



BOLLETTINO ON LINE
www.smorrl.it

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1** Estratto dalla relazione annuale 2014 del Consiglio Direttivo.
• di U. Recine

ATTUALITÀ SCIENTIFICA

- 4** Le patologie infiammatorie delle prime vie aeree.
• di L. Di Rienzo Businco, A. Di Mario, M. Tombolini
- 10** Questionario Sidero Businco: valuta la sindrome respiratoria.
- 14** Recuperare farmaci e cibi scaduti?
• di G. Visco
- 16** Il dolore toracico.
• di A. Ciolli, P. Trambaioli, F. Castelli

NOTIZIE FLASH

- 21** Novità in epidemiologia, terapia e profilassi.
• di G. Visco

AGENDA DELLA SCUOLA

- 22** Corsi ECM per l'anno 2016.

AVVISO

LE ISCRIZIONI AI CORSI TRIMESTRALI E SEMESTRALI DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE PROFESSIONALE PER L'A.A. 2015/2016 SI TERRANNO DAL 30 NOVEMBRE AL 18 DICEMBRE 2015 PRESSO LA SEGRETERIA DELLA SCUOLA.

ESTRATTO DALLA RELAZIONE ANNUALE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO PRESENTATA ALL'ASSEMBLEA DEI SOCI DEL 8/06/2015

■ di **UMBERTO RECINE**

Presidente della Scuola Medica Ospedaliera

Signori associati, a nome del Consiglio Direttivo neo-eletto, porto a conoscenza dei Soci docenti e di tutti coloro che della Scuola sono parte attiva i risultati conseguiti nel corso del 2014.

Il 23 giugno l'Assemblea generale ordinaria dei Soci ha eletto il nuovo Consiglio Direttivo per il quadriennio 2014-2018, mentre il 14 luglio si è tenuta la prima riunione del Consiglio Direttivo per la nomina delle cariche sociali. Come già da alcuni anni, anche nel 2014 ogni iniziativa è stata adottata nell'ottica di una politica volta al contenimento delle spese, dando la priorità ad un'attenta gestione amministrativa e finanziaria. Seguendo una linea responsabile e coerente e contando su un gruppo di lavoro coeso ed operativo, anche nel corso di quest'anno è stato possibile dare la massima importanza al tema dell'attività formativa, finalità primaria della Scuola Medica, che deve richiamare una

maggior attenzione da parte di tutti con nuove proposte di corsi e l'alta qualità degli obiettivi didattici.

Didattica

Per quanto riguarda l'attività formativa, la Scuola oltre ai corsi legati ai crediti ECM, ha continuato a svolgere i tradizionali corsi semestrali (senza crediti), a carattere prevalentemente pratico e teorico-pratico, che continuano ad interessare una fascia di operatori non strettamente dipendenti dai crediti formativi, come gli specializzandi che hanno la concreta necessità di potersi aggiornare e di fare formazione permanente con la presenza di un tutor. L'attività tradizionale della Scuola nell'anno 2014/2015 si può così sintetizzare: 23 corsi semestrali attivati presso 19 presidi ospedalieri con circa 125 iscritti.

Per i corsi semestrali nel 2014, rispetto all'anno precedente, si è registrato un sostanziale mante-

nimento del numero dei corsi attivati (da 24 a 23 corsi) ed un leggero calo nel numero degli iscritti da 140 a 125 iscritti. Chiaramente il numero dei corsi tradizionali si è ridotto rispetto al passato, anche a causa del venir meno dell'assegnazione di un punteggio fisso, da parte delle Commissioni esaminatrici dei titoli presentati in sede di concorsi ed esami. Nel 2014 non sono stati attivati corsi biennali poiché richiedono un impegno troppo lungo, sia per i docenti che per coloro che si iscrivono, preferendo corsi più brevi o master annuali.

E.C.M.

La Scuola Medica Ospedaliera già riconosciuta nel 2011, con una validità di 24 mesi, dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua quale Provider Provvisorio ECM con numero identificativo 471, a fine 2013 ha presentato la richiesta di accreditamento standard. A tal proposito, il 26 novembre 2014 presso la segreteria della Scuola, vi è stata la visita ispettiva da parte della Commissione ECM del Ministero della Salute. L'ispezione è avvenuta sui documenti istituzionali della Scuola, nonché su alcuni corsi ECM presi a campione degli ultimi tre anni accademici, per verificarne la regolare archiviazione e compilazione dei documenti (verbali di esame con regolari firme di presenza dei discenti e dei docenti, autocertificazioni e curriculum vitae dei docenti firmati in originale, presenza dell'esame finale con quiz, tesine o quant'altro dichiarato durante la registrazione del corso, regolare raccolta in formato anonimo delle schede valutative dell'evento). L'esito dell'ispezione è stato positivo come da verbale rilasciato dalla Commissione, con solo alcuni piccoli rilievi formali. Siamo in attesa della comunicazione ufficiale da parte dell'AGENAS. Nel 2014, la Scuola Medica ha organizzato in tutti gli ospedali di Roma e del Lazio numerosi corsi di formazione ECM, ai quali sono stati attribuiti un gran numero di crediti: in particolare, sono stati attivati 80 corsi ECM con un totale di circa 1.430 iscritti e una media di circa 18 iscritti per corso.

L'andamento dei corsi ECM, nel 2014, ha registrato un aumento nel numero degli iscritti rispetto agli ultimi 5 anni, mentre è rimasto sostanzialmente invariato il numero dei corsi attivati (80 corsi su 100 proposti) e dei corsi annullati (20 corsi).

Dato l'elevato numero dei crediti assegnati, la spesa sostenuta per l'accREDITAMENTO dei corsi è

stata piuttosto elevata, anche se in base alla nuova normativa ECM, per ogni corso si paga un unico accreditamento, indipendentemente dal numero delle discipline cui il corso è rivolto. Il Direttivo, comunque, invita i soci docenti a proporre nuovi corsi ECM, coinvolgendo anche colleghi ed amici, ed utilizzando sponsor o altre fonti di finanziamento per sostenere i corsi, ricordando che l'attività didattica va intensificata poiché rappresenta l'unica fonte di finanziamento dell'Istituzione.

Per quanto riguarda il budget a disposizione del responsabile del corso, corrispondente al 25% delle entrate (fatte salve le spese se non ricoperte), già da qualche anno è stata introdotta la possibilità di erogarlo non solo con l'acquisto di mezzi didattici, ma anche sotto forma di contributo economico ai docenti, per il maggior impegno a loro richiesto per l'organizzazione di un corso ECM. Questo senza far perdere alla SMO la qualifica di ente non commerciale, in quanto gli eventuali avanzi di gestione non verrebbero distribuiti tra gli associati, ma destinati al potenziamento dell'attività istituzionale.

In linea generale, non si può non considerare la crisi che ha investito il mercato della formazione di cui alcune possibili cause possono individuarsi nella presenza di una maggiore concorrenza o nella difficoltà per i giovani medici di sostenere il costo dei corsi. A tal proposito, la Scuola Medica cerca di differenziarsi, proponendo una migliore e più diversificata offerta formativa, a costi contenuti e competitivi rispetto al mercato della formazione.

Tali fattori andrebbero approfonditi per un rilancio della Scuola in termini di diffusione del prodotto (corsi) che, pur essendo caratterizzato da un'elevata qualità, è privo dei canali pubblicitari e tecnologici adeguati per un'efficiente divulgazione. Uno dei nostri prossimi obiettivi rimane proprio quello di intensificare il programma pubblicitario dei corsi.

Attività del Consiglio Direttivo e delle Commissioni

Il Consiglio Direttivo, rinnovato con le elezioni delle cariche sociali a luglio 2014, ha sostanzialmente confermato una continuità operativa con la precedente gestione, evidenziando come obiettivo principale quello di dare maggiore rilievo alla vocazione didattica della Scuola Medica, intensificandola con una serie di progetti formativi che includano anche il

discorso dell'e-learning. Nei programmi del nuovo Direttivo infatti, è di volgere i propri sforzi verso una politica di espansione della Scuola Medica e di confronto con il mondo istituzionale, ponendo le basi per dei rapporti di cooperazione con l'Università, le Aziende Ospedaliere, le altre Istituzioni.

Il Consiglio Direttivo, inoltre, individuando 3 aree specialistiche, medicina, chirurgia e sanità, ha nominato un Comitato scientifico composto da un gruppo ristretto di Consiglieri (Renato Massini, Donato Antonellis, Marco Di Girolamo, Marco Di Dio, Michele Raja, Carlo Parascani e il Presidente), con il compito di esaminare i corsi proposti, ognuno secondo la propria area specialistica. Tale Comitato Scientifico, nella valutazione dei corsi, potrà essere coadiuvato da specialisti o consulenti esterni al Direttivo stesso.

Il Consiglio Direttivo ha cercato di individuare dei criteri unitari anche per quanto riguarda la determinazione delle quote di iscrizione dei corsi ECM proposti, tenendo conto di vari elementi quali il costo dei crediti da pagare al Ministero, le ore di lezione, l'eventuale utilizzo della sala SMO, il lavoro del personale di segreteria, sia per l'accreditamento del corso che per l'assistenza durante il suo svolgimento, la copertura assicurativa degli iscritti, etc. È stato dato mandato alla segreteria di fare uno studio di tutti questi elementi per ricavare una valutazione del costo del credito, inteso come valore unitario di punto e, sulla base di questo elemento, sono state definite le quote di iscrizione dei corsi ECM.

Per quanto riguarda l'attività editoriale, nel corso del 2014 è stato pubblicato il numero 35 -aprile-giugno 2014 del Bollettino della Scuola Medica Ospedaliera, tradizionale rivista trimestrale che nella sua attuale veste è arrivata al ventesimo anno di attività. L'attività editoriale della Scuola ha comunque subito una battuta di arresto dovuta alle pratiche di registrazione del nuovo Direttore responsabile, che è il Presidente della Scuola, presso l'Albo Speciale dell'Ordine dei Giornalisti del Lazio e presso il Tribunale della Stampa di Roma.

È stata rinnovata la fiducia al Prof. Giuseppe Visco come Direttore scientifico, mentre è stato nominato un nuovo Comitato di redazione composto oltre che dal prof. Visco e dal Presidente, dai Consiglieri, Alessandro Andriani, Filippo Alegiani Renato Massini e Luigi Temperilli.

Il Consiglio Direttivo, nell'ottica di un necessario taglio alle spese per un investimento di risorse nella formazione a distanza, alla luce di nuovi preventivi raccolti, ha richiesto una riduzione di compenso al Consulente fiscale, al quale è stata rinnovata la fiducia per il lavoro meritorio da lui finora svolto e per la sua disponibilità nei confronti delle esigenze economiche della Scuola.

Per quanto attiene la formazione a distanza, il Consiglio Direttivo ha deciso che, pur lasciando la formazione residenziale quale prerogativa dell'attività della Scuola Medica, il discorso dei corsi FAD va affrontato, anche se nel modo più prudente possibile in considerazione dei loro maggiori costi di gestione e di accreditamento, dando mandato di studiare la fattibilità operativa oltre che tecnica ed economica di un corso prototipo.

Nell'ambito dell'attività congressuale, il 10 e 11 aprile 2014 la Scuola Medica Ospedaliera ha organizzato con successo presso la Sala teatro dell'Ospedale S. Spirito il Convegno "Rinite allergica e patologie respiratorie. IX° Corso teorico pratico" del Dott. Lino Di Rienzo Businco, con la partecipazione di circa 120 iscritti. Altri due convegni sono stati organizzati nel mese di novembre: "Update on gut microbiota e infezione da *Hicobacter pylori*", diretto dal Prof. Giovanni Gasbarrini dell'Università Cattolica "Policlinico A. Gemelli", che si è tenuto il 21 novembre presso il Complesso Monumentale del S. Spirito in Saxia; l'altro "Patient warming day", diretto dal Prof. Giorgio D'este, che si è svolto il 28 novembre scorso presso il Policlinico Casilino.

