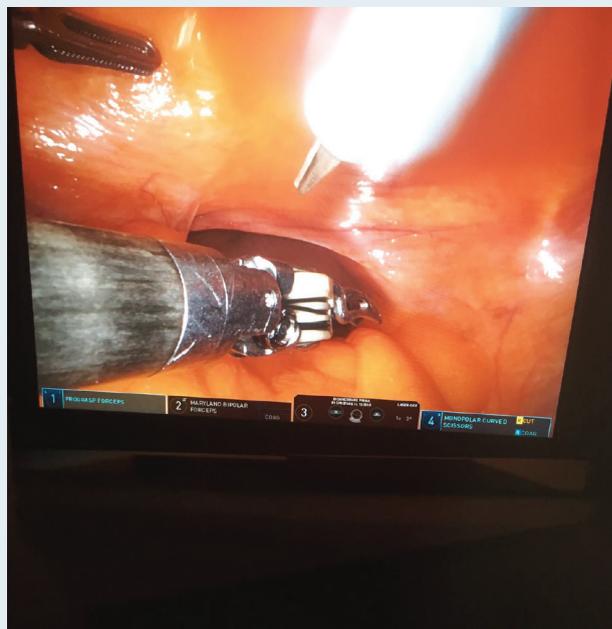
Il sistema chirurgico DA VINCI attualmente in uso presso l' Ospedale Cardinal G. Panico di Tricase è una macchina di ultima generazione, costituito da tre componenti principali:

a- la console chirurgica : il centro di controllo del sistema dal quale il chirurgo controlla l'endoscopio 3D e gli

strumenti "endowrist" per mezzo di manipolatori e pedali,

b- il carrello paziente o carrello robotico : è il componente operativo, con 4 braccia robotiche articolate di cui una per l'endoscopio da 8 mm. a punta obliqua o diritta e tre per lo strumentario robotico





c- il carrello visione: l'unità centrale di elaborazione e processamento dell'immagine, con un sistema video ad alta definizione, con visione 3 D ed ingrandimento dell'immagine sino a 10 volte..

Il chirurgo opera comodamente seduto alla consolle, distante dal campo operatorio, con le mani allineate all'asse della visione, situazione che gli dà la sensazione di immersione nel campo operatorio. Il chirurgo dispone di due manopole (Master o Joystick) per indurre i movimenti sullo strumentario robotico; dopo un adeguato filtraggio software, tali movimenti vengono ottimizzati diminuendo il tremore, mantenendo un corretto rapporto tra lo spostamento dei master e dello strumentario robotico stesso. Nella chirurgia robotica è minimizzato anche il tremore fisiologico delle mani dell'operatore e i movimenti involontari.

E ciò al contrario di quanto succede nella laparoscopia classica in corso della quale i tremori naturali sono di norma amplificati all'estremità dello strumento e la loro ampiezza aumenta con la lunghezza dello strumento.

Ai piedi del chirurgo alcuni pedali gli permettono di controllare la telecamera, di coagulare e di ingrandire l'immagine.

Gli strumenti collegati alle braccia robotiche (pinze, forbici, applicatore di clip, diversi tipi di graspers e disset-

tore ad ultrasuoni) sono intercambiabili secondo le esigenze del chirurgo e dell'intervento che viene eseguito.

Il sistema originale di articolazione endocorporea degli strumenti (endowrist) permette una agilità endoscopica nettamente superiore a quella della laparoscopia tradizionale, consentendo movimenti liberi impossibili per la mano dell'uomo.

La consolle, per motivi pratici, è posta all'interno della stessa sala operatoria ed è collegata al carrello robotico tramite un cavo a fibre ottiche. Tale collegamento potrebbe potenzialmente essere fatto a distanze più lunghe (diverso ospedale, città o paese); in questi casi l'unica limitazione è l'elevatissimo costo della connessione e il ritardo tra la trasmissione di immagini e la risposta, seppur minima, del movimento del chirurgo.

La comunicazione verbale tra il chirurgo e il team chirurgico al tavolo operatorio può avvenire direttamente o tramite un sistema di microfono incorporato nella consolle che può trasmettere agli altoparlanti in sala operatoria.

Qualsiasi problema si verificasse durante la procedura di chirurgia robotica, la squadra al tavolo operatorio può scollegare il robot e proseguire la procedura in un modo convenzionale (per via laparoscopica o tradizionale "aperta").

Il ruolo del robot in urologia

INTERVISTA AL DIRETTORE DELL'UOC, DOTTORE GIANCAMILLO CARLUCCIO

D) *Quali indicazioni della chirurgia robotica in Urologia?*

R) In Urologia l'indicazione principale all'utilizzo del robot è la prostatectomia radicale per cancro della prostata. Tale utilizzo è stato responsabile della esplosione delle vendite del robot negli Stati Uniti, in Europa ed in Italia in maniera particolare. In questo tipo di chirurgia il robot permette di migliorare i risultati relativi alla preservazione della funzione erettile e alla continenza.

La pieloplastica, nella patologia del giunto pielo-ureterale è un'altra delle indicazioni principali, in quanto il robot permette una fine dissezione e la realizzazione di suture molto accurate. La nefrectomia parziale per tumore ha trovato in questa tecnologia un ausilio importante. Questo intervento viene molto spesso effettuato in ischemia e l'uso del robot permette di velocizzare i tempi di resezione e di sutura per ridurre al minimo il tempo di ischemia renale.

La cistectomia con confezionamento di neovesicica ileale, è un'altra delle più recenti applicazioni della chirurgia robotica. La surrenectomia può essere agevolmente realizzata anche se non ci sono reali vantaggi rispetto alla laparoscopia pura.

D) *Quali vantaggi offre la chirurgia robotica per il paziente e per il chirurgo?*

R) La robotica offre una risposta alla maggior parte dei problemi riscontrati in laparoscopia tradizionale: perdita della coordinazione occhi-mani; difficoltà nella realizzazione di atti chirurgici (nodi, dissezioni ecc); instabilità dell'immagine; posizione del chirurgo non ergonomica.

La robotica offre vantaggi per il chirurgo:

- Accelera la curva di apprendimento e permette un

più rapido passaggio dalla chirurgia aperta alla chirurgia laparoscopica

- Aumenta la precisione dell'atto chirurgico, sia nelle procedure demolitive che in quelle ricostruttive, tra cui un accesso facilitato verso anatomie nascoste, una perfetta visione dei reperti anatomici, una visione al dettaglio dei piani di clivaggio.

- Migliora il comfort per l'operatore (grazie all'ergonomia della consolle)

Per il paziente la chirurgia robotica associa, a tutti i vantaggi della laparoscopia classica (piccole cicatrici; minor dolore post-operatorio; un più rapido ritorno alla vita attiva) altri vantaggi quali risultati migliori per la maggiore precisione chirurgica, un recupero ancora più veloce, minimizzazione delle perdite di sangue e del rischio infettivo.

L'inconveniente maggiore di questa chirurgia rimane il costo; questa è una chirurgia onerosa sia per l'acquisto del sistema, sia per il suo utilizzo, in quanto ogni procedura ha un costo molto elevato per il materiale di consumo ed attualmente non è riconosciuto alcun rimborso supplementare da parte del sistema sanitario nazionale.

Utilizziamo questa tecnologia dal mese di marzo 2019, provenendo da una già consolidata esperienza di chirurgia laparoscopica. In questa prima fase abbiamo eseguito unicamente interventi di prostatectomia radicale. E' presto per parlare di risultati ma sicuramente questa tecnologia permette una migliore visione del campo operatorio e una maggiore precisione chirurgica rispetto agli altri sistemi di chirurgia laparoscopica. Il risultato immediato che abbiamo riscontrato è la riduzione dei tempi di cateterizzazione vescicale ed un più rapido recupero della continenza, grazie alla migliore esecuzione delle anastomosi.



MASSIMO VIOLA

La chirurgia robotica all'ospedale Panico di Tricase

INTERVISTA AL DIRETTORE DELL'UOC DI CHIRURGIA,
DOTTORE MASSIMO VIOLA

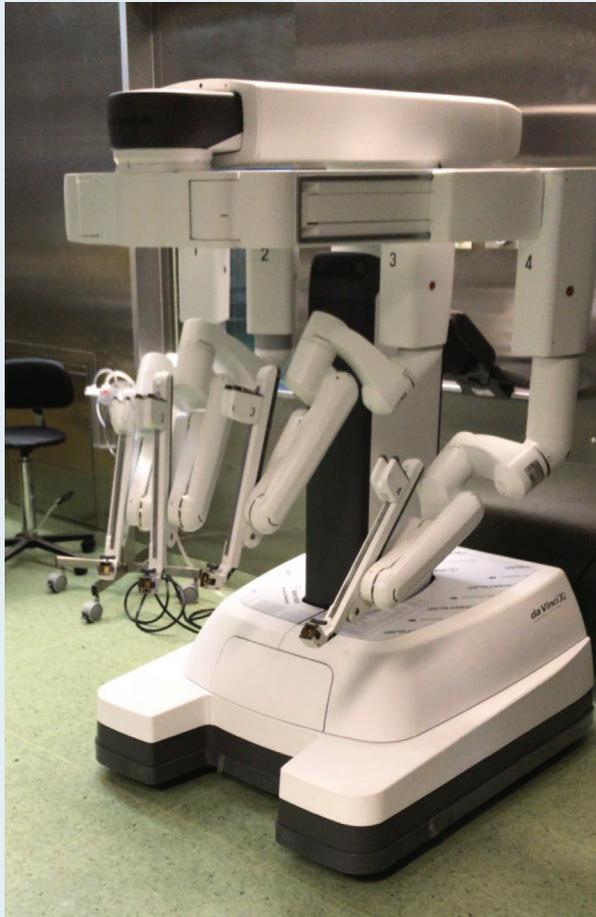
D) Il Robot chirurgico Leonardo da Vinci Xi ha fatto di recente il suo ingresso nelle Sale Operatorie dell' Ospedale Cardinale G. Panico di Tricase. Rispetto a voi "chirurghi" come si pone: è un vostro "sostituto" o è qualcosa che amplifica le vostre capacità?

R) La Struttura ci ha messo a disposizione il sistema operativo da Vinci ormai da qualche mese. Come tutte le più recenti innovazioni in ambito chirurgico, esso si pone come un valido alleato che amplifica e migliora le nostre capacità. Il robot non potrà mai essere visto come un sostituto del chirurgo dal momento che è l'operatore seduto alla consolle, con le sue conoscenze, esperienza e intuizione, che trasmette i movimenti ai bracci robotici e porta a termine la procedura chirurgica.

D) Nella chirurgia tradizionale, "a cielo aperto", il Chirurgo affondava le sue sue mani, armate di bisturi, nel corpo del paziente, e le sue dita arrivavano nei più reconditi anfratti, ed era ricorrente l'aforisma "grande taglio, grande chirurgo". Poi è intervenuta la chirurgia video-assistita, il chirurgo si è distanziato dal corpo del paziente, e le sue mani sono diventate meno sporche di sangue. Con la chirurgia robotica il chirurgo è ancora più lontano dal campo operatorio e quindi dal paziente. E' così ?

R) In realtà il chirurgo, per etimologia della parola, è colui che "opera con le mani". L'allontanamento dal paziente e dal campo operatorio è solo nella posizione che l'operatore assume durante l'intervento. La chirurgia





robotica è in qualche modo l'evoluzione della chirurgia "open" e laparoscopica, ma il chirurgo, seppur a maggior distanza dal campo operatorio sterile, è paradossalmente molto più vicino al paziente. La consolle, con la sua visione 3D e la possibilità di trasformare l'immagine catturata dall'endoscopio in una visione a 360° di cui solo l'operatore può usufruire, trasporta quest'ultimo a minima distanza dal campo operatorio come se stesse operando dall'"interno".

D) Quindi non vi è più allineamento tra mani, occhi e strumenti ?

R) L'allineamento tra mani occhi e strumenti è in realtà lo stesso che si può avere con la chirurgia laparoscopica, la differenza è che l'operatore, e non più l'aiuto, muove la telecamera in modo da posizionarla con la miglior angolazione e visione possibile. Il corretto posizionamento dei bracci robotici e quindi degli strumenti, permette di ottenere in qualsiasi momento

una corretta triangolazione tra l'ottica e strumenti così da poter lavorare in sicurezza e con il massimo comfort.

D) Nella consolle del Da Vinci come si presenta a voi l'immagine del campo operatorio ? Quali differenza con l'immagine tradizionale?

R) Come anticipato precedentemente, l'"immersione" dell'operatore nella consolle permette una visione 3D a 360° del campo operatorio. Questa caratteristica permette una migliore visualizzazione dei particolari, amplificata anche dalla qualità dell'immagine video, associata a una realistica percezione della profondità, che si trasmette successivamente in una maggiore precisione e accuratezza dei gesti.

D) Le vostre mani fanno muovere le mani del robot, cioè i bracci operativi. Quali movimenti riuscite a trasmettere ai bracci operativi?

R) La peculiarità del da Vinci, sin dai suoi primi modelli, è stata quella di permettere un movimento a 360° degli strumenti operatori, simulando l'articolarietà della mano e il polso del chirurgo nella chirurgia "open". La chirurgia laparoscopica, nonostante gli immensi vantaggi rispetto alla chirurgia tradizionale, ha come limitazione proprio la "rigidità" insita negli strumenti.

Il motto della Intuitive Surgical è "far beyond the human hand". I bracci permettono la rotazione e i movimenti degli strumenti con angolazioni tali che il chirurgo non potrebbe raggiungere neanche in chirurgia aperta. Inoltre, l'avanzata tecnologia permette di operare e muovere gli strumenti in un campo stabile, annullando il fisiologico tremore dell'operatore.

D) In campo soprattutto oncologico si parla sempre di più di "medicina di precisione". Possiamo dire che con il Da Vinci anche la chirurgia è una "chirurgia di precisione"?

R) Assolutamente. Il nostro obiettivo, come chirurghi oncologici, è l'asportazione completa e accurata di tutta la massa neoplastica preservando le strutture circostanti. È indubbio che, la chirurgia robotica, ci aiuta nel raggiungere quest'obiettivo soprattutto in particolari campi operatori dove la laparoscopia, seppur con ottimi risultati, vedeva delle limitazioni tecniche.

D) *Quale ruolo ha il secondo operatore ?*

R) Nonostante si possa pensare che il secondo operatore abbia un ruolo marginale in chirurgia robotica, in realtà riveste delle funzioni fondamentali. Innanzitutto permette il corretto “docking” del sistema operativo, ovvero il posizionamento dei bracci all’inizio dell’intervento. Durante l’operazione è il responsabile del corretto movimento di questi al di fuori del campo operatorio, evitando collisioni che renderebbero complicato il movimento all’operatore. In aiuto allo strumentista cambia gli strumenti robotici e fornisce assistenza durante l’intervento utilizzando gli strumenti laparoscopici che può introdurre attraverso il trocar dedicato. E in ultimo, ma fondamentale, è il responsabile della sicurezza del paziente controllando costantemente la posizione di questo in relazione con quella del robot.

