

Anno XXIII - Agosto 2014 - n. 4

SASSARI MEDICA





Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari

Via Cavour n° 71/b - 07100 Sassari

Telefono 079-234430

Fax 079-232228

Sito Internet

<http://www.omceoss.org>

@Email@ e PEC

Segreteria: ordine@omceoss.org; ordine.ss@pec.omceoss.it

Presidente: presidente@omceoss.org; presidente.ss@pec.omceoss.it

Presidente C.A.O: presidentecao.ss@pec.omceoss.it

Orari di apertura al pubblico

Lunedì: 11:00 – 13:00

Martedì: 11:00 – 13:00 e 15:00 – 17:00

Mercoledì: 11:00 – 13:00

Giovedì: 11:00 – 15:30

Venerdì: 11:00 – 13:00

Il Presidente dell'Ordine riceve il martedì pomeriggio previo appuntamento
da concordare telefonicamente al n. 079-234430

Il Presidente della Commissione Albo Odontoiatri riceve previo appuntamento
da concordare telefonicamente al n. 079-234430



In copertina: L'immagine di copertina e le foto subacquee che illustrano le pagine interne sono state gentilmente concesse dalla associazione "Acqua-marina" di Sassari, le foto di Monteone Roccadoria sono di Marco Falchi

Direttore Responsabile Agostino Sussarellu

Direttore Editoriale Agostino Sussarellu

Redattori Giovanni Biddau, Paolo Castiglia, Monica Derosas, Francesco Bustio Dettori, Carla Fundoni, Maria Antonietta Izza, Antonio Pinna.

Cordinatore di redazione Antonio Pinna

Autore del menabò Francesco Bustio Dettori

Addetto stampa Maria Antonietta Izza

Hanno collaborato a questo numero Isidoro Aiello, Gianfranco Alloni, Nicolas Arnould, Alfonso Bolognini, Guglielmo Campus, Sebastiano Carboni, Ilario Carta, Corrado Casu, Gavino Casu, Maria Grazia Clemente, Antonello Demartis, Giacomo Deriu, Carlo Lubrano, Franco Pala, Giovanna Rau, Antonio Tullio, Umberto Volta

Redazione Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Sassari - Via Cavour n°71/B 07100 Sassari - Tel. 079/234430 telefax. 079/232228

Registrazione n° 236 del 15-12-1989 tribunale di Sassari. Poste italiane s.p.s spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003 (conv.inl. 27/02/2004 n° 45) art. 1 comma 2 DCB Sassari

Proprietà Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari.

Realizzazione editoriale Tipografia TAS

Zona Industriale Predda Niedda sud strada n° 10 tel. 079.262221 - tipografiatas@gmail.com - 07100 Sassari.

Bollettino ufficiale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari

Il Bollettino è inviato gratuitamente a medici e odontoiatri delle province di Sassari, Olbia-Tempio iscritti all'Albo e agli Ordini dei Medici d'Italia

SASSARI MEDICA

Anno XXIII Numero 04 - Agosto 2014
Periodico bimestrale

Consiglio Direttivo 2012/2014

Presidente Agostino Sussarellu

Vicepresidente Rita Nonnis

Segretario Giovanni Biddau

Tesoriere Nicola Addis

Consiglieri

- Alessandro Arru
- Piero Luigi Bellu
- Paolo Giuseppino Castiglia
- Maria Grazia Cherchi
- Pier Luigi Delogu (odontoiatra)
- Alberto Ettore Delpini
- Monica Derosas
- Gabriele Farina
- Carla Fundoni
- Antonio Pinna (odontoiatra)
- Nicolino Sanna
- Francesco Pio Scanu
- Patrizia Anna Virgona

**Commissione Iscritti
all'Albo Odontoiatri 2012/2014**

Presidente Pier Luigi Delogu

Componenti

- Carlo Azzena
- Antonella Bortone
- Luisa Destefanis
- Antonio Pinna

Collegio Revisori dei Conti

Presidente Giancarlo Bazzoni

Revisori

- Natalia Marta C. Grondona
- Leila Maria Marchisio

Revisore Supplente: Pasqualina Bardino

Indicazioni redazionali

I sigg. colleghi sono invitati a collaborare cortesemente con la redazione del periodico inviando i propri articoli al seguente indirizzo: redazione "Sassari Medica" c/o Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Sassari Via Cavour n°71 07100 Sassari tel. 079/234430, oppure via mail a: ordine@omceoss.org. Per favorire una veloce e corretta distribuzione razionale degli elaborati suggeriamo le seguenti indicazioni:

I lavori di carattere medico-scientifico dovranno essere di taglio divulgativo; scritti al computer e inviati in forma digitale; dovranno essere corredati di fotografia a colori dell'Autore e breve profilo professionale o personale di massimo 400 battute, nonché tutti i contatti utili.

Il testo recherà un titolo e un sottotitolo, finalizzati a stimolare l'attenzione del lettore. Eventuali acronimi dovranno essere esplicitati per esteso. Per le relazioni scientifiche realizzate presso istituti, laboratori, centri, strutture pubbliche o private sarà indispensabile comunicare le generalità dei rispettivi direttori responsabili.

Foto, grafici, tabelle, ad alta definizione, comprensive di relative didascalie, non dovranno superare le 10 unità; saranno prodotte in maniera separata dal testo, con numerazione progressiva e precise indicazioni sugli inserimenti.

Pubblicazione e proprietà

Il Comitato di redazione si riserva il diritto di rifiutare la pubblicazione degli elaborati se non conformi alle norme di Deontologia Medica e all'indirizzo culturale che l'Ordine persegue. Si riserva, inoltre, di concordare con gli Autori eventuali modifiche e riduzioni dei testi. Gli articoli originali e il corredo iconografico non saranno restituiti anche nel caso in cui non vengano mandati in stampa. La proprietà di quanto pubblicato è riservata, pertanto non ne è consentita la riproduzione, seppure parziale, se non autorizzata dalla direzione del bollettino.

Estratti e copie

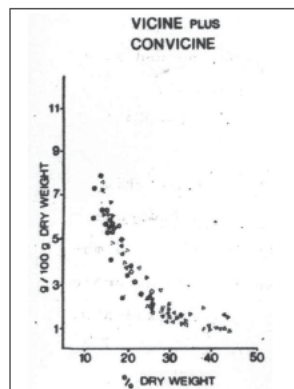
Non è previsto l'invio di estratti dei lavori pubblicati. Nel caso l'Autore, contestualmente alla presentazione del lavoro, ne faccia specifica richiesta, potrà fruire di alcune copie del periodico, a discrezione della redazione.

Pagine libere

E' prevista una sezione particolare, denominata "*pagine libere*", che raccoglie: lettere al Presidente, notizie su congressi e avvenimenti di collegiale interesse, attività culturali varie, presentazione lavori letterari, attività di carattere musicale, artistico, sportivo, annunci vari riguardanti la professione medica.

ERRATA CORRIGE

Nell'articolo del Prof Antonino Spanu, intitolato "Ricerche sulle sostanze scatenanti l'emolisi in Vicia Faba", inserito nello "Speciale Favismo" e pubblicato nelle pagg. 12, 13 e 14 del numero di Sassari Medica n° 3, uscito nel mese di giugno, per un errore di impaginazione non compare il presente grafico riguardante le variazioni di Vicina e Convicina in rapporto all'aumentare della quantità della sostanza secca. Ce ne scusiamo con l'autore e con i lettori.



IN QUESTO NUMERO

EDITORIALI DEI PRESIDENTI

- 1/La nostra sanità chiusa a confronto con quella privata Pagina 4
- 2/Innovazione sostenibilità sviluppo. I cardini del cambiamento 6

OMCeOSS/VITA DELL'ORDINE

- I nostri nuovi iscritti 7

NOSTRA SALUS

- L'anestesia e la rianimazione a Olbia 9
- La nutrizione clinica nella ASL 2 di Olbia 12

NOIPERVOI

- Associazione Italiana Celiachia, il bilancio a 35 anni dalla fondazione 15

ODONTOIATRIA

- L'utilizzo di un nuovo materiale composito 17
- Summer School. Un appuntamento irrinunciabile 21
- AIO/Gli alleati della prevenzione 22

APPROFONDIMENTI

- Speciale Celiachia: il parere degli esperti 23
- La biopsia nella Celiachia: è proprio necessaria? 28
- La Sindrome delle Apnee Ipopnee Ostruttive in Sonno 33
- La Sindrome delle Apnee Ostruttive del sonno: l'analisi del cardiologo 39
- OSAS e attività subacquee 42
- Avanzamento maxillo-mandibolare nel trattamento delle apnee ostruttive del sonno 44

FITOTERAPIA

- Proprietà terapeutiche di piante comuni e officinali: Borrage e Marrubio 46

IL GRAFFIO

- Il profilo di un buon leader 48

FNOMCEO

- Ordinanza Corte di Cassazione, Governo clinico: innovazioni, monitoraggio, performance cliniche 49

NEWS

- Sassari: standard di eccellenza per il centro di emostasi; ASL azienda pilota; Università attiva nuovi corsi 50

TACCUINO

- 7° Raduno Nazionale Otosub; Gara ciclistica "Amici del trapianto di fegato" 53

CULTURE

- L'isola che c'è: Monteleone Roccadoria 54

LETTURE

- Il pozzo salato 57
- La determinazione molecolare del KRas 59
- La Repubblica di Runcumulu: l'appartenenza di un medico di paese 60

MUSICA

- Even Flow/la band sarda alla conquista dell'Europa 61

FOTOGRAFIA

- Gli scatti dell'associazione Acquamarina 63

- Elenco dei medici disponibili ad effettuare sostituzioni di assistenza primaria e di pediatria anno 2014 64

Il San Raffaele a Olbia

La nostra sanità chiusa a confronto con quella privata

La giunta regionale della Sardegna, con la deliberazione N. 24/1 del 26 giugno scorso, ha dato il via alle "procedure per l'attivazione dell'ospedale e polo di ricerca nell'area territoriale della Gallura", meglio noto come "Ospedale San Raffaele di Olbia". La determinazione della giunta ha messo la parola fine a una discussione, durata mesi, tra chi sosteneva a spada tratta il progetto del nuovo ospedale e chi, sempre a spada tratta, lo contestava.

La pubblicazione della delibera ha permesso a tutti di conoscere il contenuto degli accordi preliminari sottoscritti, e più in particolare quale dovrebbe essere l'assetto di tale polo ospedaliero, quali i reparti e i servizi presenti, e quanti posti letto saranno attribuiti per tali attività.

Le discussioni dei mesi precedenti, avvenute quasi tutte all'interno del mondo politico, sia gallurese, sia regionale, e che hanno toccato punte di notevole durezza, si sono come per incanto trasformate in tentativi di autoattribuzione del merito su quanto deciso dalla amministrazione regionale.

Il nostro Ordine, non dovendo rivendicare alcun riconoscimento sull'istituzione del nuovo ospedale, può permettersi di riflettere su quanto stabilito dal deliberato in questione, e su quelle che potrebbero essere le ricadute positive sulla sanità, della Gallura in particolare, e della Sardegna in generale.

Al primo punto porrei il fatto che finalmente, dopo decenni di sofferenza, si colma la carenza di posti letto che questo territorio ha dovuto sopportare; a pari merito il dato che vengono istituiti dei servizi totalmente o parzialmente carenti che costringevano la popolazione locale a gravosi trasferimenti verso Sassari, Nuoro o, come per abitudine ormai inveterata, verso "il continente".

Sarà sicuramente importante la ricaduta occupazionale locale e regionale; noi tutti, infatti, ci auguriamo che buona parte del personale venga selezionato e scelto tra i nostri conterranei, per quanto concerne le professioni sanitarie e le altre attività di supporto.

di Agostino Sussarellu



Altrettanto significativa sarà la convenzione, prevista tra la nuova struttura e le nostre Università di Sassari e Cagliari, riguardante la ricerca biomedica, che dovrebbe abbracciare ampie aree scientifiche, sicuramente di interesse generale, che per la nostra regione sono prioritarie, vista l'alta incidenza di alcune delle patologie che saranno oggetto di studio.

Mi riferisco, per portare solo alcuni esempi, alle malattie genetiche, a quelle neuro-degenerative, a quelle auto-immuni, alle patologie pediatriche e a tanti altri processi morbosi a carattere endemico.

Desidero altresì puntualizzare che al nostro Ordine, nella sua qualità di organo ausiliario dello Stato, preme soprattutto la salvaguardia del sistema sanitario pubblico, pur non avendo nulla da eccepire sull'iniziativa privata; infatti, quando qualche anno fa ci fu il fallimento della "Fondazione San Raffaele", ci adoperammo fattivamente per far sì che i posti letto previsti per la struttura venissero attribuiti agli ospedali di Olbia e Tempio.

Appositamente, non ho voluto neppure sfiorare eventuali criticità; se ci saranno lo scopriremo col passare del tempo, e solo allora sarà opportuno parlarne; ciò che è importante, a questo punto, è che tale nuovo complesso medico diventi, per tutto il sistema sanitario della nostra regione, un'occasione di sviluppo.

Pur senza crocifiggerci, è giusto guardare dentro di noi e riflettere su quanta ostentazione di autoreferenzialità sia sempre stata la caratteristica di una sanità protetta da un confine naturale: il meraviglioso mare che ci circonda. Gli altri abitanti della nostra nazione sono facilitati negli spostamenti, e hanno quindi a disposizione un'ampia possibilità di scelta fra diversi luoghi di cura siti in altre regioni. Il confronto, che obbligatoriamente si paleserà, tra un sistema chiuso, quale è sempre stato il nostro, e una realtà che utilizza parametri di sanità concorrenziale, sarà di incitamento per ciascuno di noi a offrire migliori servizi ai cittadini.

COMUNICAZIONI AGLI ISCRITTI

CHIUSURA UFFICI

Si comunica che gli uffici dell'Ordine resteranno chiusi per ferie dall'11 fino al 22 agosto compreso

VARIAZIONE DI INDIRIZZO

Tutti gli iscritti, ai sensi degli artt. 1, 2, 3 del DPR n. 221/50, sono pregati di comunicare per iscritto alla segreteria dell'Ordine l'eventuale variazione di residenza.

Si comunica che nei casi previsti dalla normativa è possibile eleggere un domicilio speciale ai fini del recapito della corrispondenza dell'Ordine e degli altri vari enti (Enpam, FNOMCeO, Sardegna Riscossioni, Esatri).

Si ricorda agli iscritti che la comunicazione della variazione di indirizzo (residenza o domicilio speciale) all'Ordine è un obbligo previsto dalla legge, la violazione del quale comporta disagi non soltanto all'Ente ma anche e in particolare agli interessati.

DEPOSITO TITOLI DI STUDIO

Nel rispetto degli artt. 1, 2, 3, 4 del DPR n. 221/50 l'Ordine deve tenere gli albi costantemente aggiornati.

Pertanto, è fatto obbligo a tutti gli iscritti depositare presso la segreteria dell'Ordine l'attestato dei titoli di studio: Diploma di specializzazione, Diploma di formazione specifica in Medicina Generale.

Si ricorda che è possibile avvalersi dell'autocertificazione per comunicare il conseguimento dei suddetti titoli.

Si precisa inoltre che l'Ordine può provvedere alla registrazione dei titoli di studio soltanto a seguito di autocertificazione presentata dall'iscritto.