Convenzioni e protocolli d'intesa

È allo studio una proposta di convenzione pervenuta da parte della Scuola di Formazione psicosomatica dell'Ospedale Cristo Re. Inoltre, su espressa richiesta degli interessati, sono stati concessi alcuni patrocini da parte della Scuola Medica Ospedaliera a varie iniziative didattico-congressuali. Sono inoltre pervenute richieste per la partecipazione della Scuola Medica in qualità di Provider ECM a varie iniziative formative, ai fini della pratica dell'accreditamento. È stata confermata dalla RINA anche per l'anno 2014 la certificazione di Qualità del nostro sistema di gestione aziendale, secondo la normativa ISO 9001:2008. ■

LE MALATTIE INFIAMMATORIE DELLE PRIME VIE AEREE: QUAL È LA SOLUZIONE MENO INVASIVA?

■ di Lino Di Rienzo Businco, Alessia Di Mario*, Mario Tombolini*

U.O. Otorinolaringoiatria, Ospedale S. Spirito – Roma, Italia

*Centro di Otorinolaringoiatria certificato SIDERO onlus, Clinica Santo Volto – Roma

Nel corso dell'ultimo decennio, l'otorinolaringoiatria come e forse più di altre discipline mediche, ha subito una vera e propria rivoluzione tecnologica producendo di contro veri e propri "paradossi informativi" dovuti alla tumultuosa evoluzione delle tecniche chirurgiche mininvasive delle vie aeree.

Ormai si può liberare il naso senza danni e senza dolore in un tempo inferiore al minuto, migliorando sensibilmente anche tutti i sintomi dell'allergia nasale. Non più chirurgia, dunque, ma una soft Surgery che potrebbe considerarsi "terapia elettiva" in quanto capace di: ridurre i sintomi, prevenire le complicanze respiratorie rappresentate soprattutto dall'asma, ridurre il consumo e la spesa farmaceutica nonché gli enormi costi sociali collegati.

I risultati lo dimostrano anche sul fronte dei costi generali legati all'ospedalizzazione, essendo sempre eseguite in regime di Day-Surgery o addirittura ambulatoriale. Le nuove Soft Surgery, tra l'altro "Made in Italy", potrebbero far risparmiare fino a 30 miliardi di euro l'anno e il loro impiego potrebbe radicalmente rivoluzionare l'agire quotidiano negli ambulatori e nelle sale operatorie.

C'è stata una vera progressione di Tecnologie che ha portato in pochi anni a ritenere superate (e quindi a sostituire) procedure ed apparecchiature che né i pazienti né talvolta tutti i colleghi avevano avuto modo ancora di conoscere o approfondire. Il progresso ha avuto tempi più rapidi di quelli dell'informazione. È capitato che uscissero importanti articoli scientifici su una tecnologia quando erano già pronte, dallo stesso autore, significative casistiche sugli effetti migliorativi della tecnologia successiva.

Ed è per questo che, paradossalmente non è stato sempre totalmente sbagliato e comunque lo è stato in buona fede, il presentare come "nuove" alcune

metodiche già superate da altre molto meno invasive e traumatiche, caratterizzate queste ultime da tempi di guarigione più rapidi, minor dolore, assenza di sanguinamento, con minori rischi e recidive, ma certo queste notizie contrastanti producono confusione e disinformazione e richiedono di fare finalmente chiarezza.

Da sempre, l'obiettivo della riduzione del dolore nei bambini, riversando come logica conseguenza i benefici ottenuti anche sugli adulti, è stato un mio specifico e dedicato settore di attività professionale e, non solo per motivi anagrafici, ho potuto vivere personalmente ognuno dei processi di innovazione, avendo l'opportunità di sperimentare ed estensivamente utilizzare in prima persona le differenti metodiche che si sono proposte, accumulando attraverso un background di oltre 4.000 interventi una significativa esperienza nelle sempre migliori soluzioni alle patologie delle prime vie respiratorie delle sedi Otorinolaringoiatriche (Fig. 1).



■ Immagine di sala operatoria.

LA TECNICA ENDOSCOPICA è alla base di questo grande progresso tecnologico in otorino, ed ha consentito una chirurgia in maggiore sicurezza e selettività di azione a motivo della visione diretta e chiara del campo operatorio. Essa stessa, sia nei sistemi ottici che nella visualizzazione attraverso telecamere e monitor, ha subito una evoluzione sempre migliorativa, attraverso la miniaturizzazione degli endoscopi (adatti anche per i nasi più ristretti e per i bambini molto piccoli) e la progressiva implementazione dei sistemi video sino alla attuale Alta Definizione e alla visione 3D (Fig. 2).



FIGURA 2

■ **Colonna endoscopica ad alta definizione (HD) per interventi mininvasivi.**

Purtroppo le difficoltà economiche del Sistema Sanitario non consentono sempre la disponibilità di attrezzature endoscopiche per tutti i Centri di chirurgia ORL, anche se sullo specifico argomento noi medici operatori del settore mini-invasivo dovremmo pretendere come condizione necessaria ed imprescindibile l'adeguamento tecnologico ed uno strumentario endoscopico minimo, per non costringere i pazienti a subire la forte quanto dannosa invasività delle procedure tradizionali, nonché far subire alla società i maggiori costi diretti ed indiretti ad esse connessi.

Nel tentativo di fare chiarezza, senza la pretesa di creare una gerarchia definitiva e trasferendo solo la mia esperienza, definirei gli interventi ORL delle vie aeree seguendo il modello di classificazione informatica. Seguendo questo modello gli interventi di Taglio e di Elettrochirurgia possono dirsi: “**1.0 e 1.1**”, ma bisogna tenere ben presente che ogni intervento è una realtà a se e che è il chirurgo che decide, al di là delle generalizzazioni, quale sia la migliore procedura nel caso specifico.

TAGLIO ED ELETTROCHIRURGIA. Ai primissimi inizi dell'attività chirurgica, ormai 20 anni fa, anch'io ho impiegato queste metodiche, che, anche se utilizzate con accorgimenti che cercavano di minimizzarne l'impatto traumatico, risolvendo il problema maggiore, determinavano, sia pure parziali, amputazioni o bruciature di strutture anatomiche, con danni permanenti più o meno estesi alle funzioni nasali e pertanto oggi dovremmo averle da tempo abbandonate.

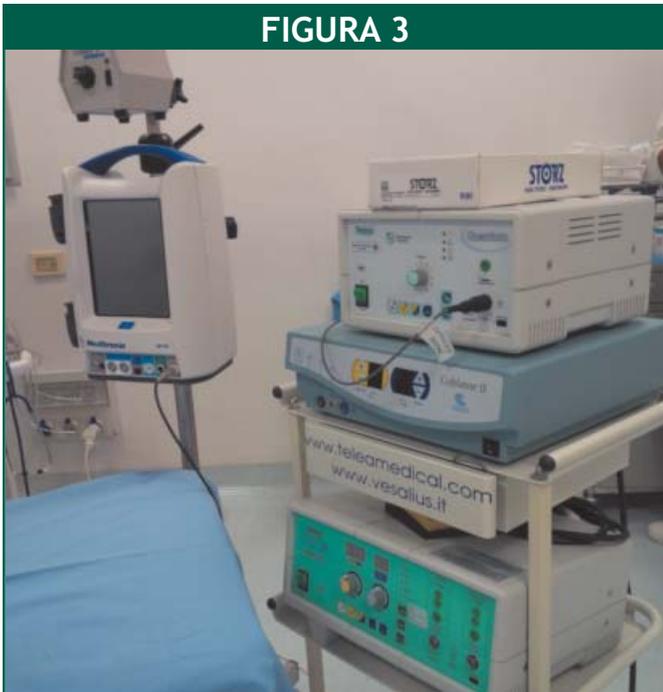
Proprio in quegli anni iniziali, a motivo della mia grande riluttanza ad accettare di sottoporre i pazienti a procedure tanto invasive quanto pericolose e soprattutto non risolutive per la guarigione nel medio-lungo termine, cominciai come detto la mia ricerca di soluzioni a basso impatto traumatico individuando, frequentando e trasferendomi talvolta per mesi in Italia ed all'estero, presso i colleghi e i Maestri del settore che potevano contribuire, come di fatto è stato, alla mia crescita professionale in tal senso. Amo ricordare con particolare riconoscenza i Professori: Bellioni, Timms, Castelnuovo, Bleys, Huizing, Hordijk, Weiss, Van Haesendonck, Plaza.

IL LASER, nell'inconscio di tutti sinonimo di modernità, ci aveva dato (e da tuttora) tante soddisfazioni per l'asportazione di lesioni neoplastiche in diverse sottosedie ORL. Grazie alla maggiore precisione chirurgica era, alla fine degli anni 90, una buona soluzione anche per il trattamento delle mucose ipertrofiche nasali e faringee. Nel corso degli anni, anche con l'impiego dei LASER più evoluti, si è però verificato che a fronte di una grande efficacia nella riduzione del volume, determinavano troppo spesso sindromi di secchezza delle mucose legate al danno termico della metodica (200 gradi). Per tale motivo è stato oggi definiti-

vamente abbandonato da chi mette al primo posto il benessere complessivo del paziente, per l'uso nelle sindromi infiammatorie delle vie respiratorie; definirei questo tipo di intervento, sempre col parallelo alla classificazione informatica **2.0**.

I DEBRIDER E GLI STRUMENTI ROTANTI ASPIRATIVI, che andavano incontro in quegli stessi anni ad una miniaturizzazione che li rendeva utilizzabili anche negli spazi ristretti ORL, sono stati da noi subito impiegati per il miglioramento che portavano al trattamento di adenoidi, tonsille, sinusiti e turbinati con positivi risultati soprattutto nella poliposi nasale (per cui ancora oggi, nelle ultime attuali evoluzioni utilizziamo correntemente) (Fig. 3).

FIGURA 3



■ **Evoluzione tecnologica per trattamenti mininvasivi in ORL.**

Viceversa abbiamo abbandonato l'uso del debrider per turbinati, adenoidi e tonsille, (per i quali definirei questi tipi di intervento col parallelo informatico **2.2**) in quanto il traumatismo e la selettività di impiego sono stati superati come vedremo più avanti dall'avvento delle radiofrequenze di 2 e 3 generazione.

LE RADIO FREQUENZE di prima generazione furono introdotte alla fine degli anni 90, diverse aziende avevano introdotto nel mercato radiofrequenze di prima generazione di cui subito apprez-

zammo il minor impatto termico sulle mucose (comunque, relativamente alle possibilità attuali, sempre troppo elevato) con alcune difficoltà di tecnica chirurgica legate alla non disponibilità di manipoli dedicati per raggiungere tutte le sedi di interesse ORL in modo selettivo e personalizzato per la singola patologia e paziente. Definirei questi tipi di intervento **3.0**.

COBLATOR. Con lo sviluppo di questa tecnologia (2002-04) abbiamo finalmente trovato una radiofrequenza al plasma di 2 generazione, che abbiamo lungamente utilizzato a motivo della possibilità di neutralizzare l'impatto termico grazie anche alla continua irrigazione del campo operatorio che evitava danni alle mucose respiratorie più delicate di adulti e bambini, e soprattutto offriva la disponibilità di manipoli specificamente disegnati per le patologie ORL. Tale metodica, a fronte di un necessario periodo di apprendimento e affinamento della più complessa manualità operatoria richiesta, unita ad alcune peculiarità di impiego, ha rappresentato un grande passo in avanti nella chirurgia mini-invasiva del tratto respiratorio ORL. Definirei questi tipi di intervento **4.0**. In quegli anni abbiamo personalmente messo a punto e ratificato nelle sedi scientifiche internazionali più prestigiose, i protocolli e le tecniche chirurgiche innovative per il trattamento con Coblator di naso, adenoidi e tonsille in adulti e bambini, che hanno rappresentato una forte rottura con gli interventi sin ad allora eseguiti di routine presso tutte le sale operatorie.