D) *Nella chirurgia tradizionale la comunicazione con il resto del team chirurgico era fatta spesso di parole ad alta voce, imprecazioni, gestualità talora esagerate. Come è cambiata la comunicazione con la chirurgia robotica?*

R) In realtà la comunicazione non è cambiata in maniera radicale. Le imprecazioni e le indicazioni al resto del team sono rimaste invariate, solo che adesso vengono trasmesse e amplificate dagli altoparlanti. Ovviamente la gestualità è in parte ridotta, soprattutto la mimica facciale che è un importante mezzo di comunicazione durante alcune fasi dell’intervento.

D) *Se vi è necessità di conversione, è possibile passare in tempi brevi ed in modo agevole dalla chirurgia robotica ad una chirurgia a cielo aperto? Con quale frequenza si verifica di norma tale necessità?*

R) Nonostante quello che si possa pensare, in caso di necessità, la conversione da chirurgia robotica a open è abbastanza agevole e veloce. Le posizioni fisse che possono assumere i bracci robotici anche senza operatore alla consolle permettono, durante la conversione, il mantenimento di compressioni che talora sono manovre fondamentali per completare l’intervento in sicurezza. La frequenza di conversione è bassissima, in letteratura sono riportate percentuali che sono la metà o addirittura un



terzo rispetto a quelle della chirurgia laparoscopica. Il motivo è sostanzialmente la migliore visione che l’operatore ha durante l’intervento rispetto alla laparoscopia e probabilmente il fatto che i chirurghi che utilizzano il robot, anche alle prime esperienze di tale sistema, hanno maggiore esperienza e skills di quelli che si avvicinano alla laparoscopia. Nella nostra breve esperienza non abbiamo mai avuto la necessità di convertire in laparotomia nonostante la complessità dei casi approcciati.

D) *Si diceva prima che voi chirurghi vi siete progressivamente allontanati dal paziente. Cosa ci riserva il futuro? Forse saremo operati da un chirurgo fuori dall’ Ospedale, o addirittura da un chirurgo residente in un altro Continente?*

R) L’evoluzione verso la quale ci stiamo dirigendo è quella della chirurgia in teleassistenza. La sperimentazione e l’ingegneria clinica, con l’introduzione del 5G, hanno già portato all’esecuzione dei primi interventi di cardio e neurochirurgia eseguiti da operatori a distanza di 3000 km dall’ospedale nel quale il paziente era ricoverato. Il 5G ha un tempo di latenza estremamente basso, permettendo la trasmissione dei movimenti al robot operatore in maniera pressoché istantanea. E’ difficile



pronosticare se la chirurgia in remoto 5G sia applicabile a tutti i settori e se diventerà uno standard a livello mondiale, in quanto andrebbero affrontate altre problematiche come gli elevati costi e l'eventualità necessità di conversione intraoperatoria. È fuori dubbio che la diffusione di sistemi di questo tipo potrebbe permettere di gestire le emergenze in maniera più tempestiva e di evitare rischiosi trasferimenti ospedalieri.

D) *La chirurgia robotica consente di "formare" nuovi chirurghi?*

R) Come detto in precedenza, la chirurgia robotica è l'ultimo passaggio nella formazione di un giovane chirurgo, che dovrebbe aver acquisito prima una base di chirurgia open e laparoscopica, che gli permetta di gestire il robot e le eventuali complicanze e conversione in completa sicurezza per il benessere del paziente. E' ovvio che il robot può permettere, con la consolle per il training utilizzata dal tutor, una formazione più accurata e in sicurezza, un po' come avviene con le macchine per la scuola guida.

INDICAZIONI IN CHIRURGIA GENERALE E CASISTICA TRICASE

- Chirurgia coloretale (resezioni coliche e rettali)
- Chirurgia sovramesocolica (resezioni gastriche, pancreatiche ed epatiche)
- Chirurgia benigna e maligna dell'esofago
- Chirurgia toracica

La "necessità" di completare la dotazione tecnologica dell'AO Cardinale Panico con la ROBOTICA, scaturisce dalla presa d'atto che la numerosità dei pazienti affetti da patologia neoplastica trattati ogni anno con procedure chirurgiche di ALTA COMPLESSITÀ, che possono e devono giovare anche del trattamento robotico, è in progressivo aumento e ha raggiunto valori che collocano l'UOC di Chirurgia Generale di Tricase come primo centro in Puglia (dati AGENAS-ARESS) e tra i primi in Italia per la "penetranza" della chirurgia laparoscopica "avanzata" rispetto alla chirurgia tradizionale per i tumori :

ESOFAGO-GASTRICI (85% minivasiva),

EPATOBILIARI (77% minivasiva),

PANCREATICI (83% minivasiva),

SPLENICI (100% minivasiva),

SURRENALICI (98% minivasiva),

COLICI (97% minivasiva),

RETTALI (100% minivasiva)

ricosciuto indice di qualità da tutte le società scientifiche.

Le procedure ROBOTICHE eseguite NEI PRIMI DUE MESI:

- 2 ESOFAGECTOMIE
- 2 DUODENOCEFALOPANCREASECTOMIE
- 6 RESEZIONI EPATICHE MAGGIORI
- 2 SURRENALECTOMIE
- 10 RESEZIONI COLORETTALI ULTRABASSE



SALVATORE CASARANO

*Infermiere Coordinatore. Blocco operatorio,
Pia Fondazione Card. Panico Tricase.
Presidente A.I.C.O. Italia, Società Scientifica. Associazione Italiana
Infermieri di Camera Operatoria*

Gli infermieri a servizio dell'uomo e la sfida tecnologica da Vinci: un risultato di team

IL RUOLO DEGLI INFERMIERI NELLA GESTIONE DELLA SALA OPERATORIA

Penso a qualche mese fa ... nella nostra Azienda e nel nostro territorio è arrivato il *robot Da Vinci*, dando di fatto inizio ad una nuova *fase* di modernizzazione tecnologica, come pochi mesi prima era accaduto per la "sala ibrida". Gli infermieri del blocco operatorio si preparano all'impatto organizzativo-gestionale, inizia lo stress da prestazione.

Sorprendentemente, quasi non ci siamo accorti di essere parte di una innovazione che in modo silente ha semplicemente offerto ai cittadini del Salento la migliore risposta di Salute possibile. Siamo partiti con un corso propedeutico di apprendimento per team dedicato all'impianto del robot, pochissimi ritocchi per la ristrutturazione tecnologica e strutturale. Poche ore di formazione frontale su campo, in sala operatoria per circa 5 ore e passione ... impegno, serietà e professionalità. Nella nostra breve ma intensa esperienza, gli infermieri hanno dimostrato, con i fatti, capacità sorprendenti di adattamento. La curva di apprendimento dei chirurghi e degli infermieri è avvenuta *in corso di opera*. Con i casi clinici che si susseguivano sul tavolo operatorio ed il tutoraggio esperto dei tecnici robotici, anch'essi Infermieri. La selezione ha tenuto conto delle capacità professionali di prestazioni ad alto contenuto scientifico qualificando, semmai ce ne fosse bisogno, l'elevato grado di specializzazione

infermieristica che da tempo sottolinea la nostra società scientifica di appartenenza, AICO (Associazione Italiana di Infermieri di Camera Operatoria)

Gli infermieri strumentisti di chirurgia robotica sono sicuramente infermieri che nel loro percorso professionale hanno maturato un'esperienza di Sala Operatoria di alta complessità assistenziale, sia nella chirurgia convenzionale che laparoscopica.

Difatti è necessario che lo **Strumentista Robotico** e l'infermiere di assistenza di sala abbiano maturato ed acquisito una consolidata esperienza nella **gestione del**





tavolo operatorio e della Sala, in chirurgia tradizionale open e laparoscopica con una dettagliata e accurata conoscenza dei tempi degli interventi chirurgici e dello strumentario, delle apparecchiature elettromedicale e dei dispositivi medici.

Vista l'incidenza e la modernità di questa innovativa tecnica chirurgica risulta fondamentale *background* del personale Infermieristico impegnato, al fine di rendere più efficace e fluida tutta la procedura assistenziale: la dedizione, la collaborazione, il continuo aggiornamento professionale; questo produce effetti positivi nella qualità assistenziale diretta che si assicura al paziente in una pratica così specialistica.

Le funzioni Infermieristiche in sala Robotica si riassumono in una check-list per gestire proattivamente eventuali rischi e non conformità:

- **Sopralluogo e controllo** della sala operatoria prima dell'inizio della seduta
- **Vestizione sterile e settaggio del Robot da Vinci**, montaggio degli strumenti robotici
- **Preparazione** del tavolo chirurgico e di tutto lo strumentario necessario all'intervento.
- **Assistenza** indiretta al chirurgo operatore alla console chirurgica;
- **Assistenza** diretta all'aiuto chirurgo al tavolo operatorio;
- **pulizia e/o cambio dell'ottica**
- **controllo**, sostituzione e pulizia dello strumentario robotico e laparoscopico

- **gestione** e controllo dello pneumoperitoneo e dei parametri elettrobisturi
- **preparazione** dei fili di sutura, stent ureterali, suturatrici ecc. gestione e sostituzione catetere vescicale
- **Ripristino e preparazione dello strumentario chirurgico** per il processo di decontaminazione, lavaggio e sterilizzazione.

La chirurgia Robotica offre vantaggi in termini di ricaduta sull'impegno dei professionisti, inclusi gli Infermieri, per la degenza ospedaliera più breve, una minore perdita di sangue intraoperatoria ed un recupero in generale per il paziente più rapido. Da tenere presente l'aspetto della sostenibilità considerando il punto di vista dei costi verso i potenziali vantaggi. L'Associazione Italiana di Infermieri di Camera Operatoria (AICO) da ormai diversi anni ha pubblicato numerosi articoli scientifici sulla sua rivista a testimonianza dell'interesse che questa tecnologia ha suscitato e della stretta collaborazione nel TEAM specifico di Cura dedicato. Altrettanto l'Association of peri Operative Registered Nurses (AORN) nell'anno 2006 ha pubblicato il primo articolo della sua rivista scientifica AORN Journal dedicato a questo argomento; entrando sempre di più nello specifico andò a descrivere e a definire i diversi ruoli infermieristici in base alle aree di applicazione della chirurgia robotica.



I contributi hanno approfondito aspetti tipicamente rilevanti per gli infermieri: *la relazione* con l'assistito e di come rendere il processo curativo a misura d'uomo. Attraverso percorsi di eccellenza infermieristica standardizzati, possiamo dedicare *personalmente* per ogni assistito il Tempo di Cura di cui ha bisogno, cosa è questo se non Centralità dell'assistito? Questo approccio non "esclusivo né escludente" è necessario per arrivare ad una cultura della infermieristica multidimensionale, dove la dimensione è definita dal bisogno di cura espresso dalla persona, non del professionista. La relazione tra infermiere e persona assistita è un momento di privilegio che il professionista incontra durante la sua vita professionale a sperimentare... e che talvolta lo cambia profondamente, migliorandolo.

L'ambito di attività Infermieristica in questi ultimi anni sta attraversando un'evoluzione di grande ampiezza e valore, richiamando continuamente il professionista all'adeguamento con i "Tempi". Nell'era dell'High-Tech, in presenza di tecnologia al momento più avanzata, occorre adeguarsi. "Più c'è High-Tech, più occorre High-Touch" **diventa in definitiva ... La sfida. All'infermiere di oggi viene richiesto una solida identità professionale** che poggia su altrettanto solide conoscenze scientifiche, mantenute costantemente aggiornate messe in discussione, rivisitate e aggiornate e che ci aiutano a entrare in relazione con la persona assistita perché l'unico nostro strumento che rinforza e rinsalda la nostra identità *non ha a che fare con la tecnologia o con*

il management, ma è la relazione con l'assistito che è, e deve essere sempre dal punto di vista della competenza, all'altezza della situazione assistenziale che si presenta. In un ideale zaino della professione che ognuno di noi porta sulle spalle inseriamo tutto il nostro patrimonio: la nostra formazione di base, la formazione specialistica, la formazione complementare, la formazione permanente, l'esperienza professionale criticamente rivista e aggiornata, le nostre attitudini, le nostre aspirazioni, il nostro vissuto, il nostro essere *persona* ed essere infermiere. La professione è una, ma la professionalità è individuale... "

Che il perseguire diventi Abitudine. (Ovidio)



A.I.C.O.

ASSOCIAZIONE
ITALIANA INFERMIERI
DI CAMERA OPERATORIA
SOCIETÀ SCIENTIFICA



ANGELO GRECO

S.C. Anestesia e Rianimazione
Direttore : PierPaolo Ciocchetti
Ospedale Card. Panico – Tricase – Lecce

Il punto di vista del medico anestesista

NECESSARIA UNA SCRUPOLOSA PREPARAZIONE DEL PAZIENTE PRIMA DELL'INTERVENTO

L'introduzione della chirurgia robotica nella nostra pratica quotidiana di sala operatoria si inserisce in un percorso già avviato al fine di garantire ai nostri pazienti outcomes migliori, in termini di minori complicanze, degenze più brevi e minori tempi di recupero postoperatorio. Tale percorso è iniziato con l'implementazione di protocolli di *"enhanced recovery"*, ovvero una serie di interventi pre-, intra- e post-operatori che un team formato da diverse figure professionali mette in atto per ridurre l'impatto della chirurgia sul paziente e favorirne un recupero ottimale ed un ritorno precoce e sicuro alle attività quotidiane, ed il cui cardine è rappresentato sicuramente dalla minima invasività della tecnica chirurgica.

In tale ottica, la chirurgia robotica unisce ai vantaggi di minima invasività della chirurgia laparoscopica, una maggiore precisione, flessibilità e controllo da parte dell'operatore, grazie alla possibilità di movimenti non consentiti dall'approccio laparoscopico tradizionale e ad una ottimale visione del campo operatorio. Ciò si traduce in un ampliamento delle indicazioni all'approccio mini-invasivo, a minori complicanze, a minori perdite ematiche ed a minore dolore post-operatorio.

Dal punto di vista dell'anestesista, la chirurgia robotica pone delle **problematiche specifiche** che possono essere riassunte in:

- Accesso limitato al paziente
- Posizioni estreme del paziente, protratte nel tempo

- Ripercussioni emodinamiche e respiratorie dello pneumoperitoneo e delle posizioni estreme
- Necessità di curarizzazione profonda
- Prolungamento dei tempi chirurgici
- Ipotermia intraoperatoria

E' necessario pertanto già in fase pre-operatoria un'accurata **valutazione del paziente** mirata all'identificazione di comorbidità che possano aumentare il rischio di complicanze specifiche della tecnica chirurgica. Tale valutazione riveste una sempre maggior importanza tanto più si ampliano le indicazioni alla chirurgia per fasce di età sempre più avanzate o per patologie un tempo ritenute non aggredibili chirurgicamente. Pur non essendo codificati dei criteri di esclusione, possono essere considerate delle controindicazioni assolute il glaucoma e l'ipertensione endocranica (per le posizioni di Trendelenburg spinte), gravi coagulopatie, valvulopatie e pneumopatie di grado severo, ed una classificazione ASA IV. Controindicazioni relative, da valutare caso per caso, sono rappresentate invece da obesità grave, BPCO e cardiopatie di grado moderato-severo, così come coronaropatie non trattate.

