Argomenti di Otorinolaringoiatria Moderna

Organo ufficiale dell'A.I.O.L.P.

Associazione Italiana
Otorinolaringoiatri Libero-Professionisti

Anno 1 / n. 1 – Luglio - Dicembre 2001

Argomenti di Otorinolaringoiatria Moderna

Organo ufficiale dell'A.I.O.L.P.

Associazione Italiana
Otorinolaringoiatri Libero-Professionisti

Pubblicazione semestrale

Direttore: Elisabetta Sartarelli
Redazione: S. Cittadini, A. La Torre, R. Paroni Sterbini, G. Petrillo
Comitato Scientifico: D. Celestino, W. Cristini, V. Felletti, M. Ghirlanda, G. Stirpe

Segreteria A.I.O.L.P.:
Via Sistina, 121 - 00187 Roma - Tel. 06/47818527
Fax: 06/ 47818444 - E.mail: aiolp@aiolp.it
Indirizzo internet: www.aiolp.it

Registrazione presso il Tribunale di Velletri (Roma) n.19 del 02/8/ 2001

ORGANIGRAMMA A.I.O.L.P. 2001-2003:

CONSIGLIO DIRETTIVO (in carica 3 aa):

Celestino	Presidente
Cristini, Tarsitani	Vice Presidenti
Ghirlanda	Ex Presidente
Beoni, Cecchini, La Torre, Petrillo G.	Consiglieri
Sartarelli	Segretario-Tesoriere (scadenza 2002-in carica 4 aa)

COLLEGIO DEI PROBIVIRI (in carica 3 aa):

Cittadini, Stirpe

ORGANO di CONSULENZA (composto dagli ex Presidenti):

Ghirlanda, Tudisco

CONSIGLIERE Aggiunto S.I.O.Ch.C.F.:
(temporaneamente)

Ghirlanda

REVISORI DEI CONTI (in carica 3 aa):

Bonaccorsi, Brenna, Cecchini, Massaccesi, Savastano

COMITATO PERMANENTE PER L'AGGIORNAMENTO DI STATUTO E REGOLAMENTO
***(in carica 5 aa)**: scade nel 2004*

Celestino, Cristini, Palma, Sartarelli, Sfogliano, Tarsitani

COMITATO DI CONSULENZA PER L'AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE (in carica 3 aa):

Di Girolamo, Filipo, Mira, Ralli *(universitari)*, **De Campora, Laudadio, Mazzoni, Poerio** *(ospedalieri)*, **Bruno, Ghirlanda, La Torre, Maci** *(liberoprofessionisti)*.

COMITATO PER LA SELEZIONE DEI CANDIDATI A BORSE DI STUDIO (in carica 3 aa):

Ghirlanda, Sartarelli, Tarsitani

PRESIDENTI

1. I Presidente:	Dott. B. Tudisco	anni 1989-1991
2. II Presidente:	Dott. B. Tudisco	anni 1992-1994
3. III Presidente:	Prof. M. Ghirlanda	anni 1995-1997
4. IV Presidente:	Prof. M. Ghirlanda	anni 1998-2000
5. V Presidente:	Prof. D. Celestino	anni 2001-2003

Storia dell'Associazione

Il 18 Maggio 1989 è stata costituita l'Associazione Italiana Otorinolaringoiatri Libero-Professionisti (A.I.O.L.P.) affiliata, dall'anno successivo, alla Società Italiana di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale (S.I.O. e Ch.C.F.).

L'A.I.O.L.P. ha l'obbiettivo di riunire ed organizzare tutti gli Specialisti in Otorinolaringoiatria liberi professionisti; come tali sono considerati i Colleghi che non hanno in essere rapporti di dipendenza con Università od Enti Ospedalieri (cioè liberoprofessionisti puri, convenzionati esterni con il Servizio Sanitario Nazionale od altri Enti, specialisti ambulatoriali, consulenti ospedalieri, termalisti, medici militari, specialisti O.R.L. di fabbrica, dipendenti o convenzionati di Case di Cura, ex universitari ed ex ospedalieri).

L'A.I.O.L.P. mira a tutelare il prestigio della figura dell'Otoiatra Libero Professionista, a valorizzarne la qualificazione a promuoverne e sostenerne in modo permanente la formazione, a rappresentarlo in difesa dei suoi peculiari problemi deontologici, medico-legali, fiscali, previdenziali, assicurativi ed economici. Particolare attenzione è rivolta all'individuazione di sbocchi occupazionali che consentano ai Colleghi più giovani un decoroso collocamento.

La pagina del Presidente

Cari Colleghe e Colleghi,

approfitto dell'uscita del nuovo numero della nostra rivista, per mettervi al corrente delle novità riguardanti la vita dell'Associazione.

Nell'ultimo Consiglio Direttivo è stato cooptato come consigliere e quindi eletto Vice Presidente il Prof. Tarsitani al posto del dimissionario Prof. Felletti. Al primo vanno gli auguri di buon lavoro ed al secondo i ringraziamenti per l'opera prestata finora e l'auspicio che possa presto riprendere a fornire il suo prezioso contributo.

Per quanto riguarda i rapporti con la S.I.O. e Ch. C.F. , si è preso atto della promessa nomina di una Commissione che, insieme ai nostri rappresentanti, studi a fondo i problemi esistenti e proponga le soluzioni più idonee a rinsaldare l'amicizia e la collaborazione tra i due sodalizi. Nel Consiglio S.I.O. del 22 novembre 2001, sono stati proposti i nomi dei colleghi A.U.O.R.L. ed A.O.O.I. e quindi si potrà cominciare a lavorare concretamente.

Nell'anno che sta per chiudersi, la A.I.O.L.P. ha organizzato un buon numero di convegni e di corsi, ultimo dei quali "Aggiornamento sulle sindromi vertiginose", tenuto in ottobre u. s. presso l'Ordine dei Medici di Roma. Nel 2002, si cercherà di incrementare il numero ed il livello di queste manifestazioni, nella consapevolezza che ad essi è affidata la visibilità e la legittimazione scientifica della A.I.O.L.P. Allo stesso fine mira la pubblicazione della nostra rivista che, per vivere dignitosamente ed utilmente ha assoluto bisogno della collaborazione degli iscritti. A tutti i Soci rinnovo quindi l'invito a farsi vivi con contributi di carattere clinico, ma anche con la presentazione di proprie esperienze o di problemi diagnostici o curativi di difficile soluzione.

La principale manifestazione del 2002, sarà ovviamente il nostro Congresso Nazionale, che si svolgerà a Milano, su tre giornate e con la partecipazione di numerosi relatori italiani e stranieri. Per motivi di ordine organizzativo, non è ancora possibile indicare la data precisa, ma anche questo sarà fatto, non appena stabilita definitivamente. Il programma scientifico è ormai pronto, ma invito ancora una volta tutti i Soci che desiderino partecipare attivamente ai lavori, a comunicare la loro disponibilità.

Purtroppo, nell'anno trascorso, alcune divergenze hanno a volte turbato la vita dell'Associazione. Ma anche questo sta passando e voglio credere che, placata ogni tempesta, la A.I.O.L.P. riprenderà il suo cammino in uno spirito di rinnovata unità. A tal proposito, ricordo il monito di Sallustio: "Concordia parvae res crescunt, discordia maximae dilabuntur" e con il voto di una serenità sempre più operosa, porgo a tutti il più affettuoso Buon Natale.

Prof. Domenico Celestino

Con piacere riportiamo la lettera inviataci dal Vice Presidente Dott. Walter Cristini, indirizzata a tutti i Soci ed alla rivista A.I.O.L.P.

Carissimi amici,

è con somma commozione che mi accingo a scrivere due righe (umili, ma profondamente oneste e sentite) per augurare a Voi ed al Giornale un futuro radioso per scienza, organizzazione, unione di tutte quelle forze OTOIATRICHE che fanno capo ai LIBERI-PROFESSIONISTI di ogni età e grado.

E' un Giornale voluto soprattutto dalla nostra infaticabile Elisabetta Sartarelli e dai Decani dell'Associazione che, da molti anni, inseguivano il sogno di uno scritto che facesse conoscere alla classe medica O.R.L. le finalità e la realtà dell'AIOLP, ma voluto anche da me che (buon ultimo) mi sono trovato catapultato alla Vice-Presidenza Nazionale, perché votato da tanti colleghi che mi avevano conosciuto dai tempi del sindacalismo medico e delle lotte per l'ascesa agli ORDINI dei MEDICI.

E' un Giornale che dovrà tenerci tutti UNITI, nella buona e nella cattiva sorte, per poterci guadagnare quel posto in seno alla S.I.O. che ci meritiamo.

E' un Giornale dove ogni Socio avrà diritto alla parola, sia esso ex Cattedratico, ex Ospedaliero, ex Professionista in Casa di Cura o in uno studio Privato ed, infine, Otoiatra ancora in attività.

E' un Giornale dove ogni scritto sarà sacro ed inviolabile, sia lo scritto a favore che contro, sia lo scritto che tratterà di argomenti scientifici, che di argomenti organizzativi, ecc.

E' un Giornale che, per merito nostro, dovrà essere additato alla Classe Medica come uno dei migliori!

Il mio augurio è partito per l'etere della nostra più bella e proficua medicina O.R.L.; sono sicuro che l'accoglierete come avete accolto me nel Vostro Vertice Associativo.

GRAZIE

Walter Cristini

Viva Voce

Non sono molto lontani gli anni in cui la massima aspirazione di un medico era quella di lavorare presso un istituto universitario, entrando così a far parte di quel mondo dorato, dove l'arte medica si incontrava con il più alto prestigio riconosciuto alla categoria. E' incredibile ricordare che quanti lavoravano, invece, negli ospedali erano ritenuti, allora, incapaci di eseguire interventi di alta chirurgia, ma adatti solo per lavori di routine. Grazie ad una sommossa generale contro una visione così tirannica e limitata del prestigio professionale si è via, via potuto ottenere la rimozione di regole medioevali e quindi l'equiparazione delle competenze, delle conoscenze e del prestigio sociale, insomma l'uguaglianza tra ospedalieri ed universitari.

In questa epoca i "liberoprofessionisti puri" ovviamente non esistevano ancora. A questo punto sorge spontanea la domanda: ma chi è il "libero professionista puro"?

Se lasciassimo rispondere i nostri colleghi A.U.O.R.L. ed A.O.O.I., essi direbbero che il libero professionista è un "non universitario" ed un "non ospedaliero", nel senso che essendogli state precluse queste grandi strutture (per concorsi non fatti o non vinti), si è accontentato di vivere ai confini della professionalità con un lavoro limitato ed autolimitante, privo di tecnologia avanzata, isolato dalla produttività e dall'aggiornamento. Siamo di nuovo ad una conflittualità simile a quella di anni addietro, quando tra universitari ed ospedalieri vigeva la sopraffazione di una categoria sull'altra, degradando l'intera classe medica.

Per fortuna oggi il clima è diverso, la conflittualità non ha la perversità di allora e l'attuale concorrenza tra "pubblico" e "privato" ha già radicalmente modificato nell'opinione pubblica il ruolo del medico libero professionista. Egli infatti non è un medico sconfitto dai concorsi pubblici, ma è un professionista libero, che per libera scelta ha deciso di non legare la sua professionalità alle rigide strutture aziendali ed, ahimè, spesso eccessivamente burocratizzate.

Ma è arrivato il momento di riflettere seriamente sulla nostra figura e di salvaguardare quel bene che è l'*unione* di tutti noi. Solo così, infatti, uniti sotto una stessa bandiera, renderemo il libero professionista forte abbastanza da ottenere anche lui ciò che pretesero negli anni addietro gli ospedalieri nei confronti degli universitari, e cioè: *stima, rispetto e riconoscimento.* A questo punto, risalta più nitida e chiara la funzione della nostra Associazione, la A.I.O.L.P., per ora unica organizzazione codificata, che raccoglie insieme gli otoiatri libero professionisti e che è capace di rappresentarli a livello nazionale, perché oggi, se isolati siamo deboli ed indifesi, ma uniti possiamo costituire degnamente la terza branca della Otorinolaringoiatria.