BALLOON. Verso la fine dell'ultimo decennio 2007/2010 un'altra grande rivoluzione ha interessato la chirurgia ORL, e sono i trattamenti dilatativi con palloncino "balloon" importati dalle prioritarie esperienze delle procedure di angioplastica. Anche qui la miniaturizzazione e la selettività di impiego, unito allo sviluppo tecnologico continuo, ha da subito colpito la nostra attenzione ed abbiamo tra i primi iniziato ad utilizzare i balloon per dilatare i seni paranasali nel trattamento delle rinosinusiti e successivamente, appena disponibili sul mercato, per la Tuba di Eustachio e le Stenosi Tubariche con Otiti Catarrali e difficoltosa compensazione. Tali metodiche dilatative rappresentano ancora oggi una fortissima rivoluzione, in quanto abbiamo constatato che procedure chirurgiche endo-

scopiche molto limitate e soprattutto senza abbattimenti ossei, ne tagli ne sanguinamenti, sono in grado di risolvere anche sinusiti di notevole gravità con bassissimo impatto traumatico per il paziente (sono procedure eseguibili ambulatorialmente) (Fig. 4).

Sulla nostra esperienza di molte centinaia di casi trattati, la ventilazione ed il ripristino della corretta e fisiologica via di drenaggio di naso, Seni Paranasali e Tuba di Eustachio, consente all'organismo e alla sede trattata di ripristinare il suo corretto equilibrio e trovare la guarigione del problema senza rischi e evitando di sottoporsi a procedure invasive. Per tale motivo abbiamo stabilmente inserito uno step concettuale intermedio per tutti i nostri pazienti compreso tra la terapia medica e la chirurgia, basato sull'esecuzione di queste dilatazioni con palloncino che evitano trattamenti chirurgici demolitivi estremamente più invasivi e dolorosi nella quasi totalità dei pazienti.

RISONANZA QUANTICA MOLECOLARE (RQM). Negli ultimi 3-4 anni la tecnologia a radiofrequenze si è arricchita della sua 3 generazione, l'ultima nata e oggi in fase di diffusione (Fig. 5). Tali radiofrequenze che abbiamo avuto l'opportunità di testare e sviluppare personalmente ancor prima della loro introduzione sul mercato ORL, hanno da subito attirato la nostra attenzione a motivo delle temperature ancora più basse delle precedenti (40-45 gradi) senza ricorrere all'irrigazione e soprattutto per l'effetto di rigenerazione sui tessuti utile nella guarigione a lungo termine dei pazienti e nella prevenzione delle ricadute o recidive. Abbiamo anche qui sviluppato personalmente protocolli chirurgici e progettato specifici manipoli appositamente dedicati per l'impiego specifico nei distretti ORL, che permettono interventi mirati, ultra-selettivi e minimamente invasivi per trattare naso, tuba e adenoidi al fine di minimizzare il trauma chirurgico, con certificazione dei protocolli mini-invasivi in ambito internazionale ancor prima che in Italia (Fig. 6-Fig. 6 bis). Definirei questi tipi di intervento in relazione alla classificazione informatica **5.0**.

FATTORI DI CRESCITA E PRECURSORI DELLE CELLULE STAMINALI. Un'altra nuova frontiera. Il loro impiego, che le vede unite al tessuto adiposo, è stato da noi utilizzato negli

FIGURA 4



- Palloncino Balloon per trattamento delle sinusiti a rilascio di farmaco locale.

FIGURA 5



- Radiofrequenze di terza generazione a risonanza quantica molecolare (RQM).

FIGURA 6



- Ipertrofia del turbinato inferiore prima del trattamento a radiofrequenza.

FIGURA 6 bis



■ Risultato dopo trattamento con Risonanza quantica molecolare (RQM).

ultimi anni per rigenerare e ricostituire forma anatomica e soprattutto funzionalità ai nasi precedentemente operati con metodiche aggressive e colpiti dalle conseguenti sindromi ostruttive respiratorie con secchezza e crostosità (empty nose syndrome) ottenendo incoraggianti risultati funzionali su turbinati e fosse nasali. Anche in questo settore della chirurgia rigenerativa ORL sono tuttora in corso nostri studi per migliorare i risultati in termini di ripristino della funzione del naso danneggiato (da chirurgia o da inalazione di sostanze stupefacenti), ed abbiamo messo a punto un protocollo terapeutico chirurgico molto ben tollerato dai pazienti con risultati incoraggianti per il miglioramento dei loro sintomi nasali (Fig. 7).

Il taglio dei costi della sanità rende meno fruibili queste tecnologie ma la giustificazione di economicità che viene talvolta portata nell'uso di tecniche sorpassate affermando: *“cos'è un piccolo maggior dolore a fronte di un risparmio”* è totalmente infondata. È inficiata dai risparmi diretti dovuti all'assenza di ricovero, di recidive e di emorragie e dal minor numero di visite di controllo, dai risparmi sociali dati dal pronto recupero all'attività lavorativa e/o scolastica e dalla riduzione della spesa in farmaci, senza contare i risparmi emotivi ed in dolore sintetizzati dalle parole di un padre che, prima di un operazione di tonsille e adenoidi, disse: *“Non voglio che mio figlio porti con se, come sto*

facendo io, questo ricordo traumatico per oltre 30 anni.”

Al fine di rendere massimamente fruibili queste acquisizioni e di moltiplicare le occasioni per i medici di essere formati e per i pazienti di essere informati, da alcuni anni è nata Sidero onlus, con la mission di ricercare e diffondere terapie in grado di ridurre l'impatto traumatico sul paziente, al fine di limitare la sofferenza e i tempi di guarigione.

Sino a pochi anni fa, alcune condizioni morbose venivano tollerate per la difficoltà nell'accettazione di sottoporsi a complesse terapie farmacologiche o a tecniche chirurgiche, come ricordato, ad elevato impatto traumatico e, quindi, sproporzionate rispetto alla minore gravità delle malattie stesse.

Chirurgicamente le tecniche a “ridottinvasività” in pochi minuti, senza danno termico, rispettando i tessuti sani, riducono al minimo: tempi di guarigione, dolore, anestesia, convalescenza, sanguinamenti ed ottengono un rapido recupero del paziente alle normali attività. Grandi le ricadute virtuose sia Sociali che sul paziente, come sull'istituto di ricovero, in termini di risorse, costi e di pianificazione organizzativa.

Tali innovazioni incidono sulla qualità della vita dei pazienti e trasformano la chirurgia in LIGHT-

FIGURA 7



■ Centrifuga per la preparazione di PRP (fattori di crescita).

Surgery, spesso senza tagli ed ormai praticamente sempre senza sanguinamenti. Una Gentle-Surgery adatta ad affrontare su larga scala patologie a rilevante impatto epidemiologico, come le respiratorie che, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità sono in allarmante crescita, tanto da essere definite potenzialmente "Pandemia".

SIDERO Onlus, si propone di dare particolare impulso alla diffusione delle moderne metodiche diagnostiche e chirurgiche a ridottinvasività, attualmente messe in pratica da pochissimi esperti, favorendo il moltiplicarsi del loro utilizzo, affinché sempre più pazienti possano goderne i benefici.

Le tecniche endoscopiche, le radiofrequenze mini-invasive e l'RQM soddisfano questi requisiti, ma richiedono una manualità finemente calibrata risultato di un training adeguato e finalizzato all'acquisizione di quella specifica conoscenza.

È volontà di Sidero che tali tecniche, per il basso impatto sul paziente e per la loro mini-invasività, divengano patrimonio di tutti i medici che operano in questo settore.

Per tale motivo siamo a disposizione di tutti coloro che intendano avvicinarsi a questo mondo, certi che a fronte di un periodo di apprendimento, l'introduzione e la diffusione delle tecniche chirurgiche a ridottinvasività rappresenti un considerevole vantaggio per i pazienti con ricadute virtuose sul sistema sanitario (formazione@sidero.it).

GLI SCOPI DI SIDERO ONLUS.

Sono riassumibili in:

- incrementare la consapevolezza delle conseguenze delle malattie respiratorie e del loro mancato trattamento in termini sociali, economici, fisici e psicologici;
- fornire informazioni e supporto alle persone affette da patologie respiratorie e ai loro parenti e curanti, sulle possibilità di trattamento con le tecniche a ridotta invasività;
- promuovere la diagnosi ed il trattamento delle fasi acute e croniche delle patologie del distretto testa-collo, per consentire la guarigione più efficace e duratura;
- formare ed informare i pazienti e i professionisti della salute su associazioni, centri ed incontri sul tema della ridotta invasività operatoria;

- reperire fondi per la ricerca e la formazione delle figure professionali coinvolte nella gestione, diagnosi e trattamento dei pazienti con patologie del distretto testa-collo, per consentire a tutti l'accesso più diffuso possibile ai trattamenti mininvasivi. ■

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. Di Rienzo Businco L, Laurino S, Di Rienzo Businco A, Ventura L, Lauriello M. Turbinoplasty with Quantic Molecular Resonance in the treatment of persistent moderate-severe allergic rhinitis: comparative analysis of efficacy. *American Journal Rhinol Allerg* 2014, 2; 164-8.
2. Di Rienzo Businco L. Trattamento dilatativi con balloon nelle rinosinusiti e nelle stenosi tubariche: una diversa opportunità terapeutica per il paziente. In: Ricostruzione e ricostituzione anatomica, funzionale ed estetica in ORL, Pacini Editore 2014.
3. Di Rienzo Businco L. Terapie rigenerative in otorinolaringoiatria: risultati funzionali dopo ricostruzione dei turbinati con fattori di crescita e tessuti adiposo nel trattamento della empty nose syndrome. In: Ricostruzione e ricostituzione anatomica, funzionale ed estetica in ORL, Pacini Editore 2014.
4. Di Rienzo Businco L, Angelone M, Mattei M, Ventura L, Lauriello M. Paediatric Adenoidectomy: Endoscopic Coblation technique Compared to Cold Curettage. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2012, 2: 124-129.
5. Di Rienzo Businco L, Laurino S, Cipriani O, Bucci P, Lauriello M. Balloon dilation tuboplasty and tubaric ostium shrinkage in the treatment of Eustachian tube obstruction. *Int Adv Otol* 2012; 8; 354-359.
6. Holy CE, Ellison JM, Schneider C, Levine HL. The impact of balloon catheter dilation on frequency of sinus surgery in the United States. *Med Devices (Auckl)* 2014 Apr 28;7:83-9.
7. Di Rienzo Businco L, Di Rienzo Businco A, Lauriello M. Comparative study on the effectiveness of coblation-assisted turbinoplasty in allergic rhinitis. *Rhinology*, 48, June 2010: 174-178.
8. Di Rienzo Businco L, Laurino S, Di Mario A. Sinuplastica dilatativa e balloon a rilascio ritardato di steroide per il trattamento a ridotta invasività delle rinosinusiti: una nuova opportunità per il rispetto della funzione. *Arg ORL Moderna* 2015, 28; 15-25



SOCIETÀ
ITALIANA
DIFFUSIONE
ENDOSCOPIA E
RIDOTTINVASIVITÀ
OPERATORIA **ONLUS**

QUESTIONARIO SIDERO BUSINCO 90 VALUTA LA SINDROME RESPIRATORIA

E LA SUA EVOLUZIONE IN OGNI SUO ASPETTO

(implementato sulla base dello SNOT22)

Spunta le voci che ritieni riflettano il tuo stato di salute

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Congestione e/o Secrezione Nasale, <input type="checkbox"/> Starnuti e/o Prurito Nasale. <input type="checkbox"/> Problemi Respiratori, Apnee. <input type="checkbox"/> Asma. <input type="checkbox"/> Cattiva qualità del sonno e del riposo. <input type="checkbox"/> Russamento <input type="checkbox"/> Senso di Oppressione Toracico. <input type="checkbox"/> Problemi alla gola, Tosse, difficoltà deglutizione. <input type="checkbox"/> Problemi agli occhi, Lacrimazione. <input type="checkbox"/> Disturbi all'Udito e all'Orecchio. <input type="checkbox"/> Nausee e Giramenti di Testa, Vertigini. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alterazione Gusto. <input type="checkbox"/> Alterazione Olfatto. <input type="checkbox"/> Problemi alla Voce. <input type="checkbox"/> Mal di testa. <input type="checkbox"/> Dolori, Gonfiori e arrossamenti otorinolaringei <input type="checkbox"/> Stanchezza e ridotta efficienza lavorativa e mentale. <input type="checkbox"/> Alterazione dell'Umore e delle Emozioni: Ansia, Agitazione, Irritabilità, Frustrazione, Depressione <input type="checkbox"/> Preoccupazione per lo stato di Malessere. <input type="checkbox"/> Importante uso di Farmaci. |
|---|---|