Innovazione sostenibilità sviluppo I cardini del cambiamento

Osserviamo, anche con una certa soddisfazione, che la società si sta attivando per porre fine alla stagione della "stagnazione" politica e si stanno promuovendo dei percorsi di rinnovamento che hanno l'ambizione di riformare in modo più moderno l'assetto stesso dell'organizzazione statale, andando a incidere profondamente sulla sua costituzione e sulla sua impalcatura organizzativa. L'obiettivo è portare l'Italia al passo coi tempi, per poter disporre di un sistema snello ed efficace che ci consenta di affrontare ad armi pari, con gli altri paesi, le sfide del futuro. Anche in Medicina e in Odontoiatria stiamo vivendo importanti cambiamenti, che un po' per volontà e un po' per necessità, sono stati attivati con ricadute importanti sull'architettura della professione nei prossimi anni. Del nuovo codice deontologico ho già parlato ampiamente nello scorso editoriale; non ritorno sul tema ma confermo che esso rappresenta una colonna portante del progetto di rinnovamento. Un altro importante tassello è sicuramente rappresentato dalla Riforma dello statuto ENPAM, fortemente voluto dall'attuale dirigenza, ma anche reclamato a gran voce dalla base degli iscritti che proponevano più trasparenza e rigore nella gestione dell'Ente, con l'attivazione di percorsi virtuosi onde diminuire gli sprechi e garantire maggior rappresentatività nei momenti decisionali. Il nuovo statuto, approvato a fine giugno, ha espresso questi propositi e dopo un percorso di valutazione, contrattazione e condivisione ha raggiunto, con una oculata mediazione, gli obiettivi prefissati. Gli Odontoiatri, nel rinnovamento dell'Istituto Previdenziale, ottengono la giusta ratifica a essere rappresentati sia in Consiglio Nazionale sia nel CdA e ciò rappresenta l'improcrastinabile riconoscimento di un diritto legittimo, anche se nel contempo è stato quasi raddoppiato il numero dei componenti il Consiglio Nazionale con un effetto di diluizione delle identità. Un altro tema che suscita un ampio dibattito, e che richiede

di Pierluigi Delogu



con forza radicali cambiamenti, è l'accesso ai corsi di Laurea in Medicina e Odontoiatria e il modello formativo. L'attuale sistema fa acqua, in maniera palese, da tutte le parti, tanto che il neo Ministro all'Istruzione Giannini ha già annunciato un cambiamento delle regole di accesso, considerate le innumerevoli criticità verificatesi, tra cui: programmazione numerica completamente avulsa dalle reali necessità del territorio; ricorsi contro il test con effetti devastanti, percorsi formativi alternativi in altri paesi, a volte non idonei a formare professionisti secondo gli standard; pleora odontoiatrica. Mi permetto di dire che il problema va affrontato alla radice e che non si può pensare di risolverlo solo apponendovi una pezza. Bisogna ripensare a tutto il sistema scolastico a partire da quelle scuole superiori che possano costituire basi solide ed essere propedeutiche alle fatiche universitarie. Inoltre è necessario rivedere l'intera rete universitaria nazionale, privilegiando la qualità della formazione e della ricerca attraverso una razionalizzazione delle risorse umane ed economiche. Recentemente è stato approvato e presentato dal Ministro Lorenzin il Patto della salute, che ha lo scopo di mantenere praticabile il sistema di welfare sanitario in Italia, e che ha come cardini tre parole: innovazione, sostenibilità e sviluppo. Si delinea un percorso che vuole mettere ordine in un sistema oggi troppo variegato e in disequilibrio, che punterà anche sull'assistenza di secondo pilastro attraverso fondi integrativi. Sarà perciò opportuno valutare questa eventualità, che potrebbe influenzare in modo sostanziale l'attività odontoiatrica. Ciò richiederà maturità cognitiva e impulsi propositivi, che dovranno promanare dalla base della compagine, attraverso rappresentanze coese che veicolino istanze condivise, al fine di evitare errori e disorientamenti. La strada da percorrere è stata già tracciata; spetta a noi partecipare in maniera costruttiva al cammino di rinnovamento.

I nostri nuovi iscritti

Con grande piacere pubblichiamo i nomi dei neo-colleghi iscritti agli Albi dei medici chirurghi e degli odontoiatri dall'inizio dell'anno 2014. A essi, che rappresentano la prosecuzione naturale del nostro impegno, giungano i più sentiti auguri da parte del Consiglio di questo Ordine, per un futuro ricco di soddisfazioni professionali e personali, perché non perdano mai di vista i valori etici e il rispetto nei confronti dei colleghi e soprattutto dei pazienti.

Prof.	N.Ordine	Nominativo
OD	596	Alfonso Fabiola Francesca
MC	5643	Angioj Flavia
MC	5665	Angius Gesuino
OD	609	Arrica Mariantonietta
MC	5662	Biddau Carlo
MC	5582	Brozzu Angela
MC	5604	Brundu Enrico Salvatore
MC	5663	Caggiari Gianfilippo
MC	5631	Calzedda Roberta
MC	5621	Canu Antonio Maria
MC	5635	Canu Antonio
OD	598	Cassisa Chiara
MC	5618	Castellaccio Antonio
MC	5596	Castellaccio Claudia
MC	5591	Cherchi Antonio
OD	604	Cherchi Carlo Michele
MC	5592	Cherchi Giuseppe
MC	5593	Chirra Pasquale
OD	603	Coinu Marco
MC	5652	Collu Claudia
MC	5654	Corda Marco
OD	593	Cossu Antonella
OD	600	Deiosso Chiara
MC	5617	Deligia Giovanni
MC	5613	Dessanti Claudia
MC	5648	Di Mario Dalila
MC	5607	Di Trapani Laura
MC	5659	Donato Andrea
MC	5645	Eremita Silvia
MC	5641	Erre Elena Maria
MC	5600	Evangelisti Daniela
MC	5609	Farina Giulia
MC	5606	Fedeli Maria Antonietta
MC	5594	Fele Paolo
MC	5622	Filigheddu Federica

Prof.	N.Ordine	Nominativo
MC	5614	Flore Giacomo Angelo
MC	5585	Floris Daniele
OD	607	Floris Francesca Luisa
MC	5633	Floris Maria Grazia
MC	5620	Forteleoni Antonietta
MC	5603	Gabbas Giuseppina
MC	5636	Ghisaura Serena
MC	5649	Giua Ilaria
MC	5590	Grandi Nicola
MC	5653	Khalil Jawad
MC	5610	Lo Mastro Michela
MC	5615	Lorenzoni Marcella
MC	5624	Losa Francesca
MC	5579	Lovigu Carla
MC	5616	Maffei Matteo
MC	5632	Mameli Lucia Anna
OD	601	Manca Laura
MC	5650	Manca Paola
MC	5623	Manconi Alessandra
MC	5666	Manconi Silvia
MC	5644	Mannoni Mauro Ottavio
OD	611	Marras Giovanni Antonio
OD	605	Marras Luca
MC	5589	Marrosu Luca
MC	5629	Martis Simone
MC	5628	Masu Lavinia
MC	5634	Meloni Maria Efisia
OD	599	Mesina Luca
OD	602	Mollica Enrico
MC	5658	Monti Rita
MC	5584	Mulas Davide Aldo
MC	5655	Muzzu Sonia
OD	608	Nudda Luana
MC	5586	Ogana Silvia
MC	5638	Peru Antonia

Prof.	N.Ordine	Nominativo
MC	5595	Pianu Giancarlo
MC	5605	Piga Giulia
MC	5581	Pinna Nossai Roberto
MC	5619	Pintore Pierpaolo
MC	5656	Pintus Carla
MC	5625	Piras Carla
MC	5647	Piredda Paola
MC	5602	Pirino Laura
MC	5597	Puddu Leonardo
MC	5639	Puggioni Anna
MC	5587	Puggioni Antonella
MC	5601	Puledda Marco
MC	5660	Pulzone Marta Maria Giulia
MC	5580	Raffo Laura
MC	5630	Rocchi Federica
MC	5657	Ruzittu Giulia Grazia Maria



Spirografa (sabella spallanzani), Porto Conte (Alghero), dimensioni 35 cm.



Relitto della Crisso, Tavolara, profondità di 35 metri

La terapia intensiva senza barriere fra paziente e parenti

L'anestesia e la rianimazione a Olbia

LU.O. Complessa di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale Giovanni Paolo II di Olbia è articolata in tre settori: il Reparto di Rianimazione, l'Anestesia e la Terapia del dolore.

Il reparto di Rianimazione dispone di sei posti letto, uno dei quali isolato per pazienti con problemi infettivi.

La mission specifica della Rianimazione è la cura della persona che presenta una o più insufficienze di funzioni vitali o che corre un elevato rischio di svilupparle in tempi brevi: la nostra Rianimazione è pertanto attrezzata per le persone che richiedono un supporto alla respirazione o alla insufficienza di più organi (diagnosi e cura di insufficienza respiratoria, neurologica, cardio-circolatoria, renale e metabolica), fornendo un sostegno alle funzioni deficitarie con la somministrazione di terapie farmacologiche complesse e l'utilizzo di presidi e attrezzature specifiche altamente tecnologiche.

Caratterizzano la nostra attività le seguenti specificità:

di Franco Pala

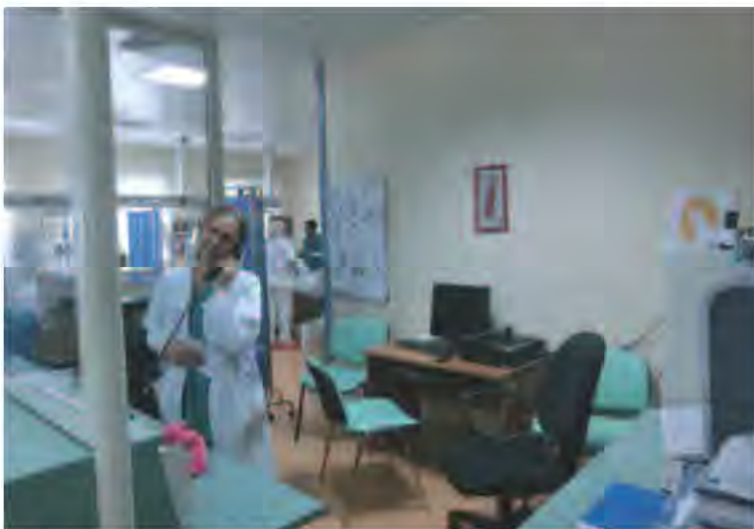


1) Da circa 5 anni, nell'ambito di un processo di umanizzazione dell'assistenza, la Rianimazione di Olbia è organizzata secondo le caratteristiche della "rianimazione aperta", in linea con le più recenti tendenze di gestione delle Terapie Intensive e secondo le direttive del Comitato nazionale di Bioetica: "Rianimazione aperta" significa far cadere le barriere che prima esistevano tra paziente e visitatori e tra visitatori, paziente e personale: tempi di visita meno restrittivi e più lunghi, abbandono dell'uso di camici, mascherine, soprascarpe per i

visitatori (risultate inefficaci nel controllo delle infezioni e inutili), attenzione alle esigenze dei pazienti e dei famigliari (visite a orari particolari in base ad esempio alle esigenze di lavoro), possibilità per i genitori di trattenerli accanto ai propri figli (utilizzo del letto isolato). Questo presuppone una collaborazione profonda all'interno dell'equipe e con i parenti, che hanno sempre dimostrato di comprendere le regole, che sono comunque necessarie, e che sempre hanno rispettato: tra queste

l'obbligo del lavaggio accurato delle mani prima e dopo la visita, la permanenza vicino al letto del proprio parente senza spostarsi nel reparto, l'allontanarsi su richiesta del personale in caso di necessità o di urgenze.

2) L'equipe della Rianimazione di Olbia (medici e infermieri) è stata selezionata in seno a uno studio nazionale sulle infezioni ospedaliere promosso dal Ministero della Sanità insieme ad altre 3 rianimazioni (Cagliari Università, Verona, S. Raffaele Milano) per uno



La "stanza dei bottoni" del reparto

studio sulle infezioni ospedaliere della durata di 2 anni: scopo di questo studio è introdurre delle metodiche di prevenzione delle infezioni e valutarne l'impatto sull'incidenza delle infezioni stesse. Dall'analisi preliminare sulla situazione di base è risultato che la Rianimazione di Olbia vanta già un basso tasso di incidenza delle infezioni ospedaliere, da ricercarsi in particolare nell'uso di protocolli molto restrittivi nell'adozione degli antibiotici. L'introduzione di semplici protocolli di lavaggio delle mani di tutti gli operatori previsti dal programma Ministeriale ha permesso un ulteriore miglioramento della situazione.

- 3) La Rianimazione di Olbia è infine inserita nel GIVITI (Gruppo Italiano di Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva) gestito dell'Istituto Mario Negri cui aderiscono circa 320 reparti di Terapia Intensiva Italiani inquadrati in un progetto chiamato PROSAFE, esteso negli ultimi anni anche a varie Rianimazioni europee: questo consente l'utilizzo di procedure condivise che permettono un benchmarking (misura della qualità delle prestazioni) sull'attività e un confronto con gli stan-

dard nazionali e internazionali. Questo tipo di monitoraggio e di valutazione induce un miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e l'individuazione dei punti deboli all'interno di ogni reparto, sui quali effettuare dei programmi di miglioramento. Per esempio, grazie a questi processi la Rianimazione di Olbia si pone tra i reparti che, a livello nazionale, hanno diminuito la mortalità prevista e migliorato l'outcome dei propri pazienti in rapporto alla gravità (meno decessi di quelli previsti). Per questo progetto nel reparto viene utilizzata una cartella informatizzata (chiamata Margherita 3), in studio da alcuni anni in alcuni centri italiani selezionati: questo permette di partecipare anche ad altri studi di miglioramento della qualità in collaborazione con una rete europea che si sta sviluppando attraverso il GIVITI (ad esempio studio CREATIVE sui traumi cranici).

La mission dell'Anestesia di Olbia è la presa in carico del paziente lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico in occasione di un intervento chirurgico



Uno dei posti letto del reparto

(programmato o urgente), per il parto e per tutti gli interventi diagnostici o terapeutici invasivi.

1) Oltre all'anestesia durante l'intervento, si è curata molto la parte della preparazione all'intervento, che avviene in quasi tutti i casi in regime di prericovero, presso un ambulatorio dedicato. È stata da anni attuata una politica di programmazione degli esami di routine preoperatori in linea con le attuali linee guida che tendono a ridurre le analisi e le indagini preliminari (ad es. RX torace) inserendole in profili legati al tipo di intervento e al tipo di paziente: ad es. il paziente giovane, sano, che deve essere sottoposto a un intervento di lieve o media gravità, esegue un profilo minimo (emocromo, glicemia, coagulazione) ed evita specialmente la radiografia del torace, troppo spesso dispensata anche ai bambini che devono essere sottoposti a piccoli interventi, con i rischi dell'esposizione inutile alle radiazioni. In caso di pazienti anziani o con patologie specifiche sono stati messi in uso vari profili, distinti per singolo intervento e patologia. Epicentro di questo sistema è l'ambulatorio di anestesia e una visita anestesiológica molto dettagliata: si è visto che questa può supplire a un ingente numero di esami, con risparmio di energie, tempo e risorse. Ad es. la radiografia preoperatoria del torace non viene mai eseguita di routine, ma richiesta solo dall'anestesista in base a un sospetto diagnostico preciso: l'incidenza di questa pratica è scesa del 95%.

2) Nel periodo post-operatorio, per il trattamento specifico del dolore, da anni si è attuato il progetto "Ospedale senza dolore": anche in questo caso esistono protocolli e procedure standard adattabili poi ai singoli casi, che si applicano in base al tipo di intervento, al dolore previsto e al dolore rilevato con un monitoraggio nei reparti utilizzando il VAS a orari fissi: in questo caso è stato coinvolto e collabora il personale del reparto sullo schema del pain service diffuso. Dalle ultime rilevazioni e controlli di qualità, il dolore postoperatorio è controllato con VAS inferiore a 2 nel 75% dei casi, VAS tra 2 e 4 nel 21% e solo nel 4% dei casi si è



L'ingresso del reparto

registrato un dolore superiore. Inoltre la soddisfazione degli utenti è pari al 98%.