Il Direttore
E S

Bando di Concorso

Per l'anno sociale 2001-2002, l'A.I.O.L.P. bandisce un concorso per un premio di 1032,90 euro (£. 2.000.000) fra i Soci, senza limiti di età, per un lavoro di ricerca su un argomento di preminente interesse per la libera professione otorinolaringoiatrica. Il lavoro dovrà giungere alla Segreteria A.I.O.L.P., Via Sistina 121 - 00187 Roma, entro e non oltre il ***30 settembre 2002,*** *in quattro copie non firmate né contraddistinte da segni riconoscibili.*

All'interno del plico contenente le copie del lavoro, dovrà essere inserita una busta chiusa con il nome, indirizzo, numero di iscrizione A.I.O.L.P. dell'autore o degli autori ed il titolo del lavoro. ***Sono tassativamente esclusi dal concorso i membri dell'organigramma A.I.O.L.P. ed i loro parenti diretti.*** *I lavori saranno sottoposti al giudizio inappellabile dei tre membri della Commissione del Comitato per la selezione dei candidati a Borse di Studio, i quali daranno al Segretario-Tesoriere un voto segreto e controfirmato, da uno a dieci per ogni lavoro inviato. Il lavoro scientifico che otterrà, con la somma dei singoli voti, il valore più alto sarà dichiarato vincitore del concorso.* ***Sarà considerato nullo il concorso nel caso in cui sia stato presentato un solo lavoro. In caso di giudizio di pari merito, il premio sarà suddiviso in parti uguali tra i vincitori.*** *I lavori vincenti restano di proprietà letteraria dell'A.I.O.L.P. e saranno pubblicati sulla rivista dell'Associazione. Le buste contenenti i nominativi non vincenti non saranno aperte e saranno destinate al macero insieme alle copie dei lavori relativi.*

Notizie dall'Associazione

➢ ***Da tutti noi, un pensiero alle vittime dei drammatici avvenimenti dell'11 settembre scorso.***

➢ La quota sociale per l'anno 2001-2002 rimane fissata a £. 50.000 pari a 25,82 euro, che dovrà essere versata entro il 31 dicembre 2001 sul conto corrente postale n. 45289006, intestato alla A.I.O.L.P., Largo Somalia, 47 - 00199 Roma; oppure tramite bonifico bancario su BNL, ABI: 1005, CAB: 38860, CIC: 5140.

➢ L'Associazione A.I.O.L.P., in collaborazione con la ucb Pharma e con il Patrocinio dell'Ordine dei Medici di Frosinone, organizzerà sabato 2 marzo p.v. presso le Terme Pompeo di Ferentino (Frosinone) un Convegno dal titolo "Vertigine: diagnosi, terapia, riabilitazione". I partecipanti sono pregati di prenotarsi il più presto possibile, presso la Segreteria Organizzativa, di cui diamo telefono e fax nella sezione: Appuntamenti Congressuali.

➢ Il Consiglio Direttivo A.I.O.L.P. del 29 settembre u.s., ha visto la cooptazione del Prof. Domenico Tarsitani di Cagliari come consigliere, al posto del dimissionario Prof. Vladimiro Felletti di Milano, e successivamente la sua elezione all'unanimità a Vice Presidente.

➢ Il Prof. Giulio Pestalozza si è dimesso, per motivi familiari, dalla carica di Proboviro. Il Collegio che attualmente vede solo due rappresentanti su tre (i Dott. Stefano Cittadini e Gilberto Stirpe) sarà completato nel corso della prossima Assemblea Ordinaria dei Soci, che si terrà in occasione del prossimo Congresso Nazionale S.I.O. e Ch. C.F.

➢ Sempre in occasione della imminente Assemblea Ordinaria dei Soci, sarà eletto un nuovo membro del Comitato Permanente per l'aggiornamento dello Statuto e del Regolamento, al posto del Prof. Vladimiro Felletti, che si è dimesso, anche da questa carica, per motivi personali.

➢ Nel maggio 2002 la Dott.ssa Elisabetta Sartarelli decade dalla sua carica di Segretario-Tesoriere. Era stata eletta a Viterbo nel 1995 al posto del dimissionario Dott. Vincenzo Savastano. L'elezione del nuovo Segretario-Tesoriere (che rimarrà in carica per quattro anni, in base all'articolo 19 dello Statuto) avverrà anch'essa nel corso della prossima Assemblea dei Soci. Chiunque fosse interessato a ricoprire questo incarico può inviare il suo nominativo alla nostra Segreteria, con una domanda indirizzata al Presidente Prof. Domenico Celestino, accompagnata da un piccolo curriculum. Il prossimo Consiglio Direttivo valuterà le varie domande inoltrate.

➢ In occasione del prossimo Consiglio Direttivo, sarà convocato il Comitato Permanente per l'aggiornamento dello Statuto e del Regolamento, che dovrà decidere la regolamentazione della nomina del Consigliere A.I.O.L.P. in S.I.O. e Ch. C.F.. Per il momento il Prof. Ghirlanda ricoprirà, temporaneamente questo incarico di grande fiducia e responsabilità, in attesa che siano stabilite regole precise sulle modalità di nomina.

➢ Il nostro **VIII Convegno Nazionale di Aggiornamento O.R.L. - A.I.O.L.P.** dal titolo "***Nuove tecnologie in O.R.L.***", come abbiamo più volte ricordato, si svolgerà a Milano nei giorni 19-21 aprile (potrebbe però slittare ad altra data, per motivi tecnici). Riportiamo di seguito il programma preliminare.

VIII Convegno Nazionale di Aggiornamento O.R.L. – A.I.O.L.P.

"NUOVE TECNOLOGIE IN O.R.L."

(programma provvisorio)

Presidente prof. **Celestino** D., Roma

1° giorno (pomeriggio)

NUOVE TECNOLOGIE IN RINOLOGIA

Presidente prof. **Sulsenti** G. (Bologna)
Lezione Magistrale prof. **Saban** A. (Marsiglia)
Moderatore dott. **Corti** A. (Milano)

NUOVE TECNOLOGIE IN FARINGO-LARINGOLOGIA E CHIRURGIA CERVICALE

Presidente prof. **Sambataro** G. (Direttore Clinica ORL Università Milano)
Lettura Magistrale dott. **Costa** E. (Istituto Nazionale Tumori, Milano)
Moderatore dott. **Casadei** A. (Cesena)

2° giorno (mattina)

NUOVE TECNOLOGIE IN VESTIBOLOGIA

Presidente prof. **Claussen** C.F. (Presidente della Neuro-Otological and Equilibriometric Society, Bad Kissingen, Germany)
Lettura magistrale prof. **Clarke** B. (Direttore Cattedra Neurofisiologia Università di Berlino, Germania)
Moderatore prof. **Cesarani** A. (Direttore cattedra Audiologia Università di Sassari)

NUOVE TECNOLOGIE IN EQUILIBRIOMETRIA

Presidente prof. **Pedotti** A. (Direttore Centro Bioingegneria Politecnico- F.ne don Gnocchi, Milano)
Moderatore prof. **Frigo** C. (Centro Bioingegneria Politecnico - F.ne don Gnocchi, Milano, Segretario Società Italiana Analisi del Movimento in Clinica)
Lettura magistrale prof. **Kingma** A. (Maastricht)

2° giorno (pomeriggio)

NUOVE TECNOLOGIE IN AUDIOLOGIA

Presidente prof. **Grisanti** G. (Direttore Cattedra Audiologia Università di Palermo, Presidente Società Italiana Audiologia)
Lettura Magistrale **Aust** G. (Direttore Centro Impianti Cocleari Università di Berlino, Germania)
Moderatore prof. **Arslan** E. (Direttore Cattedra Audiologia Università di Ferrara)

NUOVE TECNOLOGIE NEL TRATTAMENTO DEGLI ACUFENI

Presidente prof. **Hahn** A. (Direttore Clinica ORL Università di Praga)
Lettura Magistrale prof. **Fisch** U. (Direttore Clinica ORL Università di Zurigo)
Moderatore prof. **Cianfrone A.** (Direttore Cattedra Audiologia Università di Roma)

3° giorno (mattina)

EVOLUZIONE DELLA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI IN ORL

Presidente prof. **Damascelli** B. (Istituto Nazionale Tumori, Milano)
Moderatore dott. **Bettinelli** A. (Ospedale Maggiore Policlinico, Milano)
Lettura Magistrale prof. **D'Ambrosio** (Roma)

INFORMATICA E COMUNICAZIONE NELLA PRATICA ORL

Presidente prof. **Pinciroli** A. (Dipartimento Bioingegneria Politecnico Milano)
Lettura Magistrale prof. **Bruno** D. (Dipartimento di Disegno Industriale Politecnico Milano)
Moderatore dott. **Pugnetti** L. (Laboratorio Neurofisiologia IRCCS S. Maria Nascente, Milano)

Iniziative dei Soci

- Nei giorni 4, 11 e 18 ottobre 2001 si è svolto presso la Sala Riunioni dell'Ordine dei Medici di Roma, un Corso di Aggiornamento organizzato dal Prof. Domenico Celestino sulla patologia vertiginosa. Data l'ampiezza dell'argomento sono stati necessari tre incontri, ognuno concentrato su un particolare aspetto, come la anatomia, la diagnosi e la terapia medica, riabilitativa o chirurgica. Il Corso era rivolto ai medici di base ed agli specialisti otoiatri e neurologi.
- Sono in programmazione altri due incontri di aggiornamento O.R.L., sempre ad opera del Prof: Domenico Celestino, dal titolo: *"Imaging in O.R.L."* e *"Le mucositi delle vie aero-digestive superiori"*, che si terranno rispettivamente nei primi mesi del prossimo anno e nella primavera successiva. Chiunque fosse interessato ad intervenire può prenotarsi fin da ora, presso la nostra Segreteria, poiché il numero dei posti disponibili sarà limitato.
- Il Dott. Stefano Urbini di Roma ha inviato alla redazione della nostra rivista un reportage sul "European Asthma Congress" tenutosi a Mosca nei giorni 9-12 settembre 2001, che noi con piacere riportiamo più avanti.
- Il Dott. Massimo Spanio di Trieste, organizzerà con il patrocinio della A.I.O.L.P. nei giorni 22-23 febbraio 2002 un corso di videochirurgia dal titolo "La chirurgia endoscopica naso-sinusale". Riportiamo il recapito della Segreteria Organizzativa nella sezione: Appuntamenti Congressuali.
- Il XXVII Congresso Mondiale di Otorinolaringoiatria I.F.O.S. (Federazione Internazionale delle Società Otorinolaringoiatriche) che si sarebbe dovuto svolgere nei giorni 21-26 ottobre presso la città del Cairo (Egitto) è stato rinviato a data da destinare, a seguito dei terribili eventi verificatisi recentemente negli Stati Uniti d'America.

MOSCA 2001: incontro con l'Otorino venuta dal freddo

Dott. Stefano Urbini

Già da qualche tempo sono stato invitato all'*"European Asthma Congress"* che si terrà a Mosca, in Russia, dal 9 al 12 settembre e lo avevo accennato ad Elisabetta Sartarelli quando ci siamo incontrati a Genova, per il Congresso Nazionale.

La partenza per Mosca è prevista per domenica 9 settembre e sabato, all'ora di pranzo, ricevo una telefonata di Elisabetta che mi lancia una simpatica proposta, che accetto con entusiasmo: una specie di intervista ad un collega otorinolaringoiatra russo.

Domenica pomeriggio arrivo a Mosca e quello che subito mi colpisce è la temperatura mite, simile a quella di Roma; saranno gli effetti della globalizzazione?

La cerimonia di apertura del Congresso è prevista per lunedì pomeriggio alle sei e quindi, la mattina, c'è tempo per una passeggiata nella suggestiva Piazza Rossa, con il solenne mausoleo di Lenin e la splendida cattedrale di S.Basilio, che risplende, al sole, di mille colori e al Cremlino, con l'originale piazza delle cattedrali con le caratteristiche cupole di lega d'oro, dove si svolgeva l'intero ciclo di vita degli zar: in una cattedrale erano battezzati, in un'altra venivano incoronati e si sposavano ed in un'altra ancora veniva celebrato il funerale ed erano seppelliti. Incontro molti colleghi otorinolaringoiatri ita-

liani, ma nessun russo...