VALUTA IL LIVELLO DEL TUO BENESSERE RESPIRATORIO

Barra la Risposta seguendo la seguente scala crescente:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 0) Nessun problema, mai; 1) Trascurabile; 2) Lieve, Poco; 3) Moderato/a Episodico; 4) Manifesto, da affrontare; Sì | <ul style="list-style-type: none"> 5) Evidente, sono preoccupato; 6) Grave, rilevante, Frequente; 7) Molto Grave, molto frequente; 8) Continuo/a, Eccessivo; 9) Insostenibile, massimo/a. |
|--|--|

- | | |
|---|---------------------|
| 1. Difficoltà di Respirazione piena? | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 2. Blocco nasale di una narice? | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 3. Blocco nasale di entrambe le narici? | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 4. Necessità di soffiarsi il naso? | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 5. Naso che cola? | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 6. Scolo del muco nella gola? | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 7. Secrezioni nasali dense? | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 8. Congestione del naso? | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 9. Durata dello stato di raffreddamento?
(1 = 2 giorni; 2 = 4 gg... 9 = 18 Giorni e più) | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 10. Durata ostruzione nasale?
(1 = 2 giorni; 2 = 4 gg... 9 = 18 Giorni e più) | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 11. Prurito nasale? | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |

12. Starnutazione al risveglio?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Starnutazione durante la giornata?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Mal di testa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. Algie (dolori) Facciali?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. Tosse?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17. Respiro corto?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18. Respiro rumoroso (fischii, sibili, pseudo russamento da svegli)?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. Respiro affannoso e rapido?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20. Rapidoaffaticamento?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21. Percezione debolezza delle vie respiratorie?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
22. Crisi d'asma?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23. Crisi d'asma notturna?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
24. Senso di soffocamento?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
25. Palpitazioni, tachicardia?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
26. Senso di oppressione toracico?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
27. Voce nasale?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
28. Voce cambiata?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
29. Problemi alla voce intermittenti?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
30. Cali di voce sino alla completa afonia?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
31. Lacrimazione?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
32. Occhi gonfi?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
33. Prurito oculare?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
34. Arrossamento oculare?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
35. Mal di gola intenso?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
36. Gola irritata e/o bruciore?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
37. Secchezza della bocca o della gola?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
38. Dolore alla deglutizione?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
39. Senso di corpo estraneo/ingombro/chiusurain gola? (che si accentua alla deglutizione)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
40. Arrossamento e gonfiore al volto e/o al naso?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
41. Alterazione del gusto?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
42. Alterazione dell'olfatto?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
43. Dolore all'orecchio?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

44. Ovattamento auricolare, ripienezza uditiva orecchio?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
45. Presenza di sibili, fischi o suoni nell'orecchio?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
46. Giramenti di testa, vertigini ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
47. Sensazione di testa vuota, disequilibrio?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
48. Russamento notturno?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
49. Difficoltà a restare svegli appena alzati?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
50. Scarsa lucidità mattutina?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
51. Difficoltà memoria/concentrazione?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
52. Sono consapevole di disturbare russando?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
53. Il mio russamento crea tensioni nelle mie relazioni?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
54. Eccessiva sonnolenza diurna?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
55. Percezione di sonno non ristoratore?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
56. Difficoltà ad addormentarsi?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
57. Risvegli notturni, senso soffocamento, sonno agitato?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
58. Gli altri segnalano il mio russare?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
59. Il mio russamento mi mette a disagio?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
60. Provo imbarazzo a trascorrere la notte fuori con altri?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
61. Preoccupazione di addormentarsi durante la guida?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
62. Mi sento depresso non potendo fare niente per il mio russamento?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
63. Senso di imbarazzo/mancanza di fiducia in me stesso?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
64. Presenza di Irritabilità/ Agitazione/ Cattivo umore?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
65. Presenza di Tristezza/ Frustrazione?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
66. Difficoltà concentrazione e ridotta lucidità generale?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
67. Ridotta capacità lavorativa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
68. Confusione mentale, disturbi del comportamento?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
69. Sensazione di salute fragile e maggiore suscettibilità ad ammalarsi?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
70. Difficoltà nel recupero di guarigione e benessere pieni e completi?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
71. Quanto il tuo stato limita la qualità della tua vita? (0=0, 1=10%; 9=90% e più)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
72. Quanti di farmaci da banco usi per il raffreddore?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
73. Quanto uso fai di farmaci per allergia? (antistaminici, cortisonici nasali, ecc)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
74. Quanto uso fai di aerosol settimanale? (inalazioni da 1=1; a 9=9 e più)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

75. Quanto uso fai di farmaci a base di Cortisone (compresse o iniezioni)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
76. Quanto uso fai di soluzioni (spray, fiale, gocce) per lavaggi nasali? (soluzione fisiologica, salina, marina, termale, ecc)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
77. Numero di bombolette di spray decongestionanti nasali al mese? (vasocostrittori)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
78. Numero di lavaggi per narice al giorno? (soluzione fisiologica, salina, marina, termale, ecc) (da 0=0; 9=9 e più)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
79. Numero di spruzzi per narice al giorno di spray nasale di ogni tipo (da 0=0; 9=9 e più)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
80. Fai uso di antidolorifici o antinfiammatori?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
81. Fai uso di altri farmaci?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
82. Fai o hai fatto vaccini allergologici ? (immunoterapia specifica somministrata per qualsiasi via)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
83. Valutazione riduzione performance respiratorie (attualmente: 1=minima/9=massima)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
84. Valutazione soggettiva del miglioramento (a seguito dell'ultima terapia fatta)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
85. Da quanto tempo sono presenti i tuoi sintomi? (1=meno di un anno; 9=9 anni e più)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
86. Da quanto tempo curi questi sintomi? (1=meno di un anno; 9=9 anni e più)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
87. Finora, a quanti cicli di terapia Ti sei sottoposto?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
88. Hai testato la Medicina complementare/alternativa? (0=no, 1=Si, ...9=9 e più volte)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
89. Sei già ricorso alla chirurgia ORL? (0=no, 1=Si, ... 9=9 e più volte)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
90. Conosci le soluzioni mininvasive di Soft Surgery ORL? (0=no, 1=Si, ... 9=9 e più volte)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

RECUPERARE FARMACI E CIBI “SCADUTI”?

■ di Giuseppe Visco - Roma

■ I FARMACI

L'11.1.2008 *La Stampa* di Torino aveva pubblicato un articolo: *Il grande inganno dei medicinali scaduti* che suscitò sensazione e risonanza anche internazionale.

In esso si sosteneva che, a causa della disinformazione tra gli utenti e delle rigide regole applicate nelle farmacie, dietro la dizione “data di scadenza” dei farmaci si nascondevano guadagni di miliardi a favore delle Ditte, essendo queste ultime – per concessione del Ministero della Salute – le uniche abilitate a fissare queste date.

Il timore era che – da parte delle Ditte Produttrici – le scelte potessero essere influenzate dalla disponibilità dei farmaci in produzione.

Molte le reazioni favorevoli ad un dibattito sull'argomento, come quelle di Silvio Garattini, del giornalista Marco Neirotti e del Presidente della Federfarma-Piemonte, Luciano Platter.

Contrario si disse invece il Dott. Emilio Stefanelli, all'epoca Presidente della Farindustria, il quale peraltro confermò che le date di scadenza possono essere fissate solo dalle Case Farmaceutiche.

Egli, però, ricordava che sia l'AIFA (l'Agenzia del Farmaco del Ministero) che l'EMA (l'Agenzia Europea) sovrintendono a questo procedimento, mediante controlli sulla **documentazione** presentata (ma non sulla **reale stabilità** dei prodotti).

Il Dott. Stefanelli concludeva che chi affermasse che le Ditte avrebbero potuto speculare anticipando le date di scadenza dei farmaci, accuserebbe automaticamente AIFA ed EMA di essere conniventi e correi.

Come abbiamo detto, le date di scadenza sono stabilite dalle Ditte produttrici: in teoria con studi di stabilità reale ma, di fatto, sulla base di ricerche simulate (la c.d. “vita di scaffale”) o di studi con “degradazione accelerata”.

Dopo aver aggiunto un certo margine di precauzione (per mettere la Ditta al riparo da eventuali problemi legali) e per motivi commerciali, la data di

scadenza viene ogni volta fissata tra i 2 e i 3 anni dopo quella di produzione. Un fatto incomprensibile è, però, che la data **non può comunque essere superiore ai 5 anni**, anche qualora la formulazione risultasse ulteriormente stabile.

Di conseguenza, grandi quantità di medicinali – benché attivi – vengono oggi distrutte senza alcun controllo. Tutto ciò mentre, in realtà, recenti studi hanno dimostrato che molti dei medicinali “legalmente” scaduti, mantengono integra la loro attività per molti anni (e a volte addirittura per decenni).

Altro punto delicato è di ordine legislativo, per cui in quella sede dovrebbe essere affrontato. Gli Art 443 e 452 del C.P. considerano, infatti, **comunque e sempre guasto ed imperfetto un medicinale scaduto**, anche se non lo è (per titolo e per efficacia). Non c'è, infatti, in questo campo, l'onere della prova.

Il farmaco dovrà, quindi, essere smaltito, nella raccolta differenziata, alla stregua dei rifiuti tossici.

Nonostante il clamore suscitato dall'articolo ed il fatto che il problema era rimasto ancora aperto, non se ne sentì più parlare, mentre sarebbe stato semplice, ad esempio, sollecitare il Ministero ad organizzare, a campione, controlli sui medicinali.

Forse si è trattato di una “morte naturale” dell'interesse per l'argomento ma è certo che quando – qualche tempo dopo – il sottoscritto propose ad una nota Rivista medica di pubblicare un suo articolo sul tema, si sentì rispondere che motivi di opportunità (leggi: le inserzioni pubblicitarie) suggerivano di non farlo.

Ma anche un altro importante aspetto si è poi venuto ad affiancare a quello etico: lo spreco prodotto, oltre che nelle Farmacie e negli Ospedali, anche dal Ministero della Difesa, il quale – come è noto – ha l'obbligo di tener sempre pronti stock dei farmaci (anche di alto costo), necessari ai Corpi Armati di spedizione, nella previsione di un'improvvisa partenza.

Applicando rigorosamente le famose date di scadenza, tutto questo materiale (civile e militare)

viene quindi periodicamente distrutto e rinnovato. E pensare che, nel terzo mondo, bambini e adulti muoiono a centinaia di migliaia perché i loro Paesi non hanno la possibilità di acquistare farmaci!

Né può giovare gran che il fatto che alcuni di questi medicinali, in prossimità della loro data di scadenza, vengono spesso donati ad ONG per scopi umanitari. Il problema sostanziale è di **poter verificare in modo più incisivo l'effettiva scadenza** della loro attività.

Bisogna, infatti, distinguere tra quei pochissimi farmaci (che si contano sulle dita) i quali, dopo la data di scadenza, potrebbero risultare dannosi per chi li riceve (*Edit., The Medical Letter 31, 23, 2003*) da quelli – che sono invece la grande maggioranza – che subiscono soltanto una certa **riduzione della loro attività**. Per questi ultimi si potrebbe, ad esempio, segnalare più date, con le curve di degrado, invitando i Medici a tenerne conto nelle prescrizioni.

Altro motivo di spreco è, infine, legato alle **confezioni**, dato che molte di esse verranno usate solo in parte (mentre il resto va perduto). Basterebbe suggerire al Medico di prescrivere (come si fa in molti altri Paesi) esclusivamente il numero di fiale o di compresse che il paziente dovrà assumere e lasciare al Farmacista il compito di allestire idonee confezioni.

■ GLI ALIMENTI

Guardandosi intorno, ci si è accorti però che esisteva anche un problema simile, di portata economica forse anche maggiore, legato alle date di scadenza degli alimenti, per legge etichettati da “sentenze di morte a termine”.