Mission della Terapia del dolore è la cura dei pazienti con dolore acuto e cronico che non rispondono alle comuni terapie farmacologiche, ricorrendo a terapie più complesse e a interventi invasivi (pompe intratecali, neuro stimolatori midollari); Mission delle cure palliative è l'assistenza di pazienti con malattie in stato molto avanzato o terminale, per migliorarne la qualità di vita e sedare il dolore. Le cure palliative sono effettuate in collaborazione con altre figure professionali come oncologi e medici di famiglia. L'attività si svolge prevalentemente attraverso l'Ambulatorio di Terapia del Dolore (aperto il lunedì e il venerdì, prenotazioni tramite CUP) o in ADI, in regime di ricovero in caso sia necessario l'intervento di posizionamento di pompe o neuro stimolatori. Nell'ambito della Terapia del Dolore viene infine praticata la cura della spasticità dolorosa in pazienti con esiti di trauma cranico, di ictus o affetti da malattie demielinizzanti (Sclerosi multipla) mediante l'impianto di sistemi intratecali con pompe per infusione di un farmaco, il baclofen, capace di ridurre la spasticità e il dolore associato.

Franco Pala è Direttore U.O.C.:
Anestesia e Rianimazione – Asl 2 Olbia
Direttore Dip Emergenza e Urgenza Asl 2 – Olbia

Un servizio fondamentale per ospedale e territorio

La nutrizione clinica nella ASL 2 di Olbia

La nutrizione clinica è una disciplina medica che si occupa dei rapporti tra stato di nutrizione e salute dell'uomo in presenza di patologie acute o croniche. In tutte le fasce di età pertanto studia, previene, diagnostica e tratta la malnutrizione per eccesso o per difetto e le alterazioni metaboliche conseguenti.

Un servizio ospedaliero e territoriale volto in tal senso nasce dalla volontà di supportare le esigenze nutrizionali sia dei pazienti che della popolazione. Distinguiamo pertanto due grandi categorie: la malnutrizione per eccesso e la malnutrizione per difetto. Sebbene sia ben noto che,

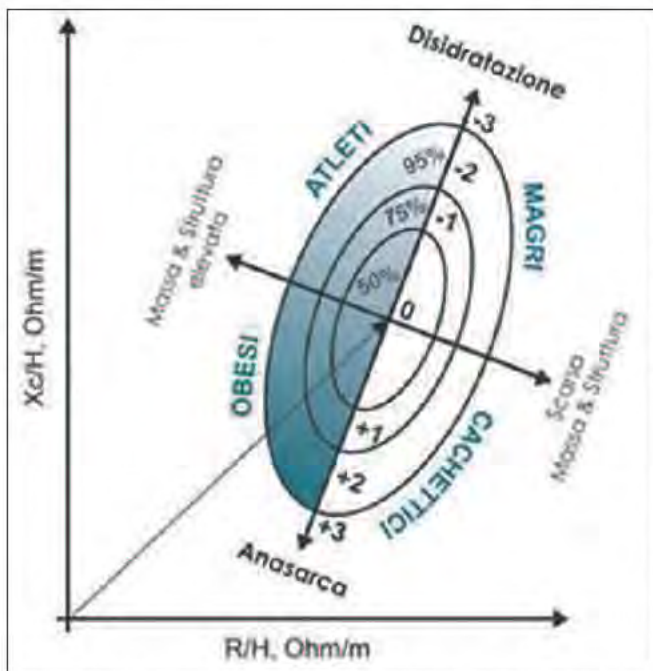
di Ilario Carta



soprattutto a livello mediatico, le "opinioni" su obesità e sovrappeso abbiano un impatto preminente, nella realtà clinica quotidiana, la malnutrizione per difetto, particolarmente in certe patologie, acquisisce un significato determinante in termini di guarigione, sopravvivenza e qualità della vita. A chi è rivolto il servizio? I pazienti maggiormente a rischio malnutrizione per difetto sono quelli oncologici, chirurgici e tutti coloro che sono affetti da malattie acute o croniche gravi quali quelle neurodegenerative (demenza, Parkinson), respiratorie, gastroenterologiche, polmonari, da insufficienza renale, cardiaca ed epatica. Particolarmente a rischio malnutrizione sono

poi i pazienti anziani, sia per fattori legati all'invecchiamento che per pluripatologicità. Numerosi studi clinici hanno dimostrato come un intervento nutrizionale mirato comporti, oltre che benefici al paziente, anche un risparmio in termini di spesa sanitaria, con riduzione dei tempi di ospedalizzazione e degenza. I soggetti malnutriti contraggono più complicanze, maggiore durata di degenza e corrono il rischio di infezioni in ospedale per ben tre volte più elevato rispetto ai normo-nutriti.

La malnutrizione comporta ritardata guarigione delle ferite, aumentato rischio di ulcere da pressione, deficit funzionali, riduzione della capacità di recupero e calo della qualità di vita. Quanti sono i pazienti malnutriti? La prevalenza media nazionale di malnutrizione in ambito ospedaliero è del 30,7%, con valori più elevati negli anziani e nei pazienti oncologici, con



Schema del funzionamento di un bioimpedenziometro: questo strumento, misurando il passaggio della corrente nell'organismo, valuta la quantità di massa grassa e di liquidi presenti nel corpo.



Il metabolimetro portatile misura l'attività fisica, il dispendio calorico, la temperatura corporea e il tempo passato in attività o in sedentarietà, permettendo così di valutare il consumo totale delle calorie durante l'arco della giornata.

maggior incidenza per i tumori testa-collo e del tratto gastroenterico. Nelle residenze per anziani si attesta sul 36%. A domicilio si stima che complessivamente 1 anziano su 3 sia malnutrito o a rischio malnutrizione.

Organizzazione

Attualmente il servizio comprende un Dirigente Medico specialista in nutrizione clinica, il dottor Ilario Carta e una infermiera dedicata di ruolo cui si affiancano un dietista e due biologhe specialiste in scienza dell'alimentazione con contratto a progetto.

L'accurata valutazione dello stato nutrizionale richiede l'utilizzo di metodologie e indicatori molteplici, schematicamente suddivisibili in: clinici, antropometrici, biomorali, strumentali (BIA, Holter metabolici multi sensore, DEXA, TAC). Nonostante le implicazioni cliniche ed economiche del problema, la malnutrizione è ancor oggi sottovalutata, non riconosciuta e non trattata; non tutti gli ospedali attuano uno screening mirato, all'ingresso, e solo una esigua percentuale dei pazienti malnutriti riceve un supporto nutrizionale. Inoltre, diversi studi documentano che la malnutrizione si aggrava durante la degenza (malnutrizione iatrogena), per mancato riconoscimento all'atto del ricovero, mancata assi-

stenza ai pasti, vitto inadeguato, ripetuti digiuni per indagini. In questo contesto nasce la determinazione di istituire a Olbia un ambulatorio (nella speranza che si trasformi in servizio) di nutrizione clinica, inserito nella struttura aziendale complessa di diabetologia, diretta da Giancarlo Tonolo. Questo consultorio collabora con i reparti ospedalieri del Giovanni Paolo II e con altre strutture aziendali. Attualmente lo studio medico è condiviso, a cadenza settimanale, con l'oncologia, per far sì che si proceda a valu-

tare e trattare le carenze nutrizionali dei pazienti oncologici, impostando percorsi dedicati con un approccio multidisciplinare e plurispecialistico finalizzato anche a una migliore performance terapeutica. Perseguendo gli stessi indirizzi valutiamo i pazienti seguiti dal servizio TAO, affetti da scompenso cardiaco, insufficienza renale, celiachia e problematiche legate a malattie infiammatorie croniche intestinali quali Crohn e Rettocolite ulcerosa, che tramite un canale preferenziale accedono alla nostra attenzione. Particolare diligenza viene profusa nella collaborazione con il SERD per tutti quei pazienti che presentano disturbi del comportamento alimentare (DCA) e necessitano pertanto di interventi dietetici individuali. Fattiva risulta inoltre la cooperazione con il servizio ADI, al quale, su specifica richiesta, si forniscono le consulenze per i supporti nutrizionali dei pz seguiti a domicilio, con la preparazione di diete speciali, con la formazione dei caregiver e con la prescrizione delle più idonee e opportune supplementazioni nutrizionali.

Recentemente il servizio di nutrizione clinica, su indicazione della direzione sanitaria di presidio del Giovanni Paolo II, fornisce a tutti i reparti del Giovanni Paolo II consulenze nutrizionali per i pazienti in ingresso e pre-dimissione; grazie allo screening tramite questionario MUST, che il personale di reparto di-

stribuisce ai nuovi accessi, e un sistema di alert via mail agli operatori del servizio di nutrizione, si innescava, in caso di positività per rischio malnutrizione, una consulenza in reparto con valutazione tramite questionari MNA e successiva impostazione di un percorso nutrizionale personalizzato.

L'ambulatorio di nutrizione clinica collabora, inoltre, come consulente esterno, con il servizio di ristorazione ospedaliera, valutando di volta in volta la necessità di diete a differenti livelli di personalizzazione in base alle specifiche esigenze dei ricoverati. Ma anche la malnutrizione per eccesso non viene tralasciata, con percorsi assistenziali gradualmente differenziati, con interventi di gruppo sulla educazione alimentare e sul cambiamento dello stile di vita, con la organizzazione di attività fisica collettiva, sino alla gestione, nei casi più gravi di grande obesità con BMI oltre 50, delle problematiche motivazionali alla chirurgia bariatrica. Essendo parte integrante del servizio di diabetologia aziendale ci occupiamo necessariamente di prevenzione del diabete e diagnosi precoce; circa il 40% dei pazienti con eccesso pon-

derale, afferenti all'ambulatorio di nutrizione, durante le valutazioni, presenta o un quadro di diabete conclamato o comunque una alterazione del metabolismo glucidico. Quindi il nostro lavoro ben si inserisce nei programmi regionali di prevenzione delle complicanze della malattia diabetica. Potendo eseguire diagnosi precoce di diabete si ha la possibilità di operare precocemente sulla prevenzione delle complicanze, riuscendo più facilmente a ottenere un compenso metabolico ottimale.

L'identificazione dei casi di pre-diabete consente di porre in essere tutte quelle misure atte alla modifica dello stile di vita, che, in ultima analisi, permettono di bloccare/rallentare l'evoluzione a diabete conclamato.

Il servizio è ancora giovane e pertanto perfezionabile, ma, sin dall'inizio abbiamo percepito le possibilità di crescita e la necessità di sviluppo che ci spingono a portarlo avanti con entusiasmo.

*Ilario Carta è Dirigente medico Nutrizionista,
Ambulatorio di nutrizione clinica,
SC aziendale diabetologia ASL 2 Olbia*



Le iniziative del sodalizio

Associazione Italiana Celiachia il bilancio a 35 anni dalla fondazione

L'Associazione nasce nel 1978 su iniziativa di un gruppo di pediatri e di genitori di bambini celiaci, in trattamento presso i centri di Napoli e Milano, per cercare di rispondere alle pressanti necessità della categoria, che non trovavano soluzione da parte delle Autorità preposte. In breve tempo il sodalizio si sviluppa in maniera capillare su tutto il territorio nazionale e già dal 1982 è presente una sede in ogni Regione e Provincia Autonoma.

Quali erano i problemi dell'epoca da affrontare e risolvere?: sotto l'aspetto della quotidianità era preponderante la difficoltà a reperire e individuare alimenti senza glutine nel libero commercio; sotto il profilo medico/scientifico si disponeva di scarsissime nozioni sulla particolare patologia e la si reputava appannaggio esclusivo dell'età pediatrica; per quanto attiene alla questione socio/assistenziale non era prevista alcuna forma di assistenza specifica. Pertanto, sin dall'inizio, il primo e più importante impegno dell'Associazione è stato quello di istruire il celiaco a una corretta educazione alimentare fornendogli tutti i supporti e le nozioni per poter individuare i cibi indicati alla salvaguardia della sua salute. Tale obiettivo è stato raggiunto con la pubblicazione annuale del prontuario degli alimenti presenti nel mercato, privi di glutine, che nell'edizione 2014 annovera ben 18500 prodotti.

Tenuto conto che coloro che sono affetti da tale patologia hanno necessità, come tutti, di spostarsi per motivi di lavoro, studio, svago, etc., si è resa improcrastinabile la necessità di metter loro a disposizione una rete di esercizi della ristorazione formati e monitorati sulla cucina senza glutine; così è nato il progetto "Alimentazione Fuori Casa" che nel 2014 conta 3500 punti, distribuiti in tutta Italia, dove il celiaco può consumare in sicurezza un pasto senza glutine. L'aumento delle diagnosi di celiachia a cui si sono aggiunti i casi di "sensibilità al glutine non ce-

di Gianfranco Alloni



liaca" e il recente costume di considerare il mangiare senza glutine come un modo sano di vita, ha fatto lievitare il numero delle aziende produttrici di tali tipi di alimenti, con positive ricadute, consistenti nella facile reperibilità del prodotto. Oggi il "senza glutine", in migliori qualità organolettiche e gustative, è disponibile non solo nei negozi specializzati e nelle farmacie ma anche nella grande distribuzione. Anche se non conosciamo a fondo tutti i meccanismi della patologia celiaca, molte sono le

conoscenze medico/scientifiche che abbiamo acquisito in questi anni, anche grazie al contributo dell'Associazione e della Fondazione Celiachia che hanno finanziato alcuni progetti di ricerca come quello sui geni predisponenti, gli effetti sull'anticipo o il post-





Colonia di corallo rosso (*corallium rubrium*), Grotta del corallo, Porto Agre (Alghero), profondità 20 metri

cipo del divezzamento, la celiachia refrattaria, il protocollo ESPGHAN, le fumonisine del mais (alimento prevalente nella dieta del celiaco) e la gluten sensitivity.

Infine per ciò che riguarda la normativa socio assistenziale sono stati raggiunti importanti risultati, a partire da quello del 1982 che sanciva l'erogazione mensile di un tetto di spesa in prodotti privi di glutine, fino ad arrivare alla recente legge quadro sulla ce-

liachia del 4 luglio 2005 n. 123.

Tale disposto legislativo richiama quanto già stabilito in precedenza per quanto attiene all'erogazione dei prodotti e fissa nuovi principi come quello del diritto al pasto nelle mense scolastiche e ospedaliere, la tenuta di corsi per albergatori e ristoratori sulla cucina s. g., l'obbligo per le ditte farmaceutiche di indicare con chiarezza sul bugiardino la presenza o meno di glutine, la tenuta di corsi di formazione e aggiornamento per la classe medica.

Diverse sono le problematiche che avrebbero bisogno di essere affrontate nei prossimi anni, ma non reputiamo che i tempi siano maturi per recepire nuove istanze, specialmente in un periodo in cui si tende a voler risparmiare, in particolar modo sul "sociale".

Per questo la strategia sarà quella di vigilare sul mantenimento dei traguardi finora ottenuti, valutarne le eventuali criticità e migliorarne, ove possibile, gli aspetti.

L'associazione italiana celiachia è tra i beneficiari dei proventi del 5 per 1000. Per contribuire ai progetti AIC è sufficiente apporre la propria firma e indicare, sulla dichiarazione dei redditi, il codice fiscale AIC: 11359620157.

Giovanni Francesco Alloni è *Consigliere Regionale dell'Associazione Italiana Celiachia e membro del comitato di gestione della Fondazione Celiachia*

Restauri estetici indiretti

L'utilizzo di un nuovo materiale composito

I materiali compositi per il restauro degli elementi dentari danneggiati sono in continua evoluzione e così le loro tecniche di impiego e i protocolli di utilizzo; l'obiettivo finale è la riparazione dei tessuti duri del dente in maniera biomimetica.