L'**accesso limitato al paziente** nel corso dell'intervento, legato all'ingombro delle braccia chirurgiche del sistema robotico nonché alle posizioni estreme di lateralità, Trendelenburg ed anti-Trendelenburg richieste in questo tipo di chirurgia, e che non possono essere variate prima che il sistema venga rimosso, comporta una



scrupolosa preparazione del paziente sul letto operatorio, finalizzato a:

- fornire un **monitoraggio** respiratorio ed emodinamico del paziente adeguato alle sue comorbidità ed al tipo di chirurgia, oltre al monitoraggio neuromuscolare (TOF), dell'adeguatezza dell'anestesia (entropia, BIS) e della temperatura corporea.
- assicurare accessi venosi, tubo endotracheale e monitoraggi da eventuali sposizionamenti accidentali
- garantire l'accesso agli stessi da parte dell'anestesista per tutta la durata della procedura al fine di un tempestivo intervento in caso di necessità
- verificare la **stabilità del paziente** sul tavolo operatorio e la **prevenzione delle lesioni compressive e da stiramento legate alla posizione** (prominenze ossee, punti di pressione, plesso brachiale, nervo ulnare, nervo sciatico popliteo esterno, nervo femoro-cutaneo laterale), con l'ausilio di presidi specifici (materassini a depressione, supporti, presidi antidecubito ecc.)
- assicurare la **normotermia intra-operatoria**, con l'ausilio di presidi e monitoraggi specifici (riscaldatori ad aria, materassini termici, scaldaliquidi)

La combinazione di pneumoperitoneo e posizione di Trendelenburg spinta ($> 30^\circ$) a causa dell'aumentata pressione endoaddominale (IAP) e della dislocazione craniale del diaframma, porta a delle modificazioni emodinamiche e respiratorie di rilievo.

A livello polmonare, è responsabile di atelettasie e di disaccoppiamento del rapporto ventilazione / perfusione con conseguenti fenomeni di shunt ed ipossimemia, ed un maggior rischio di complicanze polmonari postoperatorie (PPCs, Post-operative Pulmonary Complications); si osserva una diminuzione della compliance polmonare, della capacità polmonare totale e della capacità funzionale residua (anche di oltre il 50%), mentre aumentano le pressioni di picco e di plateau delle vie aeree, con conseguente rischio di barotrauma. Il riassorbimento della CO₂ utilizzata per indurre e mantenere lo pneumoperitoneo, può portare ad ipercapnia e conseguente acidosi, in particolare nei pazienti con BPCO severa, meno efficienti nell'eliminazione dell'aumentata CO₂ e che risultano a maggior rischio di PPCs e di ventilazione meccanica prolungata. Al riassorbimento di CO₂ può inoltre contribuire un eventuale enfisema sottocutaneo, che può verificarsi nel corso di queste procedure, durando anche diverse ore dopo la fine dell'intervento. L'utilizzo di una ventilazione "protettiva" a bassi volumi correnti ed a frequenze respiratorie elevate consente di assicurare una ventilazione/minuto adeguata all'apporto esogeno di CO₂, mantenendo pressioni delle vie aeree contenute (P_{plat} < 30 mmHg). L'applicazione di una pressione positiva di fine espirazione (PEEP), controbilanciando la pressione sul diaframma dei visceri addominali, può aiutare a ridurre i fenomeni di atelettasia e migliorare il reclutamento alveolare e conseguentemente l'ossigenazione.

Lo pneumoperitoneo e l'aumento associato della IAP comportano effetti neuroendocrini e meccanici sulla fisiologia cardiovascolare. L'aumento della IAP provoca infatti il rilascio di catecolamine e l'attivazione del sistema renina-angiotensina con conseguente rilascio di vasopressina. Ciò aumenta la pressione arteriosa media (MAP) nella maggior parte dei pazienti e può contribuire ad aumentare la resistenze vascolari sistemiche (SVR) e la resistenze vascolari polmonari (PVR). La stimolazione vagale, da inserimento dei trocar o da stiramento peritoneale con l'insufflazione, può provocare bradiaritmie.

Gli effetti cardiovascolari meccanici dello pneumoperitoneo dipendono dallo stato volemico, dalle pressioni di insufflazione e dalla posizione del paziente. La compressione della vascolarizzazione arteriosa con lo pneumoperitoneo aumenta le SVR e PVR, con effetti variabili su gittata cardiaca (CO) e pressione arteriosa. Anche l'ipercapnia causata dall'assorbimento di CO₂ può aumentare le SVR e PVR. L'elevata pressione intra-addominale può ridurre il ritorno venoso attraverso la vena cava inferiore e determinare una caduta del precarico cardiaco; ciò risulta particolarmente rilevante nella posizione head-up (cioè di Trendelenburg inverso) che portando a un sequestro venoso nelle parti declivi, tende a ridurre ulteriormente il ritorno venoso nel cuore, e ciò può tradursi in ipotensione anche marcata, specialmente in pazienti ipovolemici.

La posizione di Trendelenburg al contrario aumenta il ritorno venoso e le pressioni di riempimento cardiaco. La pressione venosa centrale (PVC), la pressione arteriosa polmonare media e pressione del cuneo capillare (PCWP) risultano aumentate, così come la pressione arteriosa media (MAP).

Gli effetti diretti dell'ipercapnia e dell'acidosi associata comprendono una ridotta contrattilità cardiaca, una sensibilizzazione alle aritmie e vasodilatazione sistemica, quest'ultima spesso bilanciata dalla stimolazione simpatica.

Gli effetti meccanici e neuroendocrini del pneumoperitoneo possono ridurre la circolazione splanchnica, con conseguente riduzione del flusso sanguigno epatico, mesenterico e renale. L'ipoperfusione splanchnica può portare ad aumento dei lattati e conseguente acidosi metabolica. Tuttavia, per le pressioni di insufflazione correntemente utilizzate, gli effetti complessivi sulla circolazione splanchnica non risultano clinicamente significativi, normalizzandosi subito dopo la deflazione dello pneumoperitoneo.

L'aumento delle pressioni intraaddominali e intratoraciche, l'ipercapnia e la posizione di Trendelenburg possono aumentare il flusso sanguigno cerebrale (CBF) e le pressioni intracraniche (ICP). Inoltre, l'ostacolato drenaggio del sistema venoso lombare secondario all'aumento della pressione intra-addominale può determinare riduzione del riassorbimento del liquido cerebro-spinale contribuendo all'aumento della ICP. In

pazienti sani sottoposti a pneumoperitoneo prolungato e posizione di Trendelenburg spinta, l'ossigenazione cerebrale e la perfusione cerebrale rimangono entro limiti sicuri. Nei pazienti con lesioni di massa intracranica o disturbi cerebrovascolari significativi, l'aumento della ICP può avere conseguenze cliniche. Pertanto, in questa popolazione di pazienti, è necessario mantenere una rigida normocapnia intraoperatoria.

Analogamente, la pressione intraoculare (IOP) aumenta con lo pneumoperitoneo ed aumenta ulteriormente quando il paziente è in posizione di Trendelenburg. Le implicazioni cliniche di tale aumento sono limitate, ma possono risultare notevoli in pazienti affetti da glaucoma.

Le principali modificazioni fisiologiche indotte dalla pneumoperitoneo e dalla posizione di Trendelenburg sono riassunte nella **Tabella 1**.

Il nostro protocollo anestesilogico prevede per l'induzione ed il mantenimento dell'anestesia l'utilizzo di farmaci short-acting, sia in anestesia generale bilanciata che in anestesia completamente endovenosa (*totally intra-venous anesthesia*, TIVA), e di un blocco neuromuscolare profondo (*deep neuromuscular block*) con bromuro di rocuronio, per la possibilità di antagonizzarne l'effetto con sugammadex. Il blocco neuromuscolare viene monitorizzato, al fine del suo mantenimento ottimale e della conferma dell'avvenuto reverse prima dell'estubazione, con un monitoraggio neuromuscolare specifico (TOF).

In chirurgia robotica, l'utilizzo di una curarizzazione profonda e di un facile reverse si prefigge come obiettivi:

- il mantenimento di una insufflazione e di una pressione endoaddominale (IAP) costante
- un "working space" ottimale per l'operatore
- la minimizzazione delle conseguenze emodinamiche e respiratorie dello pneumoperitoneo
- la riduzione del rischio di complicanze.

L'utilizzo di protocolli anestesilogici *opioid-sparing* e di tecniche combinate di anestesia generale ed analgesia locoregionale, principalmente con blocchi di parete addominale (TAP block) ecoguidati, consente, riducendo il consumo di analgesici oppioidi intra- e post-operatorio, di favorire una mobilitazione precoce del paziente, una riduzione della nausea e vomito postoperatorio (PONV), un rapido recupero della funzione intestinale

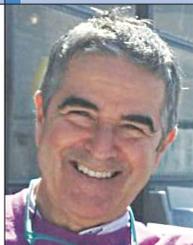
ed una riduzione delle complicanze respiratorie post-operatorie.

E' noto che la gestione perioperatoria dei fluidi rappresenta uno dei principali fattori in grado di influenzare gli *outcome* postoperatori in chirurgia addominale. Nella nostra esperienza, un approccio restrittivo atto ad evitare un eccesso di liquidi perioperatori si è dimostrato efficace nel migliorare gli *outcome* evitando l' edema

viscerale e l' accumulo di liquidi nell' interstizio. Nei pazienti sottoposti a chirurgia robotica in posizione di Trendelenburg prolungata, un' eccessiva somministrazione di liquidi può portare ad edema facciale, faringeo e laringeo, e risulta pertanto essenziale una strategia restrittiva o "*goal-directed*" (cioè guidata dal monitoraggio emodinamico).

Tab. 1 - Principali modificazioni fisiologiche indotte dallo pneumoperitoneo e dalla posizione di Trendelenburg spinta

Respiratorie	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Capacità polmonare totale (TLC) e Capacità funzionale residua (FRC) ↓ Compliance ↑ Pressione di picco (Ppeak) e Pressione di plateau (Pplat) <i>Mismatch</i> rapporto ventilazione/perfusione (V/Q) → <i>shunt</i> → ipossiemia Atelettasie → ipossiemia, aumentato rischio di complicazioni polmonari post-operatorie (PPCs) Ipercapnia, acidosi respiratoria → aumentato rischio di PPCs, ventilazione meccanica prolungata
Cardiovascolari	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Pressione arteriosa media (MAP) ↑ resistenze vascolari sistemiche (SVR) e resistenze vascolari polmonari (PVR) ↑ Pressione venosa centrale (PVC) ↑ Pressione di incuneamento polmonare (PCWP) Effetti variabili sulla gittata cardiaca (CO) ↓ Perfusione splancnica (epatica, mesenterica) → acidosi lattica ↓ Perfusione renale → ↓ Output urinario Ipercapnia → Vasodilatazione sistemica, ↓ contrattilità cardiaca
Neurologiche	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Flusso ematico cerebrale (CBF), ↑ Pressione intracranica (ICP) ↑ Pressione intraoculare (IOP)



di SILVANO VITALE

Dirigente Medico U.O. Otorinolaringoiatria
Ospedale V. Fazzi - Lecce

Acufeni: quegli strani «rumori» che arrivano dall'orecchio

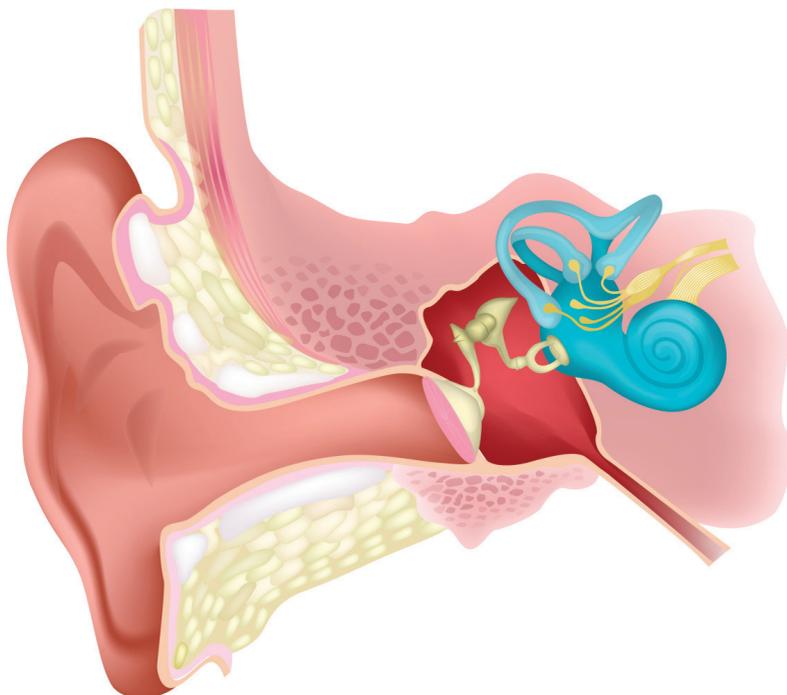
UNA PERSONA SU QUATTRO ALLE PRESE CON QUESTO FASTIDIOSO PROBLEMA

L'esigenza di scrivere questa paperreview sull'acufene, nasce dalla opportunità di fare un po' di chiarezza su questo argomento, molto enigmatico, cui viene applicato dai vari medici, specialisti e non, un percorso diagnostico-terapeutico non certamente univoco. Di seguito vengono presentati i razionali presenti in letteratura su cui basiamo la presa in carico di un paziente con acufeni.

COSA E' L'ACUFENE?

Acufene deriva dal verbo latino "tinnire". Ogni persona descrive l'acufene in modo molto soggettivo. Chi dice di sentire un ronzio nelle orecchie; oppure un sibilo; oppure un fischio o come il rombo di un'auto, etc. etc. Talvolta il paziente non riesce a paragonarlo a nulla, ma avverte un «rumore» [chiamato *acufene*] in una o tutte e due le orecchie o nella propria testa. Inutile aggiungere che il paziente avverte questo strano rumore che proviene dall'interno del proprio corpo ma che non è generato da qualcosa di esterno. Talora il «rumore» è così intenso da interferire con la propria concentrazione oppure da rendere difficoltosa la capacità uditiva in generale. L'intensità percepita dell'acufene può essere molto variabile e risente anche dello stato soggettivo (più o meno ansioso) del paziente. Moltissimi hanno avvertito, almeno una volta nella propria vita, un rumore nelle orecchie che è persistito per un breve lasso di tempo e in genere associato a spasmi di muscoli presenti nell'orecchio medio oppure preannunciano un danno delle vie

“ L'acufene può essere il sintomo di svariate malattie ”



acustiche. Per poi scomparire spontaneamente. I maggiori problemi si hanno quando questo «rumore» persiste nel tempo.