Il problema si è posto anche all'estero. In una ricerca condotta nel Regno Unito (UK) dalla WRAP, si è visto che tra il **45 ed il 49 % dei consumatori** fraintende il significato delle date apposte sulle confezioni alimentari e finisce per scartare enormi quantità di cibo già acquistato.

Si calcola che nell'UK vengono gettati via ogni anno 5 milioni di tonnellate di alimenti ancora perfettamente commestibili, perché la loro data è scaduta. Il danno è di 12 miliardi di sterline, che incidono sul bilancio spesa annuale di ogni famiglia inglese per circa 700 sterline. Senza pensare al danno ecologico, dato che gli alimenti eliminati si aggiungono alle già enormi quantità di rifiuti urbani.

E tutto ciò, sostengono gli inglesi, non avviene in un caso: “se, infatti, non comprendiamo bene un'etichetta e abbiamo il dubbio che ciò che stiamo per mangiare non sia buono, lo gettiamo via e andiamo a comprarlo di nuovo”.

Il discorso non fa una grinza, a tutto vantaggio dei “soliti approfittatori”, afferma la Francesca Mancuso (*Giornalettismo.com letto 21.11.2011*).

Come ovviare al problema (anche perché, in Italia, la data di scadenza è obbligatoria solo per latte e latticini freschi)?

Una prima soluzione – nata in U.K. ed in parte applicata anche da noi – è stata quella di sostituire al termine “vendere entro...” quello di “**usare entro...**”, aggiungendo la dizione: *best by...* (da noi: “**usare preferibilmente**”). Viene indicato così il periodo nel quale il prodotto è nelle migliori condizioni di commestibilità.

Si tratta di interventi indubbiamente utili, ma non sufficienti. È, infatti, la datazione in sé che genera confusione, poiché anche un alimento che non ha raggiunto la data di scadenza può alterarsi se non ben conservato.

Un'altra proposta – che potremmo dire rivoluzionaria – ci viene dagli USA ed è il **close dating** (= datazione segreta) e cioè l'applicazione, sul prodotto, di un codice cifrato con il quale il produttore trasmette al solo venditore le informazioni sulla sua freschezza, senza minimamente coinvolgere il consumatore.

Occorrerebbe poi agire diffondendo anche una più corretta informazione sul problema, dato che il timore dei pericoli legati alle scadenze degli alimenti e dei farmaci è ormai entrato nella coscienza comune dell'“uomo della strada”.

Ad esempio si dovrebbero far meglio conoscere, con un'adeguata pubblicità, le norme per la corretta conservazione degli alimenti deperibili.

In secondo luogo si dovrebbe insegnare a distinguere (come abbiamo detto dovrebbe essere fatto con i farmaci) i cibi che, con il tempo, possono risultare dannosi da quelli che – se correttamente conservati – tutt'al più risulterebbero meno gradevoli.

Concludendo, è l'ora di sensibilizzare efficacemente l'opinione pubblica su di un problema che l'attuale crisi economica rende ancora più attuale.



IL DOLORE TORACICO: PERCORSO DIAGNOSTICO IN PRONTO SOCCORSO

■ di **Andrea Ciolli***, **Paolo Trambaiolo****, **Fabrizio Castelli*****

*U.O.S.D. di Cardiologia d'Urgenza, **U.O.S.D. U.T.I.C., U.O.C. di Cardiologia, Ospedale Sandro Pertini, Roma, Italia

Il dolore toracico (DT) definito come “qualsiasi dolore dalla base del naso all’ombelico anteriormente o dalla nuca alla 12^a costola lombare posteriormente, che non abbia causa traumatica o chiaramente identificabile”, ha un fortissimo impatto su i nostri ospedali, essendo responsabile di oltre il 5% degli accessi e di circa la metà delle consulenze cardiologiche in Pronto Soccorso. L’iter diagnostico del DT si prefigge di distinguere i pazienti ad alto rischio, che necessitano di ricovero, da quelli nei quali il sospetto di patologia minacciosa per la vita è scarso o assente e che possono essere dimessi ed eventualmente studiati ambulatorialmente. Il percorso diagnostico ha quindi le seguenti finalità:

1. Identificare i pazienti con elevata probabilità di sindrome coronarica acuta (SCA), con l’obiettivo di:
 - assicurare prima possibile la riperfusione nell’infarto miocardico con ST sopraslivellato (STEMI);
 - iniziare il percorso specialistico adeguato per le SCA senza ST sopraslivellato (SCA NSTEMI): infarto miocardico senza ST sopraslivellato (NSTEMI) o angina instabile (AI).
2. Identificare le altre quattro patologie, due di origine cardiovascolare non coronarica (dissezione aortica o tromboembolia polmonare) e due di origine non cardiovascolare (pneumotorace spontaneo o rottura di esofago), che richiedono interventi terapeutici in emergenza/urgenza.
3. Effettuare un rapido e sicuro “rule out” dei pazienti a basso rischio.

Questo percorso è particolarmente impegnativo poiché solo il 15-20% dei pazienti che si presentano in Pronto Soccorso con dolore toracico ha segni certi (elettrocardiografici o enzimatici) di sindrome coronarica acuta.

Così accade che la metà dei pazienti con dolore toracico viene ospedalizzata ma che una SCA viene confermata solo nel 30% dei casi e che, di contro, il 2-10% dei pazienti con SCA viene erroneamente mandato a domicilio.

Le conseguenze della dimissione o del ricovero impropri sono molto rilevanti: da un lato un paziente con infarto miocardico acuto non riconosciuto e quindi erroneamente dimesso presenta una mortalità a breve termine quattro volte più elevata di quella attesa in caso di ricovero, dall’altro la spesa globale valutata per i pazienti ricoverati che non saranno riconosciuti affetti da cardiopatia ischemica è elevatissima.

■ TRIAGE

La prima valutazione del paziente con DT è affidata al Triage, il cui principale obiettivo è la riduzione del ritardo nella diagnosi. Un paziente con DT suggestivo di SCA deve essere studiato prima possibile.

Nel Triage viene coinvolto un personale infermieristico adeguatamente preparato, che inquadra la sintomatologia riferita dal paziente facendo riferimento, per le caratteristiche del dolore, al “ChestPain Score”(CPS, Figura 1).

Tutti i pazienti con sintomo di accesso DT devono effettuare un ECG a 12 derivazioni entro 10 minuti dall’arrivo.

Al termine della valutazione al paziente viene assegnato un codice colore che determina la priorità e quindi i tempi di visita:

→ *Codice rosso (accesso immediato alla sala visita):*

dolore toracico con alterazioni o perdita di una delle funzioni vitali, segni di instabilità emodinamica o “di stress” respiratorio.

→ *Codice giallo (accesso alla sala visita in tempi*

FIGURA 1 - CPS

SCORE DI RISCHIO	
Localizzazione	Punti
Retrosternale, precordiale	+3
Emitorace sn collo, mandibola, epigastrico	+2
Apex	-1
Carattere	
Oppressivo, strappamento, morsa	+3
Pesantezza, restringimento	+2
Puntorio, pleurítico, pinzettante	-1
Irradiazione	
Braccia, spalla, posteriore, collo, mandibola	+1
Sintomi associati	
Dispnea, nausea, sudorazione	+2

SCORE < 4 = dolore "atipico", bassa probabilità di angina
 SCORE ≥ 4 = dolore "tipico", intermedio-alta probabilità di angina

rapidi, rivalutazione dopo 10 minuti):

dolore tipico (CPS ≥ 4) in atto o di recente insorgenza o dolore toracico in paziente con storia di cardiopatia ischemica nota, o dolore in atto o insorto da meno di 6 ore in paziente con età superiore ai 40 anni, in presenza di fattori a rischio per malattie cardiovascolari.

→ *Codice verde (accesso alla sala visita dopo i codici rossi e gialli, rivalutazione dopo 30 min):* dolore con caratteristiche di atipicità (CPS < 4) in paziente con età inferiore ai 40 anni, insorto da oltre 6 ore, in assenza di fattori a rischio.

■ PERCORSO INIZIALE IN PS

Al momento dell'accesso in Pronto Soccorso in tutti i pazienti deve essere effettuato:

- il collegamento a un monitor defibrillatore;
- la misurazione della pressione arteriosa;
- l'incannulamento di una vena periferica;
- la misurazione della saturazione di ossigeno;
- la determinazione della troponina (TNI) o, preferibilmente, della troponina ad alta sensibilità (hsTNI), PTT, elettroliti, glicemia, creatinina, emocromo;

- la somministrazione di acido acetilsalicilico 250/500 cc e.v.

Il primo step diagnostico è affidato ad anamnesi, esame obiettivo e alla valutazione di ECG e marcatori biochimici. Potrà inoltre essere eseguito un RX del torace e un ecocardiogramma o una ecoscopia.

ANAMNESI

È il cardine del procedimento diagnostico per DT e deve essere eseguita con il massimo scrupolo, ricordando che 1/3 dei pazienti ischemici presenta sintomatologie atipiche.

È necessario interrogare sempre il paziente sui 4 aspetti fondamentali del dolore: localizzazione, caratteristiche, durata (raramente un dolore non infartuale, quindi non accompagnato da alterazioni della TNI, dura più di 10 minuti), relazione con lo sforzo o con altri fattori in grado di esacerbare o precipitare (stress emotivo, anemia, febbre) o ridurre la sintomatologia (riposo, somministrazione di nitrati s.l.).

È opportuno indagare sulla presenza di diaforesi, dispnea, nausea, vomito, astenia e sincope, sintomi

che sono più frequenti nelle donne, negli anziani e nei diabetici.

È importante ricercare i fattori di rischio per malattie cardiovascolari, in particolare: familiarità (ischemia documentata in parenti di primo grado di sesso maschile di età < 55 anni e femminile di età < 60 anni), diabete mellito, ipertensione arteriosa, fumo, ipercolesterolemia.

Infine è opportuno considerare quegli elementi che rendono più probabile la diagnosi di SCA e cioè eventi ischemici pregressi, pregresse angioplastiche coronariche o interventi di bypass, presenza di malattia aterosclerotica extracoronarica o di insufficienza renale e soprattutto bisogna considerare sempre l'età del paziente, perché con il suo aumentare cresce la prevalenza della malattia coronarica.

ESAME OBIETTIVO

L'esame obiettivo deve essere il più completo possibile, considerando che i segni clinici, pur fondamentali nella diagnosi differenziale hanno un'accuratezza diagnostica solo del 60%. Il suo scopo è la ricerca di quei segni che permettono una diagnosi differenziale con altre patologie cardiache non ischemiche (embolia polmonare, dissezione aortica, pericardite, stenosi aortica) o non cardiache (pneumotorace, polmonite, pleurite).

Importante è inoltre la ricerca di eventuali segni di scompenso cardiaco o di instabilità emodinamica.

ECG

L'ECG a 12 derivazioni deve essere eseguito e valutato entro 10 minuti dalla presentazione del paziente al Triage.

L'ECG contribuisce a "filtrare" i pazienti con dolore toracico a elevata probabilità di SCA attraverso due domande poste in sequenza:

1. vi è sopraslivellamento del tratto ST in almeno due derivazioni contigue?
SI: iniziare un percorso cardiologico accelerato con eventuale trombolisi o, se disponibile l'emodinamica, con angioplastica primaria;
2. vi è sottoslivellamento del tratto ST?
SI: iniziare un percorso cardiologico con trasferimento in UTIC/Cardiologia.

Se a entrambe le domande precedenti la risposta è NO, ma vi sono segni di instabilità emodinamica

(arresto cardiaco rianimato, quadro di shock cardiogeno, edema polmonare acuto, ipotensione, etc.) bisogna valutare anche la diagnosi differenziale con altre patologie cardiache acute ad andamento potenzialmente fatale.

Se a entrambe le domande precedenti la risposta è NO, e non vi sono segni di instabilità emodinamica si può iniziare il periodo di osservazione in PS.