La mia ricerca non va meglio durante la cerimonia di apertura del Congresso, che si svolge all'interno del mitico teatro Bolshoi. Quello che mi colpisce di più di questo teatro sono l'enorme fregio dorato con falce e martello sopra il palco imperiale e la pedana del palcoscenico consumata, immagino, da ballerini come Nureyev, Vasiliev e la Volodina. Dopo i saluti dell'organizzatore del Congresso, Professor Revaz Sepiashvili, presidente della Società di Allergologia ed Immunologia clinica, del Professor Yuri Shevchenko, ministro della Sanità e di altri, tra cui riconosco il Professor Paul van Cauwenberge e il Professor Gaetano Melillo, assistiamo al favoloso balletto "Giselle" e tributiamo un caloroso applauso a tutto il corpo di ballo ed una vera e propria ovazione al protagonista maschile.

Martedì 11 settembre mi faccio svegliare molto presto; la prima navetta che collega il mio albergo al "World Trade Centre", dove si svolge il Congresso, parte alle 8,30 e sono ansioso di intercettare il collega russo. La sera precedente avevo sfogliato il programma delle comunicazioni e l'unico collegamento possibile per trovare un probabile otorino russo era di cercare l'autore del lavoro "Asthma and allergic rhinitis", Dr. S.H. Hutueva di Nalchik, Russia.

Arrivato alla sede congressuale, mi dirigo al banco delle registrazioni, ma purtroppo scopro che c'è, ovviamente, un elenco dei partecipanti, la nazione di provenienza, ma non la specializzazione di ciascuno. Hutueva non si era ancora registrato e quindi comincio ad aggirarmi fra gli stands e nella sala poster cercando di scoprire la nazionalità dei colleghi guardando il badge appeso al collo o appuntato sulle giacche, suscitando non poche occhiate interrogative di coloro che stavo osservando. Finalmente, dopo circa una mezz'ora di incontri "ravvicinati" con portoghesi, francesi, americani, italiani, leggo sul cartellino di un simpatico collega con gli occhiali, la fatidica scritta "Russia" e, per fortuna, si stabilisce subito una corrente di simpatia reciproca. Cominciamo a conversare in un reciproco approssimativo inglese e all'inizio sono un po' deluso perché mi spiega che lui è uno specialista in pneumatologia siberiano che s'interessa di riabilitazione respiratoria; quando gli dico che io sono un'otorinolaringoiatra di Roma interviene la moglie, una bella signora bionda con gli occhi azzurri, che era accanto a lui e mi dice che anche lei è specialista in otorino. Ho finalmente fatto "centro"!!!!

La coppia è molto lusingata dell'interesse che suscitano in me e quindi si prestano con molto entusiasmo a rispondere alle mie domande e vogliono perfino, scattare parecchie fotografie insieme.

La Collega si chiama Isakova Olga Pavlovna ed è vicedirettore del distretto che s'interessa dei problemi che riguardano le cure mediche presso la Clinica Universitaria di Novosibirsk, in Siberia, la terza città della Russia dopo Mosca e SanPietroburgo, con circa 2.000.000 di abitanti. Dalla conversazione con Lei scopro che servono dieci anni di studio, dopo le scuole secondarie, per ottenere la laurea in medicina e la specializzazione in otorino, che l'apice della carriera universitaria si raggiunge con il titolo di "Accademico delle Scienze" e che Lei è attualmente "candidato di medicina al dottorato in scienze". Mi dice, con orgoglio, che presso il suo ospedale si utilizzano tecnologie avanzate come il laser ed il bisturi a radiofrequenza, ma che lo stipendio è basso; si aggira intorno ai 4.000 rubli al mese, all'incirca 300.000 lire in un paese dove un pasto medio in un ristorante non lussuoso costa circa 30.000 lire. I medici hanno, comunque, la possibilità di svolgere un'attività privata e Lei mi dice che visita i suoi pazienti al loro domicilio o presso un Centro la cui traduzione letterale è "La salute riproduttiva" con tariffe che variano dalle 12.000 alle 60.000 lire.

In ultimo, con molto orgoglio, mi fa vedere sul programma russo che Lei ed il marito presentavano un lavoro in uno dei giorni successivi; sul mio programma, in inglese, non riesco a trovarlo; evidentemente si deve trattare di una sezione interamente dedicata ai lavori scientifici russi e nonostante la nostra buona volontà e quella di altri colleghi, che

nel frattempo si erano avvicinati, nel tentativo di fare da interpreti, non riesco proprio a capire di che cosa si tratti....

Con quest'irrisolto interrogativo ci salutiamo calorosamente e ci scambiamo i rispettivi biglietti da visita.

Contento per la missione compiuta e dopo una mattinata passata a guardare diapositive con diagrammi scritti in russo perfetto, un pasto consumato in compagnia di veraci otorinolaringoiatri italici in un'allegra taverna georgiana ritorno, a piedi, al mio hotel. Di lì a poco, prima incredulo e poi via, via sempre più impietrito assisto in diretta TV alle scene orrende dell'attentato alle torri gemelle e penso con angoscia alle migliaia di povere vittime innocenti ed al pensiero di quello che sarebbe potuto succedere se il congresso si fosse svolto al World Trade Centre di NewYork invece che a quello di Mosca, un gran brivido freddo mi scorre lungo la schiena....

LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON RINITE ALLERGICA

Luisa Bellussi*, Marco Anselmi
**Professore Associato*
Istituto di Discipline ORL, Università degli Studi di Siena

Che la rinite allergica rappresenti una patologia di frequente riscontro ed in costante aumento, è un dato che emerge dalla letteratura (ISAAC; 1998), ma che trova senz'altro conferma nella pratica clinica quotidiana degli specialisti allergologi, broncopneumologi ed otorinolaringoiatri. Oggi circa il 10-20% della popolazione mondiale risulta affetto da tale patologia che può pertanto considerarsi ubiquitaria, espressione, se vogliamo, della vita moderna e dell'industrializzazione.

Troppo spesso sottostimata, e non solo dal punto di vista epidemiologico, la rinite allergica sembra emergere nella giusta dimensione soltanto di fronte alla comparsa di complicanze a lungo termine che colpiscono i soggetti non adeguatamente trattati.

Asma bronchiale, sinusite cronica, otite media secretiva e poliposi nasale, come pure infezioni ricorrenti delle vie aeree superiori, disturbi comportamentali e del sonno, alterazioni dello sviluppo cranio-facciale rappresentano le più frequenti patologie correlate e le sequele di un'insufficiente funzionalità nasale indotta dalla malattia.

E' facile comprendere come tali complicanze costituiscano realtà cliniche importanti che assorbono una quota non indifferente di risorse economiche in termini di ricoveri per la cura dell'asma, delle sinusiti croniche e della poliposi nasale, che in ogni caso implicano la necessità d'impiego ripetitivo e continuo di farmaci.

Eppure troppo spesso i pazienti non dedicano ai loro sintomi la dovuta attenzione forse per lo scarso rilievo clinico che la malattia assume nelle fasi iniziali per cui, tutto sommato, non si ritengono "malati" e tollerano anche per lungo tempo l'ostruzione e l'ipersecrezione nasali, il prurito e gli sternuti senza sentire la necessità di approfondire un problema che, se pur altamente invalidante e limitante la vita di relazione, non rappresenta un grosso pericolo per lo stato generale di salute. Pertanto difficil-

mente si rivolgono al medico e ancor meno allo specialista che d'altra parte, forse troppo spesso dedica poco spazio e poco peso a questa patologia riservandole la giusta attenzione solo in presenza di complicanze.

Alla luce di quanto fin qui esposto è evidente come una miglior cura del paziente ed un risparmio economico possano ottenersi facendo ricorso a strategie di prevenzione, diagnosi e trattamento precoci.

Le allergopatie, e tra queste la rinite allergica, sono sostenute da una complessa serie di eventi patologici riconducibili ad un'immunoreazione di I tipo ovvero IgE mediata. Tale complessità fisiopatologica mette di fronte medico e paziente a numerose opzioni terapeutiche, agenti a vari livelli della reazione allergica e riconducibili a tre categorie fondamentali: PREVENZIONE AMBIENTALE; IMMUNOTERAPIA SPECIFICA; TERAPIA SINTOMATICA. Nella maggior parte dei casi è necessario ricorrere contemporaneamente, o in successione, ai diversi approcci spesso singolarmente non risolutivi. Indipendentemente dalla scelta terapeutica è utile se non indispensabile affiancare la cosiddetta "TERAPIA DEL TERRENO", che seppure complementare, si pone gli obiettivi di 1) detergere, mediante lavande, le cavità nasali per consentire un migliore assorbimento dei farmaci e l'allontanamento meccanico degli allergeni; 2) bonificare in caso di sovrainfezioni batteriche mediante l'impiego di antibiotici; 3) esercitare un'azione eutrofica sulla mucosa e un potenziamento delle difese specifiche e aspecifiche del naso (Bellussi e coll., 1984; Passàli, 1988) mediante trattamenti inalatori con acque termali bicarbonate, solfate e radioattive.

In teoria la PREVENZIONE AMBIENTALE si configura come l'approccio terapeutico ottimale in quanto individua la soluzione del problema nell'allontanamento delle cause, evitando l'impiego di farmaci.

Purtroppo tale opzione si scontra con le difficoltà di realizzazione pratica, che richiederebbero un completo isolamento del paziente dall'ambiente che lo circonda. Nonostante la prevenzione ambientale risulti necessariamente parziale, è assolutamente indispensabile perseguirla sempre e in ogni caso, adattandola di volta in volta alle caratteristiche del paziente e al tipo di allergene sensibilizzante.

Esistono in Europa diverse specie arboree o erbacee i cui pollini sono in grado di dare quelle manifestazioni allergiche denominate nel loro complesso "pollinosi". Le attuali cognizioni sull'aereobiologia dei pollini e sulla reale possibilità di indurre un'allergia respiratoria, sono molto progredite grazie ai dati di una rete di stazioni di rilevamento estesa a diverse nazioni tra le quali il nostro Paese. Sono da tempo a disposizione i "calendari di fioritura" o "calendari pollinici", essenziali per un accertamento specifico-etiologico delle pollinosi: queste infatti possono essere classificate in base al periodo dell'anno in cui si manifestano in "pollinosi d'inverno" così dette perché indotte da specie a fioritura molto precoce, "pollinosi primo-primaverile" e "grande pollinosi": tra le prime ricordiamo quella determinata dal cipresso, allergia "emergente" in tutto il bacino del Mediterraneo caratterizzata, tra l'altro, da una particolare gravità della sintomatologia oculorinitica mentre la sensibilizzazione alla mimosa è relativamente rara e limitata ad individui che hanno questo tipo di pianta nell'immediato habitat. La tipica "pollinosi primo-primaverile" è quella da alberi, specie da Betulacee che, nel Nord Italia, esclusa la Liguria, precede di poco la "grande pollinosi" da Graminacee. In coincidenza con la fioritura tardo-estiva delle Graminacee si svolge, tra fine Luglio e Settembre, la fioritura delle Composite di importanza allergenica, rappresentate essenzialmente dalle Artemisie. Il panorama descritto si fa estremamente più complesso per l'inserirsi, nelle regioni centro-meridionali, di almeno altre due importanti forme di pollinosi: quella da Olivo e quella da Parietaria, la prima centrata nel mese di Maggio, la seconda, ancora più rilevante dal punto di vista epidemiologico e clinico, con manifestazioni che durano, in alcune regioni, anche tutto l'anno. Altri allergeni chiamati in causa nella genesi della rinite allergica, responsabili di una sintomatologia non soggetta a variazioni stagionali, sono alcune proteine contenute negli escrementi degli acari della polvere e gli allergeni da inalazione di origine animale soprattutto dalla sali-

va del gatto, la cui importanza, dagli ultimi rilievi epidemiologici, appare in crescente aumento.

La prevenzione per le pollinosi, si basa su una scrupolosa osservazione delle conte polliniche relativamente alla regione geografica di appartenenza: durante il periodo a rischio più elevato occorre limitare l'esposizione all'aria aperta soprattutto di mattina quando massimo è il rilascio di pollini.

Per gli acari della polvere che proliferano negli effetti letterecci, nei tappeti, nelle tende e nel mobilio rivestito è opportuno ricoprire cuscini e materassi con fodere impermeabili agli acari e, ove possibile, mantenere l'umidità degli ambienti domestici al di sotto del 50% dal momento che la loro riproduzione è favorita da alti tassi di umidità. La prevenzione risulta fondamentale nei soggetti più giovani: è infatti nozione comune che le malattie allergiche presuppongano, nell'evoluzione patogenetica, un retroterra di predisposizione genetica identificabile nello stato atopico che potrà manifestersi come patologia allergica in grado di coinvolgere di volta in volta le alte o le basse vie aeree, la cute o di dar luogo a reazioni sistemiche.