Circa una persona su quattro-cinque soffre di acufeni. Circa il 10-20% della popolazione riferisce di sentire rumori nelle orecchie; specie gli ultra-settantenni. E' importante chiarire subito che il «rumore» nelle orecchie non è di per sé una malattia ma è un «sintomo». Un po' come la febbre che è un sintomo espressione di una infezione o il dolore che può essere espressione di varie malattie. L'acufene può, quindi, essere il sintomo di svariate malattie come ad esempio una diminuzione dell'udito (sebbene molto spesso compaia ancora prima di avere una perdita uditiva), malattie dell'orecchio, disturbi del sistema circolatorio, etc. etc. Talvolta la causa dell'acufene è già scomparsa quando l'andiamo a cercare ma ci ha lasciato in eredità questo fastidioso «rumore» nelle orecchie. Classicamente una prima grande suddivisione degli acufeni viene fatta in: 1.Oggettivi; 2.Soggettivi. Gli acufeni oggettivi sono estremamente rari. Sono così detti perchè se appoggiamo il nostro orecchio su quello del soggetto che ne è affetto, possiamo sentire anche noi questi rumori. Sono molto spesso dovuti a problemi vascolari, malattie dell'orecchio medio o a spasmi muscolari (miocloni). Assolutamente più frequenti sono gli acufeni soggettivi: quelli che sente solo il paziente e le cui cause sono numerosissime e molto spesso non note (Tabella1). L'acufene è inoltre necessario definirlo come pulsante (sincronizzato con il ritmo cardiaco) o non-pulsante, intermittente o continuo, unilaterale o bilaterale.

QUALI POSSONO ESSERE LE CAUSE DI ACUFENE?

Sebbene siano stati fatti molti progressi, l'acufene o meglio «gli acufeni» sono ancora oggi un enigma scientifico e clinico. Non c'è una sola causa responsabile della comparsa del «rumore» nelle orecchie o in testa e, molto spesso, la causa non si trova mai. Solo al fine di far comprendere la difficoltà di individuazione della malattia responsabile dell'acufene, nella Tabella 1 viene fatto un elenco delle possibili cause. Ricordando che l'elenco non è certamente quello entro cui «sicuramente» è possibile individuare la causa del proprio acufene. Proprio perché non è sempre possibile individuare il meccanismo (patogenesi) attraverso cui un acufene si genera. Più esattamente dobbiamo dire che possiamo fare solo un elenco di patologie e condizioni che si «accompagnano» con la presenza di un acufene.



Opera di Luigi De Mitri

Fra le possibili cause va anzitutto ricordata una disfunzione delle cosiddette cellule ciliate. Queste cellule sono situate nell'orecchio interno e svolgono una importantissima funzione nel raccogliere le informazioni sonore che provengono dal mondo esterno. Le cellule ciliate hanno il compito di trasformare le onde sonore in «segnali elettrici» che, quindi, viaggiano lungo il nervo acustico e giungono al cervello che li interpreta come suoni diversi. Se queste cellule ciliate si danneggiano, si possono verificare delle «fughe anomale» di segnali elettrici che giungono al cervello dove vengono interpretati come acufeni (cioè dei rumori percepiti senza che vi sia stata una stimolazione sonora dall'esterno). Quindi l'acufene può essere correlato ad una «aberrante attività neurale» anche spontanea che viene

“ Una disfunzione delle cosiddette cellule ciliate ”



generata dalla coclea o ad altri livelli lungo il sistema uditivo. La eziopatogenesi dell'acufene può però essere anche interpretata secondo un meccanismo centrale.

Vi sono dei lavori scientifici che evidenziano che, pur recidendo il nervo acustico (come accade in alcuni interventi chirurgici), l'acufene persiste (tipo sindrome dell'arto fantasma). Questo ha lasciato ipotizzare ad alcuni studiosi, fra cui il prof. Richard Salvi dell'Università di Buffalo, che l'acufene trovi la sua origine non nelle orecchie ma nel sistema nervoso centrale. Il prof. Salvi ha condotto studi su topi a cui provocava l'acufene somministrando dosi elevate di aspirina che quindi, ad alte dosi, è acufenogena, così come tanti altri farmaci. Quello che si riscontrava in queste condizioni era che le vie acustiche centrali andavano incontro ad una iper-eccitabilità rispetto all'orecchio interno che, invece, diventava meno attivo. E' un po' come ascoltare una radio con un rumore di sottofondo; se aumento il volume aumenta anche il rumore di sottofondo. Un altro aspetto che spesso accompagna i soggetti che soffrono di acufeni è un fenomeno chiamato «iperacusia». E' un aspetto un po' al contrario rispetto alla ipoacusia in cui un soggetto sente di meno. Ci sono soggetti che percepiscono i suoni come molto forti, intollerabili e questo accade, dice il prof. Salvi, perché se abbiamo un sistema nervoso centrale molto attivo, quando arriva un suono dalla periferia, anche molto debole, questo verrà amplificato moltissimo, un po'

come avere un volume troppo alto. Tutto questo ci lascia pensare che se il sistema nervoso centrale è iper-attivo potremo sentire sia gli acufeni (suoni fantasma) che percepire suoni deboli come molto forti (iperacusia). In tutto questo rientra anche l'aspetto emozionale, infatti, in caso di acufeni e iperacusia, si attivano anche tre parti del cervello «amigdala», «sostanza reticolare», «ippocampo», che si ritiene giochino un ruolo importante avendo vari ruoli sulla memoria del cervello, sulle reazioni di lotta-fuga, sul determinismo di reazioni emozionali. La maggior parte degli individui risponde agli acufeni in modo neutrale. Ma si stima anche che il 48-78% dei pazienti con grave acufene hanno anche depressione, ansia o qualche altro disturbo comportamentale.

Da quanto fin qua detto emerge il concetto: anche se sentiamo l'acufene nelle orecchie, la sua fonte è da ricercarsi nei circuiti neurali cerebrali. Spesso l'acufene inizia da una malattia dell'orecchio, ma prosegue e si mantiene nel cervello. Cosa accada di fatto nel cervello non è chiaro, ma sembrerebbe essere implicato un cambio di attività di questi circuiti neurali che subiscono vari tipi di alterazioni; fra l'altro questi specifici circuiti neurali sono connessi con altre aree cerebrali, come il sistema limbico che, a sua volta, regola l'umore e le emozioni.

COSA FARE QUANDO SENTIAMO UN «RUMORE» NELLE ORECCHIE?

L'apparato uditivo fa parte degli organi di senso e quindi serve principalmente per metterci in relazione con il mondo esterno. I vari suoni ambientali possono assumere un significato diverso e quindi provocare in ciascuno di noi: ansia, paura, terrore, piacere, sicurezza, serenità, rilassamento, etc. Quando un suono assume, nella nostra vita, un significato molto importante, dopo un periodo di apprendimento, ogni volta che lo ri-sentiamo siamo pronti a reagire. Anche se il suono è molto lieve e anche se dormiamo. E' il caso del piccolo figlio che si sveglia durante la notte e la mamma lo sente. Ciò significa che fra "l'orecchio" e "il cervello" vi sono dei filtri capaci di amplificare alcuni suoni (quelli importanti) o al contrario sopprimerne altri (quelli senza interesse).

Un altro aspetto molto rilevante è che il sistema uditivo ha numerosissimi collegamenti sia con il sistema limbico che si occupa di emozione e apprendimento, sia con il sistema nervoso autonomo che attiva il corpo, per prepararsi ad ogni evenienza (in situazioni di pericolo o minaccia). Per ogni suono

“ Nel sistema nervoso centrale la possibile origine del disturbo ”

stabiliamo una “etichetta emozionale” che risulta però variabile potendo suscitare risposte gradevoli o sgradevoli a seconda delle circostanze. Fra coloro che soffrono di acufene circa l’85% non lo ritengono disturbante. Il motivo non risiede tanto nel fatto se l’acufene è più o meno forte-intenso o sul tipo di acufene, quanto nel fatto che avvertono l’acufene come una minaccia, un fastidio, una reazione d’allarme, qualcosa comunque da cui scappare. Viene inteso come un “segnale d’allarme” e quindi come tutti i segnali di allarme siamo inesorabilmente attratti e portati ad ascoltarli. La prima lamentela di un paziente è quindi proprio la ‘perdita del silenzio’ a causa dell’acufene. Tuttavia questo comportamento, nel caso dell’acufene, non porta alcun vantaggio per il soggetto. Il paziente ha quindi una risposta condizionata all’acufene che si realizza automaticamente a livello inconscio. Il problema che crea disagio è proprio questa reazione inconscia piuttosto che l’acufene in sé. Quando l’acufene insorge per la prima volta, non essendoci alcuna memoria di esso, non ne attribuiamo alcun significato (nessuna etichetta emozionale). Le volte successive ci portano ad attivare una reazione finché il nostro cervello non interpreta e classifica questo “rumore”. Ciò può essere sufficiente perché un paziente chieda un consulto medico in quanto inizia a porsi domande tipo: scomparirà? peggiorerà? cosa succederà se va avanti così? Circostanze peggiorate da contatti con altri pazienti che hanno avuto reazioni negative all’acufene; consulenze mediche che si concludono con ‘non c’è nulla da fare’; etc. Potendosi giungere ad una vera e propria fobia del proprio acufene e quindi sarà importante confrontarsi con questo ‘rumore misterioso’ accettandolo come un fenomeno normale, non minaccioso. Sarà sempre necessario allontanare le risposte emotive negative.

Per ribadire questo concetto: vi sarebbero aree cerebrali non uditive che valutano il segnale relativo all’acufene. Se l’attività correlata all’acufene non è negativamente rinforzata si avrà un blocco della percezione cosciente dell’acufene e si verifica l’abitudine all’acufene stesso. Al contrario se l’acufene è negativamente rinforzata, il sistema nervoso autonomo e limbico sono attivati e si sviluppa attenzione selettiva nei confronti dell’acufene e di conseguenza tutta la “sofferenza” legata all’acufene.

L’acufene è una «sensazione fantasma», un po’ come il dolore neurologico e, al momento, non ha una cura conosciuta che consenta di eliminarlo alla sorgente. Alcuni riescono a convivere «spontaneamente» con l’acufene. Senza fare nulla.

Per altri invece il problema diviene intollerabile associandosi comorbidità come ansia, depressione, insonnia che necessitano di trattamento terapeutico. I numerosi enigmi riguardo la causa di un acufene e soprattutto riguardo i meccanismi patogenetici che lo determinano, fa sì che non vi sia un percorso diagnostico-terapeutico unico che vada bene per «tutti i tipi di acufene». Tuttavia, che fare quando abbiamo di fronte un soggetto che lamenta acufene?

Lo sforzo per cercare e scoprire la causa può essere immane e spesso senza risultato. Risulta però molto importante non cadere nell’eccesso opposto di «minimizzare» il problema. Come abbiamo visto nel paragrafo delle cause, un acufene può essere il sintomo ed alcune volte è il primo sintomo, di patologie molto gravi come ad esempio neoplasie cerebrali. Pertanto è necessario individuare un percorso minimo che faccia da comune denominatore a tutti i tipi di acufene e che possa indicare al medico l’opportunità di tracciare il successivo percorso. L’approccio deve quindi procedere, necessariamente, per gradi. Esempio: non appare giustificato fare tout court una Risonanza Magnetica a tutti i pazienti che giungono alla nostra osservazione riferendoci, magari per la prima volta, la presenza di un acufene. Questo introduce anche il concetto di differenziare un «acufene acuto, <3 mesi»; da un «acufene sub-acuto, 3-6 mesi»; da un «acufene cronico, > 6 mesi».

In questa sede non parliamo dell’acufene acuto che può essere inteso come situazione, spesso transitoria, e legata a circostanze più facilmente esplorabili come una esposizione a trauma acustico acuto; insorgenza di ipoacusia improvvisa; trauma cranico; crisi ipertensiva; etc. Diverso è il caso dell’acufene cronico (che persiste da molto tempo) che abbiamo visto interessa almeno il 10-15% della popolazione adulta. Di questi, circa l’80% non si sente disturbato dall’acufene. La rimanente parte si sente, più o meno, infastidita dall’acufene fino a raggiungere una piccola quota di soggetti per i quali l’acufene diviene fortemente disabilitante. Un elemento che comunque accomuna tutti e che tutti vogliono sapere se questo «rumore misterioso» è causato da qualcosa di grave per la propria salute.

PERCORSI DIAGNOSTICI

Tre sono gli aspetti importanti: 1. anamnesi e questionari; 2. valutazione multi-steps della funzione uditiva; 3. valutazione dell’acufene. L’anamnesi nel caso dell’acufene assume un valore determinante, per cui è mandatorio iniziare un percorso

“Quella insopportabile «perdita del silenzio»”



Opera di Luigi De Mitri

diagnostico eseguendo una accurata e mirata indagine anamnestica. Gli aspetti da valutare sono veramente molteplici e possono riguardare tante circostanze che si correlano con un acufene. L'anamnesi può quindi comprendere:

- informazioni sul tipo di lavoro svolto (*esempio: rumoroso o meno*)
- dove viene percepito l'acufene (*in un orecchio, entrambi, in testa*)
- da quanto tempo c'è questo sintomo (*giorni, mesi, anni*)
- com'è il proprio acufene (*un sibilo, un rombo, è pulsante, etc.*)
- come ha avuto inizio (improvvisamente, lentamente, da solo, insieme ad altri sintomi come vertigini, ipoacusia, ovattamento auricolare, etc.)

- come varia nel tempo (è costante, discontinuo, si accentua in particolari circostanze, varia a seconda dei giorni, si accentua con i movimenti della bocca, in condizioni di particolare stress, dopo assunzione di farmaci, in quali condizioni sembra migliorare/peggiore, etc.)
- intensità soggettiva dell'acufene (lo sento di giorno, di notte, sempre)
- mascheramento dell'acufene (se viene o non viene facilmente mascherato quando ci sono altri suoni nell'ambiente oppure se siamo occupati dalle nostre attività quotidiane)
- cosa succede se ci si espone a rumori forti (peggiora, rimane invariato)
- iperacusia (trovare intolleranti-forti suoni che ad altre persone invece non creano alcun problema)
- ipoacusia
- vertigini
- indagine generale (malattie già note dell'orecchio, aterosclerosi, ipo-ipertensione, anemia, diabete, malattie neurologiche, cefalea, malattie psichiatriche, malattie odontoiatriche, traumi cranici, traumi acustici, malattie disendocrine, etc.)
- comorbilità (ansia, depressione, disturbi del comportamento, etc.)
- trattamenti farmacologici eseguiti

Non sono note metodiche diagnostiche routinarie che abbiano la capacità di evidenziare oggettivamente «il proprio acufene». Esempio fare una Risonanza Magnetica non serve per «vedere» l'acufene, semmai per scoprire la sua possibile causa. Nel nostro ambulatorio eseguiamo l'acufenometria, ma rimane, di fatto, sempre una misura soggettiva.