Pur riconoscendo all'ECG un ruolo diagnostico fondamentale, bisogna tuttavia ricordare che:

- la sensibilità dell'ECG all'ingresso in Pronto Soccorso è inferiore al 50%;
- oltre il 30% dei pazienti con DT ha un ECG normale, anche se una percentuale variabile dal 5 al 40% di tali pazienti ha un infarto acuto;
- il sopraslivellamento del tratto ST è diagnostico di infarto acuto nel 90% dei casi, tuttavia è presente nell'ECG di ingresso in ospedale solo nel 40% dei pazienti con dolore toracico dovuto a infarto;
- il sottoslivellamento del tratto ST indica ischemia miocardica ma un infarto in atto viene confermato solo nel 50% dei casi;
- l'inversione dell'onda T è un segno aspecifico, che può essere presente anche in altre patologie come la miocardite o l'embolia polmonare o in soggetti normali, soprattutto donne.

Quando il primo tracciato eseguito al tempo zero (cioè al momento dell'ingresso del paziente in ospedale) non è diagnostico, l'ECG va ripetuto in associazione alla TNI o alla hsTNI secondo un protocollo orario.

L'ECG deve inoltre essere ripetuto in caso di accentuazione della sintomatologia o di ricomparsa di un dolore precedentemente cessato.

Quando l'ECG è negativo ma vi è il sospetto di SCA è necessario registrare anche le derivazioni V3R e V4R e le derivazioni V7 e V8, che possono rispettivamente rivelare segni di ischemia ventricolare destra e nel territorio della arteria circonflessa.

MARCATORI BIOCHIMICI

Vengono misurati per rilevare o escludere la presenza di necrosi miocardica acuta.

Il test di riferimento è la TNI la cui determinazione, effettuata al momento dell'ingresso in PS

(tempo 0), è ripetuta insieme all'ECG ogni 6 ore fino a 2 volte (6^a ora – 12^a ora) o a alla sua positività. La TNI comincia a elevarsi in 2-4 ore, diviene significativa in 3-6 ore e rimane elevata per circa 10 giorni.

Più recentemente è stata introdotta in molti ospedali la hsTNI, in grado di rilevare nano-quantità del marcatore e quindi di diagnosticare precocemente la necrosi miocardica.

Come suggerito dalle linee guida dell'ESC 2011, è necessaria solo una seconda valutazione della hsTNI su un campione prelevato a 3 ore di distanza dal primo per escludere, nel caso di negatività delle due misurazioni, l'infarto del miocardio.

La TNI e la hsTNI pur essendo marker estremamente sensibili per danno miocardico, non sono specifici per danno di tipo infartuale e livelli patologici possono ritrovarsi in altre patologie cardiache come embolia polmonare, edema polmonare acuto, miocardite, crisi ipertensiva, dissezione aortica, aritmie ipercinetiche, o in patologie extracardiache come sepsi, broncopolmoniti estese, insufficienza respiratoria, ictus cerebri, insufficienza renale ecc. Si calcola che 2/3 delle TNI positive eseguite in Pronto Soccorso sono dovute a un danno miocardico di origine non coronarica

Ne consegue che la TNI non deve essere utilizzata come unico indicatore di infarto miocardico, poiché da tale comportamento deriverebbe una sovrastima della diagnosi di infarto acuto.

Il valore predittivo negativo della hsTNI di contro è altissimo: è superiore al 95% quando il singolo test viene effettuato all'ingresso in Pronto Soccorso e si avvicina al 100% quando si effettua un secondo test dopo tre ore.

È fondamentale che venga fatto un uso appropriato di un così potente strumento diagnostico, richiedendone la determinazione solo in caso di sospetta SCA. Il suo uso indiscriminato porta a quelle cosiddette "troponinosi" di difficile interpretazione, che troppo spesso paralizzano i nostri Pronto Soccorsi!

In caso di modesta elevazione della TNI, di dubbio significato, una curva enzimatica incrementale o decrementale (hsTNI a 3 ore \pm 3 DS rispetto al valore basale) indirizza verso il sospetto di una eziologia ischemica, mentre valori stabilmente elevati depongono per altra patologia.

Vi è consenso universale nel considerare oggi la TNI e soprattutto la hsTNI come i biomarcatori di riferimento per la diagnosi di infarto miocardico acuto.

Mioglobina e CK MB massa vanno considerati obsoleti e sono utilizzati solo in caso di mancata disponibilità della TNI. Altri nuovi marcatori recentemente proposti, tra cui la copeptina, hanno un dubbio valore diagnostico incrementale rispetto alla hsTNI.

RX TORACE

È spesso eseguito di routine nei pazienti con DT.

Può fornire indicazioni utili per una diagnosi differenziale con dissezione aortica, pleurite, polmonite, pneumotorace, tumori polmonari o può evidenziare segni di scompenso cardiaco.

ECOCARDIOGRAMMA / ECOSCOPIA

Prerequisiti essenziali per eseguire un ecocardiogramma in urgenza sono l'adeguata esperienza dell'operatore (lo studio della cinesi distrettuale è fortemente operatore-dipendente e la sua interpretazione richiede un adeguato addestramento), la buona finestra acustica, la collaborazione del paziente e l'utilizzo di una apparecchiatura ecocardiografica di buon livello tecnico.

Tuttavia deve essere patrimonio del medico in Pronto Soccorso la capacità di eseguire una buona ecoscopia, intesa come una estensione dell'esame obiettivo, effettuata mediante un limitato numero di proiezioni ecocardiografiche (il paziente è sofferente e quindi non sempre collaborante), che risponde a domande di elevato impatto clinico (ventricolo dilatato SI/NO, ventricolo sinistro severamente ipocontrattile SI/NO, insufficienza mitralica severa SI/NO, versamento pericardico SI/NO), in un'analisi coerente con il setting clinico.

L'esecuzione di un ecocardiogramma/ecoscopia è fortemente consigliata in caso di instabilità emodinamica e in presenza di ECG non diagnostico, per consentire la diagnosi differenziale con le altre grandi patologie cardiovascolari (dissezione aortica, embolia polmonare, versamento pericardico).

In caso di ECG suggestivo di STEMI l'ecocardiogramma trova indicazione oltre che per confermarne la diagnosi attraverso il rilievo di alterazioni della cinetica regionale, anche per evidenziare

eventuali complicanze meccaniche (rottura del setto, di parete libera, di papillare ecc.) e per sospettare la presenza di trombi nel ventricolo.

■ DEFINIZIONE DELLA PROBABILITÀ DI SCA

Al termine del processo valutativo iniziale, comprendente “CPS”, anamnesi, esame obiettivo, ECG, determinazione di TNI/hsTNI è possibile stratificare il rischio ischemico del paziente, con tre possibili scenari:

- Probabilità bassa di SCA: rapida dimissione del paziente dopo breve osservazione clinica.
- Probabilità intermedia di SCA: prosecuzione dell'iter diagnostico con monitoraggio elettrocardiografico e controllo enzimatico a 6 e 12 ore se il biomarcatore utilizzato è la TNI o a sole 3 ore se viene impiegata la hsTNI.

Una volta esclusa la diagnosi di infarto miocardico deve essere eseguito un ECG da sforzo o un altro test provocativo per ischemia miocardica.

In caso di negatività del test il paziente potrà essere dimesso in condizioni di sicurezza, mentre si procederà al ricovero in Cardiologia in caso di positività.

- Probabilità alta di SCA: ricovero in UTIC (NSTEMI o STEMI) previa eventuale coronarografia urgente e angioplastica primaria (STEMI/NSTEMI instabile) o ricovero in Cardiologia (AI).

■ SUCCESSIVO PERCORSO NELLA PROBABILITÀ INTERMEDIA DI SCA

Tutti i pazienti a rischio intermedio di SCA devono essere sottoposti a un test provocativo o di imaging per ischemia miocardica. La negatività del test consentirà la dimissione in condizioni di elevata sicurezza mentre la sua positività indirizzerà al ricovero in Cardiologia.

ECG da SFORZO

È il test più accessibile, di rapida esecuzione e a basso costo ed è impiegato come “first step”, utile sia per valutare la presenza di ischemia inducibile che per stratificarne la prognosi.

Va eseguito dopo almeno 2 determinazioni enzimatiche negative se il biomarcatore utilizzato è la hsTNI o dopo 3 determinazioni se viene impiegata la TNI, in assenza di modificazioni elettrocardiografiche rispetto al tracciato di base e dopo almeno

6 ore dalla cessazione del dolore. Tutti gli studi ne confermano la sicurezza dopo un adeguato periodo di osservazione in Pronto Soccorso.

Il test, che deve essere “limitato dai sintomi”, è considerato significativo se viene raggiunto almeno lo 85% della frequenza teorica massima.

La frequenza di test non diagnostici nei pazienti in terapia domiciliare con beta bloccanti o calcio antagonisti è doppia rispetto a quella dei pazienti in wash out farmacologico; tuttavia poiché il 60% dei pazienti in terapia risulta in grado di eseguire un test diagnostico, il trattamento con beta bloccanti o calcio antagonisti non deve precludere l'esecuzione del test in Pronto Soccorso.

Il test massimale, che ha una sensibilità del 50-60% e una specificità del 70-90%, ha un valore predittivo negativo elevatissimo (98%), simile a quello di ecostress e scintigrafia da sforzo. In caso di ECG da sforzo massimale negativo l'incidenza di eventi ischemici a sei mesi è del 2%: la negatività del test consente quindi la dimissione del paziente in condizioni di estrema sicurezza, con un “outcome” analogo rispetto a quello dei pazienti ricoverati, ma con un costo di gran lunga inferiore.

Nei casi in cui il test ergometrico non sia eseguibile per incapacità funzionale del paziente o risultati controindicato (blocco di branca sinistro, fibrillazione atriale, presenza di pace maker e di ritmo PM dipendente, alterazioni della ripolarizzazione o segni di ipertrofia ventricolare sinistra all'ECG basale) o risultati non conclusivo (mancato raggiungimento del 85% della frequenza cardiaca teorica massima, alterazioni elettrocardiografiche dubbie, comparsa di dolore tipico in assenza di sottoslivellamento significativo del tratto ST) dovrà essere eseguito un test provocativo di imaging (ecostress o scintigrafia miocardica sforzo).

Nei pazienti che tornano in Pronto Soccorso più volte per DT ripetere un ECG da sforzo ha un valore limitato ed è preferibile eseguire direttamente un test di imaging.

ECOSTRESS

È in grado di fornire risultati sicuri ed efficaci per la stratificazione precoce dei pazienti con DT in Pronto Soccorso, con una sensibilità del 86% e specificità del 81%. Il valore predittivo negativo, dato più importante per il “rule out” in sicurezza dei pazienti, è simile a quello dell'ECG da sforzo (96%).

Rispetto alla scintigrafia le informazioni dell'eco-stress sono immediatamente disponibili e non vi è esposizione radiologica. L'esecuzione dell'esame è però limitata dalla qualità della finestra acustica dei pazienti.

SCINTIGRAFIA MIOCARDICA

Pur presentando elevata sensibilità (87%) e specificità (73%) nello studio dei pazienti con DT, la sua diffusione in Pronto Soccorso è limitata da motivazioni organizzative e dal fatto che meno del 30% degli ospedali italiani è dotato di medicina nucleare.

TAC CORONARICA

È una tecnica, quando dotata di almeno 64 strati, con elevato potere predittivo negativo, quindi molto utile soprattutto per l'esclusione di stenosi coronarica. Bisogna però tener presente che fornisce informazioni anatomiche piuttosto che funzionali, che frequentemente richiede betablocco, che comporta radiazioni che equivalgono a quelle di 250-500 radiografie del torace.

Il suo utilizzo estensivo in urgenza attualmente non è proponibile, sia per la sua ridotta disponibilità nei presidi ospedalieri sia perché l'esperienza in Pronto Soccorso è ancora iniziale e i dati non sono definitivi.