E' deducibile che un soggetto che non venga mai a contatto con l'allergene verso il quale è predisposto, non svilupperà mai un'allergia. Quindi l'esposizione all'allergene, così come la predisposizione genetica, sono le condizioni necessarie, ma non sufficienti da sole, perché si sviluppi un'allergia. Eppure alcuni soggetti manifestano allergia verso allergeni ubiquitari solo in età avanzata e questo suggerisce l'ipotesi che debbano esistere altri eventi in grado di favorire l'evoluzione dello stato atopico. Prima fra tutti va ricordata la carica allergenica: è stato infatti ipotizzato che più del 50% della popolazione generale sarebbe in grado di sviluppare un'allergia all'acaro se esposta a tassi elevati di polvere di casa.

La successiva tappa del "cammino allergico" è rappresentata dalla fase di sensibilizzazione durante la quale l'organismo predisposto geneticamente produce IgE specifiche per l'allergene causale in relazione non solo alla sua concentrazione ambientale, ma anche ad alcune sue caratteristiche biochimiche e fisiche (solubilità, peso molecolare) che contribuiranno ad identificare l'organo di shock (naso, bronchi, cute). La reazione allergica che fa seguito alla fase di sensibilizzazione è sempre correlata ad una risposta flogistica, cosicchè la fenomenologia clinica persiste nel tempo anche a distanza dall'esposizione allergenica. Questa peculiare fase del processo patogenetico, definita a buon diritto "flogosi minima persistente" permette di spiegare il nesso tra manifestazioni cliniche immediate e la comparsa dei fenomeni di iperreattività specifica e non. Nel primo caso l'esposizione all'allergene causale si manifesta con una sintomatologia ingravescente poiché la reazione immunologica ormai innescata, procede automantenendosi fino ad esitare in uno stato di iperreattività permanente (effetto priming)

Nel secondo caso la stimolazione aspecifica indotta da smog, polveri irritanti, fumo, vento e umidità si sovrappone alla flogosi allergica, rendendo più vulnerabile la mucosa nasale al contatto con nuove sostanze allergizzanti.

Si arriva in tal modo ad un punto di non ritorno e cioè alla fase di cronizzazione che risulterà inevitabile se perdurerà l'esposizione all'allergene. Lo stimolo immunologico protratto, sovrapposto ed embricato ai fenomeni d'iperreattività aspecifica, si colloca pertanto alla base dei fenomeni di polisensibilizzazione e del coinvolgimento di più organi e apparati nella malattia allergica aggravando il quadro clinico e complicando l'approccio terapeutico.

Compito dell'IMMUNOTERAPIA SPECIFICA (ITS) è quello di modificare l'evoluzione naturale della malattia attraverso la modulazione della riposta immunitaria.

Accanto alla somministrazione a dosi allergeniche crescenti per via sottocutanea, sono state proposte, ormai da più di un decennio, le formulazioni per spray nasale o per assorbimento oromucosale (Passàli et al.,1994). Tali vie di somministrazione sono a tutt'oggi da preferirsi in ragione di una sostanziale assenza di effetti collaterali e di una compliance ottimale da parte dei pazienti. Rare, ma talora severe manifestazioni sistemiche e compliance ridotta hanno da sempre costituito i limiti gravanti sulla somministrazione per via sottocutanea, che per tali motivi è rimasta per decenni nel baga-

glio terapeutico dello specialista allergologo o broncopneumologo; in realtà, come recentemente dimostrato, l'assorbimento attraverso la mucosa delle alte vie respiratorie è in grado di indurre modificazioni della risposta immunologica sia locale che sistemica, giustificandone in tal modo l'efficacia clinica sovrapponibile, se non superiore, all'assorbimento per via sottocutanea.

Rimangono i limiti legati alla durata del trattamento, che deve protrarsi per almeno 3-5 anni, e l'impossibilità di ottenere risultati soddisfacenti nei pazienti con sensibilizzazioni multiple.

Il futuro dell'immunoterapia, neanche poi così lontano, prevede la desensibilizzazione utilizzando frammenti di peptidi allergenici o proteine modificate geneticamente in modo da ridurne il potenziale allergenico, ma non le proprietà immunogeniche; o ancora sequenze di DNA che inglobate nelle cellule immunocompetenti codificano per "allergeni endogeni" stimolando la produzione di IgG e non IgE; o infine anticorpi monoclonali anti-IgE in grado di bloccare il legame delle reagine con i mastociti e i basofili impedendone la degranulazione e la cascata di eventi che ne consegue.

Qualora la prevenzione ambientale non sia in pratica attuabile e l'immunoterapia specifica non sia indicata, la terapia sintomatica rimane spesso l'unica risorsa e in ogni caso costituisce uno strumento indispensabile ad integrazione delle opzioni terapeutiche appena ricordate.

La TERAPIA SINTOMATICA si prefigge l'obiettivo di dominare le manifestazioni cliniche della rinite allergica essenzialmente rappresentate da prurito, starnutazione, rinorrea e ostruzione nasale.

Il polimorfismo clinico giustifica l'impiego di classi farmacologiche diverse, ciascuna delle quali può trovare applicazione in relazione al meccanismo d'azione e all'attività prevalente sui singoli disturbi.

Possiamo pertanto distinguere:

- *farmaci che prevengono la crisi allergica* (cromoni, furosemide ed alcuni antistaminici quali oxatomide, ketotifene, cetirizina);
- *farmaci sintomatici puri che intervengono quando il processo allergico si è già scatenato agendo quali antagonisti recettoriali, ovvero funzionali, dei mediatori della reazione allergica*: (antistaminici, antiallergici, vasocostrittori, anticolinergici, corticosteroidi, antileucotrieni).

I CROMONI sono in grado di stabilizzare la membrana mastocitaria, impedendo la liberazione dei mediatori implicati nel processo allergico. Capostipite della famiglia è il *Disodiocromoglicato (DSCG),* che per lunghi anni è rimasto l'unico rappresentate della categoria. L'azione stabilizzante sulla membrana mastocitaria esplicata da questa molecola, inizia a pochi minuti dalla somministrazione e raggiunge livelli ottimali dopo 20-30 minuti.

Di più recente introduzione il Nedocromile di sodio è dotato di un'azione stabilizzante la membrana mastocitaria più potente ed è inoltre capace di inibire in parte o del tutto l'attivazione di altri elementi cellulari (neutrofili, eosinofili etc.) che esprimono recettori a bassa affinità per le IgE implicati sia nella fase precoce che in quella tardiva della reazione allergica (Passàli, 1994). L'azione preventiva si accompagna pertanto ad un'azione che potrebbe definirsi di "sopimento" della "flogosi minima persistente" responsabile dell'evoluzione verso la cronicizzazione dello stato di iperreattività. Il vero limite dei cromoni è rappresentato dalla necessità della somministrazione preventiva, in quanto scarsa è la loro efficacia a crisi in atto. Essi devono pertanto essere considerati farmaci di seconda scelta nel trattamento della rinopatia vasomotoria specifica (Mygind, 1991) trovando indicazione soprattutto in età infantile per l'estrema maneggevolezza e l'esiguità degli effetti collaterali.

Ancora a livello sperimentale, l'impiego di FUROSEMIDE per via inalatoria individuerebbe un razionale nel trattamento della rinite allergica (Bianco, 1989; Ferrara, 1994) attraverso la diminuzione del potenziale elettrico transepiteliale e quindi del trasporto ionico, con blocco parziale del rilascio di istamina e leucotrieni e limitazione della produzione di metaboliti dell'ossigeno. Potrebbe inoltre con-

tribuire alla riduzione della chemiotassi dei granulociti neutrofili, che interagendo con altre cellule infiammatorie, concorrono, se non a generare, almeno a mantenere la fase tardiva della reazione allergica.

Se l'istamina è uno dei mediatori principali nella reazione allergica, si definiscono antistaminici quelle molecole che attraverso un meccanismo di antagonismo recettoriale competitivo reversibile sono in grado di annullarne gli effetti.

Nel corso della reazione allergica tuttavia, si liberano anche altri mediatori (leucotrieni, citochine, PAF, prostaglandine), che contribuiscono in maniera decisiva a promuovere e mantenere il processo infiammatorio. Tale abbondanza di mediatori giustifica la distinzione tra gli "ANTIISTAMINICI CLASSICI", ad azione esclusiva sui recettori H1 dell'istamina, e "ANTIALLERGICI" che, oltre a presentare una specifica attività antistaminica, presentano un'azione antinfiammatoria peculiare che sembra essere indipendente da quella bloccante i recettori H1.

La classificazione degli antistaminici in:

- *Antistaminici di I generazione* (Tripenellamina, Difenodramina, Clorfeniramina, Bromofenoramina, Triprolidina, Prometazina, Ciproeptadina, Idrossizina, Cinnarizina);
- *Antistaminici di II generazione* (Clemastina, Azatadina, Chetotifene, Oxatomide);
- *Antistaminici di III generazione* (Cetirizina, Loratadina, Fexofenadina, Mizolastina, Levocabastina, Azelastina, Terfenadina, Astemizole).

Più che seguire un criterio cronologico tiene conto degli effetti collaterali e dell'efficacia delle diverse molecole (Tomiyama et al., 1993). L'effetto collaterale più noti degli antistaminici è la sedazione la cui comparsa è strettamente legata alla lipofilia, che consente al farmaco di attraversare più agevolmente la barriera ematoencefalica. Gli antistaminici di I e II generazione sono relativamente lipofilici e presentano quindi un effetto sedativo talvolta imponente (Prometazina). Meglio tollerati perché più lipofobici quelli di ultima generazione. Altri effetti collaterali, perealtro rari e secondari alle interazioni con i recettori H1 del S.N.C., sono rappresentati da vertigini, acufeni, incoordinazione, affaticamento, deficit di accomodazione (Bovet, 1937).

L'azione anticolinergica può manifestarsi, a livello dell'apparato gastrointestinale con nausea, vomito, epigastralgie, costipazione o diarrea, mentre la secchezza delle prime vie areo-digestive può essere sfruttata nella riduzione della rinorrea.

Tali effetti collaterali sono tuttavia pressochè assenti con gli antistaminici di III generazione, meglio definiti antiallergici per lo spettro d'azione più ampio che non si limita al controllo della reazione allergica immediata (early phase) mediante il blocco dei recettori istaminici, ma si estende alla fase tardiva (late phase) responsabile del mantenimento e della cronicizzazione dell'immunoflogosi.

Se sotto il profilo dell'efficacia clinica i diversi principi risultano sovrapponibili, sostanziali differenze emergono per quanto concerne gli effetti collaterali, in particolare alcune alterazioni della conduzione cardica con comparsa di grave aritmia ventricolare (*torsade de pointes)* potenzialmente letale. Il fattore chiave nello scatenamento di tale evento è l'azione di blocco dei canali del potassio che garantiscono la ripolarizzazione cardiaca.

La Terfenadina ad esempio, si è dimostrata in grado di indurre "torsade de pointes", ma solo in caso di sovradosaggio o di associazione con altri farmaci (macrolidi, ketoconazolo, etc.). In realtà la Terfenadina è un profarmaco e solo il suo metabolita (Terfenadina-carbossilato) esercita azione terapeutica. La trasformazione da profarmaco a metabolita attivo si realizza a livello del citocromo P450 ad opera dell'isoenzima 3A4 utilizzato anche per il metabolismo di altri farmaci come il ketoconazolo e l'eritromicina. L'assunzione di questi ultimi può quindi determinare elevati livelli ematici di Terfenadina, che si rende responsabile delle aritmie mentre assolutamente innocuo risulta il suo metabolita. Particolari precauzioni vanno pertanto rispettate in caso di associazione con farmaci che possano determinarne fenomeni di accumulo a livello ematico.

Con meccanismo analogo agirebbe l'A-

stemizole in grado di determinare un allungamento del tratto Q-T.