Durante le fasi operative va posta una particolare attenzione alla salvaguardia dello strato ibrido che potrebbe essere compromesso dall'eccessiva rigidità del materiale utilizzato; in tali condizioni gli stress meccanici verrebbero trasferiti alla superficie adesiva e creerebbero delle fratture nello smalto, sui margini dei restauri, in particolar modo nel caso di manufatti in ceramica. Alcuni ricercatori, per

di Antonello Demartis



contro, sostengono che questo avvenga quando il materiale da restauro è troppo elastico in quanto le tensioni dell'interfaccia aumentano con l'aumentare della flessibilità del materiale. In quest'ottica ultimamente sono stati perfezionati materiali compositi dalle migliorate caratteristiche di durezza Vickers, passata dai 40-50 N/mm² a 150 N/mm², e così per le ceramiche, che hanno visto diminuire i propri valori dai 700 ai 540N/mm.

Nell'ambito dei materiali compositi la ricerca si è indirizzata allo sviluppo e

al perfezionamento delle loro qualità chimico-fisiche mirando all'ottenimento di caratteristiche di superficie quali colore e lucidabilità ottimali, affiancandole a una buona resistenza all'usura e al mantenimento nel tempo della funzionalità estetica.

Attualmente è stata commercializzata una nuova famiglia di resine composite, definite nano-riempite, che sono state oggetto del presente lavoro. Questo materiale è costituito dal 50% di micro particelle ceramiche opalescenti e da una matrice oligomerica altamente resistente. Tramite un processo di produzione speciale, nel materiale sono esclusi effetti di agglomerazione e grazie alla dimensione di 40 nm delle particelle viene garantita una superficie estremamente uniforme e compatta. La combinazione della ceramica opalescente e della matrice

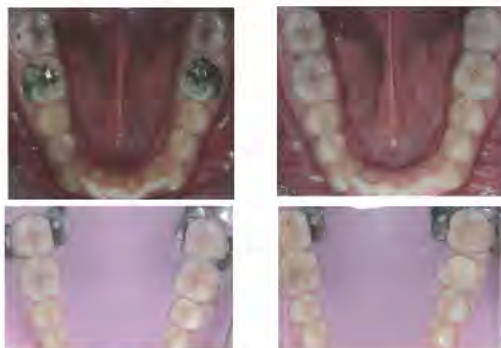


Fig. 1 Caso clinico di inlay e onlay



Fig. 2 Tecnica di stratificazione inversa



Fig. 3 Caso clinico di overlay



Fig. 4 Fasi di laboratorio

resistente del composito conferisce al materiale le caratteristiche di una ceramica fluida.

Con una sistematica semplice è possibile realizzare ricostruzioni indirette che si adattano perfettamente al dente naturale. Questo tipo di materiale appartiene alla categoria dei Flow e cambia radicalmente la tecnica di laboratorio, utilizzando una metodica inversa di stratificazione ovvero: "Inverse Layering Technique" tradotta: Tecnica di stratificazione inversa", ideata da Vincenzo Musella (Fig. 1-2), che conferisce particolare importanza al wax-up; è infatti da un'attenta e precisa modellazione in cera che si determina tutto il restauro.

Il procedimento di laboratorio inizia con lo sviluppo del modello master in gesso extraduro, cui segue una modellazione in cera del moncone e una mascherina in silicone trasparente da 60 Shore che deve riprodurre fedelmente ogni più piccolo dettaglio della ceratura (Fig. 3-4); una volta realizzata la mascherina trasparente, si procede alla stratificazione inversa del composito partendo dagli smalti e trasparenti e a seguire l'applicazione delle dentine con diverse cromaticità. Con l'adozione di questa procedura è importante considerare che l'utilizzo dei compositi flow tradizionali può rappresentare

una scelta rischiosa a causa della loro scarsa robustezza. Per questo motivo è decisivo scegliere un materiale appropriato che, oltre ad avere un'elevata resistenza meccanica, non sia troppo fragile.

Sequenza clinica

Ogni caso riguardante una riabilitazione del tavolato oclusale richiede una preparazione iniziale del paziente sotto il profilo igienico e motivazionale, cui fanno seguito indagini radiografiche con rx bite-wing e, in caso di interesse endodontico, radiografie periapicali; inoltre si effettuano foto e si rilevano impronte (fig.5).

Si decide di intervenire nel seguente modo:

Dopo l'isolamento del campo operatorio con utilizzo della diga di gomma si rimuovono i vecchi restauri impiegando frese diamantate di forma cilindrica a grana media, e, in caso di ricostruzioni metalliche, frese cilindriche a lama in carburo di tungsteno.

La dentina cariata viene rimossa con frese a rosetta e frese diamantate a pallina FG di piccolissime, piccole e medie dimensioni (Fig. 6).

Build-up

Una volta ultimata la rimozione del tessuto cariato si valuta lo spessore delle pareti residue con uno spessimetro; nei denti vitali deve essere almeno di 2,5 mm e nei denti devitalizzati 3 mm (Fig. 7). Successivamente si esegue il Build-up adesivo utilizzando un etch and rinse three step, con la mordenzatura dello smalto per 30 secondi e la dentina



Fig. 5 Riabilitazione del tavolato oclusale. Foto iniziale arcata superiore



Fig. 6 Preparazione cavitaria



Fig. 7 Valutazione spessore parete residua

per 15 secondi con un acido orto fosforico al 37% cui fa seguito l'applicazione di clorexidina digluconato al 2% per 2 minuti; si asciuga con un getto d'aria e con un microbrush si posizionano il primer e successivamente il bonding, indi si fotopolimerizza per 60 sec. Si posiziona il flow in piccoli spessori in modo da ridurre lo stress da contrazione, e successivamente si stratifica il build-up con del composito seguendo i principi geometrici di preparazione cavitaria (Fig.8).

La procedura di Build-up ottempera a numerose finalità che vengono schematicamente elencate di seguito:

1. protegge e sigilla la dentina dopo la rimozione dei vecchi restauri e la pulizia della cavità;
2. colma le porzioni sottominate che inevitabilmente rimangono dopo la rimozione dei vecchi

restauri, solitamente in amalgama;

3. consente di ridurre la quota di smalto che verrà asportata in fase di rifinitura, specialmente a livello occlusale, dove bisognerebbe allargare a dismisura la dimensione dell'intarsio, per poter eliminare i sottosquadri;
4. consente di rilevare un'impronta fedele nei dettagli senza sollecitare il materiale da impronta che, altrimenti, verrebbe stirato nel superamento dei sottosquadri precedentemente descritti;
5. funge da ammortizzatore per il restauro soprastante, in special modo se si tratta di intarsi realizzati in materiale ceramico;
6. consente al materiale da ricostruzione, sia esso ceramica o composito, di avere uno spessore quanto più uniforme possibile, perché, seguendo questo criterio, gli conferiremo una robustezza finale maggiore rispetto a quella che avrebbe in presenza di difformità in termini di spessori
7. assicura una protezione durante la fase del provvisorio poiché, essendo la dentina sigillata, anche la perdita del materiale da otturazione temporanea non inficierebbe il risultato finale.

Cementazione

Dopo l'isolamento con la diga si pratica la sabbiatura del build-up con della polvere di glicina 60 μm , e dopo un attento risciacquo con siringa aria-acqua si eseguono le fasi dell'adesione, con mordenzatura dello smalto e del build-up per 30 sec.

Si posiziona il primer e successivamente il



Fig. 8 Build up settori superiori destro e sinistro



Fig. 9 Onlay e overlay appena cementati

bonding e si foto-polimerizza per 60 sec. Gli intarsi vengono silanizzati per 60 secondi, dopodiché umettati di primer e poi soffiati con aria; infine viene messo del bonding senza foto-polimerizzare e viene apposto del composito fotopolimerizzabile preriscaldato; quindi si inseriscono gli intarsi nella cavità mediante pressioni progressive che garantiscono un preciso adattamento e si eliminano gli eccessi con una sonda endodontica e superfloss per le superfici interprossimali.

Una volta eliminati con cura tutti gli eccessi, i restauri vengono polimerizzati con due lampade per circa tre minuti e rifiniti con frese multilama al carburo di tungsteno e gommini a differenti granulometrie (Fig.9).

Si rimuove la diga e si eseguono i controlli occlusali di centrica, si valuta la dinamica occlusale per evitare che vi siano delle interferenze, si rifinisce il molaggio selettivo con gommini e si brillanta il tutto con degli occlu-brush a secco. (Fig.10).

Discussione e conclusioni

I notevoli progressi compiuti nel campo dei materiali compositi e degli adesivi, uniti alle sempre più vaste conoscenze delle tecniche di stratificazione, consentono di ottenere restauri estetici affidabili e durevoli nel tempo.

Al fine di raggiungere il successo clinico, rivestono grande importanza la selezione del paziente (che deve mantenere un ottimo livello d'igiene orale) e la scelta del materiale da restauro. In tale ottica, l'analisi delle caratteristiche meccaniche e chimiche, associate a una valida estetica e alla semplicità di utilizzo consente di affermare che l'utilizzo di questo nuovo composito nano-riempito è in grado di garantire eccellenti risultati.

Antonello Demartis è odontoiatra
e protesista dentale,
segretario culturale AIO Sassari



Fig. 10 Caso ultimato dopo il controllo occlusale, e controllo a un anno dal trattamento

Importante seminario al Porto Conte ricerche

Summer School Un appuntamento irrinunciabile

di Guglielmo Campus

teria di approfondimento e di confronto durante la giornata conclusiva. Storicamente, tra i partecipanti alla Summer School, è alto il numero di "personalità forti" e, di conseguenza, il livello di accessibilità all'interno e tra i gruppi di lavoro: quest'anno, la relativa armonia e fluidità nella settimana sono state la prova dell'ottimo lavoro svolto dalle Dottesse Gisella Rossini e Valentina Concia che hanno coordinato l'aspetto pedagogico. Ottime anche le relazioni del Prof. Lingstrom, (Svezia) che, per rimanere in tema, ha trattato l'impatto della "cultura di internet" sulla relazione medico paziente e del Dott. Nardone, del Ministero della Salute, che ci ha aiutato a comprendere i meccanismi burocratici attraverso cui le istanze di prevenzione vengono (faticosamente) tradotte in regole e atti pratici a livello nazionale e regionale. Infine, sotto la supervisione dei Professori Campus e Cagetti, i convenuti hanno partecipato a una ricerca sui criteri di diagnosi precoce di carie attraverso una nuova



metodica in fase di sperimentazione: Diagnocam (Kavo), da parte della Dott.ssa Cynthia Lara Capi. Come sempre la settimana è stata caratterizzata da un bellissimo clima di collaborazione e familiarità.

Guglielmo Campus
è Prof. associato,
Università degli
studi di Sassari,
corso di Odontoiatria
e Protesi dentaria

Daghero) la 9° Summer School del "Centro di Col-laborazione dell'OMS per l'Epidemiologia e l'Odontoiatria di Comunità" dell'Università di Milano. Si tratta di un appuntamento diventato, negli anni, imperdibile per chi si occupa di promozione della salute e prevenzione in campo dentale e non solo. Circa la metà dei partecipanti è costituita infatti da "veterani" che seguono da lustri le attività della professa Laura Strohmeier, (coordinatrice del centro) e dei Professori Campus e Cagetti, suoi instancabili collaboratori. Questo "zoccolo duro", coadiuvato da chi partecipa per la prima volta e stimolato da prestigiosi relatori, cerca di fare il punto sullo "stato dell'arte" in tema di prevenzione e affronta, ogni anno, una diversa tematica in modo specifico. L'argomento di quest'anno, "l'importanza della pedagogia nelle relazioni del professionista promotore di salute", è stato affrontato in relazione ai suoi diversi interlocutori, (pazienti, genitori, colleghi, collaboratori, insegnanti, istituzioni), partendo dall'assunto che nella pratica clinica, ma in particolar modo in ambito preventivo, la capacità di instaurare un rapporto positivo è condizione necessaria per conseguire dei risultati. Aiutare le persone a modificare il proprio stile di vita, adottandone di più sani, infatti, è compito ben più complesso che offrire terapie in risposta al dolore o altri sintomi, specialmente in un contesto in cui la forza della reclame attraverso i mass media è soverchiante rispetto alla diffusione di cultura da parte delle istituzioni. I gruppi, composti da dentisti e igienisti di tutta Italia, liberi professionisti e/o del Servizio Sanitario Nazionale, si sono cimentati nel progettare interventi pratici per contrastare questa cattiva abitudine. I lavori hanno riguardato i diversi livelli di intervento, dall'approccio "efficace" con generalisti e insegnanti alla relazione con diversi interlocutori istituzionali coinvolti: scuola, ASL, mass media, Ministeri dell'Istruzione e della Salute. Le modalità del lavoro nei gruppi, le dinamiche di analisi e di sintesi e di presentazione dei risultati, analizzate at-

Presentate a Sassari le nuove linee guida del Ministero della Salute

AIO/Gli alleati della prevenzione

Organizzata dall'Associazione Italiana Odontoiatri, sabato 7 giugno 2014 si è svolta a Sassari, all'Hotel Carlo Felice, la giornata formativa "Gli alleati della prevenzione", con l'obiettivo di diffondere a tutti i sanitari i concetti di prevenzione odontoiatrica tramite la disamina delle Linee Guida del Ministero della Salute approvate nel 2013. Il corso ha rappresentato un momento di incontro tra i vari professionisti che ruotano attorno alla prevenzione in età pediatrica, nonché un'occasione di collaborazione e condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici comuni. Il meeting è inserito all'interno di un programma nazionale, promosso dalla stessa istituzione, volto alla formazione degli odontoiatri e alla sensibilizzazione dei cittadini sul ruolo della prevenzione odontoiatrica nel garantire il benessere complessivo della persona.

Per questo motivo sono stati trattati diversi argomenti tra cui la salvaguardia della salute orale, le patologie orali e le misure atte a evitare la loro insorgenza, rispettivamente in età evolutiva e adulta, nonché la prevenzione e gestione clinica dei traumi dentali negli individui in giovane età.

Il corso è stato introdotto dal Presidente Nazionale AIO Pierluigi Delogu che, insieme al Presidente AIO Sassari Nicolas Arnould, ha voluto sottolineare obiettivi e concetti in materia di prevenzione che l'associazione sta portando avanti da parecchi anni; le relatrici dell'evento, Elena Solinas e Valeria Grabesu, hanno invece contribuito a esporre, con una relazione chiara, completa ed esaustiva, le linee guida Ministeriali, mettendo l'accento sulle raccomandazioni in esse contenute per far sì che non solo l'odontoiatra di fiducia ma anche il medico specialista di riferimento sia in grado di illustrarle al paziente. A tutti i partecipanti è stato fornito del materiale informativo per i pazienti, originale e di facile uso e consultazione, in modo da mantenere vivo ed efficace il passaggio

di Nicolas Arnould



di informazioni utili allo scopo. Lo stato di salute dell'apparato orale, infatti, è un indicatore che l'odontoiatra deve saper interpretare, guidando il paziente verso stili di vita più corretti, eventualmente indirizzandolo da uno specialista di altre discipline. Cattiva alimentazione, fumo, abuso di alcool e una scorretta idratazione sono solo alcuni dei fattori di rischio che accomunano le malattie del cavo orale alle principali categorie di malattie croniche. Il convegno ha ottenuto un grande successo per la partecipazione

massiva dei colleghi e per gli argomenti trattati e l'AIO si augura di aver fornito, tramite le informazioni divulgate e discusse, uno strumento utile per promuovere un corretto piano di prevenzione odontoiatrica, coordinato e coerente con le più recenti evidenze scientifiche. «Solo facendo prevenzione a tutto tondo – ha dichiarato Delogu – i pazienti odontoiatrici non solo godranno della garanzia di curarsi meglio ma anche e soprattutto avranno la possibilità di spendere meno».