Altri esami quali ecocardiogramma transesofageo a angioTC sono riservati ai pazienti con sospetto di dissezione aortica o embolia polmonare (vedi capitoli relativi). ■

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Ottani F. et al., Position Paper. Percorso di valutazione del dolore toracico. Valutazione dei requisiti di base per l'implementazione negli ospedali italiani. *G ItalCardiol* 2009; 10: 46-63.
- Study Group on Biomarkers in Cardiology of the ESC: How to use high-sensitivity cardiac troponins in acute cardiac care. *EurHeart J* 2012; 33:2252-59.
- Task Force on the management of chestpain. *EurHeart J* 2002; 23: 1153-76.
- AHA statement: Testing of low-risk patients presenting to the emergency department with chestpain. *Circulation* 2010;17: 756-776.
- ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without ST segment elevation. *EurHeart J* 2011; 32: 2999-3054.

NOTIZIE FLASH

■ di Giuseppe Visco - Roma

NOVITÀ IN EPIDEMIOLOGIA

In una recente indagine, condotta dalla Scuola d'Igiene Pubblica di Berkeley, California, sono stati revisionati 26 studi epidemiologici, pubblicati nell'ultimo decennio a degli interventi di *contraccezione ormonale di massa* sul rischio di contagio da HIV.

La conclusione è che in 10 di questi studi, condotti su oltre 38.000 donne nell'Africa sub-Sahariana, trattate con ormoni per via orale, non risulta un aumento del rischio di trasmissione dell'infezione da HIV.

(*Ralph LJ et al - Lancet Infect. Dis., 2015 15, 181*)

NOVITÀ IN TERAPIA E PROFILASSI

MALATTIE INFETTIVE

• In 15 località del Sud Africa, Uganda e Zimbabwe sono state seguite oltre 12.000 donne in età fertile, alle quali era stata somministrata una chemioprolifassi con **Tenofovir** (per os o topica).

In parte anche per la scarsa aderenza allo studio dei soggetti trattati, non sono state rilevate, rispetto ai controlli, differenze nell'incidenza di nuove **infezioni da HIV**.

(*Marrazzo JM, et al., NEJM 2015, 372, 509*)

EMATOLOGIA

• In un'indagine, condotta su 110 pazienti e 112 controlli affetti da **policitemia vera**, il trattamento con **Ruxolitinib**, un farmaco inibitore della Januskinasi 1 e 2, si è dimostrato più efficace rispetto ad una o a più delle terapie convenzionali (idrossi-urea, interferon, anagrelide, immunomodulatori e pipobromano).

(*Vannucchi A.M. et al - NEJM 2015, 372, 426*)

■

EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

PRIMI CORSI PROPOSTI PER FEBBRAIO-SETTEMBRE 2016

FEBBRAIO

2 Febbraio – 1 Marzo 2016

IMMUNOLOGIA DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE

Resp.: A. Castiglione Humani – Incontri: 5 – ASL RM E, Aula SMO – Aperto a 20 Med, Bio, Inf, Tec lab. – **Crediti: 18**

3 – 24 Febbraio 2016

NUOVI ORIENTAMENTI IN TEMA DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE MEDICA

Resp.: A. Caramanica – Incontri: 4 – Pol. Mil. Di Roma Celio – Aperto a 30 Med, Inf, Tec. Rad., Psi – **Crediti: 30**

4 Febbraio – 3 Marzo 2016

EMATOLOGIA: PRATICA AL MICROSCOPIO

Resp.: U. Recine – Incontri: 5 – ASL RM E, Aula SMO – Aperto a 25 Medici e Biologi – **Crediti: 21**

6 Febbraio – 5 Novembre 2016

CORSO DI PERFEZIONAMENTO DI PSICO-ONCOLOGIA. ESPERIENZE NEL TEATRO CLINICO

Resp.: D.A. Nesci – Incontri: 8 – Pol. A. Gemelli – Aperto a 30 Med, Psi, Inf, Tec. Rad. e Logopedisti – **Crediti: 50**

8 Febbraio – 13 Giugno 2016

METODOLOGIA CLINICA DAL SINTOMO ALLA DIAGNOSI. DISCUSSIONE DI CASI CLINICI

Resp.: M. Di Girolamo – U. Recine – Incontri: 7 – ASL RM E, Aula SMO – Aperto a 20 Medici – **Crediti: 33**

8 - 26 Febbraio 2016

PARODONTOLOGIA CLINICA E GESTIONE DEI TESSUTI MOLLI PERIMPLANTARI

Resp.: G. Tarquini – Incontri: 2 teorici e 3 pratici – Studio Odontoiatrico Dott. Tarquini – Aperto a 15 Medici e Odontoiatri – **Crediti: 50**

20 Febbraio – 5 Novembre 2016

DCA E OBESITÀ: DIFFERENZE DI GENERE, DIAGNOSI E TRATTAMENTO

Resp.: F. D'Ecclesia – Incontri: 8 – Osp. S. Andrea – Aperto a 60 Med, Psi, Bio, Diet, Tec riab, Inf – **Crediti: 50**

20 Febbraio 2016

PREVENIRE E FRONTEGGIARE L'E-

MERGENZA NELLO STUDIO ODONTOIATRICO

Resp.: C. Di Maria – M. Niso – Incontri: 1 – ASL RM E, Aula SMO – Aperto a 20 Medici e Odontoiatri – **Crediti: 11**

20 Febbraio – 9 Luglio 2016

PSICOPATOLOGIA DEI LEGAMI FAMILIARI

Resp.: F. Aceti, L. Petruccioli – Incontri: 6 – Centro Studi relazioni e legami – Aperto a 30 Medici, Psicologi e Ass. Sociali – **Crediti: 28**

26 Febbraio – 9 Dicembre 2016

PSICHIATRIA E PSICOTERAPIA II: LA CLINICA ALLA LUCE DI UNA NUOVA FISIOPATOLOGIA DELLA MENTE

Resp.: P.M. Galeandro, C. Anzilotti, A. Cantini – Incontri: 10 - Coop. Soc. di Psicoterapia Medica – Aperto a 35 Medici, Psicologi e specializzandi – **Crediti: 50**

Resp.: P.M. Galeandro, C. Anzilotti, A. Cantini – Incontri: 10– Coop. Soc. di Psicoterapia Medica – Aperto a 35 Medici, Psicologi e specializzandi – **Crediti: 50**

8 – 22 Marzo 2016

PERCORSI DI DIAGNOSTICA SUL SANGUE PERIFERICO PER MEDICI DI LABORATORIO: DAL REFERTO AL VETRINO

Resp.: G. Zini – Incontri: 2 – ASL RM E, Aula SMO – Aperto a 20 Med e Bio – **Crediti: 21**

10 – 24 Marzo 2016

ECOGRAFIA TIROIDE/COLLO: APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA, ADEGUATEZZA DI REFERTAZIONE, INDICAZIONI AD AGOASPIRATO TIROIDEO

Resp.: V. Giammarco – Incontri: 3 – ASL RM E, Aula SMO – Aperto a 20 Medici – **Crediti: 15**

11 Marzo 2016

ASSISTENZA DEL DIABETE IN TEAM

Resp.: C. Tubili – Incontri: 1 – AO S. Camillo-Forlanini – Aperto a 20 Medici, Biologi, Infermieri, Dietiste – **Crediti: 12**

11 Marzo – 27 Maggio 2016

LE SINDROMI RESPIRATORIE: TERAPIE SPECIALISTICHE DIFFERENZIATE

Resp.: P. Cozza – Incontri: 2 teorici e 1 pratico – ASL RM E, Aula SMO e Pol Tor Vergata – Aperto a 20 Medici e Odontoiatri – **Crediti: 21**

12 Marzo 2016

CORSO BLSD PEDIATRICO SECONDO LINEE GUIDA IRC-ERC

Resp.: S. Curti – Incontri: 1 – ASL RM E, Aula SMO – Aperto a 12 partecipanti – **Crediti: 11**

14 – 15 Marzo 2016

LE PRINCIPALI PATOLOGIE PSICHICHE E LA LORO RAPPRESENTAZIONE CINEMATOGRAFICA

Resp.: G. Villa – Incontri: 2– ASL RM E – Aula SMO – Aperto 20 Medici, Psicologi, Infermieri, Educatori prof, Ass. san. – **Crediti: 22**

18 – 19 Marzo 2016

SCENARI DI EMERGENZE IN SALA PARTO

MARZO

2 Marzo – 27 Aprile 2016

CORSO DI PSICOFARMACOLOGIA CLINICA I

Resp.: M. Raja – Incontri: 5 – ASL RM E, Aula SMO – Aperto a 20 Medici e Psicologi – **Crediti: 26**

2 Marzo – 27 Aprile 2016

IL DEMONE DELLA VIOLENZA. PSICOPATOLOGIA DEI COMPORTAMENTI VIOLENTI

Resp.: A. Grassi – Incontri: 4 – Pol. A. Gemelli – Aperto a 30 Med e Psi – **Crediti: 46**

3 – 17 Marzo 2016

SOGNO E PSICOTERAPIA

Resp.: G. Lago – Incontri: 3 – IRPPI Aperto a 15 Med e 15 Psi – **Crediti: 18**

4 – 5 Marzo 2016

GESTIONE AVANZATA DELLE EMERGENZE CARDIO-RESPIRATORIE

Resp.: C. Di Maria – M. Niso – Incontri: 2 – ASL RM E, Aula SMO – Aperto a 20 Med, Odo e Inf – **Crediti: 16**

4 Marzo – 16 Dicembre 2016

PSICHIATRIA E PSICOTERAPIA I: LA CLINICA ALLA LUCE DI UNA NUOVA FISIOPATOLOGIA DELLA MENTE

Resp.: V. Scotto di Palumbo – Incontri: 2 – Aula SMO – Aperto a 20 Medici e Ostetriche – **Crediti: 20**

18 – 19 Marzo 2016

VENTILAZIONE ARTIFICIALE IN TERAPIA INTENSIVA

Resp.: G. D'Este – Incontri: 2 – Policlinico Casilino – Aperto a 25 Medici e Infermieri – **Crediti: 21**

22 – 23 Marzo 2016

GESTIONE DEL PAZIENTE POLITRAUMATIZZATO

Resp.: C. Cataldi, T. Mastropietro – Incontri: 2 – A.O. S. Camillo-Forlanini – Aperto a 20 Med, Odo e Inf – **Crediti: 20**

31 Marzo – 1 Aprile 2016

APPROPRIATEZZA NEL RECUPERO DI SANGUE PERIOPERATORIO E TROMBOLESTOMETRIA, DUE STRATEGIE DI RISPARMIO DEL SANGUE OMOLOGO ED EMOderivati

Resp.: M.B. Rondinelli – Incontri: 2 – AO S. Camillo-Forlanini – Aperto a 80 Med, Bio, Tec lab, Tec perf e Inf – **Crediti: 22**

APRILE

5 – 19 Aprile 2016

MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO CON PRESENTAZIONE DI CASI CLINICI. CORSO INTERATTIVO

Resp.: F. Alegiani – Incontri: 3 – ASL RM E, Aula SMO – Aperto a 20 Med, Bio, Inf e Tecn. lab – **Crediti: 20**

6 Aprile – 18 Maggio 2016

MALATTIE INFETTIVE: NUOVE CONOSCENZE E NUOVI ASPETTI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI NELL'ERA DELLA GLOBALIZZAZIONE

Resp.: C. Clementi – Incontri: 7 – A.O. S. Camillo-Forlanini – Aperto a 25 Medici, Biologi e Infermieri – **Crediti: 36**

7 – 21 Aprile 2016

ADOLESCENZA E PSICOTERAPIA

Resp.: G. Lago – Incontri: 3 – IRPPI – Aperto a 30 Med e Psi – **Crediti: 18**

7 – 8 Aprile 2016

EQUILIBRIO ACIDO-BASE NEL PAZIENTE CRITICO

Resp.: C. Mollica – Incontri: 2 – ASL RM E – Aperto a 20 Medici – **Crediti: 21**

7 – 8 Aprile 2016

LA GENETICA DELLE MALATTIE NEUROMUSCOLARI E DELLE ATRO-

FIE MUSCOLARI SPINALI E DELLE SMA

Resp.: G. Sabbadini – M.S. Pergola – Incontri: 2 – Ist. CSS-Mendel – Aperto a 50 Med, Bio e Tec Lab. – **Crediti: 21**

11 – 27 Aprile 2016

TERAPIA CHIRURGICA DELLE ATROFIE DEI MASCELLARI A SCOPO IMPLANTARE: RATIONALE BIOLOGICO E PRATICA CLINICA

Resp.: S. Corbi - G. Tarquini – Incontri: 3 teorici e 3 pratici – Studio Odontoiatrico Dott. Tarquini – Aperto a 18 Medici e Odontoiatri – **Crediti: 50**

14 Aprile 2016

GESTIONE DEI LIQUIDI DA VERSAMENTO

Resp.: G. Poti – Incontri: 1 – ASL RM E - SMO – Aperto a 20 Medici e Biologi – **Crediti: 11**

15 Aprile – 21 Maggio 2016

CORSO TEORICO PRATICO PER L'UTILIZZO DEL LASER A DIODI NELL'AMBITO DELL'ODONTOIATRIA QUOTIDIANA

Resp.: M. Meloni – Incontri: 1 teorico e 1 pratico – Aula SMO e Studio Prof. Meloni – Aperto a 20 Medici e Odontoiatri – **Crediti: 15**

21 – 22 Aprile 2016

CONDIVISIONE INTERDISCIPLINARE E BENESSERE RESPIRATORIO: SOLUZIONI OLISTICHE. XI CORSO SULLE PATOLOGIE RESPIRATORIE.