In ogni caso, e questa è la strada da percorrere nel trattamento della rinite allergica, la somministrazione per via topica, a parità d'efficacia, rende praticamente assenti, per lo scarso assorbimento, gli effetti collaterali sistemici. Azelastina e Levocabastina possono essere somministrate come spray nasale senza interferire, anche se utilizzati per periodi di tempo prolungati (1-2 mesi) sul Trasporto Muco-Ciliare nasale. (Anselmi et al., 1994)

Gli antistaminici, sistemici o topici, rappresentano un presidio terapeutico fondamentale nel trattamento delle atopie, anche se la loro efficacia è ottima su prurito, rinorrea e starnutazione, ma limitata sul sintoma ostruzione, che in molti casi rappresenta il fastidio più invalidante per il paziente allergico e che richiede l'associazione di principi attivi alternativi.

Fra gli antagonisti funzionali della flogosi allergica vanno innanzi tutto menzionati i VASOCOSTRITTORI in genere somministrati come spray nasali; in ragione della loro efficacia sul sintoma ostruzione e della possibilità di autoprescrizione, sono senza dubbio tra i farmaci più utilizzati nella patologia nasale non solo su base allergica, ma anche infettiva o strutturale.

L'azione dei decongestionanti si esplica sui recettori a e b sia dei vasi di resistenza (arterie, arteriole, anastomosi artero-venose) che di quelli di capacitanza (venule e sinusoidi) di cui è abbondantemente fornita la mucosa nasale. L'effetto globale della stimolazione dei recettori vasali è una marcata vasocostrizione con riduzione dell'apporto ematico, decongestione dei turbinati e riduzione delle resistenze nasali. (Passàli, 1989). L'azione sui b recettori responsabili del rilascio della muscolatura liscia vasale, è meno intensa, ma più duratura e si manifesta ad un intervallo di tempo variabile a seconda del principio attivo utilizzato, con un'iperemia reattiva o effetto "rebound" percepito dal paziente come ricomparsa della sintomatologia ostruttiva.

I vasocostrittori ad uso topico appartengono a due grosse famiglie: le 1) *Amine Simpaticomimetiche* (Tuaminoeptano, Tetrizolina, Adrenalina, Idrossianfetamina, Fenilefrina, Efedrina, Fenilpropanolamina) e i 2) *Derivati Imidazolinici* (Nafazolina, Ossimetazolina, Tramazolina, Xilometazolina, Clonazolina).

Latenza e durata d'azione sono le caratteristiche di farmacocinetica che risultano fondamentali nella scelta della molecola da utilizzare; infatti, mentre i tempi di latenza risultano sovrapponibili tra le due classi di farmaci, importanti differenze emergono per la durata d'azione: breve per le Amine Simpaticomimetiche (da 20 min. a 1 ora e mezzo), molto più lunga per i Derivati Imidazolinici (da 2 a 12 ore) (Passàli, 1993). Tale differenza fa sì che il sintoma ostruzione sia vinto rapidamente sia che si impieghi un'amina simpaticomimetica o un derivato imidazolico; la maggior durata d'azione di questi ultimi tuttavia, allontana nel tempo l'effetto "rebound" riducendo il rischio di indurre assuefazione e tachifilassi (assunzione ripetuta del farmaco ad intervalli sempre più brevi).

A livello locale i decongestionanti sono responsabili di molteplici effetti collaterali. Quelli di minor conto e transitori sono rappresentati da irritazione, edema, starnuti, anosmia e secchezza della mucosa. Molto più gravi le alterazioni della clearance muco-ciliare, i danni trofici della mucosa nasale e la rinopatia medicamentosa (Okuda, 1989).

Più rari gli effetti collaterali sistemici, che risultano praticamente assenti se i farmaci vengono somministrati alle dosi consentite. Solo per uso prolungato o sovradosaggio, specialmente nei bambini, possono rendersi evidenti effetti "stimolanti" il sistema cardiovascolare o il sistema nervoso centrale quali palpitazioni, ipertensione, aritmie, insonnia, tremori, disturbi della minzione etc.

Per tali motivi i decongestionanti ad uso topico devono essere impiegati in casi estremamente selezionati al fine di prevenire e curare le complicanze di cui la congestione nasale è spesso responsabile. Il vasocostrittore è infatti un ottimo farmaco nel trattamento della stenosi respiratoria nasale acuta, purché venga impiegato con estrema discrezione nelle forme croniche evitandone l'uso continuativo per un periodo superiore a 7-10 giorni.

Un cenno a parte meritano i farmaci

ANTICOLINERGICI che esplicano la loro azione sui recettori muscarinici, inibendo l'azione dell'acetilcolina a livello delle cellule effettrici del sistema parasimpatico, mentre scarso è l'effetto sui recettori nicotinici. Nel naso i colinocettori sono largamente rappresentati a livello ghiandolare, risultando al contrario scarsamente o affatto presenti a livello vasale. (Benazzo, 1993).

Pertanto, la somministrazione di anticolinergici è in grado di ridurre notevolmente la secrezione, ma non di abolirla del tutto anche perché altri mediatori, quali il VIP (Vasoactive Intestinal Polypeptide) e la sostanza P, intervengono nella modulazione di tale attività.

La molecola ad azione anticolinergica attualmente disonibile per somministrazione nasale è l'Ipratropium bromuro, che non presenta attività sistemica, fenomeni di tachifilassi e ha un tempo di latenza molto breve (5 minuti). L'assorbimento del farmaco è relativamente basso rendendo trascurabili gli effetti indesiderati sistemici. Per la sua azione limitata al controllo della rinorrea deve tuttavia considerarsi farmaco di seconda scelta o di supporto in casi specifici.

L'infiammazione svolge un ruolo dominante nella fisiopatologia delle malattie allergiche e gli steroidi rappresentano ad oggi le molecole con la più potente attività antiflogistica.

L'azione dei CORTICOSTEROIDI nella flogosi allergica si esplica attraverso un duplice meccanismo: attività antinfiammatoria ed effetto inibitorio sulla risposta immunitaria.

1) L'inibizione del rilascio degli enzimi lisosomiali; 2) l'ostacolo alla concentrazione di cellule infiammatorie per inibizione della proliferazione e della migrazione delle stesse; 3) l'inibizione della sintesi dei mediatori derivati dalla cascata dell'acido arachidonico (prostaglandine, trombossani, leucotrieni); 4) l'inibizione del rilascio e/o della sintesi di numerosi mediatori dell'infiammazione; 5) la diminuzione della permeabilità capillare e della membrana cellulare; 6) l'inibizione parziale o totale di alcuni mediatori chimici cellulari tra cui le interleuchine, alle quali viene riconosciuto un ruolo importante nella fase tardiva (late phase) rappresentano i molteplici momenti patogenetici con i quali i cortisonici possono interferire limitando, o comunque modulando, l'immunoflogosi. Inoltre essi sono in grado di inibire o ridurre la produzione di IgE, bloccando alle origini la reazione allergica.

Proprio per le molteplici funzioni svolte dagli steroidi, capaci di intervenire nel metabolismo glucidico, lipidico e proteico, le controindicazioni e gli effetti collaterali che possono manifestarsi per assunzione sistemica e prolungata, sono molteplici: tra le prime ricordiamo le gravi insufficienze epatiche e renali e il diabete non controllato; tra i secondi l'inibizione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, l'effetto immunosoppressivo e neuropsichico e l'azione gastrolesiva.

Pur certi dell'efficacia degli steroidi sistemici, è nostra convinzione che il loro impiego debba limitarsi a quei casi di importanti manifestazioni allergiche che non coinvolgano soltanto il naso, ma in maniera rilevante anche il tratto respiratorio inferiore e riservato ai pazienti nei quali la sintomatologia si scateni improvvisamente e così violentemente da richiedere una terapia di urgenza limitata, comunque, a periodi brevi per evitare la comparsa di effetti collaterali, la cui importanza metabolica raramente ne giustifica l'impiego nella malattia atopica nasale. Quest'ultima, infatti, sebbene capace di interferire anche pesantemente con gli aspetti qualitativi dell'esistenza, non comporta un'evoluzione verso una prognosi infausta, che potrebbe autorizzare il ricorso ad una scelta terapeutica tanto impegnativa.

Al contrario, l'introduzione nel 1973 dell'impiego degli STEROIDI TOPICI ha rivoluzionato il trattamento della rinite allergica e delle sequele ad essa correlate (iperreattività nasale aspecifica, poliposi nasale).

Il meccanismo d'azione dei corticosteroidi per via topica è sovrapponibile a quello che si esplica con la somministrazione per via sistemica (Mygind, 1991).

Le interferenze sistemiche, dalle quali

gli steroidi topici sembravano completamente esenti, sono in realtà presenti anche se in forma minima. In particolare sono state osservate una certa depressione della curva diurna del cortisolo e la riduzione dell'escrezione del cortisolo urinario. Tuttavia gli effetti collaterali clinicamente evidenti risultano rari e si manifestano a dosi notevolmente più elevate di quelle terapeutiche.

A livello locale a seguito di somministrazione prolungata possono comparire secchezza nasale, epistassi, mal di gola, candidosi nasali o faringee, ulcerazioni della mucosa nasale e perforazioni settali (Mabry, 1989). Studi condotti su pazienti che avevano praticato terapia locale per almeno un anno (Bende et al., 1983) non hanno evidenziato particolari alterazioni della mucosa nasale in senso distrofico-atrofico. Tali reperti sono stati confermati da numerose osservazioni in microscopia ottica ed elettronica, che non hanno rilevato alcuna alterazione strutturale e ultrastrutturale della mucosa dopo trattamenti prolungati. Tali dati apparentemente contrastano con l'effetto atrofico che invece si manifesta, già a breve termine, a seguito di assunzione topica cutanea. Si è cercato di interpretare il differente comportamento tra mucosa nasale e cute in termini di maggiore apporto ematico a livello nasale che svolgerebbe un'azione protettiva sulla mucosa. Le alterazioni trofiche talora osservabili, sono da imputarsi più ad un'azione aspecifica dei conservanti o dei propellenti gassosi presenti negli aerosol predosati o all'effetto meccanico del beccuccio dello spray che ad un'azione diretta del farmaco sulla mucosa nasale.

L'impiego degli steroidi topici in caso di rinite allergica da moderata a grave o complicata, è estensibile anche all'età pediatrica; il limite d'età individuato dalla F.D.A. è rappresentato dai 6 anni, ma alcuni autori ritengono corretto abbassarlo a 4 anni (Welch et al., 1991; Morris et al., 1992), indicando gli steroidi topici come farmaci di prima scelta nel trattamento delle forme perenni dell'infanzia (Mygind, 1991).

Il Beclometasone dipropionato, capostipite della famiglia, conserva ancor oggi tutta la sua validità, anche se recentemente sono stati introdotti la Flunisolide, il Fluticasone, il Triamcinolone, la Budesonide e il Mometasone. Le diverse molecole differiscono tra di loro per l'affinità recettoriale: tale caratteristica ne modifica l'efficacia alla prova di vasocostrizione cutanea, valutata mediante test di McKenzie (Tab. I). Dalla tabella risulta evidente che le molecole più potenti sono rappresentate da fluticasone, mometasone e budenoside.

La potenza più elevata si traduce in una maggiore efficacia e nella possibilità di ridurre le somministrazioni ad un'unica dose giornaliera, ma espone ad un rischio più concreto di effetti collaterali locali quali secchezza delle mucose e soprattutto epistassi ricorrenti. La scelta dello steroide locale deve essere quindi ben meditata valutando preventivamente la durata del trattamento. In altri termini, nel trattamento delle forme perenni occorre tenere conto non solo la potenza del farmaco, ma anche la sua tollerabilità legata in modo inequivocabile ad una biodisponibilità sistemica limitata. Le molecole che meglio rispondono a queste caratteristiche sono attualmente il Mometasone e la Budesonide.

Attualmente comunque, lo steroide topico rappresenta il farmaco di prima scelta nel trattamento della rinite allergica per la sua efficacia su tutta la sintomatologia nasale inclusa l'ostruzione; inoltre per il meccanismo d'azione deve considerarsi non esclusivamente farmaco "sintomatico", ma più propriamente "curativo" se non "preventivo" in quanto in grado di interferire in modo globale nella risposta infiammatoria.