Talora è «il tipo di acufene» che può orientare verso la sua possibile causa:

- rumore tipo “click”. Possono essere dovuti a contrazioni muscolari intorno l'orecchio o a problemi di articolazione temporo-mandibolare. Spesso sono avvertiti come una specie di raffica di suoni. Possono durare secondi-minuti.
- Rumore tipo “ronzio”. Di solito di origine vascolare; è possibile notare le fluttuazioni del suono al cambio di posizioni; ad esempio quando ci si sdraia o si sta in piedi.
- Rumore tipo “battito del cuore”. Cosiddetto ‘acufene pulsante’. Riconosce per lo più problemi cardiaci come ipertensione, aneurisma, etc. Spesso il blocco della tuba uditiva o del condotto uditivo esterno (es. cerume), amplifica questo rumore pulsante nelle orecchie.

“ Se il fischio non passa subentrano ansia, depressione, insonnia ”

- Rumore tipo “a bassa frequenza”; rumore a tonalità bassa (tipo un rombo) possono essere causati da situazioni come la Malattia di Meniere ed incrementare prima di un episodio di riacutizzazione della stessa.
- Rumore tipo “ad alta frequenza”; come un sibilo. Possono conseguire ad esposizione a traumi acustici intensi o a eventi traumatici in generale. Di solito scompare dopo alcune ore o diventare permanente. L'esposizione a rumore cronico (es. in ambiente lavorativo), l'età e la conseguente presbiacusia (fisiologica perdita uditiva), l'uso di farmaci, possono essere responsabili di un acufene ad alta frequenza in entrambe le orecchie. Talora alcune patologie come il neurinoma dell'acustico causano acufene ad alta frequenza, ma solo in un orecchio.
- Rumore di “vario tipo”. L'acufene è più spesso descritto in modo diverso da paziente a paziente. Una otosclerosi può causare un acufene a bassa frequenza, continuo o intermittente. L'acufene può essere causato dal cerume, da corpi estranei o dai peli nel condotto uditivo esterno; etc. generandosi una notevole variabilità di suoni misteriosi.

Chi ha un rumore nelle orecchie deve ricorrere anzitutto alle cure del proprio medico di base. Indubbiamente, nel caso di acufeni, andrebbe interpellato il medico otorino che è quello che da sempre si è occupato di questa patologia. In particolare il consulto deve avvenire con specialista che abbia attitudini professionali orientate a queste problematiche. Lo specialista svilupperà il percorso diagnostico in modo sartoriale rispetto al paziente e potrà decidere di avvalersi di strumenti per valutare co-morbilità come ad esempio l'importante Tinnitus Handicap Inventory che consentirà di classificare l'acufene in: Lieve, Moderato, Grave, Catastrofico. Un acufene lieve non crea disagio e nessuna menomazione. Il grado moderato causa già problemi a livello emozionale, cognitivo, attentivo, lavorativo, anche se in modo occasionale e fondamentalmente solo nel silenzio. L'acufene grave è come il grado precedente ma si verifica più regolarmente e in più situazioni e non solo nel silenzio. Nei gradi più avanzati, l'acufene interferisce costantemente con le emozioni, con lo stato cognitivo, con l'attenzione e incide significativamente sulla vita quotidiana.

QUALE TRATTAMENTO TERAPEUTICO ESEGUIRE?

Che succede alla fine del percorso diagnostico? E' notorio che, molto spesso, chi soffre di acufeni «non finisce mai il

percorso diagnostico!» Consulta tantissimi medici e non, e prova tantissime terapie. Mai fermandosi al primo medico, alla prima diagnosi, al primo trattamento terapeutico suggerito. Tutto ciò lascia già intuire che, a tanti tipi di acufeni, possono corrispondere tanti diversi tipi di tentativi di trattamenti terapeutici. La domanda iniziale è quindi: «esiste un unico trattamento terapeutico che vada bene per tutti gli acufeni?» La risposta è no.

Possiamo distinguere i percorsi terapeutici in: trasversali e specifici. Questi ultimi sono quelli confinati a quelle circostanze in cui è nota la causa dell'acufene. Tuttavia, anche quando la causa dell'acufene è nota, non è che il trattamento della sua causa comporti tout court la scomparsa dell'acufene. Esempio se il mio acufene è dovuto a Malattia di Ménière, non è che la cura della M. di Ménière farà certamente scomparire l'acufene. Tuttavia laddove vi sia una causa plausibile va instaurato il regime terapeutico adeguato. Proprio per questi motivi sono stati individuati trattamenti che possiamo definire «trasversali» e cioè che «vanno un pò bene per tutti gli acufeni».

A questo punto è bene chiarire la differenza fra «**GUARIRE**» e «**CURARE**». I due concetti sono in realtà fra di loro correlati. In linea generale è ovvio che attraverso una 'cura' si vorrebbe ottenere la 'guarigione', intesa come regressione dello stato di malattia fino alla sua scomparsa. Tuttavia le cure note per gli acufeni non conducono, molto spesso, alla scomparsa dello stato di malattia. Lo stato di malattia percepito dal paziente è dato dal sintomo acufene e *il paziente chiede al medico di eliminare questo sintomo*. Quindi la guarigione percepita dal paziente avviene se si riduce o scompare l'acufene. Essendo noto che non si dispone di strumenti terapeutici che certamente elimineranno l'acufene è bene chiarire con il paziente che, se non possiamo guarirlo, sicuramente possiamo prenderci cura di lui. Questo aspetto è molto importante quando ricordiamo che, a fronte di moltissimi soggetti affetti da acufeni, solo una piccola parte vive il problema come un aspetto invalidante. Questo concetto convince nel ritenere che vi siano possibilità attraverso cui un paziente, anche se non 'guarisce' dal suo acufene, può essere 'curato' e vedere ridurre l'interferenza del sintomo acufene sulla sua vita. Tutto ciò detto, implica la chiarezza dell'obiettivo terapeutico da condividere con il paziente.

Un primo aspetto terapeutico, trasversale a tutti i pazienti con acufeni, è il suggerimento di evitare-gestire tutte quelle circostanze che sono responsabili del peggioramento del

“ La risonanza non serve, occorre eseguire una anamnesi accurata ”

proprio acufene. Così molti pazienti trovano vantaggio dalla abolizione all'esposizione ai rumori intensi, del fumo-nicotina, dell'alcol, della caffeina. Arricchiscono gli *ambienti esterni* domestici-lavorativi, con suoni di sottofondo come quello di un ventilatore, di un deumidificatore, di musica, etc. Gestiscono il proprio *ambiente interno*, inteso come spazio emozionale, riducendo l'ansia libera e lo stress, aumentando la capacità di concentrazione ad esempio verso una lettura, ascolto degli altri (familiari, radio, televisione, conferenza), etc.

LINEE GUIDA SUL TRATTAMENTO DEGLI ACUFENI

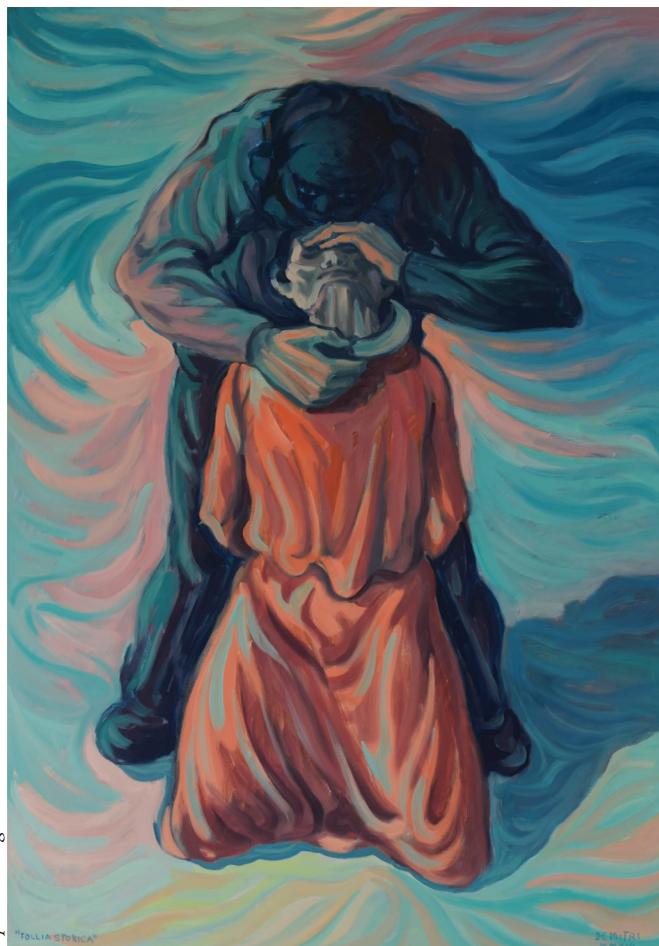
I trattamenti terapeutici proposti sono numerosissimi e quindi la buona pratica medica, oggi, non può prescindere dal tenere presenti linee guida di riferimento su determinati argomenti. Per questo motivo di seguito vengono riportati alcuni elementi contenuti nelle linee guida pubblicate sugli acufeni nel 2014 dall'American Academy of Otolaryngology e A multidisciplinary European guideline for tinnitus: diagnostics, assessment, and treatment, pubblicate a marzo 2019.

TERAPIA MEDICA FARMACOLOGICA

In assenza di review sistematiche e trials randomizzati, non è raccomandata terapia con Ginkgo biloba, melatonina, zinco o altri integratori per il trattamento di persistenti acufeni invalidanti. Una Cochranerreview pubblicata nel 2013 ha concluso che Ginkgo biloba non è efficace sull'acufene. In genere non è raccomandata alcuna terapia medica per il trattamento dell'acufene cronico. Se vi sono co-morbilità come disturbi psichiatrici associati all'acufene solo in questi casi possono essere utilizzati farmaci specifici. Quindi gli anti-depressivi non vanno prescritti ai soggetti con acufene in assenza di diagnosi di depressione o altre malattie psichiatriche.

SOUND THERAPY

La terapia del suono può essere raccomandata ai pazienti con acufene persistente e invalidante. C'è qualche evidenza clinica ma poche con alto livello. La stimolazione acustica è probabilmente il "più vecchio e naturale" approccio terapeutico per l'acufene, attraverso la quale si ha un mascheramento dell'acufene stesso. L'obiettivo principale è quello di allontanare l'attenzione selettiva del paziente nei confronti dell'acufene. La



Opera di Luigi De Mirri

terapia del suono per l'acufene è definita come qualsiasi uso del suono destinato a modificare la percezione e/o le reazioni dell'acufene con conseguente beneficio clinico. Ogni soggetto ha la sua preferenza per i suoni da utilizzare nella sound therapy. Va sempre associata a specifico counseling. Sotto questo paragrafo può essere inserito il trattamento con applicazione di protesi acustiche in caso di concomitante ipoacusia o l'applicazione di un impianto cocleare. Oggi sono disponibile anche Apps, anche se non sempre basate su standard clinici, ma che possono fornire (gratuitamente) al paziente una vasta libreria di suoni

TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE

E' fortemente raccomandata nei pazienti affetti da acufene persistente e invalidante. C'è un alto livello di evidenza circa l'efficacia e la sicurezza di questo approccio nel trattamento dell'acufene.

Il ruolo del medico di base e quello dello specialista

Ciò che però è molto importante tener presente è il concetto che l'approccio terapeutico all'acufene deve essere graduale e multidisciplinare. In Inghilterra, il dipartimento della salute ha pubblicato nel 2009 una guida per una buona pratica per la

cura dell'acufene che descrive l'approccio graduale a step successivi; nelle figure 1 e 2 viene presentato un piccolo estratto che rappresenta i presupposti su cui si basa un ambulatorio per la cura degli acufeni.

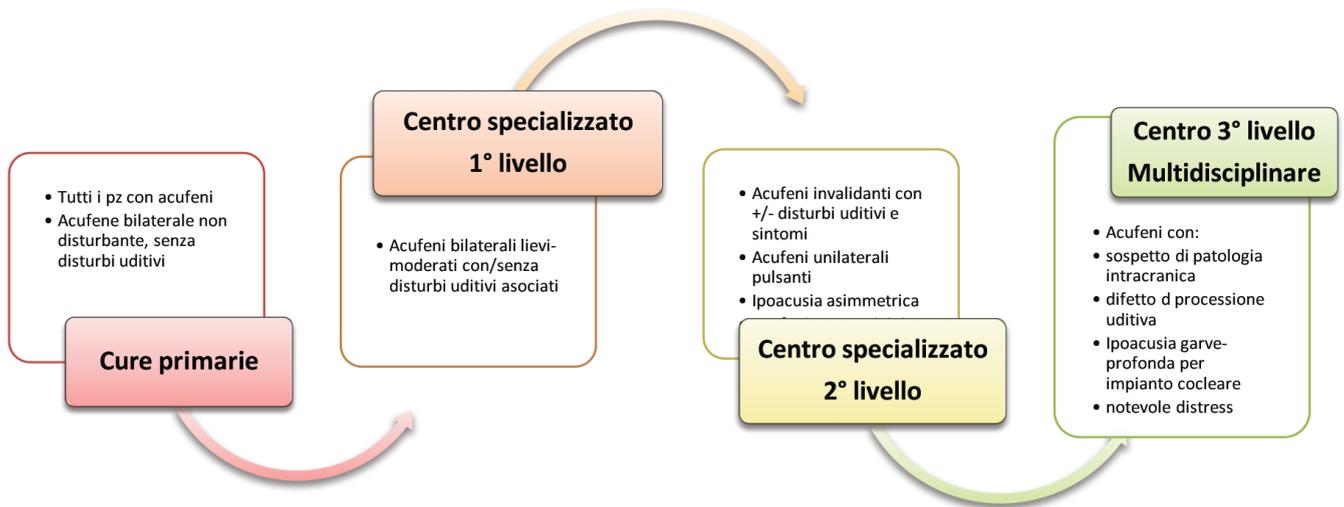


Figura 1. Presa in carico a vari livelli di un paziente con acufeni

Figura 2



Figura 2. Proposte terapeutiche a vari livelli di un paziente con acufeni

“ Non esiste un trattamento valido per tutti i tipi di acufeni ”