Nicolas Arnould è odontoiatra, presidente AIO province di Nuoro, Olbia-Tempio, Sassari



Le relatrici dell'incontro, da sinistra: Valeria Grabesu e Elena Solinas

Una patologia ancora difficile da diagnosticare

Speciale Celiachia: il parere degli esperti

Presentazione clinica della Celiachia

di Umberto Volta



Introduzione

Da Cenerentola a primadonna: è la storia della malattia celiaca, considerata malattia tipica dell'infanzia fino a pochi anni fa e balzata recentemente al centro dell'attenzione del mondo scientifico e dei media per il continuo incremento delle diagnosi, con identificazione di nuovi casi in qualsiasi età della vita.

La celiachia (dal greco "koiliakos", pertinente all'intestino) è un'intolleranza alimentare cronica su base autoimmune nei confronti del glutine, contenuto in alcuni cereali (in particolare frumento, segale, orzo, farro, kamut), in grado di causare, in soggetti geneticamente predisposti, un danno alla mucosa dell'intestino tenue sotto forma di atrofia dei villi.

La predisposizione genetica alla celiachia è dimostrata dalla elevata familiarità della malattia, che è presente dal 4 al 10% dei familiari di 1° grado di celiaci, e dalla stretta associazione con gli antigeni

del sistema di istocompatibilità (HLA-DQ2 o -DQ8).

Epidemiologia

La celiachia è una malattia molto frequente con una prevalenza, negli studi su popolazione generale, di 1 caso ogni 100 abitanti, ma purtroppo ancora largamente sottodiagnosticata. In Italia il numero di casi identificati, in base alla relazione annuale al Parlamento, pubblicata nel febbraio 2014, si aggira sulle 150.000 unità a fronte di una stima almeno 4 volte superiore.

Diagnosi

A partire dagli anni 90 test di laboratorio sensibili e specifici, quali la ricerca degli anticorpi anti-endomisio e anti-transglutaminasi, hanno migliorato in maniera significativa la capacità diagnostica di questa malattia. La diagnostica anticorpale della celiachia si è arricchita recentemente di un nuovo test, gli anticorpi anti-gliadina deamidata, i quali si sono dimostrati utili limitatamente alla classe IgG per la

Tabella 1. Valore diagnostico dei marker anticorpali correlati alla celiachia

	Sensibilità	Specificità	Valore Predittivo Positivo	Valore Predittivo Negativo
A. anti-transglutaminasi IgA	98%	90%	91%	98%
A. anti-endomisio IgA	95%	100%	100%	95%
A. anti-gliadina deamidata IgG	82%	89%	89%	86%

a) Anti-transglutaminasi IgA come test di primo livello (più sensibili e più riproducibili)

b) Anti-endomisio IgA come test di conferma (test più specifico)

c) Anti-gliadina deamidata IgG utili per identificare la celiachia nella prima infanzia (età < 2 anni) e nei deficit di IgA (unitamente agli antitransglutaminasi IgG)

Nota: gli anticorpi anti-gliadina (AGA) sono un test obsoleto e non più utile per la diagnostica della celiachia

Tabella 2 Classificazione istologica delle lesioni intestinali nella celiachia

● Aumento LIE (maggiore 25/100 ce)	(tipo 1)
● Iperplasia delle cripte	(tipo 2)
● Atrofia lieve dei villi	(tipo 3a)
● Atrofia parziale dei villi	(tipo 3b)
● Atrofia sub-totale dei villi	(tipo 3c)
● Atrofia completa dei villi con ulcerazioni	(tipo 4)
LIE: linfociti intraepiteliali ce: cellule epiteliali	
Classificazione di Marsh, modificata da Oberhuber, Eur J Gastroenterol Hepatol 1999	

identificazione della celiachia nella prima infanzia e nei soggetti con deficit di IgA (tabella 1). La biopsia intestinale, eseguita in corso di esofagogastroduodenoscopia, deve essere effettuata sia a livello del bulbo duodenale che nella seconda-terza porzione del duodeno e consente di confermare la diagnosi di celiachia con la dimostrazione dell'atrofia dei villi unitamente all'iperplasia delle cripte e all'aumento dei linfociti intraepiteliali (tabella 2). La biopsia duodenale resta l'esame insostituibile in età adulta, mentre nel bambino e nell'adolescente le nuove linee guida dell'ESPGHAN (Società Europea di Gastroenterologia, Epatologia e Nutrizione Pediatrica) consentono di porre diagnosi di celiachia anche senza l'accertamento istologico a patto che siano presenti sintomi tipici, elevati titoli di anticorpi antitransglutaminasi (> 10 volte il cut-off) con associata positività per anticorpi anti-tiendomio e marker genetici.

Quadro Clinico

La presentazione clinica della celiachia si caratterizza per la comparsa di malassorbimento, che può essere manifesto con la tipica diarrea e perdita di peso, subclinico con sintomi atipici (fra cui stipsi e dispepsia) ed extraintestinali (anemia si-

deropenica o da carenza di acido folico, osteoporosi, ipertransaminasemia, poliabortività) e, sempre più spesso, del tutto silente (tabella 3). La malattia celiaca si associa a numerose altre patologie di carattere autoimmune, fra cui le più frequenti sono la tiroidite autoimmune di Hashimoto, il diabete di tipo 1, il deficit di IgA, la sindrome di Sjogren, la cirrosi biliare primitiva, l'epatite autoimmune e la patologia neurologica (epilessia criptogenetica, atassia cerebellare e polineuropatia periferica) (tabella 4).

Terapia

La dieta senza glutine porta alla normalizzazione della mucosa intestinale consentendo un regolare

Tabella 3. SINTOMI E QUADRI CLINICI RIFERIBILI A POSSIBILI SPIE DI CELIACHIA

Diarrea, dolore e gonfiore addominale, dispepsia
Stipsi, alvo irregolare (colon irritabile)
Perdita di peso
Astenia cronica
Afte ricorrenti
Forme di anemia (soprattutto anemia da carenza di ferro, ma anche di acido folico e vitamina B12)
Facilità al sanguinamento (mancato assorbimento di vitamina k)
Osteopenia/osteoporosi
Anomalie dello smalto dentale
Tendenza ad aborti spontanei (in particolare nel 1° trimestre)
Irregolarità mestruali (amenorrea, menarca tardivo, menopausa precoce)
Alterazioni della fertilità maschile (oligospermia)
Rialzo delle transaminasi da causa sconosciuta
Carenza di elettroliti (calcio, magnesio, potassio etc..)
Iposplenismo / atrofia splenica
Fragilità di unghie e capelli

Tabella 4. MALATTIE AUTOIMMUNI ED IDIOPATICHE ASSOCIATE ALLA CELIACHIA

Dermatite erpetiforme
Tiroidite autoimmune, Morbo di Basedow
Diabete mellito tipo I
Deficit di IgA
Patologia epatica autoimmune (cirrosi biliare primitiva, epatite autoimmune, colangite sclerosante primitiva)
Patologia neurologica idiopatica (atassia cerebellare, epilessia con o senza calcificazioni cerebrali, neuropatia periferica)
Sindrome di Down, sindrome di Turner
Alopecia, vitiligine, psoriasi
Malattie del connettivo (sindrome di Sjogren, sclerodermia)
Cardiomiopatia dilatativa idiopatica, miocarditi autoimmuni
Morbo di Addison
Miastenia gravis
Nefropatia da depositi di IgA (m. di Bergèr)

assorbimento dei nutrienti e i celiaci, a patto di osservare strettamente tale dieta, possono condurre una vita regolare senza alcun tipo di complicanze. Peraltro, la mancata diagnosi o la diagnosi tardiva espongono i pazienti al rischio di sviluppare complicanze quali digiunoileite ulcerativa, sprue collagenosica, quadri di scarsa o assente risposta alla dieta (celiachia refrattaria) e insorgenza di neoplasie, in particolare linfoma e adenocarcinoma dell'intestino tenue.

Linee Guida del Ministero della Salute sulla Celiachia

Introduzione

Le linee guida per la diagnosi e il follow-up della celiachia, pubblicate sul supplemento della Gazzetta Ufficiale del 7 febbraio 2008, hanno avuto un ruolo fondamentale nel migliorare la specificità per la diagnosi di celiachia, riducendo il fenomeno purtroppo assai diffuso delle diagnosi sbagliate. Altro grande

merito di questo documento è stato quello di sottolineare la necessità che il celiaco, una volta diagnosticato, debba sottoporsi a periodici controlli per verificare la compliance alla dieta aglutinata, la possibile comparsa di patologie autoimmuni associate e di alterazioni metaboliche legate al possibile aumento ponderale, nonché per una diagnosi precoce delle temute complicanze della celiachia (celiachia refrattaria, digiunoileite ulcerativa, sprue collagenosica, linfoma intestinale, adenocarcinoma dell'intestino tenue) che, seppur rare, presentano una prognosi altamente sfavorevole.

Proposta di revisione delle Linee Guida al Ministero della Salute

Alla luce di nuove acquisizioni nel settore della diagnosi della celiachia, il Board AIC ha ritenuto opportuno proporre al Ministero della Salute una revisione delle linee guida attualmente in uso. Una prima modifica riguarda la definizione delle varie

Tabella 1

Criteri per le Linee Guida Diagnosi e Follow-up della Celiachia
(pubblicate su suppl. Gazzetta Ufficiale 7 febbraio 2008)

- Semplicità (pochi test essenziali)

- Applicabilità in tutti i centri sul territorio nazionale

- Contenimento dei costi

- Eliminazione del fenomeno delle diagnosi sbagliate (specificità elevata)

Necessità di aggiornare un documento che il Comitato Scientifico Nazionale dell'Associazione Italiana Celiachia (AIC) aveva redatto nel 2004 e successivamente la commissione ministeriale aveva ratificato nel 2006 con pubblicazione sul Suppl. G.U. del 7 febbraio 2008

forme di celiachia al fine di uniformarne la terminologia utilizzata in base alla classificazione di Oslo. È opportuno distinguere: 1) la **forma classica**, che si presenta più frequentemente dopo lo svezzamento, ma che può esordire anche in età adulta e geriatrica e che si manifesta con diarrea cronica, vomito, addome globoso, inappetenza, arresto della crescita, calo ponderale e irritabilità; 2) la **forma non classica** che può esordire in qualsiasi età della vita senza diarrea e malassorbimento, ma con altri sintomi gastrointestinali, quali stipsi, alvo alterno, meteorismo, dispepsia e manifestazioni extraintestinali; 3) la **forma subclinica**, riscontrata occasionalmente in individui con sintomi al di sotto della soglia di sospetto per celiachia o del tutto asintomatici; 4) la **forma potenziale** caratterizzata da architettura mucosale normale o minimamente alterata con sierologia e genetica positive.

Linee Guida per la Diagnosi

Le indagini sierologiche più importanti nella diagnostica della celiachia rimangono gli anticorpi anti-transglutaminasi (anti-tTG) di classe IgA, il test dotato

della più elevata sensibilità, e gli anticorpi anti-endomisio (EmA) di classe IgA, il test che si è confermato negli anni come il più specifico per celiachia. Nella proposta per il nuovo protocollo si conferma l'importanza del dosaggio delle IgA sieriche totali, in quanto, come è noto, la celiachia si associa con elevata frequenza al deficit totale di IgA (IgA sieriche < 5 mg/dl) e, in tal caso, come test anticorpale di primo livello si è confermato l'anticorpo anti-tTG di classe IgG. Gli anticorpi anti-gliadina deamidata (DGP), il nuovo marker anticorpale che tanto entusiasmo aveva generato dopo la introduzione nella diagnostica della celiachia, attualmente presentano l'indicazione per la identificazione della celiachia nella prima infanzia (bambini sotto i due anni di età) quando gli anti-tTG IgA sono risultati negativi. I DGP di classe IgG possono essere inoltre utili, in alternativa agli anti-tTG IgG, per la ricerca della celiachia nel deficit di IgA.

La biopsia intestinale rimane il punto centrale per la diagnosi certa di celiachia e ne viene raccomandata l'esecuzione anche nei casi con sierologia negativa, ma con chiara evidenza di sindrome da malassorbimento (diarrea e calo ponderale significativi).

Accanto alla classificazione di Marsh-Oberhuber è stata inserita nelle nuove linee guida quella di Corazza-Villanacci, che ha il pregio di avere semplificato l'interpretazione del danno istologico.

Il test HLA ha un elevato valore predittivo negativo in quanto la negatività per HLA-DQ2 e -DQ8 riduce al minimo, se non esclude, il possibile sviluppo di celiachia. Le indicazioni per l'esecuzione del test genetico rimangono la discordanza fra sierologia e istologia e lo studio dei familiari di 1° grado per verificare la predisposizione alla malattia (limitatamente all'età pediatrica per ridurre i costi).

Sono stati mantenuti i tre percorsi diagnostici relativi a pazienti con severo malassorbimento (forma classica), a soggetti con moderato-basso rischio di celiachia che comprendono le forme non classiche e subcliniche, e ai familiari di 1° grado di celiaci.

Nel nuovo protocollo si sottolinea come non esistano al momento linee guida per la celiachia potenziale. In questa condizione non è stabilito se il paziente debba iniziare una dieta senza glutine o essere mantenuto a dieta libera con frequenti controlli. In linea di massima la tendenza è quella di trattare i pazienti sintomatici, ma è opportuno che

Tabella 2

Sierologia proposta al Ministero dal Board AIC

Primo livello

IgA totali sieriche
 A anti transglutaminasi (anti-tTG) IgA (se IgA normali)
 A. anti-tTG IgG (se deficit selettivo di IgA)

Secondo livello

EmA IgA come test di conferma nei casi anti-tTG positivi e nei casi con diagnosi dubbia
 A. anti gliadina deamidata IgG nei bambini di età < 2 anni in caso di negatività per anti-tTG IgA
 A. antigliadina di prima generazione (AGA): test obsoleto senza alcuna indicazione per la celiachia

tali pazienti vengano inviati a un centro di riferimento per la valutazione del singolo caso. La più importante

Tabella 3

Proposta del Board AIC al Ministero per Linee guida Follow-up Celiachia

Primo controllo a 6 mesi dalla diagnosi (posticipato a 1 anno nei casi asintomatici)

- Visita medica con intervista dietetica presso centro specialistico

- Esami: Emocromo, ferritina, folatemia, anticorpi antitransglutaminasi IgA (IgG se deficit di IgA), TSH (valutare se ripetere anticorpi antitiroidei dopo una prima determinazione)

- Esami metabolici in casi selezionati (colesterolemia, HDL, trigliceridi, glicemia, transaminasi)

- Densitometria ossea (da eseguirsi dopo almeno 12 mesi di dieta aglutinata)

novità delle nuove linee guida riguarda l'applicazione del nuovo protocollo ESPGHAN per la diagnosi di celiachia in età pediatrica e adolescenziale. Alla luce della evidenza della correlazione fra elevati titoli anticorpali e severo danno della mucosa intestinale, è stata avanzata la proposta da parte dell'ESPGHAN che nei pazienti fino a 18 anni di età, con quadro clinico di malassorbimento e sintomi evidenti, in presenza di una positività per anticorpi anti-tTG IgA > 10 volte il cut-off, confermata dalla positività per gli EmA IgA e dalla presenza del pattern genetico compatibile (HLA-DQ2 e/o -DQ8) si possa proporre al paziente e alla famiglia di porre diagnosi di celiachia senza ricorrere alla biopsia duodenale. La decisione che deve essere presa in tali casi è delicata e bisogna spiegare attentamente agli interessati vantaggi e svantaggi di tale nuovo protocollo, la cui validazione dovrà essere confermata da un ampio studio policentrico attualmente in corso.

Linee Guida per il Follow-up

Per quanto riguarda il follow-up le novità sostanziali riguardano la indicazione a posticipare il primo controllo dopo la diagnosi a 1 anno (invece che a 6 mesi) nei casi asintomatici e alla esecuzione della densitometria ossea (DMO) dopo almeno 12 mesi di dieta aglutinata (e non alla diagnosi) per valutare la presenza di eventuale osteopenia o osteoporosi non corretta dalla dieta.