I leucotrieni sono potenti mediatori dell'infiammazione ed agiscono aumentando la permeabilità microvascolare, la chemiotassi delle cellule infiammatorie, in particolar modo gli eosinofili, provocando ipersecrezione mucosa, stimolando le terminazioni nervose e aumentando la proliferazione delle cellule muscolari lisce dei bronchi favorendone la costrizione. In particolar modo, la loro azione sulla muscolatura liscia bronchiale sembra essere 1000 volte più potente di quella dell'istamina. Zafirlukast e Montelukast sono ANTAGONISTI potenti e selettivi DEI RECETTORI LEUCOTRIENICI cisteinici di tipo I, con affinità approssimativamente due volte maggiore rispetto ai loro ligan-

di naturali. Utilizzati da qualche quinquennio nel trattamento dell'asma, solo recentemente ne è stato suggerito l'impiego nella terapia della rinite allergica. Alcuni studi hanno, ad esempio, dimostrato che la loro somministrazione consente di raggiungere una rapida remissione della sintomatologia nasale, così come avviene con gli antistaminici; l'associazione antileucotrieni-antistaminici sarebbe, comunque, in grado di potenziare l'efficacia delle molecole somministrate singolarmente. Inoltre, poiché molti pazienti con asma allergico spesso sono affetti anche da rinite allergica o, viceversa, sovente la rinite allergica si evolve e si complica coinvolgendo l'apparato respiratorio inferiore, sembrerebbe logico somministrare gli antagonisti dei leucotrieni come terapia aggiuntiva o di supporto ai corticosteroidi per via inalatoria così da migliorare lo stato di salute dell'apparato respiratorio nel suo insieme. Studi del tutto nuovi si propongono di valutare il potenziale degli antagonisti dei leucotrieni nel controllo dell'asma e della poliposi nasale nei pazienti intolleranti all'aspirina.

Al termine di questo breve escursus sul "bagaglio terapeutico" a nostra disposizione nel trattamento della rinite allergica, ci sembra opportuno riassumere alcune regole fondamentali che devono guidare le nostre scelte, pena l'insuccesso e l'insoddisfazione dei nostri pazienti. La **compliance** è sicuramente uno dei punti chiave per ottenere il successo terapeutico; deve esistere un rapporto di fiducia e collaborazione tra medico e paziente e un'adeguata informazione delle problematiche inerenti la "sua" patologia allergica.

La maggior parte dei farmaci risultano più efficaci se assunti **regolarmente** e non **al bisogno** come spesso il soggetto allergico che non abbia una sintomatologia continuativa, è portato a fare.

Quasi mai il soggetto affetto da rinite allergica è in grado di autogestirsi e un confronto costante con uno **specialista** è indispensabile non solo in presenza di patologie associate quali asma, sinusite cronica o poliposi nasale, ma anche nei casi che offrono dubbi alla diagnosi o quando si rendano necessarie indagini specifiche.

Non è più possibile una gestione "familiare" del malato dal momento che la tecnica ha raggiunto uno sviluppo talmente vasto da rendere necessaria la **plurisettorialità dell'assistenza medica**: tale approccio interdisciplinare può rendere spesso doveroso, se non indispensabile, il confronto tra otoiatra e allergologo o pneumologo nell'inquadramento dei soggetti affetti da rinite e asma o tra otoiatra e medico del lavoro nei casi di rinite professionale per giungere a diagnosi definitive e trattamenti terapeutici risolutivi.

Tab. I. Confronto dell'affinità del recettore glucocorticoide-corticosteroide ed efficacia del test di vasocostrizione cutanea.

CORTICOSTEROIDE	AFFINITA' RELATIVA DEL RECETTORE GLUCOCORTICOIDE	ATTIVITA' RELATIVA DI VASOCOSTRIZIONE
Fluocinolone acetonide	1.0	1.0
Beclometasone	3.3	2.0
Triamcinolone	0.5	0.4
Flunisolide	0.45	0.5
Mometasone	3.3	3.0
Budesonide	2.5	1.5
Fluticasone	5.0	5.0

BIBLIOGRAFIA

1. Anselmi M., Passàli D., Bellussi L.: In tema di terapia locale. Acta ORL Ital. Suppl. 43, XIV, 95-103, 1994.

2. Bellussi L., Veccia L., Minni A.: Studio delle immunoglobuline del secreto nasale in soggetti sottoposti a crenoterapia sulfurea. Riv. Ital. ORL Aud. Fon. IV, 481-86, 1984.

3. Benazzo M., Biraghi M., Mira E.: Valutazione clinica dell'ipratropium bromuro nelle riniti colinergiche. Otorinolaringol. 43, 155-159, 1993.

4. Bende M., Lindqvist N., Pipkorn U.: The effect of a topical steroid, budesonide, on nasal blood flow as measured with Xe133 wash-out technique. Allergy 38, 461-464, 1983.

5. Bianco S., Pieroni M.G., Refini M., Rottoli L., Sestini P.: Protective effect of inhaled furosemide on allergen-induced early and late asthmatic reactions. Am. Rev. Resp. Dis. 321, 1069-1070, 1989.

6. Bovet D. Staub A.: Action protectrice des ethers phenoliques au cours de l'intoxication histaminique. C. R. Soc. Biol. (Paris), 124, 547-549, 1937.

7. Ferrara A., Stortini G., Bellussi L., Di Girolamo S., Zuccarini N., Passàli D.: L'impiego long term della furosemide per via inalatoria nei pazienti con poliposi nasale. Acta ORL Ital., 14, 633-642, 1994.

8. ISAAC Study Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjuntivitis, atopic eczema.Lancet 1998.

9. Mabry R.L.: Corticosteroids in otolaryngology: nasal aerosols. Otolaryngol. Head Neck Surg. 100, 635-636, 1989.

10. Morris R., Southern L., Storms W. et al.: Intranasal triamcinolone acetonide aerosol vs placebo in pediatric patients with perennial allergic rhinitis. Ann. Allergy 68, 109-12, 1992

11. Mygind N.: Pharmacological managment of perennial rhinitis. Rhinology, suppl. 11, 21-26, 1991

12. Okuda M.: Local Nasal Vasoconstrictors. In Passàli D.(Ed):Around the nose I, 111-116. Conti Tipocolor, Firenze 1989.

13. Passàli D., Anselmi M., Bellussi L.:La terapia inalatoria nelle affezioni delle vie aeree superiori. In: Ferrara A., La Rosa M., Passàli D.(Eds): Terapia inalatoria. Ed. Medico - Scientifiche Valeas 59-111, 1993.

14. Passàli D., Anselmi M., Bellussi L.: Role of eosinophils in specific vasomotor rhinopathy. In Passàli D.(Ed): Rhinology up to date. Ed. Grafiche Romane, 1994.

15. Passàli D., Bellussi L., Anselmi M.: Nasal specific hyposensitizing therapy: theoretical bases and our experience. In Passàli D.(Ed): Rhinolgy up to date. Edizioni Grafiche Romane, 1994.

16. Passàli D.: Attività immunitaria della mucosa nasale e crenoterapia sulfurea. Clin. Term. 41, 199, 1988.

17. Passàli D.:Around the nose I. Ed. Conti Tipocolor, Firenze 1989.

18. Tomiyama S., Ohnishi M., Okuda M. The dose and duration of effect of levocabastine, a new topical H1 antagonist, on nasal provocation reaction to allergen. Am. J. Rhinology 7, 2, 85-88, 1993.

19. Welch M.J., Bronsky E.A., Grossman J. et al.: Clinical evaluation of triamcinolone acetonide nasal aerosol in children with perennial allergic rhinitis. Ann. Allergy 67, 493-498, 1991.

INDAGINE STATISTICA SULLA FREQUENZA DEI SINTOMI NEI PAZIENTI O.R.L.

Prof. Domenico Celestino

Per iniziativa dell'AIOLP e del Gruppo Romano-Laziale di ORL è stata effettuata un'inchiesta epidemiologica riguardante la natura e la frequenza del sintomi che inducono i Pazienti a richiedere l'opera deg1i specialisti.

L'indagine ha avuto 1uogo in quattro settimane a cavallo del giugno e del luglio 2001 ed ha comportato la registrazione del sintomo reputato più importante dal Paziente e che lo ha spinto a richiedere la visita. I dati sono stati racco1ti separatamente per i due sessi. Per facilitare l'esecuzione dell'indagine è stato predisposto un modulo (vedi copia allegata) sul quale annerire, per ciascun Paziente, un solo cerchio corrispondente al sintomo indicato. Di tale moduli ne sono stati spediti 250 e ne sono stati restituiti 23 dai Colleghi di cui riporto i nomi: Pompeo Alfonsi, Flavio Baretti, Alessandra Bruni, M. Luisa Carucci, Graziana Ciferri, Sergio Collatina, Fulvio Di Fulvio, Marco Fusetti, Giovanni Gemmiti, Mario Ghirlanda, Emilio Giangrande, Guido Grasso, Giuseppe Massaccesi, M. Antonietta Nisticò, Paolo Pietrandrea, Michele Poerio, Elisabetta Sartarelli, Mario Taglienti, Stefano Urbini, Angelo Valle, Maurizio Giovanni Vigili.

Ringrazio di cuore le Colleghe ed i Colleghi che hanno partecipato alla ricerca e con i quali spero di continuare a collaborare in future indagini anche insieme agli altri finora assenti.

Riporto ora sinteticamente i dati ottenuti:

1) Ipoacusia	Uomini:	373	Donne:	318	Totale:	691
2) Acufene		192		211		403
3) Autofonia		71		89		160
4) Vertigine		154		212		366
5) Instabilità		74		111		185
6) Prurito Auricolare		78		73		151
7) Otalgia		139		127		266
8) Otorrea		43		44		87
9) Otorragia		16		8		24
10)Stenosi nasale		125		101		236
11)Rinorrea acquosa		34		32		66
12)Rinorrea rnucopurulento		28		27		55
13)Epistassi		50		42		92
14)Starnuti		80		54		134
15)Russamento		56		38		94
16)Bolo o vellichio faringeo		34		55		89
17)Alitosi		10		12		22
18)Scialorrea		7		44		51
19)Mal di gola		115		154		269
20)Disfonia		75		107		182
21)Soffocamento		5		15		20
22)Disfagia		21		31		52
23)Dolore facciale		14		34		48
24)Cefalea		21		54		75
25)Tosse		6		10		16
26)Emoftoe		3		3		6
27)Tumefazione cervicale		7		3		10
28)Glossodinia		2		3		5
29)Scroscio ATM		0		3		3
30)Anosmia		1		0		1
TOTALE COMPLESSIVO		1834		2015		3849

Si potrebbero fare infinite osservazioni sul dati raccolti ma mm limito a quelle più immediate.

Le Pazienti sono leggermente più numerose rispetto agli uomini. La differenza è peraltro modesta e corrisponde alla percentuale dei due sessi nella popolazione generale.

I sintomi da 1 a 9 sono di gran lunga i più numerosi e confermano il Predominio delle patologie dell'orecchio esterno, medio ed interno nella pratica specialistica. Questi sintomi sono infatti accusati da 2333 Pazienti su 3849 e cioè da circa il 61%. Si deve rilevare che i sintomi funzionali relativi all'udito e all'equilibrio coprono circa l'85% dei disturbi riferiti all'orecchio mentre soltanto il 15% ha una apparenza più manifestamente "anatomica".

Sintomi di patologia nasale sono riferiti da 574 soggetti e cioè approssimativamente dal 16%, con una leggera prevalenza del sesso maschile. La stenosi nasale è il sintomo maggioritario seguito dagli starnuti. Ben rappresentate le epistassi distribuite equamente nei due sessi. Le rinorree acquose prevalgono leggermente su quelle mucopurulente probabilmente per essere giugno un mese favorevole alle allergie respiratorie.

I sintomi faringo-tonsillari sono presenti in 525 casi (circa il 14%). Essi preferiscono le donne nella proporzione di 3 : 2, ma non per quanto riguarda il russamento che si verifica più spesso negli uomini nel rapporto di 6 : 4.

I sintomi faringo-laringei sono 291 e rappresentano appena l'8% del totale; tra di essi, le alterazioni della voce corrispondono ai 2/3 e riguardano le donne più degli uomini. In questo gruppo sono riuniti i sintomi 20, 21, 22, 25, 26, 27 e 28.

I sintomi algici (dolore facciale, cefalea, sindrome ATM) formano l'ultimo raggruppamento considerato e riguardano 124 Pazienti. Tra di essi, il sesso femminile è quello più colpito con circa il 70%.