Tab. 1 - FATTORI DI RISCHIO NOTI PER LO SVILUPPO DI ACUFENI E CONDIZIONI ASSOCIATE CON IL SINTOMO ACUFENE

Patologie acute e croniche dell'orecchio e del labirinto	Otite acuta e cronica, mastoidite, labirintite e disordini vestibolari, ipoacusia neurosensoriale
Presbiacusia	Fisiologico decremento della funzione uditiva correlato all'avanzare dell'età
Cerume	Quando si forma un vero tappo, questo realizza una ipoacusia possibile responsabile di acufene
Esposizione a trauma acustico, acuto e cronico	Circostanze come eventi occasionali-imprevedibili di esposizione a rumori forti ed improvvisi (es. armi da fuoco) o esposizione lenta a rumori tuttavia intensi, come in ambiente lavorativo o utilizzo di riproduttori musicali. Già dopo pochi minuti di esposizione ad un concerto rock può portare ad insorgenza di ipoacusia e acufeni
Otosclerosi	Nota patologia dell'orecchio, della capsula otica, che si accompagna ad ipoacusia e acufeni
Malattia di Ménière	Patologia dei liquidi dell'orecchio interno, a causa sconosciuta, ma probabilmente genetica
Disturbi oro-facciali	Disturbi dell'articolazione temporo-mandibolare; miocloni palatali, del muscolo tensore del timpano, pervietà tuba di Eustachio
Malattie psichiatriche	Ansia, fobia, distimia, episodio depressivo, stress, ipocondriaci, insonnia
Malattie autoimmuni	Lupus, sclerosi sistemica
Malattie neurologiche	Meningite, cefalea, sclerosi multipla, epilessia
Eventi traumatici cranio-cervicali	Traumi cranio-cervicali con perdita di conoscenza; disordine da stress post-traumatico
Neurinoma del nervo acustico	Chiamato anche schwannoma vestibolare, è una neoplasia benigna che si sviluppa sul nervo acustico e generalmente provoca acufene nell'orecchio interessato. Le <i>neoplasie cerebrali</i> possono accompagnarsi ad acufeni.
Malattie dei vasi sanguigni	In questi casi l'acufene è di tipo ritmicamente pulsante. Rientrano situazioni come: a) aterosclerosi che irrigidisce le pareti dei vasi così che il passaggio del sangue è avvertito maggiormente sottoforma di acufene pulsante; b) neoplasia del distretto testa-collo che agiscono comprimendo i vasi sanguigni nella testa e nel collo; oppure vere e proprie neoplasie vascolari; c) patologie di arterie (carotide) o vene (giugulare) del collo che realizzano un flusso turbolento e irregolare che causa la sensazione di acufene pulsante; d) fistole artero-venose che realizzano anomale connessioni fra arterie e vene; e) l'ipertensione f) glomo giugulare-timpanico
Farmaci che causano acufeni	Vi sono numerosissimi farmaci (oltre 200) ad azione ototossica cioè capaci di sviluppare la loro tossicità sulla coclea e/o sul labirinto con conseguente ipoacusia, acufeni, vertigini. Tali farmaci sono capaci di provocare un acufene, che aumenta di intensità se aumenta la dose e diminuisce/scompare alla sospensione. Solo a scopo esemplificativo ricordiamo: antibiotici (polimixina B, eritromicina, vancomicina, neomicina, tetraciclina, chinolonici); farmaci antineoplastici (vincristina, mecloretamina); diuretici, specie risparmiatori di potassio (furosemide, acido etacrinico, bumetamide); chinino; antidepressivi, specie tricyclici; aspirina (ASA) a dosi insolitamente elevate (più di 12 compresse al dì). Calcio antagonisti (amlodipina, nicardipinacloridrato). Antistaminici (dorfenamina). FANS. Fumo di sigaretta.



Tecnomed
centro medico biologico

Direttore Sanitario Prof. Lamberto Coppola
*Specialista in Andrologia, Perfezionato in Sessuologia Clinica,
Specialista in Ginecologia ed Ostetricia*

ricerca, tecnologia, professionalità, esperienza



al servizio della coppia e dei professionisti della medicina della riproduzione

LA MISSIONE TECNOMED

La diagnosi e la cura delle patologie riproduttive trovano il loro razionale nella profonda conoscenza dei meccanismi fisiopatologici che sono alla base di tali disfunzioni, e soprattutto sulla comprensione delle intime alterazioni biologiche che rendono una coppia incapace alla procreazione. È su questo presupposto che il Centro TECNOMED, da sempre orientato all'eccellenza nel campo delle scienze della riproduzione umana, ha impostato la propria missione sanitaria al servizio della coppia. La tradizione familiare per quattro generazioni ha trasmesso passione e dedizione nella scienza medica; l'approfondimento della medicina a letto del malato e nei laboratori ha donato sicurezza, esperienza e professionalità; la sensibilità e la lungimiranza hanno permesso di applicare le nuove conquiste della ricerca scientifica. Tutto ciò rende TECNOMED un punto di riferimento nel campo della medicina e biologia della riproduzione umana.

IL SERVICE DI LABORATORIO

Gli elevati standard raggiunti hanno permesso a TECNOMED di organizzare un service di laboratorio specificatamente dedicato alla biologia della riproduzione umana. Il continuo aggiornamento scientifico e culturale in questo settore consente di offrire un'ampia gamma di esami diagnostici di routine e l'esecuzione della maggior parte delle analisi specialistiche emergenti. Il Laboratorio TECNOMED è in grado di trasmettere il proprio *know how* su tutto il territorio nazionale, fornendo assistenza tecnica, logistica e formativa a singoli specialisti, strutture sanitarie, laboratori d'analisi e centri di procreazione medicalmente assistita. Il servizio è organizzato in modo da ottimizzare tutte le fasi del processo di preparazione e lavorazione del campione biologico, con un controllo costante da parte di operatori specificatamente dedicati a tale servizio.

RICERCA

TECNOMED impegna molte delle sue risorse in progetti di ricerca scientifica, collaborando attivamente con le Facoltà di Scienze Biologiche dell'Università del Salento e dell'Università di Siena. A livello internazionale coopera con l'Andrology Laboratory and Reproductive Tissue Bank della Cleveland Clinic, in Ohio (USA).

RICONOSCIMENTI

Il centro TECNOMED è stato riconosciuto dalla Società Italiana di Andrologia (SIA), che ne ha valutato i livelli organizzativi e la qualità assistenziale, come "struttura di II° livello per la diagnosi e terapia dell'infertilità maschile e delle malattie sessualmente trasmesse" (Cert. N. 001/2008/QRS-AN2B).

Ricorrere al SERVICE TECNOMED significa affidare ad un laboratorio di biologia riproduttiva di comprovata e certificata esperienza l'esecuzione di esami innovativi nell'ambito patologia riproduttiva di coppia.

ORGANIZZAZIONE DEL SERVICE

- Assistenza da parte di personale qualificato.
- Formazione per l'allestimento dei campioni.
- Fornitura del materiale ed organizzazione logistica per la spedizione dei campioni biologici.
- Invio dei referti on-line

TECNOMED

*...da quattro
generazioni
per la vita*

73048 - NARDO' (Lecce)
via XX Settembre 14/16/18 (p.zza Osanna)
tel. 0833-567547
fax 0833-567931
tecnomed@centrotecnomed.it

www.medicinadicoppia.it

00171 - ROMA - Casa di Cura FABIA MATER
via Olevano Romano 25 (Prenestina - Villa Gordiani)
tel. 329-0362183
fax 06-215925120
copis@centrotecnomed.it



UNIVERSITÀ DEL SALENTO
Sede riconosciuta per gli stage
Prot. N. CLSB70/2003



Società Italiana di Andrologia
Cert. N. 001/2008/QRS-AN2B



VITTORIO TASSI



LAURA ISABELLA LUPO



CLAUDIO PALUMBO



GIOVANNI BATTISTA LOBREGLIO

*Vittorio Tassi, Laura Isabella Lupo, Claudio Palumbo e Giovanni Battista Lobreglio
UOC Patologia Clinica e Microbiologia, Ospedale Vito Fazzi, ASL Lecce*

Diagnosi biomolecolare e report epidemiologico sulle virosi respiratorie

LA STAGIONE INVERNALE 2018/2019 SOTTO OSSERVAZIONE AL LABORATORIO DEL VITO FAZZI DI LECCE

INTRODUZIONE

Le infezioni respiratorie acute (IRA) sono malattie infettive in cui l'apparato respiratorio rappresenta il bersaglio principale o esclusivo dell'agente patogeno. Sono malattie ubiquitarie, altamente contagiose e colpiscono individui di tutte le età, con manifestazioni cliniche più severe in bambini al di sotto dei 5 anni e adulti sopra i 55 anni di età. Le IRA rappresentano un rilevante problema sanitario, in quanto costituiscono una delle maggiori cause di morbidità e di mortalità a livello mondiale, rappresentando infatti la prima causa di ospedalizzazione dei bambini nei Paesi industrializzati ed una delle maggiori cause di mortalità nei Paesi in via di sviluppo¹. Oltre ad essere un importante problema sanitario, le infezioni respiratorie sono la principale causa di perdita economica associata ad invalidità temporanee, quali assenze dal lavoro e da scuola.

Gli agenti patogeni coinvolti nell'eziologia delle IRA possono essere di natura virale, batterica, protozoaria e micotica. I virus sono i patogeni di gran lunga più numerosi² e sono dotati di un'adattabilità più elevata, anche a causa di una variabilità antigenica maggiore³, mentre i batteri caratterizzano infezioni a maggiore mortalità, in quanto in grado di causare complicanze con maggior frequenza e associate ad un quadro clinico più grave.

A seconda del distretto interessato dall'infezione, le IRA possono essere distinte in infezioni delle alte vie respiratorie ed

“Maggiori rischi per bambini sotto i 5 anni e adulti sopra i 55”

“ Approccio biomolecolare per la diagnosi eziologica delle infezioni respiratorie acute ”

infezioni delle basse vie respiratorie⁴. Spesso, la sede di impianto e moltiplicazione del patogeno coincide con le prime vie aeree, che rappresentano appunto la porta d'ingresso del patogeno nell'individuo. Tra le infezioni delle alte vie respiratorie si possono annoverare riniti, faringiti, tonsilliti, laringiti e otiti medie. Le infezioni del basso tratto invece, che comprendono bronchioliti, bronchiti e polmoniti, sono generalmente più gravi e spesso sono caratterizzate dalla presenza concomitante di diversi tipi di microrganismi. Tra le IRA, gioca un ruolo di rilievo anche l'influenza stagionale, causata da virus influenzali.

A causa della aspecificità dei sintomi, della relativa uniformità di quadri clinici e radiologici e della grande varietà di agenti causali, risulta difficile orientare la diagnosi clinica verso uno specifico agente eziologico. Si tenga presente, infatti, che lo stesso patogeno può causare quadri clinici diversi, a seconda delle caratteristiche immunologiche del soggetto colpito, e che

il medesimo quadro clinico può essere causato da patogeni diversi.

Da quanto detto, appare dunque evidente l'esigenza di un approccio biomolecolare per la diagnostica eziologica delle infezioni respiratorie acute. Nel Laboratorio di Microbiologia e Virologia dell'Ospedale Vito Fazzi sono state acquisite alcune metodiche molecolari che consentono una precisa diagnosi eziologica delle IRA. Dal punto di vista metodologico, abbiamo perseguito una efficace sinergia diagnostica, utilizzando un duplice approccio: da un lato abbiamo attivato un percorso basato su una metodica che utilizza un criterio eziologico più tradizionale e che va ad indagare la presenza o meno di singoli genomi virali, dall'altro un approccio "sindromico", rapido, che indaga la presenza di una serie di patogeni, tecnica quest'ultima particolarmente utile nei casi di insufficienza respiratoria acuta, quando il tempo per una diagnosi eziologica diventa un fattore critico per l'inquadramento diagnostico e terapeutico del paziente. I campioni che vengono analizzati con queste tecniche sono rappresentati da materiale respiratorio dei pazienti: in primis tamponi rino/faringei, raccolti con tamponi floccati, ma anche espettorati e lavaggi bronco/alveolari.

Nelle due box sottostanti, maggiori dettagli sulle due metodiche e sui patogeni che è possibile individuare con l'aiuto di tali metodiche.

BOX 1 - APPROCCIO TRADIZIONALE

I campioni respiratori vengono sottoposti ad estrazione/purificazione degli acidi nucleici. Successivamente viene allestita una reazione su piastra di RealTime PCR qualitativa (r-gene, BioMerieux).

Qui di seguito i patogeni che è possibile evidenziare.

Adenovirus	Influenza A	<i>Legionella pneumoniae</i>
Bocavirus	Influenza B	<i>Chlamydomphila pneumoniae</i>
Coronavirus	Parainfluenza	<i>Mycoplasma pneumoniae</i>
Metapneumovirus	RSV	
Rhinovirus/Enterovirus		



“ Al laboratorio del fazzi analizzati 389 campioni respiratori ”

BOX 2 - APPROCCIO SINDROMICO⁹

La metodologia del FilmArray® svolge in modo automatico le reazioni di estrazione, purificazione e amplificazione dell'acido nucleico virale e batterico presente e nel campione biologico.

Il pannello respiratorio per FILMARRAY™ (BioMerieux) consente il rilevamento automatico rapido (circa 1 ora) e accurato dei patogeni responsabili delle infezioni respiratorie. È in grado di analizzare 17 virus e 3 batteri causa di infezioni delle vie aeree superiori con una sensibilità e una specificità globali del 95 e del 99%, rispettivamente.