Per quanto concerne le complicanze che sono praticamente limitate all'età adulta e alle diagnosi tardive, si raccomanda un attento follow-up in quanto il loro precoce riscontro può a volte essere fondamentale per una prognosi favorevole. Il principale obiettivo che si vuole raggiungere con questo aggiornamento delle linee guida è quello di migliorare ulteriormente l'attendibilità della diagnosi, riaffermando la necessità che i casi complessi, in cui il dubbio di inquadramento permane elevato, debbono essere riferiti ai centri di terzo livello.

Umberto Volta è Professore di Diagnostica Immunopatologica presso la Scuola di Specializzazione in Medicina Interna dell'Università di Bologna e membro del Board Scientifico dell'Associazione Italiana Celiachia (A.I.C.)

La biopsia nella celiachia: è proprio necessaria?

Il continuo e rapido evolversi delle conoscenze sulla malattia celiaca ha portato nel corso degli anni alla continua necessità di rivedere e aggiornare la definizione della malattia e le linee guida per la diagnosi. Le prime linee guida per la diagnosi di celiachia sono quelle pediatriche, pubblicate nel 1969 dalla Società Europea di Gastroenterologia, Epatologia e Nutrizione Pediatrica (ESPGHAN), rivedute e modificate successivamente due volte, nel 1990 e nel 2012. Essendo la biopsia intestinale l'unico strumento diagnostico a disposizione, le prime linee guida, rimaste valide fino al 1990, raccomandavano l'esecuzione di 3 biopsie intestinali distanziate tra loro da un certo lasso di tempo: la prima al momento della presentazione clinica, la seconda durante la remissione clinica indotta da un periodo di dieta senza glutine e la terza dopo

di M. Grazia Clemente

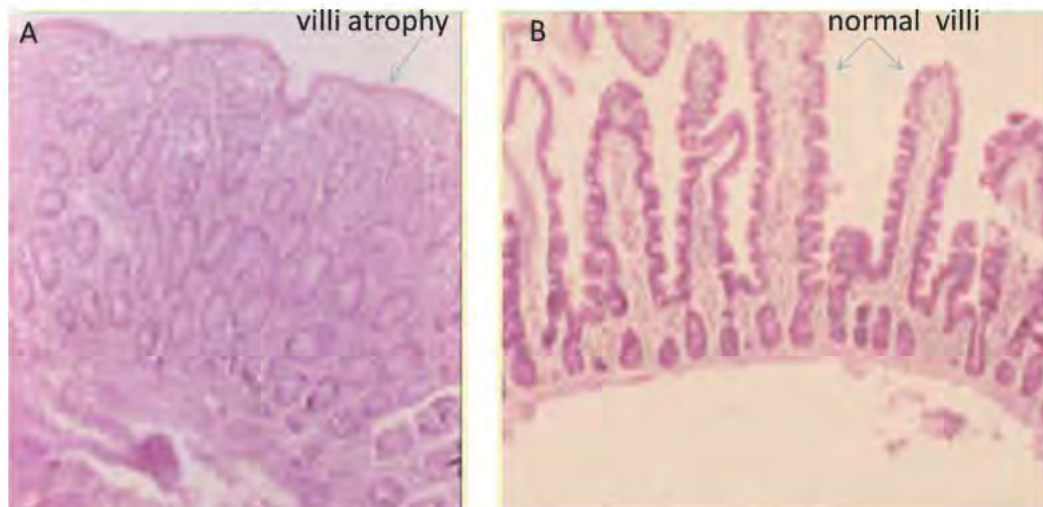


la prova di scatenamento e cioè alla ripresentazione dei sintomi clinici con la reintroduzione del glutine nella dieta.

Erano state formulate allo scopo di dimostrare due aspetti fondamentali della celiachia che sono la glutine-dipendenza delle lesioni intestinali – perché le lesioni pur essendo caratteristiche non sono esclusive della celiachia – e, non meno importante, la persistenza nel tempo, cioè la non transitorietà dello stato di sensibilità al glutine. Aspetti questi la cui documentazione è indispensabile sia per il pediatra che deve

prescrivere la restrizione dietetica come terapia a vita, sia per i piccoli pazienti e le loro famiglie nell'arduo compito di rimanere costanti nel rispettare l'astinenza da alimenti quotidiani contenenti glutine come il pane, la pasta e la pizza.

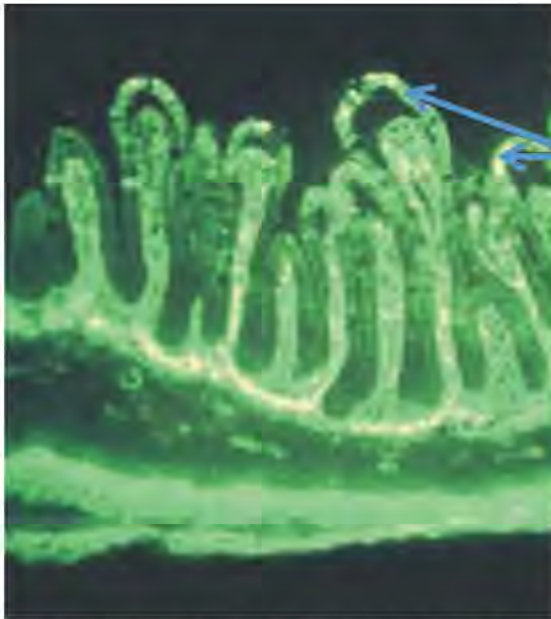
L'avvento della sierologia con la scoperta di an-



BIOPSIA INTESTINALE: aspetti istologici della mucosa duodenale di soggetto celiaco

A: lesioni intestinali caratteristiche di malattia celiaca (atrofia dei villi, iperplasia delle cripte e infiltrato linfomonocitario) al momento della diagnosi;

B: aspetto normale dei villi e della mucosa intestinale dopo dieta senza glutine.



cellule epiteliali del villo intestinale
ricche di F-actina

Strati di muscolatura liscia della mucosa
ricche di endomysio (tTG)

Foto al microscopio a fluorescenza: risultati della metodica in immunofluorescenza indiretta su mucosa duodenale di primate utilizzando il siero di un paziente celiaco positivo per IgA anti-endomysio (tTG) e IgA anti-F actina.

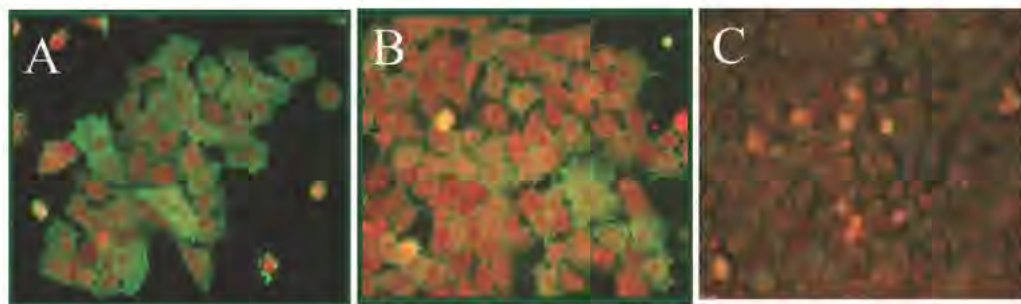
ticorpi 'celiaci' determinabili nel siero e la identificazione dei geni di predisposizione (HLA DQ2 e DQ8) consentirono nel 1990 di ridurre il numero di biopsie richieste per la diagnosi di celiachia da 3 a 1 biopsia intestinale, limitatamente ai soggetti con chiara sintomatologia clinica, sierologia positiva, e pronta risposta alla dieta senza glutine (linee guida ESPGHAN 1990). Il razionale di queste linee guida è quello di documentare le caratteristiche lesioni intestinali eseguendo almeno una biopsia intestinale, associandola alla positività per gli anticorpi 'celiaci' e alla risoluzione dei sintomi clinici con la dieta senza glutine come prova di sensibilità al glutine.

La biopsia intestinale, attualmente eseguita tramite endoscopia digestiva superiore o esofago-gastroduodenoscopia, è un esame invasivo specialmente in età pediatrica dove necessita dell'anestesia generale, ed è un esame che può avere controindicazioni assolute in situazioni particolari anche in età adulta come la gravidanza oppure per esempio in presenza di diatesi emorragica.

Inoltre non è un esame privo di possibili errori diagnostici, talvolta attribuiti alla possibile distribuzione 'a macchie di leopardo' delle lesioni intestinali per cui i prelievi bioptici eseguiti dall'endoscopista

rischiano di prendere aree di mucosa intestinale assolutamente normale, altre volte dovuti ad artefatti tecnici per le ben note difficoltà di orientamento dei tessuti bioptici. È quindi spiegabile come da tempo fosse insistente l'idea di poter arrivare a far diagnosi 'certa' di malattia celiaca unicamente da esami effettuati sul prelievo di sangue senza dover eseguire l'esame endoscopico con biopsia intestinale. Le più recenti linee guida pediatriche (ESPGHAN 2012) aprono per la prima volta la via alla diagnosi di celiachia senza biopsia intestinale. Questa possibilità riguarda per il momento solo i bambini celiaci con sintomatologia clinica inequivocabile e con alto titolo di anticorpi anti-transglutaminasi. Prima di poter iniziare la terapia con la dieta senza glutine è comunque richiesta la positività anche per gli anticorpi anti-endomysio e la determinazione dei geni di predisposizione della malattia celiaca. La diagnosi dovrà essere ulteriormente confermata dall'effetto risolutivo della dieta senza glutine sulla sintomatologia clinica.

La validità di queste nuove e pionieristiche linee guida si verificherà in un prossimo futuro ed è attualmente in corso uno studio multicentrico. Il punto chiave che dovrà essere chiarito appena possibile riguarda fundamentalmente l'impatto che una dia-



Nuovo metodo sierologico per la determinazione delle lesioni intestinali nella malattia celiaca:
Foto al microscopio a fluorescenza: immunofluorescenza su cellule epiteliali intestinali di ratto
A e B: siero di paziente celiaco positivo per IgA anti-F actina
C: siero negativo per IgA anti-F actina

(Foto già pubblicata nell'American Journal of Gastroenterology, nell'articolo "Enterocyte actin autoantibody detection: a new diagnostic tool in celiac disease diagnosis: results of a multi center study", di M.G. Clemente et al.)

gnosi senza biopsia, e quindi senza documentazione istologica delle lesioni intestinali indotte dal glutine, potrà avere sulla capacità di aderenza alla dieta senza glutine.

In questo contesto trova pieno significato la determinazione nel siero di IgA anti-F actina, in quanto la loro positività nel siero dei celiaci al momento della diagnosi indica che le lesioni intestinali indotte dal glutine sono già in atto, con un valore predittivo positivo del 100% per i gradi di atrofia severa dei villi intestinali. In altre parole, nel sospetto di malattia celiaca, cioè in tutti i soggetti con sintomatologia clinica inequivocabile e anticorpi anti-transglutaminasi, la positività per IgA anti-F actina ci dice che le lesioni intestinali causate dal glutine sono già in atto, e quindi ci viene data tramite un test da prelievo di sangue un'informazione che altrimenti si sarebbe potuta avere solo eseguendo l'endoscopia digestiva con biopsie. E' da sottolineare che nessun altro anticorpo 'celiaco' dà questa informazione.

I vantaggi sull'endoscopia sono molti ed evidenti, non solo per la minore invasività di un prelievo di sangue rispetto all'esame endoscopico, ma anche perché vengono superate le controindicazioni dovute alla gravidanza e agli stati di diatesi emorragiche e i falsi negativi dovuti a biopsie mal orientate o eseguite in tratti di mucosa intestinale non sufficientemente diagnostici. Non in ultimo è il notevole risparmio economico nei confronti dell'esame endoscopico con biopsie.

Per capire da dove originano gli anticorpi anti-F actina e il loro significato nella malattia celiaca oc-

corre partire dall'inizio, dal primo contatto del glutine con la superficie assorbente dell'epitelio intestinale.

L'epitelio del piccolo intestino è un tessuto polarizzato ricco in microvilli dal lato apicale il quale forma l'estesa superficie assorbente, quella che per prima entra in contatto con il glutine alimentare. I filamenti di actina sono abbondantissimi nei microvilli, dove, decorrendo in grossi fasci paralleli orientati dalla base all'apice, costituiscono l'asse principale del citoscheletro del microvillo. E' oggi ben noto che il citoscheletro dell'intera cellula epiteliale funziona non solo da 'impalcatura' ma svolge molteplici funzioni dinamiche sia intracellulari soprattutto per il traffico di molecole, sia intercellulari di comunicazione e scambi con le cellule adiacenti e con le strutture sottostanti della mucosa.

Alcuni studi in vitro hanno dimostrato che il glutine causa un significativo scompaginamento del citoscheletro intracellulare e ne stimola la polimerizzazione. Verosimilmente quindi nei soggetti affetti da celiachia, il danno intestinale indotto dal glutine liberando quantità significative di F actina intracellulare induce la produzione di IgA anti-F actina, il cui titolo aumenta in maniera proporzionale con l'aumentare della severità e dell'estensione del danno intestinale diventando dosabile nel campione di siero da prelievo di sangue periferico. Entro 3 mesi di dieta senza glutine, quando la mucosa intestinale è ritornata normale, le IgA anti-F actina si negativizzano non essendo più dosabili nel siero.

La scoperta di IgA anti-F actina in soggetti celiaci è avvenuta quasi per caso, perché la determinazione



di anticorpi anti-F actina di tipo IgG è da tempo utilizzata negli esami di routine per la diagnosi di epatite autoimmune. Non di rado segni di epatite possono essere la prima manifestazione clinica della malattia celiaca. Mi era dunque capitato di trovare positività per anticorpi anti-F actina nel siero di 2 ragazze che soffrivano da qualche anno di epatite cronica di natura non definita, nelle quali successivamente è stata fatta diagnosi di malattia celiaca, diagnosi confermata regolarmente dalla biopsia intestinale.

Il fatto particolarmente interessante che mi aveva spinto ad approfondire lo studio era stata la guarigione completa dall'epatite accompagnata dalla scomparsa nel siero degli anticorpi anti-F actina con la sola terapia della dieta senza glutine, mentre l'epatite autoimmune positiva per anticorpi anti-F actina è rapidamente progressiva se non trattata con terapia steroidea ed immunosoppressiva.

Considerando che gli anticorpi 'celiaci' sono caratteristicamente di tipo IgA, perché prodotti a livello intestinale, e che i kit disponibili in commercio per la determinazione di anticorpi anti-F actina utilizzati

per la diagnosi di epatite autoimmune non permettevano la distinzione tra anti-F actina di tipo IgG, IgM o IgA, la prima cosa che ho voluto verificare era se gli anticorpi anti-F actina nella celiachia fossero di tipo diverso da quelli dell'epatite autoimmune.

Fra le diverse metodiche utilizzate, quella considerata più attendibile e quindi universalmente accettata era l'immunofluorescenza indiretta su cellule Hep-2. E' stato sufficiente utilizzare i vetrini con le cellule Hep2 disponibili nel kit commerciale modificando però il sistema di rivelazione tramite l'utilizzo di anti-sieri specifici per IgG o per IgM o per IgA, per scoprire che gli anticorpi anti-F actina della celiachia sono di tipo IgA mentre quelli dell'epatite autoimmune sono di tipo IgG.

Dopo la scoperta di IgA anti-actina nella celiachia, il Prof. S. De Virgiliis e io abbiamo ulteriormente perfezionato il metodo diagnostico, sostituendo le cellule Hep2 (cellule epiteliali di carcinoma laringeo) con cellule epiteliali di piccolo intestino e inducendo la polimerizzazione dei filamenti di actina intracellulare tramite colchicina per creare un test più sen-

sibile e più specifico per la determinazione delle IgA anti-F actina nel siero di soggetti celiaci. Applicando questa nuova metodica in uno studio multicentrico in cieco abbiamo trovato IgA anti-F actina nel 95% nel gruppo dei celiaci con lesioni intestinali di grado moderato-severo e nel 30% dei celiaci con lesioni intestinali di grado lieve.