L'insieme dei dati raccolti conferma che lo specialista ORL è chiamato ad affrontare situazioni molto diverse e, più spesso che mai, a risolvere problemi di patologia audio-vestibolare e delle VADS. Ciò comporta la necessità del più puntuale aggiornamento e la disponibilità delle attrezzature diagnostiche indispensabili. Come è noto, i moderni supporti tecnici sono molto costosi e la loro utilizzazione deve aver luogo là dove ne è maggiore il bisogno e dove la qualificazione del personale ne promette un impiego proporzionato all'impegno economico.

Nuove e più estese indagini del tipo di quella conclusa potranno far conoscere con esattezza la reale domanda di prestazioni specialistiche nella regione e forniranno gli elementi utili per la razionale distribuzione delle risorse sul territorio.

Resto in attesa dei commenti dei lettori e sono pronto ad attivare nuove indagini sugli argomenti che i Soci vorranno indicare.

ESPERIENZE NELLO STUDIO DEI DISTURBI RESPIRATORI DURANTE IL SONNO NELLA AZIENDA USL di RIETI

A. Procaccini, S. Lattanzi, R. Le Donne, S. Eslami, D. Mancini
Ospedale S. Camillo de Lellis AUSL - Rieti

"Approccio Multidisciplinare alle Patologie del Sonno" – Rieti, 5-6 ottobre 2001

Sulla spinta di un crescente interesse verso la patologia del sonno, nel febbraio 1999, a seguito di delibera aziendale n. 344 del 9 marzo 1998, ha avuto inizio la attività del centro per la diagnosi e la terapia dei disturbi respiratori del sonno della AUSL Rieti orientata alla diagnosi ed al trattamento della sindrome delle apnee ostruttive del sonno.

La istituzionalizzazione del centro ha comunque comportato la soluzione di numerose problematiche relative al personale medico e paramedico da adibire allo studio, al reperimento di locali idonei e di risorse strumentali ed alle modalità di accesso alle prestazioni.

Relativamente al **personale addetto allo studio**, nella fase iniziale, la operatività è stata svolta dal personale medico della U.O. di Broncopneumologia supportato dal personale paramedico della U.O. di Otorinolaringoiatria il paziente, ricoverato per due giorni presso il reparto di O.R.L., effettuava lo studio durante la prima notte di degenza. Dal luglio 2001 il ricovero avviene in regime di night hospital presso la U.O. di Broncopneumologia che utilizza personale medico e paramedico propri.

I locali da adibire allo studio polisonnografico sono stati individuati in porzione dell'ospedale sufficientemente tranquilla e facilmente raggiungibile dal personale paramedico della U.O. ORL, fatto che risultava molto importante nella prima fase di attività.

Gli **ambienti** attualmente a disposizione del centro sono costituiti da:

- stanza di registrazione, dotata di telecamera, con due posti letto di cui uno solo attivo per la PSG-lab
- ambiente contiguo i cui è posto il poligrafo, il video controllo del paziente ed i ventilatori per la ventilazione non invasiva (BPAP; CPAP; AUTOCPAP), che possono essere regolati dal personale medico senza che questo abbia accesso alla stanza del paziente.

Le **risorse strumentali** acquisite dal centro in momenti diversi, sono attualmente costituite da:

- Polisonnografo tradizionale (Somnostar Sensormedics 4100 serie alfa) per studi di I livello con 12 canali attivati
- Strumentazione per monitoraggio cardiorespiratorio 6 canali (SIBELHOME 300) per studi di III livello
- Strumentazione per studi di IV livello (PULSOX 3)

Per quanto riguarda **l'accesso alle prestazioni,** il paziente con sospetta OSAS viene inviato presso la U.O. di Broncopneumologia dove viene sottoposto a questionario relativo alla qualità del sonno e a questionario di Epworth per la valutazione della sonnolenza. Vengono inoltre effettuate PFR, EGA, ECG, emocromo, Rx torace e visita ORL. Altre consulenze specialistiche (neurologica, cardiologica, endocrinologica, radiologica) vengono valutate sul singolo paziente.

L'inserimento nelle liste di attesa avviene secondo un criterio temporale e di gravità della patologia.

I dati relativi alle attività svolte sono stati suddivisi secondo i livelli di studio e vengono di seguito riportati:

Studi di I Livello (Polisonnografie) tradizionali - PSG-LAB

Dal febbraio 1999 al giugno 2001 sono stati effettuati 121 studi (circa 50 studi/anno) su 111 pazienti (93m 18f) con età media di 50anni +-10. Il 32% degli studi sono stati condotti con la metodica della split night se-

condo quanto suggerito dall'ASDA (Sleep 20/6406- 422 1997). Sono stati studiati infatti con tale metodica tutti i pazienti con indice di apnea - ipopnea di almeno 40 eventi / ora durante le prime due ore di registrazione e la titolazione della protesi ventilatoria è stata condotta per almeno tre ore. La percentuale dei soggetti che con tale metodica, non ha tollerato la applicazione di ventilatore polmonare è risultata pari al 18%.

Dei 121 studi effettuati, 12 (10%) sono stati relativi a controlli in soggetti già in ventilazione domiciliare in cui

1. la risposta clinica era insufficiente;
2. gli studi del sonno di III o IV livello avevano dimostrato un insufficiente compenso da parte del ventilatore
3. importanti modificazioni del peso corporeo facevano presupporre la necessità di adeguamento delle pressioni di ventilazione.

Il 70% (78/111) dei pazienti studiati è risultato affetto da OSAS (età media di 52.5+-11.5; BMI medio 33.6+-7.9; AHI medio 52.5+-32.1). Tra questi il 69% è risultato costituito da soggetti obesi (età media 51+-11.1; BMI medio 36.6+-7.1; AHI medio 56.6+-34.2) in cui è stata riscontrata una netta prevalenza delle forme più gravi (50% di soggetti con AHI > 50). Nel gruppo di soggetti non obesi, pari al 31% (età media 56.3+-11.5; BMI medio 25.9+-1 .3; AHI medio 41.6+-24.4). La distribuzione della gravità della patologia è risultata invece più omogenea essendo ben rappresentati anche i soggetti con AHI < 50 (62 %).

Il trattamento adottato per i soggetti risultati positivi per OSAS è stato quello di seguito riportato:

- in 14 pazienti (18%) è stata prescritta ventilazione non invasiva notturna con CPAP con o con BPAP
- 7 pazienti (9%) era o già in trattamento domiciliare con ventilazione non invasiva
- 3 pazienti (4%) sono stati sottoposti ad intervento di UPPP
- 7 pazienti (9%) con OSAS correlata alla posizione corporea sono stati trattati con terapia posizionale
- 1 paziente trattato con OLT e terapia dietetica (overlap syndrome)
- in 33 pazienti (42%) sono state prescritte misure dietetiche ed ottimizzazione della terapia medica

Studi di III Livello (Monitoraggio cardiorespiratorio)

Dal dicembre 1999 al giugno 2001 sono stati effettuati 120 studi su soggetti adulti e 23 studi su bambini. L'età media dei 92 soggetti adulti studiati è risultata pari 54 anni +-12. Dei 143 studi ventilatore; 27 OSAS gravi per la titolazione del ventilatore).

Studi di IV Livello (Pulsossimetria)

Eeffettuati solo 18 (12%) sono risultati non diagnostici e riguardavano tutti soggetti adulti. Degli 88 soggetti studiati per la prima volta, 22 sono risultati negativi per la diagnosi di OSAS (25%). Fra i 66 soggetti positivi, il 41% ha evidenziato un indice di apnea-ipopnea < 30, mentre il 59% un indice maggiore di 30. Il 34 % dei soggetti studiati sono stati inviati allo studio in PSG-lab (2 pazienti per dubbio diagnostico; 2 pazienti per una nuova titolazione notturna)

Dal 1998 al giugno 2001 sono stati condotti 613 studi ossimetrici. Fino al 1999 molto utilizzata come screening dell'OSAS grave per indirizzare i pazienti verso altri centri, dal 1999, data la diversa disponibilità di attrezzature, il suo utilizzo è volto prevalentemente alla valutazione delle desaturazioni ossiemoglobiniche notturne nel BPCO grave o complicato.

LA PROTESIZZAZIONE ACUSTICA DEI TECNO ACUSICI IN AMBITO I.N.A.I.L.

Lucio Maci - Anna Maria Stasi - Carmelina Di Pierri
Centro Medico-Legale INAIL - TARANTO/1

XXVII Congresso Naz. Soc. Italiana di Audiologia – Catania, 27-29 settembre 2001

INTRODUZIONE

La normativa, che disciplina la concessione degli apparecchi elettroacustici in ambito I.N.A.I.L., è rappresentata dall'art. 23 della delibera 295 del 1 giugno 2000, che mutua tanto le finalità istituzionali volte al recupero psicofisico del lavoratore tanto lo spirito del precedente art. 16 della circolare 18 del 31/3/1992.

Parimenti l'Istituto ha recepito in buona sostanza anche il Decreto Ministeriale del 27 agosto 1999 n° 332 sulle modalità di erogazione protesica nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale.

La norma recita : "Agli invalidi con menomazione bilaterale dell'udito è fornito un apparecchio elettroacustico mono o bilaterale, **se questo risulta atto a migliorare la funzione uditiva...**" e si differenzia notevolmente dalle direttive di altri Enti previdenziali in analogo ambito di competenza.

L'iter da seguire prevede fasi di ordine amministrativo, medico-legale e specialistico.

La condizione, posta nella parte finale dell'assunto, presta spesso il fianco ad una serie di interpretazioni, legate a legittimi interessi di parte, cavillosità legali ed a forzature metodologiche.

La protesizzazione dei tecnoacusici, in ambito specialistico a fini medico-legali, risulta estremamente complessa, poiché vari sono i problemi da considerare, da discriminare e da risolvere.

I principali fattori da valutare sono il grado di perdita uditiva (impairment, invalidità, handicap), la sede della lesione, le variabili individuali (beneficio, prestazione, soddisfazione, aspettative realistiche), il counseling prima e la riabilitazione poi, gli indiscutibili progressi tecnologici, gli acufeni invalidanti, i costi sociali e la sfera medico-legale:

Senza la presunzione di volersi arrogare diritti di primogenitura o magari di ortodossia, gli Autori analizzeranno criticamente le varie scansioni procedurali di prescrizione e di "counseling", valuteranno l'opportunità d'integrare e di regolamentare l'art. 23, anche al fine di ridurre il contenzioso.

LA TERAPIA PROTESICA

La protesi acustica è un sistema elettroacustico in grado di trasdurre ed amplificare messaggi sonori, consentendo al soggetto affetto da sordità di ascoltare comodamente la voce di conversazione. E' un amplificatore a bassa fedeltà poiché riproduce messaggi acustici amplificati, che rientrano in una banda limitata di frequenze del campo di udibilità ed introduce fenomeni di distorsione sui messaggi stessi.

Il processo di trasduzione e di amplificazione avviene attraverso 3 fasi: conversione dell'energia sonora in energia elettrica, amplificazione dell'energia elettrica, conversione dell'energia elettrica amplificata in energia sonora.

Le caratteristiche elettroacustiche più importanti della protesi possono in linea di massima essere così classificate: guadagno acustico, uscita massima, curve di frequenza, distorsione di non linearità, rumore di fondo, retroazione.

I fattori che condizionano il successo di una terapia protesica, sono: grado di perdita uditiva, sede della lesione, fattori individuali.

La terapia protesica è consigliata in tutti i casi in cui la perdita uditiva è causa di disturbi della comunicazione.

Si articola in 3 fasi :

1. Prescrizione l'audiologo, una volta valutato che la terapia protesica sia la più indi-

cata o la più accettata,deve fornire all'audioprotesista le informazioni sulla capacità uditiva del soggetto e sulle caratteristiche elettroacustiche della protesi da fornire,spiegando al paziente i potenziali risultati,che potranno essere raggiunti

2. Adattamento è di stretta pertinenza dell'audioprotesista. Prevede l'attuazione pratica di quanto richiesto in fase di prescrizione,le prove di selezione della protesi ottimale e l'adattamento personalizzato in rapporto alle necessità del paziente.
3. Controllo verifica dell'efficacia della terapia sia con test audiometrici sia con una valutazione globale dei miglioramenti comunicazionali ottenuti.

L'audiometria protesica utilizza prove specifiche, che impiegano stimoli sopraliminari, la cui intensità è espressa in dB SPL. Le caratteristiche elettroacustiche del sussidio uditivo sono espresse non in termini di sensazione (dB HTL) ma di pressione sonora (dB SPL).