Resp.: L. Di Rienzo Businco – Incontri: 2 – ASL RM E, Sala S. Spirito – Aperto a 120 Medici – **Crediti: 12**

MAGGIO

2 Maggio – 22 Giugno 2016

CORSO TEORICO-PRATICO DI ECOGRAFIA DI BASE

Resp.: A. Soldo – Incontri: 8 – ASL RM E, Tor di Quinto – Aperto a 16 Medici – **Crediti: 31**

3 – 17 Maggio 2016

FLEBOLOGIA CHIRURGICA: ATTUALI ORIENTAMENTI. CORSO TEORICO/PRATICO

Resp.: A. Garavello – Incontri: 3 – Osp. S. Filippo Neri – Aperto a 12 Medici – **Crediti: 25**

3 Maggio 2016

FONTI INFORMATIVE PER LA RICERCA DELL'EZILOGIA PROFESSIONALE DELLE MALATTIE IN MEDICINA DEL LAVORO

Resp.: A. Papale – Incontri: 1 – ASL

RM E, Aula SMO – Aperto a 20 Medici – **Crediti: 11**

4 Maggio – 22 Giugno 2016

CORSO DI PSICOFARMACOLOGIA CLINICA II

Resp.: M. Raja – Incontri: 5 – ASL RM E, Aula SMO – Aperto a 20 Medici e Psicologi – **Crediti: 26**

5 – 19 Maggio 2016

CINEMA E PSICOPATOLOGIA

Resp.: G. Lago – Incontri: 3 – IRPPI – Aperto a 30 Med e Psi – **Crediti: 18**

6 – 7 Maggio 2016

GESTIONE DELLE VIE AEREE

Resp.: G. D'Este – Incontri: 2 – Policlinico Casilino – Aperto a 30 Medici e Infermieri – **Crediti: 21**

10 Maggio 2016

ASPETTI DELLA COMUNICAZIONE EFFICACE NELLA RELAZIONE CON IL PAZIENTE ONCOLOGICO

Resp.: P.C. Latorre - S. De Simoni – Incontri: 1 – ASL RM E – Aula SMO – Aperto a 20 Med, Psi, Inf, Tec Riab, Fisio ter. – **Crediti: 11**

12 Maggio 2016

ECOGRAFIA TORACICA E DRENAGGIO PLEURICO: COSA, COME, QUANDO

Resp.: S. Ianniello, T. Mastropietro – Incontri: 1 – A.O. S. Camillo-Forlanini – Aperto a 18 Medici – **Crediti: 11**

12 – 13 Maggio 2016

MALATTIE CORRELATE AL GENE CFTR. APPROCCI DIAGNOSTICI NELLA FIBROSI CISTICA

Resp.: G. Sabbadini - M.S. Pergola – Incontri: 2 – Ist. CSS-Mendel – Aperto a 50 Med, Bio e Tec Lab. – **Crediti: 21**

14 Maggio 2016

CORSO BLSD BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION ITALIAN RESUSCITATION COUNCIL

Resp.: S. Curti – Incontri: 1 – ASL RM E, Aula SMO – Aperto a 20 Partecipanti – **Crediti: 11**

16 Maggio – 10 Giugno 2016

LA BRONCOSCOPIA PER L'ANESTESISTA RIANIMATORE

Resp.: G. Galluccio – R. Dello Iacono – Incontri: 3 teorici e 3 pratici – Aula SMO e AO S. Camillo-Forlanini – Aperto a 20 Medici – **Crediti: 44**

19 Maggio 2016

GESTIONE DEI LIQUIDI DA VERSAMENTO

Resp.: G. Poti – Incontri: 1 – ASL RM E - SMO – Aperto a 20 Med e Bio – **Crediti: 11**

20 Maggio 2016

DIABETE MELLITO-OBESITÀ: PATOGENESI E TERAPIA SECONDO LE NUOVE CONOSCENZE. L'IMPORTANZA DELLO STILE DI VITA. CASI CLINICI

Resp.: C. Blasi – Incontri: 1 – ASL RM E – Aula SMO – Aperto a 20 Medici, Biologi, Infermieri, Tecnici di lab, Dietisti – **Crediti: 10**

23 Maggio – 6 Giugno 2016

CHIRURGIA PIEZOELETTRICA: INDICAZIONI E LIMITI IN ODONTOIATRIA

Resp.: S. Corbi - G. Tarquini – Incontri: 2 teorici e 2 pratici – Studio Odontoiatrico Dott. Tarquini – Aperto a 18 Medici e Odontoiatri – **Crediti: 36**

24 - 31 Maggio 2016

LE NUOVE DIPENDENZE: DIAGNOSI ED INTERVENTI

Resp.: A. Bisogno – Incontri: 2 – ASL RM E – Aula SMO – Aperto a 20 Med, Psi, Inf, Tec Riab, Fisiot. – **Crediti: 17**

25 Maggio 2016

LA DIAGNOSI DI LABORATORIO DEL DIABETE MELLITO

Resp.: G. Lavallo – Incontri: 1 – ASL RM E, Aula SMO – Aperto 20 Med e Bio – **Crediti: 12**

27 Maggio 2016

IL METODO CLINICO DEL DREAMING ENSEMBLE. UNA NUOVA COMPETENZA NELLA TERAPIA DEI PAZIENTI DIFFICILI

Resp.: T.A. Polisenò – Incontri: 1 – ASL RM E, Aula SMO – Aperto a 20 Medici e Psicologi – **Crediti: 12**

30 – 31 Maggio 2016

I CONTROLLI BATTERIOLOGICI DI STERILITÀ: UNA PROCEDURA TRASVERSALE NELLA CONVALIDA DEI PROCESSI TRASFUSIONALI

Resp.: C. Lavorino – Incontri: 2 – AO S. Camillo-Forlanini – Aperto a 80 Med, Bio, Tec. Lab ed Inf. – **Crediti: 22**

GIUGNO

6 – 7 Giugno 2016

STABILIZZAZIONE DEL BAMBINO CRITICO IN EMERGENZA

Resp.: N. Pirozzi, C. Cecchetti – D. Perrotta – Incontri: 2 – ASL RM E, Aula SMO – Aperto a 20 Medici – **Crediti: 22**

9 – 10 Giugno 2016

NGS E LE SUE APPLICAZIONI. STRATEGIE DI ANALISI E GESTIO-

NE DEL RISULTATO. ISOLATI GENETICI, NGS E TRATTI COMPLESSI

Resp.: G. Sabbadini - M.S. Pergola – Incontri: 2 – Ist. CSS-Mendel – Aperto a 50 Medici, Biologi e Tec Lab. – **Crediti: 21**

14 – 21 Giugno 2016

PREVENZIONE E GESTIONE DELLO STRESS LAVORO CORRELATO: STRUMENTI DI VALUTAZIONE E TECNICHE FORMATIVE

Resp.: A. Papale - S. De Simoni – Incontri: 2 – ASL RM E – Aula SMO – Aperto a 20 Med, Psi, Inf, Tec Riab, Tec. Prevenz. Fisiot. – **Crediti: 17**

23 – 24 Giugno 2016

AFFIDABILITÀ ANALITICA, VALIDITÀ ED UTILITÀ CLINICA NEI TEST GENETICI. IL CALCOLO DEL RISCHIO E LA GESTIONE DEL PAZIENTE. INDICATORI, CQI E VEQ

Resp.: G. Sabbadini - M.S. Pergola – Incontri: 2 – Ist. CSS-Mendel – Aperto a 50 Medici, Biologi e Tec Lab. – **Crediti: 21**

23 Giugno 2016

ARGOMENTI DI MEDICINA TRASFUSIONALE

Resp.: R. Mancini – Incontri: 1 – AO S. Camillo-Forlanini. Aperto a 80 Med, Bio, Tec. Lab ed Inf. – **Crediti: 12**

SETTEMBRE

23 Settembre 2016

LA GENETICA DELLA DISABILITÀ INTELLETTIVA E DEI DISORDINI DELLO SPETTRO AUTISTICO

Resp.: G. Sabbadini - M.S. Pergola – Incontri: 1 – Ist. CSS-Mendel – Aperto a 50 Medici, Biologi e Tec Lab. – **Crediti: 10**

24 Settembre 2016

CORSO BLS/D PEDIATRICO SECONDO LINEE GUIDA IRC-ERC

Resp.: S. Curti – Incontri: 1 – ASL RM E, Aula SMO – Aperto a 12 partecipanti – **Crediti: 11**

24 Settembre – 19 Dicembre 2016

LA CHIRURGIA DEI DENTI DEL GIUDIZIO

Resp.: M. Di Dio – Incontri: 1 teorico e 15 pratici – Osp. Fatebenefratelli, Isola Tiberina – Aperto a 10 Medici e Odontoiatri – **Crediti: 50**

30 Settembre – 16 Dicembre 2016

LA MEDICINA DEL DOLORE NELLE ALGIE CRONICHE

Resp.: R. Occhioni – Incontri: 11 – S. Maria di Leuca – Aperto a 35 Medici, Psicologi, Infermieri e Fisioterapisti – **Crediti: 50**

Dal sito web della Scuola Medica Ospedaliera www.smorri.it si può consultare l'elenco dei Corsi ECM 2016 e scaricare direttamente il Modulo di Iscrizione Corsi ECM.

SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA (SMO)

Segreteria: B.go S. Spirito, 3 - 00193 Roma Tel. 06/68802626/68352411 Fax 06/68806712

CONSIGLIO DIRETTIVO

- Presidente: Prof. U. Recine
- Vice-Presidenti: Prof. D. Antonellis, Dott. M. Raja
- Tesoriere: D.ssa M.A. Perretti
- Consiglieri Elettivi: Prof. F. Alegiani, Dott. A. Andriani, Prof. D. Antonellis, Prof. B. Condorelli, Dott. M. Di Dio, Dott. M. Di Girolamo, Prof. R. Massini, Prof. A. Morrone, Dott. C. Parascani, D.ssa M.A. Perretti, Dott. M. Raja, Prof. U. Recine, Dott. L. Temperilli
- Consiglieri di Diritto: Dott. R. Lala, Prof. L. Gasbarrone, Dott. A. Tanese, Prof. G. Visco
- Segretario: D.ssa P. Colletta
- Revisori dei Conti: Dott. G. Nera, Dott. M. Avigo, Dott. S. Conti

BOLLETTINO DELLA SMO

Autorizzazione Tribunale di Roma n.86/95 del 18/02/95

- Direttore Responsabile: U. Recine
- Direttore Scientifico: G. Visco
- Comitato di redazione: F. Alegiani, A. Andriani, M. Di Girolamo, R. Massini, U. Recine, L. Temperilli, G. Visco
- Coordinamento redazionale: P. Colletta

FINITO DI STAMPARE IL 10 DICEMBRE 2015