Il valore predittivo positivo (PPV) di lesioni intestinali in atto e' risultato molto alto > 99%, mentre il valore predittivo negativo (NPV) e' risultato dell'85%, per cui la negativita' al test puo' non escludere con certezza la presenza del danno intestinale da glutine.

I diversi studi che hanno fatto seguito al nostro hanno confermato l'alta specificita' delle IgA anti-F actina per le lesioni intestinali piu' severe, riportando valori del PPV anche del 100%.

La sensibilità, cioè il numero di celiaci che risultano positivi, è stata riportata con valori molto variabili, dal 25% all'80%, verosimilmente in dipendenza della percentuale di celiaci con lesioni intestinali di grado avanzato nelle varie casistiche, e anche a causa

della diversità delle varie metodiche utilizzate da centro a centro.

Questo significa che non tutti i celiaci risultano positivi alle IgA anti-actina, ma solo una parte di loro. Quelli positivi hanno però la certezza al 100% di avere già un danno intestinale da glutine. Un'informazione questa che può essere di grande valore in un'epoca in cui le linee guida si stanno aprendo alla possibilità di diagnosi di celiachia senza biopsia.

In conclusione, la comprovata associazione di IgA anti-actina sieriche e lesioni intestinali da glutine nei celiaci suggerisce l'impiego del nuovo test nella pratica clinica come metodo non invasivo per la valutazione del danno intestinale, da eseguirsi in supporto alle diagnosi fatte senza biopsia intestinale, per monitorare l'andamento della dieta senza glutine e in tutti i casi in cui l'esecuzione della biopsia intestinale sia controindicata.

Maria Grazia Clemente, M.D., Ph.D. è
*Ricercatrice presso la Clinica Pediatrica
dell'Università degli Studi di Sassari*



Un moderno approccio diagnostico-terapeutico multidisciplinare

La Sindrome delle Apnee Ipopnee Ostruttive in Sonno

L'OSAHS (Sindrome delle Apnee Ipopnee Ostruttive del Sonno) è una grave patologia caratterizzata dalla riduzione, sino al completo arresto, del flusso respiratorio, di durata superiore ai dieci secondi, accompagnati da una desaturazione ossiemoglobinica del sangue circolante \geq al 3%. Attualmente si stima che interessi il 6% della popolazione generale, con una incidenza doppia nel sesso maschile e una frequenza che aumenta con l'età, con un picco tra 50 e 70 anni, ma che sicuramente raggiunge percentuali ben più elevate in certe categorie di persone, cosiddette a rischio, ossia pazienti sovrappeso, cardiopatici-ipertesi e broncopneumopatici cronici.

La sintomatologia è caratterizzata da un aumento della sonnolenza diurna con tendenza all'ipersonnia, che, nei casi più gravi, si manifesta non solo durante le ore di relax ma anche durante le ore di lavoro (aumento del rischio di infortuni sul lavoro

di Sebastiano Carboni e Corrado Casu



o di incidenti stradali). Si associano deficit di concentrazione e cognitivo con turbe della memoria, anche recente, e cefalea.

Da studi più recenti è emersa l'importanza della sindrome OSHA quale sindrome metabolica e, come tale, fattore determinante e indipendente da altre condizioni morbose associate, nel

determinismo di una serie di patologie cardiovascolari, neurologiche e disfunzioni della sfera sessuale.

In Italia circa 1.800.000 persone sono affette da OSAHS di cui solo il 5% viene attualmente diagnosticato.

Inizialmente lo studio di questa grave patologia era limitato a pochi Centri del Sonno, a impronta prevalentemente neurologica, e successivamente, con l'avvento della terapia ventilatoria (C-PAP) si sono aggiunti altri luoghi di cura a indirizzo pneumologico. Negli ultimi anni anche gli specialisti in Otorinolaringoiatria e Ortognatodonzia hanno iniziato a occuparsi di OSAHS, in quanto è apparso del tutto



La sonnolenza diurna è un frequente sintomo di OSAHS negli adulti



evidente che il sito di ostruzione e collasso delle vie aeree, nei cosiddetti DROS (disturbi respiratori ostruttivi in sonno) si localizza a livello delle vie aero-digestive superiori.

Pertanto la corretta identificazione del sito di ostruzione/collasso/vibrazione può portare, direttamente, a un trattamento chirurgico dello stesso, qualora ne sussistano le indicazioni, o a un trattamento di tipo ortodontico di avanzamento mandibolare mediante Oral Device, o a una terapia di tipo ventilatorio.

Da queste considerazioni preliminari nasce quindi la necessità di un nuovo approccio multidisciplinare al problema, che veda contemporaneamente impegnato un team di specialisti, al fine di elaborare dei percorsi diagnostici interdisciplinari condivisi, standardizzati e riproducibili, per arrivare a un progetto terapeutico adattato a ogni singolo paziente che potrà essere di tipo chirurgico, di livello 1 e 2, ventilatorio (CPAP) o ortognatodontico (MAD). L'interazione professionale è dunque parte integrante del programma diagnostico-terapeutico e vede coinvolti principalmente Otorinolaringoiatra, Radiologo, Anestesista-Rianimatore, Pneumologo, Neurologo, cardiologo, Ortognatodontista, Chirurgo Maxillo-facciale e Chirurgo bariatrico.

Definizioni di Roncopatia e OSAHS

Si definisce Russamento o Roncopatia la presenza di rumorosità respiratoria notturna in sonno, legata a quel fenomeno basilico, tipico dei DROS, che si definisce vibrazione e che è tipico delle strutture mobili e non delle prime vie aeree (ugola, palato molle, epiglottide e pareti faringee).

Quando al fenomeno rumoroso non si accompagnano altri fenomeni basilici, si parla di Roncopatia Primaria o semplice o per usare il termine internazionalmente accettato di "Simple Snoring".

Se invece al rumore dovuto alla vibrazione si associa l'altro fenomeno basilico tipico dei DROS, ossia l'Ostruzione, si verifica la limitazione sino all'arresto, in quel tratto della via respiratoria, del flusso aereo naso-buccale, di durata variabile, da pochi secondi a un minuto e mezzo, configurandosi il quadro di ipopnea-apnea ostruttiva definito OSAHS.

L'OSAHS si caratterizza per la comparsa di oltre 5 episodi di tipo ostruttivo per ora di sonno, della durata di oltre 10 secondi, associati a fenomeni di

desaturazione in ossigeno del sangue circolante come già detto \geq al 3%.

Si distinguono tre tipi di apnea:

– *Centrale* caratterizzata dall'interruzione simultanea del flusso respiratorio e dei movimenti toraco-addominali.

– *Ostruttiva* caratterizzata da un blocco a carico delle vie aeree associata a movimenti toraco-addominali, cosiddetti di sblocco.

– *Mista* caratterizzata dall'alternarsi dei due tipi precedenti.

Linee guida diagnostico-terapeutiche

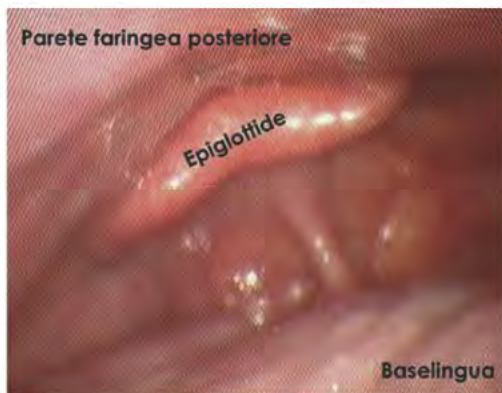
Dal 2010 presso l'UOC di Otorinolaringoiatria dell'Ospedale Civile di Alghero è attivo l'ambulatorio dedicato ai DROS, laddove il paziente può intraprendere un percorso diagnostico-terapeutico standardizzato e condiviso, messo a punto dal team multidisciplinare coordinato dallo specialista Otorinolaringoiatra qualificato in DROS, che vede impegnati Ortognatodontista, Radiologo e Anestesista.

Il primo obiettivo, ambizioso, è stato pertanto quello di voler creare il primo Centro Multidisciplinare, nel territorio della ASL 1 di Sassari, che si vuole attestare come punto di riferimento dedicato a una patologia caratterizzata, come vedremo, da una estrema complessità clinica e da gravissime complicanze, sino all'exitus, se non adeguatamente diagnosticata e trattata.

Il secondo obiettivo, più difficile da raggiungere, e forse anche per questo il più importante, è costituire una Rete di Specialisti, diffusa nel territorio, in grado di intercettare i pazienti e indirizzarli, seguendoli, nel percorso diagnostico terapeutico suddetto.

L'impianto multidisciplinare per la risoluzione del problema è oramai condiviso in tutti i vari Centri del Sonno della Penisola, e già nella nostra realtà della ASL 1 e della AOU di Sassari si sta realizzando una proficua collaborazione sia con il Laboratorio per lo studio dei Disturbi Respiratori del Sonno presso la Clinica Pneumologica, sia con l'UOC di Chirurgia Maxillo Facciale, sia con il Centro di Medicina Iperbarica.

Quando il paziente giunge alla nostra osservazione il primo punto d'indagine non può che essere sempre un'accuratissima e approfondita *indagine anamnestica*, rivolta anche ai familiari, che spesso



Endoscopia delle vie aero-digestive e monovra di Muller



sono il primo motivo che spinge il paziente a consultare lo specialista, allo scopo di evidenziare i sintomi più importanti quali Russamento importante, Insonnia legata a difficoltà respiratoria, Ipersonnia diurna (Test di Epworth), Apnea notturna con risveglio agitato, durante e più volte, nel corso della notte, Aritmia cardiaca correlata con ostruzione delle vie respiratorie.

L'esame clinico del paziente continua con il riscontro dei parametri biometrici essenziali quali il peso e la statura, il BMI o Body Mass Index o indice di massa corporea, la circonferenza del collo e del torace.

L'esame del paziente deve essere condotto alla ricerca di eventuali patologie determinanti l'ostruzione delle vie aeree, quali deviazioni del setto nasale, poliposi naso-sinusale massiva, ipertrofia adenotonsillare, nei bambini, macroglossia, dimorfismi craniofacciali, malocclusioni.

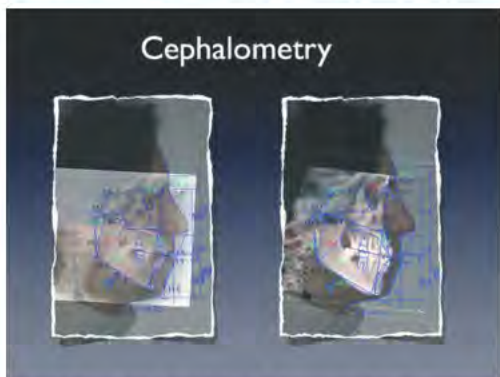
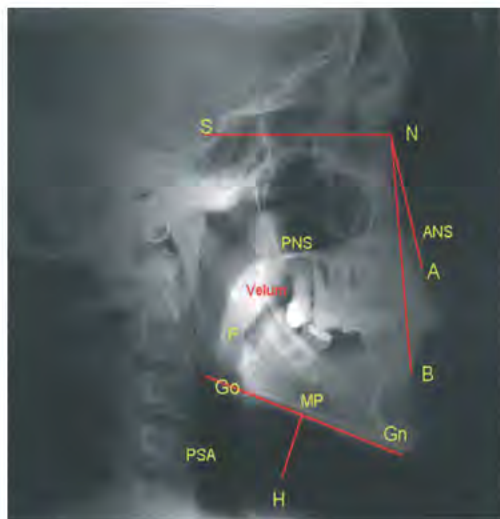
In questa fase l'esame endoscopico statico può evidenziare eventuali patologie o anomalie di tipo malformativo a carico delle vie aero-digestive superiori (rinofaringe, ipofaringe e laringe).

Durante l'esecuzione dell'endoscopia, alcune facili manovre dinamiche, quali la manovra di Muller, consentono di verificare eventuali modificazioni indotte sulle vie respiratorie da esse, al fine di evidenziare siti di vibrazione o collasso delle strutture mucosali, che poi potranno trovare conferma durante l'esecuzione della Sleep Endoscopy, ossia l'esame endoscopico delle vie aero-digestive superiori, che può essere effettuata in sonno spontaneo o farmacologicamente indotto (DISE): esame imprescindibile, per una corretta scelta terapeutica.

Nei pazienti sovrappeso, (elevati valori di BMI, circonferenza collo e addome) le consu-



Sleep endoscopy



La cefalometria fornisce dati angolari e lineari nella diagnosi e terapia dell'OSAHS

lenze internistico-dietologica e cardiologica con elettrocardiogramma devono sempre essere effettuate, così come un controllo pneumologico, completo di esame spirometrico, non può non essere richiesto, al fine di escludere la contemporanea presenza di BPCO (*Overlap Syndrome*). In presenza di dimorfismi cranio-facciali sono indicate visite chirurgica maxillo-facciale e ortognatodontica.

Un notevole apporto diagnostico nei disturbi respiratori del sonno è fornito dall'Imaging, con la Teleradiografia del cranio e Cefalometria, che consentono sia di valutare le dimensioni morfo-volumetriche del cranio e delle vie aeree, che di ottenere dati celalometrici angolari e lineari finalizzati alla predittività dei risultati di un trattamento chirurgico, ortognatodontico o combinato o a stabilire eventuali

controindicazioni agli stessi.

Le immagini acquisite con le più moderne apparecchiature (TC multistrato o CONE-BEAM) permettono di ottenere, oltre che splendide immagini diagnostiche, anche eccezionali ricostruzioni 3D e di endoscopia virtuale delle vie aeree, nell'ottica di una valutazione dei risultati delle terapie chirurgiche.

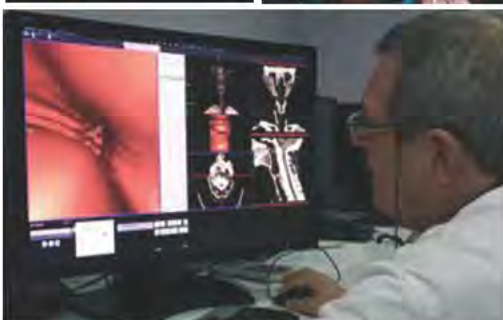
Test diagnostici

I test diagnostici vengono così suddivisi:

- Test diagnostici di I Livello
- Test diagnostici di II Livello

I primi sono rappresentati dalla Rinomanometria, dalla Polisonnografia mono-canale e dalla Endoscopia in Sonno, spontaneo (SSE) o farmacologicamente indotto (DISE).

I secondi sono rappresentati fondamentalmente dalla Polisonnografia multicanale, dalla Esofagogastrosocopia (frequente associazione tra DROS e MRGE), la pH-metria esofagea e infine la ricerca dei Potenziali Evocati del Tronco Encefalico (ABR).



La TC multistrato e Cone Beam consente ricostruzioni 3D del cranio e delle vie aeree, permettendo l'esecuzione di una endoscopia virtuale



Polisonnografia multicanale

La fase terapeutica

Nelle forme di OSHAS severa il gold standard terapeutico è rappresentato dalla terapia mediante Dispositivi a Ventilazione Meccanica a Pressione Positiva costante (CPAP), in grado di compensare gli episodi di ipoapnea-apnea notturna legati al collasso delle vie aeree, mediante insufflazione di aria a pressione positiva costante, sia in fase di espirazione che di inspirazione-espriazione (Dispositivi bi-Level), attraverso delle mascherine naso-buccali. Nelle forme di OSHAS lieve e moderata, laddove la terapia ventilatoria non fosse ben tollerata dal paziente o in caso di effetti collaterali non superabili e non accettati dal paziente stesso, può essere verificata, previa esecuzione di test specifici (Sleep Endoscopy con pull-up mandibolare e simulatore di MAD) la possibilità di una terapia ortognatodontica mediante l'applica-



Classificazione del paziente.