La corretta attuazione della terapia protesica investe la comunicazione verbo-acustica, gli aspetti tecnici della protesi e gli aspetti clinici della terapia.

La comunicazione verbo-acustica dipende dal messaggio verbale, dall'ambiente in cui avviene la comunicazione, da chi ascolta.

Il danno uditivo comprende l'impairment, l'invalidità (disability), l'handicap.

L'impairment è il danno funzionale d'organo (ipoacusia, distorsione di frequenza, recruitment, loudness).

L'invalidità, o disability, è la difficoltà nella percezione dell'udito sociale.

Lo stesso tipo d'impairment può produrre differenti disabilità in relazione all'età, all'attività, alla capacità d'attenzione, all'ambiente di vita o di lavoro.

L'handicap è dato dalle conseguenze sulla funzione psicosociale del soggetto come la possibile riduzione di opportunità lavorative e sociali, la compromissione del benessere psicologico e della qualità della vita.

Il beneficio, derivante dall'utilizzo degli apparecchi acustici, è un concetto relativo, che misura la riduzione d'invalidità e/o di handicap. In altri termini misura la differenza con o senza apparecchi acustici.

La prestazione è una misura assoluta, indica cioè la capacità di sentire in una specifica circostanza rispetto alla norma.

La soddisfazione è il vantaggio generale percepito dall'utente protesizzato. E' un concetto generale piuttosto che una specifica misura della riduzione dell'invalidità/handicap. E' influenzata da fattori indipendenti dagli apparecchi acustici come lo stile e le abitudini di vita,il carattere e la personalità, l'attitudine verso gli apparecchi acustici, la motivazione e le finalità, il tipo e l'entità della perdita uditiva, le aspettative.

Queste ultime devono essere **realistiche** ossia rispecchiare le implicazioni del danno uditivo, le possibilità tecnologiche, tutte le tecniche riabilitative disponibili e lo stato dell'arte della conoscenza audiologica e medica.

L'adattamento sarà perciò di tipo acustico, biologico e relazionale.

Nel senso etimologico del termine, "riabilitativo" significa che restituisce l'abilità cioè riduce in altri termini l'invalidità. Ciò può anche non ridurre l'handicap o ridurlo solo parzialmente. Vi può dunque essere beneficio legato alla riduzione o all'eliminazione dell'invalidità conseguente al danno uditivo ma non soddisfazione, generata dalla presenza di un handicap percepito o di un'invalidità collaterale. Soddisfazione e beneficio non sono sinonimi. Il risultato dell'iter riabilitativo,nel caso delle sordità neurosensoriali, non è la guarigione ma una migliore qualità della vita,nonostante la permanenza del danno uditivo.

Il counseling, che si divide in informativo ed adattativo, è il tipo d'intervento in cui il professionista discute direttamente con il paziente, e talora con i suoi familiari, dei suoi problemi e delle sue difficoltà adattative, propone eventualmente dei tests e consiglia eventuali comportamenti alternativi.

LA PROTESIZZAZIONE DEI TECNOACUSICI

Risulta estremamente complessa ,poiché varie sono le problematiche da valutare,

da discriminare e da risolvere.

La perdita uditiva, suggestiva per la tecnoacusia, è limitata alle alte frequenze con caduta più o meno accentuata.

Tale configurazione implica difficoltà nella realizzazione di un'amplificazione realmente "selettiva" alle frequenze interessate dal deficit uditivo, senza che siano generate distorsioni.

Vi è poi la necessità di realizzare sistemi d'accoppiamento "aperti" per mantenere inalterata la sensibilità uditiva alle frequenze gravi con conseguente possibile innesco dell'effetto Larsen o feedback acustico, che si realizza per interazione fra l'uscita amplificata e l'ingresso microfonico dell'apparecchio protesico.

Causa alterazioni della codifica d'intensità nella regione dell'ipoacusia con spiccato recruitment di loudness, si rendono necessari amplificatori non lineari nel tentativo di espandere il range d'intensità udibile in maniera similare alla dinamica compressiva della coclea normale, senza ingenerare distorsioni nel segnale.

Vi è poi da considerare un'alterazione della selettività frequenziale con perdita della normale "sintonia".

La ridotta percezione verbale in ambiente rumoroso non rappresenta solo la conseguenza dell'alterata percezione dello spettro acustico verbale ma implica il coinvolgimento di alterati meccanismi centrali di "processing" uditivo.

La presenza di acufeni invalidanti interferisce in maniera significativa e talora imprevedibile con la protesizzazione, potendo risultare anche aggravati da questi.

Nella nostra esperienza una minima percentuale di Assicurati ci riferisce che questo problema li porta a ridurre e talora a sospendere autonomamente l'utilizzo degli apparecchi elettroacustici.

Si rimarca che il danno uditivo ad esordio subdolo ed ad evoluzione lentamente ingravescente rende critici i fenomeni di deprivazione e di deafferentazione con tempi di recupero prolungati. (D. Cuda). Un aspetto da tenere in particolare considerazione riguarda gli effetti dell'utilizzazione delle protesi acustiche nell'ambiente lavorativo rumoroso.

Misurazioni reali su un paziente portatore di protesi acustiche e simulazioni su manichino antropometrico hanno evidenziato livelli di dBA superiori a quello di rischio anche con apparecchi di lieve e media potenza (Dolan, Maurer 1996).

La protesi intrameatale, per il guadagno acustico erogabile e lo sfruttamento della direzionalità e dell'effetto amplificatore dell'orecchio esterno, costituisce un'apparecchiatura molto valida.

In caso di perdite accentuate, le protesi retroauricolari sono da preferirsi specie se vengono allestite con chiocciole "aperte" per favorire il filtraggio delle frequenze gravi, generalmente non interessate dal danno uditivo.

Le protesi con occhiali sono utilizzate nel caso di feedback incontrollato per riduzione della probabilità d'innesco dell'effetto Larsen per la maggiore distanza fra il microfono, ubicato sulle aste, e la chiocciola aperta. Sono indicate anche per i pazienti,che utilizzano in maniera continuativa gli occhiali per vizi di rifrazione.

La tecnologia avanzata (digitale ed ibrida) ha portato indiscutibili ed ulteriori miglioramenti, destinati a portare nell'immediato e nel prossimo futuro miglioramenti alla protesizzazione dei tecnoacusici.

NOSTRA ESPERIENZA

Viene riportato uno studio condotto dal 1998 ad oggi sulle domande,avanzate al centro Medico-Legale della sede I.N.A.I.L. Taranto/1, tese alla prima concessione di fornitura protesica, al fine, non solo di enucleare dei meri dati numerici, ma soprattutto di evidenziare le linee guida seguite nelle varie scansioni procedurali .

Non sono stati inseriti i rinnovi protesici in questa indagine proprio per non alterare l'omogeneità delle valutazioni sortite.

Esiste, in linea peraltro con i dati nazionali, una forte sperequazione tra numero di domande di malattia professionale per

ipoacusia da rumore e richieste per la concessione di protesi acustiche.

Le spiegazioni possono essere molteplici e non sempre di facile interpretazione.

I dati maggiormente significativi sono la quasi totalità di richieste di lavoratori per lo più in pensione, con età superiore ai 60 anni, con esposizione a rumore "occupazionale" superiore ai 15 anni, con una forte motivazione familiare e/o sociale, con intellezione verbale riferita difficoltosa.

Una volta espletata la fase amministrativa, l'Assicurato viene sottoposto a visita otorinolaringoiatrica.

Il protocollo eseguito comprende anamnesi, visita specialistica, otoscopia, prove acumetriche (posizionandosi a varia distanza dall'esaminato, parlando "a voce piena", utilizzando logotomi e parole bisillabiche di senso compiuto), audiometria tonale liminare, prove di simulazione, impedenzometria.

In qualche caso si è ritenuto opportuno richiedere S.V.R. ed audiometria vocale.

Dopo aver acquisito tutti questi elementi, lo specialista della Sede può proporre l'opportunità di protesizzare l'Assicurato o di respingere la sua domanda.

Vari sono i criteri, che vengono seguiti in questa fase,che investono sia l'ambito più eminentemente specialistico sia quello medico-legale.

Come richiesto dallo spirito dell'art. 23, si valutano e si discriminano tutti quegli elementi precedentemente richiamati.

Schematicamente sono state impostate 7 "griglie", ancora da perfezionare e da presentare al vaglio degli organi istituzionali dell'Ente,che riassumono o almeno tentano di riassumere quei concetti di terapia protesica fin qui riportati.

Investono l'entità della perdita uditiva riferita all'area dell'udito sociale secondo quanto stabilito dal Bureau International d'Audiophonologie, la diagnosi differenziale con altre patologie preesistenti o concomitanti, l'incidenza degli acufeni, la scala di raggiungimento degli obiettivi protesici, la motivazione del paziente, le reali possibilità di miglioramento ottenibile con il presidio protesico, il counseling e la riabilitazione.

E' nostro obiettivo lavorare ancora su queste problematiche per giungere ad un protocollo, che costituisca la base di partenza per uniformare e per disciplinare l'intera materia, al fine anche di ridurre il contenzioso.

Dal punto di vista medico-legale lo specialista otorinolaringoiatra assume un rilievo importante.

Deve rimarcare, specie in caso di parere sfavorevole, i casi di tracciati asimmetrici, di ipoacusie miste, di "stimmate tecnoacusiche", di non accertata "prevalenza direzionale", di simulazione (assoluta o relativa), di non adeguata spinta caratteriale.

L'area medico-legale, tappa finale di questo iter, non ha solo una valenza notarile di avallo della proposta, scaturita dall'otorino della Sede ma assume la delicata rilevanza di discriminare l'intero corso procedurale, invitando, laddove lo ritenga necessario, lo specialista a verificare o a specificare meglio il contenuto delle sue conclusioni.

CONCLUSIONI

La protesizzazione acustica dei tecnoacusici in ambito I.N.A.I.L. riveste delle peculiarità e delle specificità, legate alle finalità istituzionali volte al recupero psicofisico del lavoratore.

L'art. 23 della delibera 295 del 1/6/2000 rappresenta un fulcro insostituibile, che deve però mutuare le complessità della prescrizione, gli indiscutibili progressi tecnologici, i legittimi interessi di parte, la valenza medico-legale dei singoli casi.

Dopo aver richiamato i concetti generali della terapia protesica, si sono evidenziate le attuali migliori conoscenze del danno cocleare e dei meccanismi centrali implicati nella riabilitazione del tecnoacusico, le valenze dei vari apparecchi elettroacustici, la complessità specialistica del problema.

Si è infine affrontata l'analisi delle varie scansioni procedurali di prescrizione e di counseling nell'ambito dell'esperienza maturata dagli Autori.

BIBLIOGRAFIA

1. COTRONA U. - La valutazione della soddisfazione degli apparecchi protesici Progressi in Audiologia e Vestibologia - Vol. III - n° 3/1999 – pp. 61-65
2. CUDA D. - Possibilità di protesizzazione acustica nel trauma acustico cronico Convegno "La valutazione multidisciplinare dei danni uditivi da rumore: aspetti clinici, medico-legali ed assicurativi" - Torino, 12-13 marzo 1999
3. DEL BO M.-GIACCAI F.-GRISANTI G. - Manuale di Audiologia - Ed. Masson, Milano 1984
4. DOLAN TG.-MAURER JF. - Noise exposure associated with hearing aid use in industry - J. Speech Hear Res 1996 Apr, 39 (2): 251-260
5. ROSSI G. - L'uomo, il rumore industriale e la presbiacusia. Aspetti biologici e pratici - Professione Sanità Pubblica e Medicina Pratica, 2-3, 1994

Indice

Bando di Concorso . . . . . p. 6

Notizie dall'Associazione . . . . . " 7

VIII Convegno Nazionale di Aggiornamento O.R.L.–A.I.O.L.P. . . . . . " 8

Iniziative dei Soci . . . . . " 9

Mosca 2001: Incontro con l'Otorino venuta dal freddo . . . . . " 9

La gestione del paziente con rinite allergica . . . . . " 11

Indagine statistica sulla frequenza dei sintomi nei pazienti O.R.L. . . " 21

Esperienze nello studio dei disturbi respiratori durante il sonno . . . . " 23

La protesizzazione acustica dei tecnoacusici in ambito I.N.A.I.L. . . . " 25

Appuntamenti Congressuali . . . . . " 31

Stampa: Arti Grafiche - Albano - Tel. 06 9320046