Adenovirus	Influenza A/H1	<i>Bordetella pertussis</i>
Coronavirus 229E	Influenza A/H1-2009	<i>Chlamydomphila pneumoniae</i>
Coronavirus HKU1	Influenza A/H3	<i>Mycoplasma pneumoniae</i>
Coronavirus OC43	Influenza B	
Coronavirus NL63	Parainfluenza 1	
Metapneumovirus umano	Parainfluenza 2	
Rhinovirus/Enterovirus umano	Parainfluenza 3	
Influenza A	Parainfluenza 4	
	RSV	

RISULTATI

Qui di seguito riportiamo un'indagine epidemiologica sulle infezioni da virus respiratori identificate nel laboratorio di microbiologia e virologia dell'ospedale Vito Fazzi nel periodo che va da dicembre 2018 a tutto aprile 2019, cioè il periodo tipico della sorveglianza epidemiologica relativa all'epidemia influenzale. I campioni analizzati provenivano prevalentemente dal nostro ospedale, e precisamente dai reparti pediatrici (pediatria, UTIN, nido ed oncoematologia pediatrica), medicina generale, malattie infettive, nefrologia, cardiologia, ematologia, pneumologia, rianimazione, ginecologia e chirurgie (neurocardio- e chirurgia generale). Sono stati analizzati anche campioni provenienti da altri ospedali della nostra ASL e precisamente, Scorrano (pediatria,

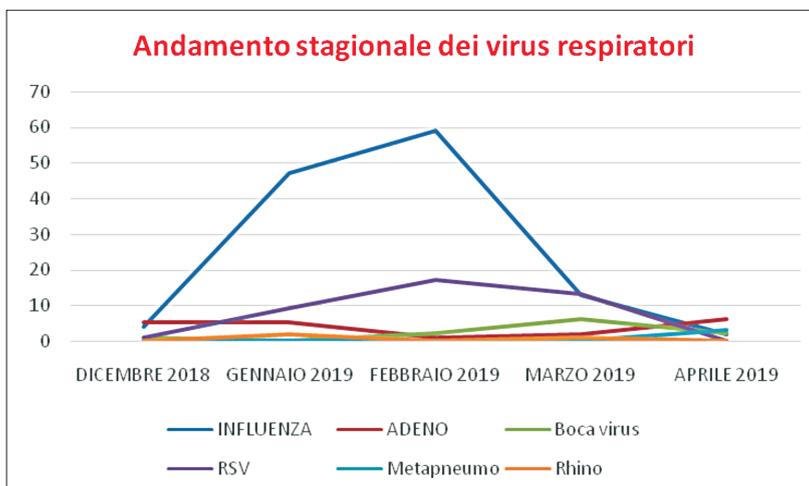
cardiologia, medicina), Gallipoli (pediatria, rianimazione, cardiologia), Galatina (malattie infettive, pneumologia, medicina, gastroenterologia) e Casarano (rianimazione, chirurgia). Inoltre alcuni campioni sono arrivati dalla medicina di base della nostra ASL.

Ovviamente, trattandosi di pazienti per lo più ricoverati in ospedale, non ha senso parlare di dati di incidenza che, quindi, non verranno forniti.

Nel periodo novembre 2018 – aprile 2019 sono stati analizzati 389 campioni respiratori. Qui di seguito in tabella i risultati relativi al numero dei diversi virus identificati.

VIRUS	N
Influenza A/B	125
RSV	40
Adenovirus	19
Bocavirus	11
Metapneumovirus	3
Rhinovirus	3

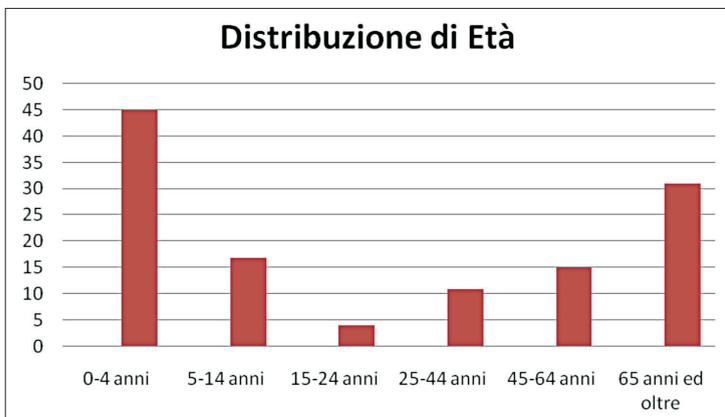
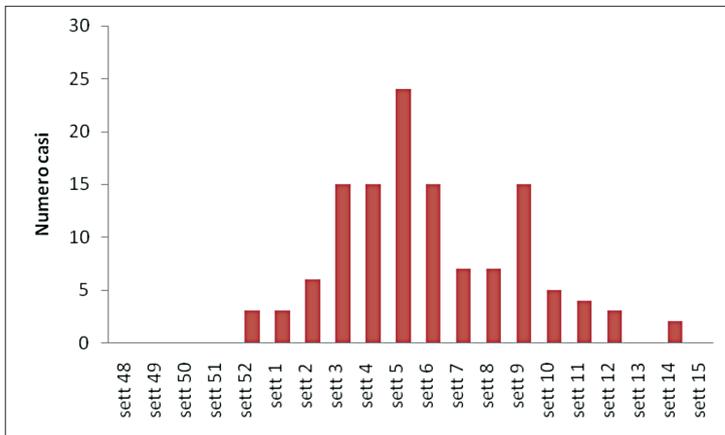
Come appare evidente, il ruolo numericamente più rilevante viene svolto dai Virus influenzali. Tra gli altri Virus respiratori, non influenzali, il Virus respiratorio sinciziale (RSV) svolge un ruolo significativo ed è l'unico tra questo gruppo ad avere un andamento epidemico stagionale, come verrà mostrato più avanti.



Il ruolo e l'incidenza dei virus dell'influenza stagionale

VIRUS INFLUENZALI

Una peculiarità della presente epidemia influenzale è la presenza quasi esclusiva (123/125) di influenza A. Due soli casi sono stati identificati come influenza B, peraltro nella estrema coda finale dell'epidemia.

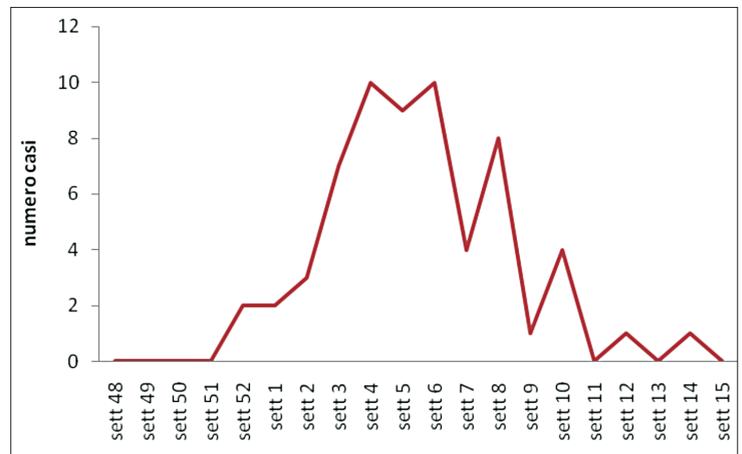


Esaminando l'andamento del picco epidemico, questo è stato individuato alla quinta settimana dell'anno 2019, ovvero sia la prima settimana di febbraio. Tale andamento rispecchia in modo preciso l'andamento epidemiologico nazionale, così come segnalato dal sistema nazionale di sorveglianza InFluNet⁵.

Tutti i soggetti pervenuti all'osservazione di questo laboratorio, sono stati analizzati mediante Real Time PCR effettuata

su tampone rino-faringeo. Un campione dei casi risultati positivi (43/125) è stato ulteriormente caratterizzato mediante film array, utilizzando il sistema Biofire (BioMerieux). Di questi 43 casi, 36 sono risultati portatori del genotipo H1 ceppo 2009, e 7 casi portatori del genotipo H3. Considerando la distribuzione in età dei casi risultati positivi, si evince che essa è polarizzata in direzione degli estremi di età: individui molto giovani ed individui maturi ed anziani. Tale distribuzione riteniamo sia caratteristica peculiare di una popolazione ospedaliera, ove gli estremi di età rappresentano i gruppi di pazienti più fragili e pertanto quelli maggiormente suscettibili ad un quadro sintomatologico più severo, tale da giustificare un ricovero ospedaliero.

Confrontando i dati aggregati per età, l'andamento dei picchi epidemici appare diverso:

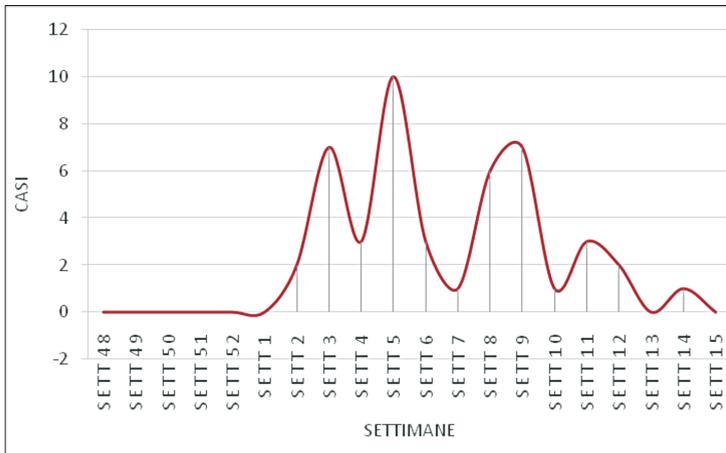


Mentre nei soggetti in **età pediatrica** (0-14 anni) la maggior parte dei casi (n=29) si manifesta tra la quarta e la sesta settimana del 2019,

Nei **soggetti maturi/anziani** (>45 anni), oltre al picco della quarta-sesta settimana (n=16) compare un ulteriore picco abbastanza consistente tra la ottava e la nona settimana (n=13), che nei soggetti pediatrici non sembra essere rilevante.

Per capire se questa distribuzione tra individui più giovani e più anziani, relativamente ai picchi epidemici, sia davvero diversa tra i due gruppi di età, abbiamo effettuato un test chi

“ Non solo influenza, al setaccio anche tutti gli altri virus ”



quadro, che ci ha dato modo di poter stabilire che la differenza osservata è statisticamente significativa ($p=0,001154$).

Nel gruppo di soggetti maturi/anziani abbiamo, inoltre, osservato la presenza di un sottogruppo di portatori di virus A con genotipo H3. La comparsa di questi virus è stata assolutamente tardiva (tra la fine di febbraio e la metà di marzo). I soggetti, ad eccezione di un solo paziente sessantenne, erano tutti compresi tra i 70 e gli 88 anni.



Comorbilità. In 7 casi, è stata rilevata, insieme al virus influenzale A, la contemporanea presenza di un altro potenziale patogeno respiratorio. In 4 casi si trattava di virus respiratorio sinciziale (RSV), in un caso di Rhinovirus, ed in uno di *Mycoplasma pneumoniae*. In un caso pediatrico è stata rilevata la presenza contemporanea di Adenovirus e Rhinovirus.

Analizzando la distribuzione per reparto di provenienza, appare ancora più evidente che quasi la metà dei casi identificati proviene da reparti pediatrici. Volendo inferire sulla gravità dei quadri clinici, va sottolineato che una discreta porzione di casi (15/125) proviene da reparti di emergenza/urgenza (Rianimazione, UTIC, UTIN neonatale).

ALTRI VIRUS

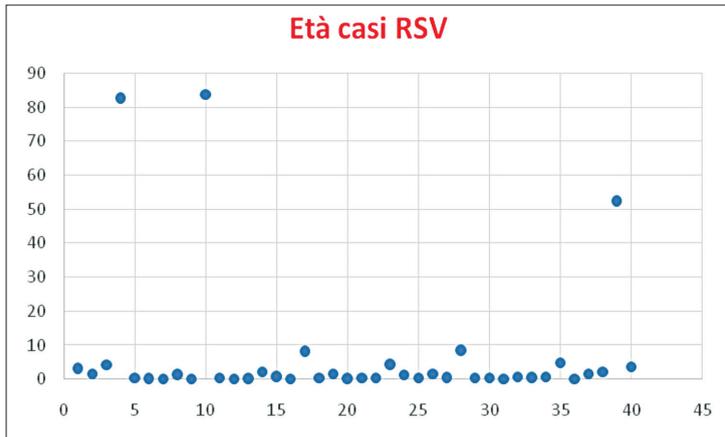
Nella nostra casistica, la presenza significativa osservata è quella dei Virus RSV, Adenovirus e Bocavirus.

Virus respiratorio sinciziale (RSV)

RSV è l'agente eziologico più importante nelle infezioni del basso tratto respiratorio negli infanti e nei bambini di età inferiore ai 2 anni; si stima che metà dei bambini si infetti nel primo anno di vita. Il 25-40% di questi, può sviluppare patologie a carico del basso tratto respiratorio. La malattia inizia come infezione delle alte vie respiratorie ed entro 1-3 giorni, si verifica la comparsa di febbre, otite media e brividi, mentre dopo 7-12 giorni vi è la remissione della malattia. Nel caso di sintomi quali tosse persistente e comparsa di dispnea, l'infezione può raggiungere le vie inferiori e richiedere il ricovero del soggetto.

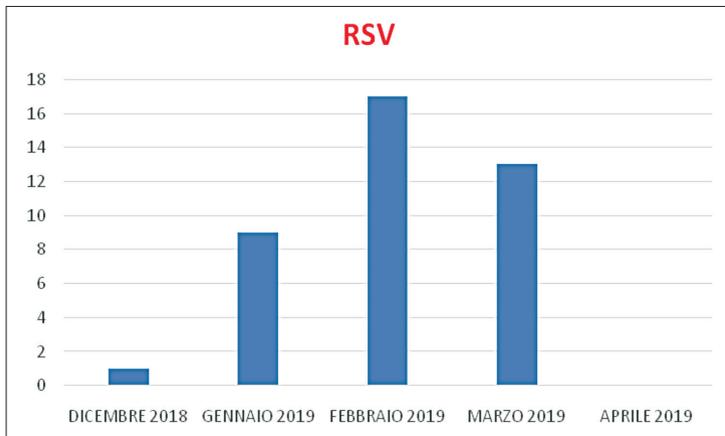
Nel periodo novembre 2018 – aprile 2019 abbiamo identificato 40 casi positivi per RSV. Con pochissime eccezioni, si è trattato di individui molto giovani: età in anni = $6.83 \pm 19,60$. Il grafico di dispersione sottostante rende evidente come una deviazione standard così alta possa derivare da pochissimi casi più anziani, in un gruppo indubbiamente molto giovane.

Età casi RSV



La comparsa dei casi positivi per RSV ha avuto un andamento tipicamente stagionale, come testimoniato dal grafico.

RSV



Va sottolineato che 7 casi sui 40 mostrati, provenivano dall'UTIN, il che testimonia la severità del quadro clinico sostenuto dall'infezione da RSV, in particolare nel periodo neonatale.

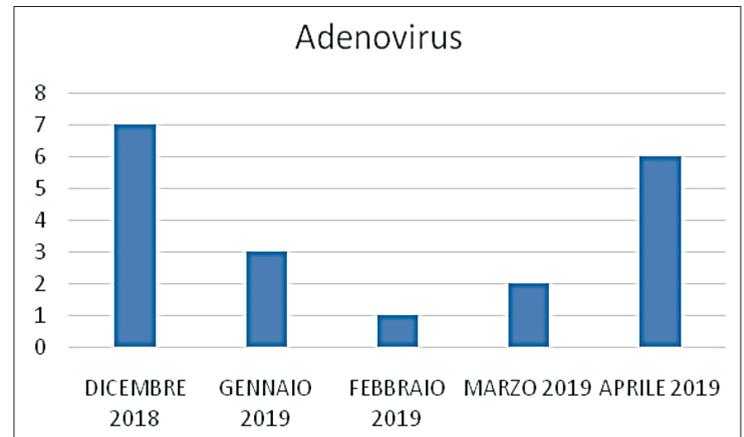
Adenovirus

Gli adenovirus sono virus ad alta diffusibilità e molto comuni nella popolazione. La maggior parte delle infezioni da adenovirus decorre asintomatica; se le infezioni sono invece

sintomatiche è possibile un ampio spettro di manifestazioni cliniche. La sintomatologia più comune, specialmente nei bambini, è la febbre. Si possono verificare faringodinia, tosse, rinorrea o altri sintomi respiratori. Raramente possono verificarsi bronchioliti gravi e polmoniti.

Nella nostra casistica abbiamo identificato 19 casi di infezione da Adenovirus, e tutti a carico di bambini: età in anni = 3.04 ± 4.19 .

Adenovirus



Come si vede dal grafico, non sembra esserci una chiara distribuzione stagionale dei casi, ma questi sono piuttosto spalmati lungo tutto il periodo.

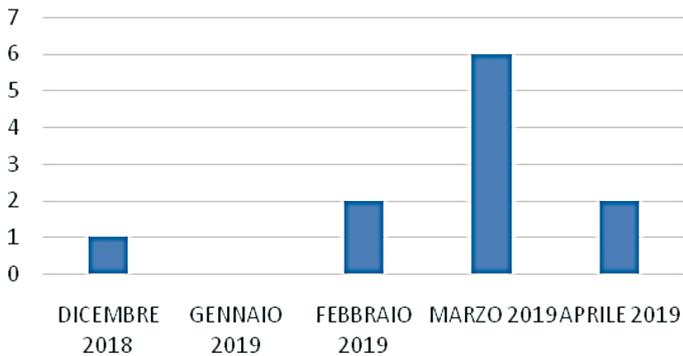
Bocavirus

Identificato solamente nel 2005, il Bocavirus è oggi considerato uno dei principali agenti virali associato alle infezioni del tratto respiratorio, soprattutto nei bambini con età inferiore ai 3 anni. Studi epidemiologici svolti in aree temperate mostrano come la maggior frequenza di infezione sia presente nei mesi invernali e primaverili. I sintomi clinici più frequenti includono tosse, rinorrea e febbre.

Nella nostra casistica abbiamo identificato 11 casi di infezione da Bocavirus, ed anche in questo caso, tutti a carico di bambini: età in anni = 2.29 ± 1.56 .

La distribuzione nel tempo dei casi sembra avere in questo caso un andamento stagionale.

Bocavirus



CONCLUSIONI

I dati che abbiamo presentato testimoniano della grande diffusione delle virosi respiratorie, prevalentemente ad andamento stagionale, nell'ambito delle infezioni respiratorie acute che richiedono ricovero ospedaliero o, comunque, a carico di pazienti ospedalizzati per altre ragioni. Una corretta diagnosi eziologica di queste patologie è di grande importanza per una impostazione puntuale e precisa della terapia e per evitare inutili terapie antibiotiche che possono risultare costose sia in termini economici che in termini di selezione e diffusione di ceppi resistenti agli antibiotici. A tale scopo, l'approccio biomolecolare che qui abbiamo presentato permette una diagnosi eziologica rapida e specifica. Il suo valore aggiunto è ulteriormente potenziato dal collegamento, peraltro già esistente, tra il laboratorio di microbiologia e virologia ed i reparti ospedalieri della nostra ASL. Tale collegamento dovrà svilupparsi in ben definiti percorsi diagnostici ospedalieri ed aziendali, per le infezioni respiratorie acute, implementati di nuove tecnologie ed in stretto contatto anche con la medicina territoriale.

In questo lavoro purtroppo non è possibile andare oltre l'osservazione epidemiologica poiché risulta difficile ottenere dati clinici sui pazienti, né avere informazioni circa lo stato vaccinale, per quanto riguarda l'influenza, su questa fetta di popolazione. I dati riportati, riteniamo testimonino, tuttavia, l'utilità e la necessità di un approccio innovativo biomolecolare alla diagnostica delle infezioni respiratorie acute.

BIBLIOGRAFIA

- [1] World Health Organization. European Hospital Morbidity Database. Copenhagen, WHO Regional Ofce for Europe. Last updated October 2011. data.euro.who.int/hmdb/index.php
- [2] Centers for Disease Control and Prevention. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Immunization and Respiratory Diseases (NCIRD), Division of Viral Diseases (DVD) Web site. <http://www.cdc.gov/ncidod/dvdr/revb/respiratory/eadfeat.htm>.
- [3] Hayden F.G. Respiratory viraltreats. *Curr Opin Infect Dis*, 2006; 19(2):169-178.
- [4] Vos, T, wt al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and yearslived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388 (10053): 1545-1602.
- [5] <https://old.iss.it/site/RMI/influnet/Default.aspx>



Opere di Luigi De Mitrì



di SALVATORE SISINNI

Salvatore Sisinni racconta «Le due facce di una legge»: uno straordinario viaggio nella malattia mentale

RECENSIONE DEL PROF. LUIGI STEFANACHI IN OCCASIONE DELLA PRESENTAZIONE DEL LIBRO A SQUINZANO IL 25 OTTOBRE 2018

L'incontro di stasera, di cui il volume "Le due facce di una legge" è l'indiscusso e apprezzato protagonista, rappresenta una straordinaria sintesi tra l'attenta analisi di svariati aspetti della malattia mentale, trattata con estremo rispetto dal collega Salvatore Sisinni, tanto da creare quasi la sensazione che esista un ossequioso distacco tra l'Autore ed il mondo della psichiatria, e la profondità e l'acume con cui vengono analizzati percorsi storici e sociali che hanno fatto da sottofondo nel corso dei secoli al disagio psichico e che, secondo una moderna corrente di pensiero, ne sono stati anche l'humus e, in qualche modo, la causa.

Il testo, curato con grande professionalità dall'amico Sisinni, è ultimo di una lunga serie di saggi che ha come filo d'Arianna l'espressione dell'animo umano preso in esame sotto infinite sfaccettature, comprende un esauriente excursus culturale che spazia tra le principali teorie che sono state formulate nel tempo dagli studiosi di psichiatria, le testimonianze di storie vere, la puntuale incisività di citazioni quanto mai pertinenti ed appropriate e, citato per ultimo ma non certo per importanza, le prospettive della scienza psichiatrica e le modalità di intervento sui pazienti nel terzo millennio, cioè nell'era post-manicomiale.

In poco più di 200 pagine è quindi racchiusa l'essenza della psichiatria stessa, con una notevole capacità di selezione in un mondo che già di per sé è infinito e molto spesso intangibile, sfumato e forse quasi evanescente.

Opera di Luigi De Mirri



Il dr. Salvatore Sisinni (Tel. 0832 784089) è lieto di offrire il volume ai Colleghi al prezzo scontato di Euro 12,00 (invece di 18,00), spese di spedizione incluse.

SALVATORE SISINNI nasce l'11 dicembre 1940 a Squinzano, consegue la Maturità Classica presso il Liceo G. Palmieri di Lecce. Si laurea in Medicina e Chirurgia, con il massimo dei voti, presso l'Università di Pisa. Si specializza in Malattie Nervose e Mentali ed in Neuropsichiatria Infantile. Neurologo presso Poliambulatori pubblici nel Salento e Primario Ospedaliero di Psichiatria a Lecce. In pensione dal 1997, per quasi otto anni espleta attività di volontariato presso la Comunità Emmanuel, essendo convinto che c'è più gioia nel dare che nel ricevere. Quando lo punge la vaghezza di gingillarsi con carta e penna, scrive lettere o articoli ai Giornali che, quasi sempre, li pubblicano, Dal 2016 è socio A.M.S.I. (Associazione Medici Scrittori Italiani).

Sono tanti i libri che Salvatore Sisinni ha pubblicato, riscuotendo sempre successo. Ricordiamo solo quelli che hanno visto la luce negli ultimi anni presso la Sette Muse Edizioni

- INGIUSTIZIA E' (QUASI) FATTA. (2016) Premio Letterario Feder. S.P. e V. (2016)
- COM'ERAVAMO (2016)
- EGREGIO DIRETTORE (2017)
- RICORDI DI FAMIGLIA: MIA MADRE (2018)
- QUATTRO DONNE NELLA VITA (2018)
- LA GIOIA DI DARE SENZA NULLA RICEVERE (2018)
- QUASI OTTANT'ANNI E LI DIMOSTRO TUTTI (2018)
- GIUSEPPE CLEOPAZZO. ILLUSTRE MEDICO SQUINZANESE 1794-1842 (2019)



Hieronymus Bosch, *La nave dei folli*, olio su tavola, 1494

Magiche visioni nella pittura profetica del maestro Luigi Di Mitri



Luigi De Mitri con il Santo Padre Benedetto XVI - Roma 14 marzo 2012

Luigi De Mitri, pittore e scultore, è nato a Squinzano (Lecce) il 04 02 1943, risiede dal 1968 a Lecce dove vive ed opera.

È vincitore di concorsi a cattedre, già in servizio presso il Liceo scientifico "G. Banzi Bazoli" di Lecce dal 1972 per l'insegnamento di Geometria Descrittiva e Storia dell'Arte. È stato componente di commissioni giudicatrici di concorsi a cattedra indetti dal Ministero della Pubblica Istruzione.

Le sue opere (dipinti ad olio, disegni, incisioni, affreschi e sculture) sono sparse in diverse collezioni private e pubbliche, in Italia ed all'estero. Dal 1962 diverse mostre personali hanno scandito tutti i momenti significativi della sua produzione artistica segnando le tappe fondamentali del suo emozionante messaggio artistico. Le sue "patrie", Squinzano, Lecce e Leuca, hanno sempre salutato i momenti salienti del suo percorso e sono testimoni del suo successo crescente di pubblico e di critica.

Con le sue opere ha girato le gallerie di tutto il mondo: da Lecce a Bari, a Roma, fino a Gerusalemme, Londra, New York, Los Angeles.

Ha realizzato 86 dipinti sulla Divina Commedia, 36 dipinti sugli amori infelici di Partenio di Nicea. 10 dipinti sui barboni della stazione Termini di Roma, 10 dipinti sul Mithos Greco, 10 dipinti "Differenze Stilistiche Culturali tra l'Arte Greca e quella Romana"

Per la venuta a Lecce di S.S. Giovanni Paolo II ha realizzato il manifesto della Diocesi con invito e il fondale del palco. Per la venuta a Leuca di S.S. Benedetto XVI, per la Diocesi di Ugento, ha realizzato 5 disegni per i

frontespizi di 5 giornali curati da padre Corrado Morciano.

Opere presso la collezione Città del Vaticano: "Attentato al Santo Padre Giovanni Paolo II" cm. 240x180, 9 incisioni sulla Divina Commedia, 5 disegni originali sulla figura di Benedetto XVI e gli originali delle miniature e capilettere del libro di S.S. Benedetto XVI - "Cercate le cose di lassù"

Collezione Palazzo Madama: dipinto "Il Giudizio Universale" (stroboscopia cm. 80x100).

È autore di varie pubblicazioni e saggi di critica d'Arte.

I suoi numerosi affreschi murali si possono visitare a Cavallino, Melendugno, Squinzano, Leuca, Corato, Giuliano, Otranto chiesa SS Immacolata, Roma Chiesa di Santa Giacinta

Di lui hanno parlato e scritto autorevoli critici su vari giornali, riviste, libri e trasmissioni televisive sui programmi nazionali regionali e locali.

L'ORDINE DI LECCE IN



... STIAMO ARRIVANDO



MEDICINA SALENTINA PROTAGONISTA SUL PICCOLO SCHERMO

AVVERTENZE PER GLI AUTORI

I lavori inviati a Salento Medico devono essere originali inediti.

Essi devono riportare :

- TITOLO del lavoro
- nome e cognome , qualifica e foto degli Autori
- indicazione dell' Unità Operativa di riferimento

Il testo deve contenere al massimo 12.000- 13.000 battute spazi inclusi, e deve essere compilato in Word.

Le referenze bibliografiche non devono essere superiori a 10.

Le tabelle, figure e foto non devono essere superiori al numero di 8 complessivamente, e devono contenere didascalie e numerazione progressiva con numeri romani.

Non è prevista la stampa di estratti dei lavori pubblicati .

Gli articoli devono essere inviati a bozzesalentomedico@ordinemedicilecce.it

L'invio degli articoli vale come tacita liberatoria per eventuali tagli nel testo e/o modifiche nella titolazione proposta qualora il comitato di redazione ed il direttore responsabile lo ritenessero necessario ai fini redazionali (Legge 47/48 sulla stampa).

Tornano i Medici Illustri



È in ristampa il libro promosso dall'OMCeO di LECCE "Medici Salentini", arricchito di diverse decine di nuove biografie. A distanza di un solo anno dalla pubblicazione dell'ultima edizione, altri Colleghi degni di essere consacrati alla storia sono stati ricordati, pur nella consapevolezza di non essere stati esaustivi nel comprendere tutti coloro che ne avrebbero avuto diritto. Colpa della memoria caduca e di alcune fonti storiche ingrato verso chi si è speso in vita per lasciare una traccia indelebile. Tanti vissuti professionali sono degni di menzione e di assurgere ad esempio per le moderne generazioni.

È stato un piacevole sforzo ripercorrere gli anni e le epoche attraverso le storie di tanti medici che hanno tracciato le fondamenta di ciò che ora è la scienza medica. Leggendo le biografie non si può non farsi trasportare dalla macchina del tempo. Da passeggero accorto si ripercorre la storia fino

ai nostri tempi caratterizzati da Medici che abbiamo conosciuto, amato, apprezzato, talora affiancato. Ora vivono quali aleatorie presenze nelle corsie ospedaliere, negli ambulatori e nelle strade, che sono state il loro palcoscenico di vita. Quando la memoria latita, i caratteri sui libri hanno il compito di ricordare il passato, riaffermare le radici senza le quali non può esistere il presente.

A fine anno, grazie all'entusiasmo e impegno encomiabile di Luigi Alfonso, che ha egregiamente affiancato la mia passione, sarà presente in tutte le edicole la nuova edizione di "Medici Salentini", fortemente voluta dal Consiglio dell'Ordine professionale per rinsaldare l'amalgama fra i Colleghi, tutti affratellati nel ricordo del passato che è la nostra storia, degna di menzione, che ha dato un notevole contributo alla scienza della nostra Nazione.

Gino Peccarisi

Spazio ai desideri



**GIOIELLERIE
LAVINIA**

Miluna

NIMEI

GIORGIO VISCONTI

Salvini

LONGINES®

**CIELO
VENEZIA**


TROLLBEADS
THE ORIGINAL SINCE 1976

Calvin Klein

swatch® 


PHILIP WATCH

EBERHARD & CO
Manufacture Suisse d'Horlogerie depuis 1887

DW
Daniel Wellington


TISSOT

*“. un punto di riferimento
per i tuoi acquisti importanti”*

LECCE Via S. Trinchese, 28 - Tel. 0832.241049
SURBO-LE c/o CC Mongolfiera gall. IPERCOOP
www.gioiellerialavinia.com