Concluso l'iter diagnostico con l'esecuzione della Polisonnografia multicanale, il Disturbo Respiratorio Ostruttivo del Sonno può essere classificato sulla base di alcuni indici polisonnografici fondamentali rappresentati dall'Indice di Apnea-Ipopnea AHI (numero di apnee ed ipopnee per ora di sonno) e dall'Indice di Desaturazione in O₂ ODI (numero di eventi di desaturazione in O₂ > al 3-4 % per ora di sonno).

Distinguiamo quindi tra:

- Roncopatia Semplice (Simple Snoring) se AHI < 5
- Sindrome OSHA Lieve se AHI > 5 e < 15
- Sindrome OSHA Moderata se AHI > 15 e < 30
- Sindrome OSHA Severa se AHI > 30



Dispositivi a ventilazione meccanica a pressione positiva (C-PAP) con maschere naso-buccali

Treatment for OSAHS

ORAL APPLIANCE THERAPY



zione dei cosiddetti Apparecchi di avanzamento mandibolare (MAD o Oral appliance). Nei casi in cui vi sia l'indicazione all'intervento chirurgico, si possono eseguire operazioni sui siti di vibrazione e di ostruzione, atti che vengono definiti di Fase 1 e di Fase 2.

Fanno parte dei primi Settoplastica, Decongestione dei turbinati nasali, Polipectomia nasosinusale, Adeno-tonsillectomia e Faringoplastica laterale e Faringoplastica anteriore. Fanno invece parte dei secondi Avanzamento bi-mascellare, Distrazione mandibolare, Sospensione ioidea e TORS (Trans Oral Robotic Surgery)



Settoplastica secondo tecnica di Cottle

Sebastiano Carboni

*Direttore UOC Otorinolaringoiatria ASL 1 Sassari
Qualificato SIO-AIMS Esperto in Disturbi
Respiratori Ostruttivi in Sonno*

Corrado Casu

*Specialista in Odontoiatria e in Ortognatodonzia
membro dell' American Academy
of Dental Sleep Medicine*



Apparecchio di avanzamento mandibolare (MAD) approvato dalla FDA

La Sindrome delle Apnee Ostruttive del sonno: l'analisi del cardiologo

La Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSAS) è una malattia cronica caratterizzata dalla ricorrente, intermittente e repentina ostruzione delle prime vie aeree durante il sonno con conseguente ipossia, frammentazione del sonno, russamento e sonnolenza diurna. Secondo l'American Academy of Sleep Medicine guidelines, l'apnea ostruttiva del sonno può essere diagnosticata quando l'indice di disturbo respiratorio (RDI) è uguale o superiore a 15, o quando è maggiore di 5, e si associa a uno dei

sintomi tipici: sonnolenza diurna patologica, sonno agitato, stanchezza o insonnia, risvegli con sensazione di soffocamento, russamento regolare e / o pause nella respirazione durante il sonno.

Può interessare soggetti di tutte le età, dai neonati prematuri fino agli anziani con una preponderanza nel sesso maschile e nelle età più avanzate. Nella popolazione generale la prevalenza è compresa tra il 3 e il 7% negli uomini e tra il 2 e 5% nelle donne con incrementi tra il 5 e il 9% nei soggetti più anziani.

Il più importante fattore di rischio per OSAS è rappresentato dalla obesità valutata tramite il BMI (indice di massa corporea) e la circonferenza della vita, seguito dal sesso, dall'età compresa tra i 40 e 65 anni, il fumo di sigarette, l'alcol e la sedentarietà. Altri fattori di rischio sono rappresentati da ipotroidismo, acromegalia, uso di testosterone esogeno e benzodiazepine e dalla presenza di anomalie strutturali delle alte vie aeree. È stata inoltre descritta una predisposizione genetica-familiare indipendente dalla obesità familiare.

La distribuzione circadiana degli eventi cardiovascolari maggiori come infarto e ictus suggerisce una interazione tra risvegli e trombosi acuta; inoltre numerosi studi hanno dimostrato che l'OSAS è associata con un incremento in tutte le cause di mor-

di Gavino Casu



talità cardiovascolare e che detiene un rapporto causale nello sviluppo di malattie cardiovascolari. Non è tuttavia chiaro se questa condizione sia un fattore di rischio indipendente per malattie cardiovascolari o se rappresenti piuttosto un trigger per patologie cardiovascolari acute o croniche come l'ipertensione, lo scompenso cardiaco, aritmie, malattie renali, stroke, infarto miocardico, morte improvvisa o se possa determinare malattie cardiovascolari solo in associazione con i tradizionali fattori di rischio come l'obesità, il di-

bete mellito e la dislipidemia, in assenza di una relazione causa-effetto. Studi di follow-up a lungo termine hanno invece definito come un efficace trattamento delle OSAS con CPAP (ventilazione meccanica a pressione positiva) determini un significativo vantaggio in termini di riduzione di mortalità e morbilità cardiovascolare.

Le attuali conoscenze sulla storia naturale delle OSAS sono dunque incomplete, ma le conseguenze a lungo termine di tale disturbo, non trattato, sono innegabili.

La patogenesi delle malattie cardiovascolari nel paziente con Sindrome delle Apnee Notturme è complessa e multifattoriale. I meccanismi con cui OSAS può predisporre alle malattie cardiovascolari comprendono l'iper-attivazione del sistema nervoso simpatico, la disfunzione endoteliale, la disregolazione metabolica, lo stress ossidativo e l'infiammazione provocati dalla ipossia intermittente e l'incremento della aggregabilità piastrinica indotta dagli aumentati livelli di catecolamine circolanti.

Negli individui sani, durante il sonno e in particolare durante la fase non-REM, il tono vagale è aumentato mentre l'attività simpatica è ridotta; di conseguenza il metabolismo, la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa sono ridotte. Nei pazienti affetti da OSAS questo meccanismo è profondamente alterato. I

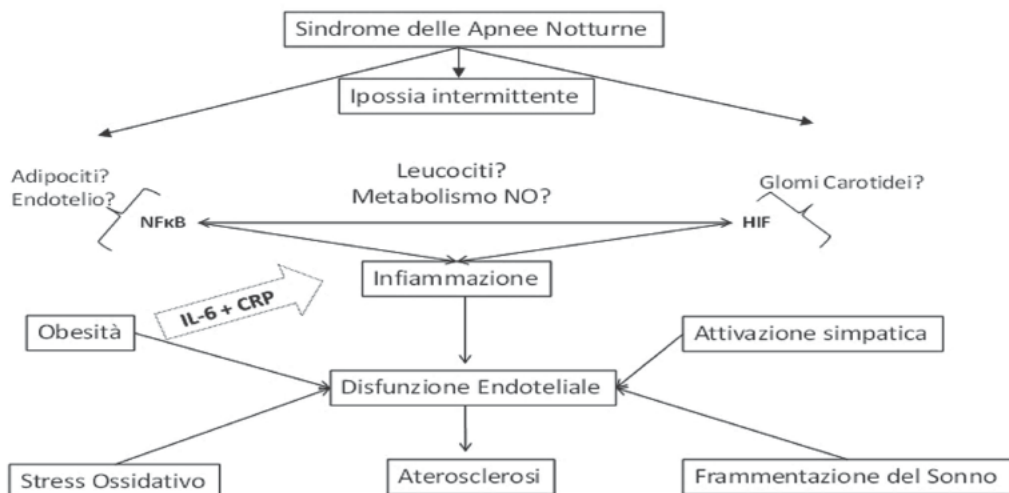


Fig. 1 Attivazione e interazione di vie infiammatorie in risposta a ipossia intermittente nella sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS). I meccanismi con cui OSAS predispone allo sviluppo di disfunzione endoteliale e alle malattie cardiovascolari comprendono l'attivazione simpatica, la disfunzione dell'endotelio vascolare, lo stress ossidativo e l'infiammazione.

ripetuti episodi di ipossiemia e ipercapnia si associano a importanti sforzi finalizzati a superare l'ostacolo espiratorio determinando continui cambiamenti dei volumi polmonari, della pressione intratoracica e micro-risvegli. I pazienti con OSAS manifestano dunque, durante la notte, continue oscillazioni dei parametri emodinamici: la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa e la portata cardiaca cambiano incessantemente in relazione alle variazioni respiratorie e ai rapidi mutamenti dello stato di vigilanza. In sintesi, immediatamente dopo la fine di un episodio di apnea si realizza un incremento di frequenza cardiaca e pressione arteriosa associato a una riduzione dello stroke volume ventricolare sinistro. Nel lungo periodo tutti questi fattori contribuiscono a determinare un incremento della attività del sistema nervoso autonomo, la generazione di specie reattive dell'ossigeno (ROS), disfunzione endoteliale, ipercoagulabilità e anomalie metaboliche e genetiche che accrescono la pressione arteriosa e il rischio cardiovascolare. Un ruolo determinante nella fisiopatologia delle complicanze cardiovascolari in corso di OSAS è inoltre legato alla attivazione di meccanismi infiammatori, direttamente attraverso la trascrizione del fattore nucleare ipossia-sensibile (NF)-kB e ipossia-inducibile (HIF), conseguenti alla ipossia intermittente (fig.1). La coesistenza di obesità, in molti

pazienti con OSAS, aumenta lo stato pro-infiammatorio attraverso una maggiore produzione di interleuchina (IL) -6 e di proteina C-reattiva (CRP) da tessuto adiposo. Ci sono differenze nella risposta all'ipossia intermittente tra i vari tessuti. L'NF- sembra essere maggiormente correlata nella risposta da parte di cellule endoteliali e adipociti, mentre l'HIF-1 gioca un ruolo chiave nella risposta del glomo carotideo. L'attivazione di leucociti e il coinvolgimento dell'ossido nitrico (NO) nella risposta infiammatoria all'ipossia intermittente nelle OSAS può essere regolato da cross-talk tra la NF-kB e HIF-1.

Iperensione arteriosa e OSAS

Esistono alcuni aspetti peculiari del monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa nei soggetti affetti da OSAS. Questi pazienti non mostrano la usuale riduzione dei valori pressori che avviene durante la notte nei soggetti normali (~10-20%). L'aumentata attività simpatica giustifica una ipertensione prevalentemente diastolica e caratterizzata da ampia variabilità.

Stroke e OSAS

E' noto che tra il 70 e il 95% dei pazienti con stroke o TIA manifestano OSAS e che questo rap-

presenta un fattore prognostico negativo; numerosi studi hanno inoltre mostrato un aumento del rischio di stroke associato a OSAS probabilmente conseguenza di alterazioni del flusso cerebrale e della pressione intracranica con compromissione della autoregolazione del flusso cerebrale.

Si è inoltre osservato che pazienti con OSAS hanno un incremento della stiffness arteriosa e, in media, un maggior spessore miointimale.

Infine nei pazienti con sindrome delle apnee notturne è più frequente, rispetto alla popolazione generale, il riscontro di pervietà del forame ovale, potenzialmente associato a rischio di embolia paradossa.

Disturbi endocrino-metabolici e OSAS

La sindrome delle apnee notturne è associata a numerose anomalie metaboliche come l'insulino-resistenza, le sindromi diabetiche e la sindrome metabolica indipendentemente dal grado di obesità o altri fattori confondenti. Un adeguato trattamento con CPAP determina un miglioramento del controllo metabolico verificato attraverso i valori della HbA1c e le variazioni glicemiche notturne.

Nei maschi è frequente una compromissione dell'asse ipofisi-gonadi con vari gradi di ipogonadismo mentre nelle donne sono riscontrabili bassi valori di estradiolo e progesterone,

Cardiopatologia ischemica e OSAS

È stato ampiamente dimostrato come l'OSAS aumenti il rischio di cardiopatologia ischemica; inoltre i pazienti con OSAS e cardiopatologia ischemica sono caratterizzati da una prognosi nettamente peggiore e, in caso di interventi di angioplastica percutanea, risultano avere percentuali più elevate di ristenoosi.

La profonda modificazione dei parametri emodinamici, l'incremento della attività simpatica, l'attivazione dello stress ossidativo, la disfunzione endoteliale, l'infiammazione sistemica e l'ipercoagulabilità rappresentano meccanismi pro-aterogeni in corso di OSAS e giustificano la maggiore incidenza di eventi ischemici acuti.

Il trattamento con CPAP in pazienti affetti da cardiopatologia ischemica migliora significativamente il rischio di morte cardiovascolare, sindrome coronarica acuta, riospedalizzazione per scompenso cardiaco e

necessità di rivascularizzazione, principalmente attraverso la riduzione della attività simpatica.

Aritmie e OSAS: sono state descritte numerose aritmie sopraventricolari e ventricolari associate a OSAS. Le più comuni sono rappresentate da tachicardie ventricolari non sostenute, aritmie sinusali, blocchi atrio-ventricolari di secondo grado ed extrasistoli ventricolari.

Numerosi studi hanno inoltre focalizzato l'attenzione sulla fibrillazione atriale dimostrando un rischio fino a 4 volte superiore rispetto alla popolazione generale.

I principali meccanismi correlati con lo sviluppo di fibrillazione atriale sono rappresentati da 1) dilatazione atriale secondaria alla compromissione della pressione intratoracica, 2) stiramento e rimodellamento dell'atrio e della regione del nodo del seno, 3) attivazione di canali ionici catecolamine-sensibili indotti dalle continue variazioni di ossigenazione, 4) instabilità del tono simpatico.

Il trattamento con CPAP è dimostrato essere efficace nel ridurre il rischio di aritmie.

Scompenso cardiaco e OSAS

La prevalenza dello scompenso cardiaco nei pazienti con OSAS è compresa tra 11% -37% con una maggiore incidenza per il sesso maschile.

Il mancato trattamento di OSAS in pazienti con scompenso cardiaco è associato a maggiore mortalità.

Conclusioni

Nel complesso esistono chiare evidenze che supportano l'ipotesi che l'OSAS sia associata all'ipertensione arteriosa e a un incremento del rischio di stroke, aritmie, cardiopatologia ischemica, infarto miocardico acuto e scompenso cardiaco.

I numerosi meccanismi biologici implicati nella fisiopatologia dell'OSAS giustificano queste associazioni e confermano l'importanza di un adeguato approccio terapeutico alla sindrome delle apnee notturne

Gavino Casu è direttore dell' Unità Operativa Complessa di Cardiologia e direttore del Dipartimento Governo Clinico e Ricerca, Ospedale San Francesco Asl n° 3 Nuoro

Osas e attività subacquee

Descritta per la prima volta nel 1965, la sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS, Obstructive Sleep Apnea Syndrome) è stata oggetto di interesse crescente negli ultimi anni e numerosi studi clinici hanno dimostrato l'esistenza di un'importante correlazione fra tale disturbo e patologie cardiovascolari, dismetaboliche e alterazioni neuro ormonali. La sintomatologia che i soggetti affetti da OSAS più frequentemente riportano comprende: eccessiva sonnolenza diurna, ridotta capacità di attenzione e concentrazione, minor performance cognitiva, tendenza ad assopirsi in circostanze socio-lavorative sconvenienti e durante lo svolgimento di azioni avvertite come monotone o ripetitive.

Sono riportate anche nicturia e riduzione della libido. Quando manca il corteo sintomatologico diurno si parla di "Apnea ostruttiva del sonno" (OSA, Obstructive Sleep Apnea). La scarsa attenzione prestata agli unici segni e sintomi di OSAS (roncopatia ed eccessiva sonnolenza), da parte del paziente e del medico, spiega l'elevata percentuale di mancate diagnosi e la sottostima delle ripercussioni che tale patologia comporta. È necessario tenere presente, invece, che un soggetto affetto da OSAS è esposto a un maggior rischio di morbilità e mortalità cardiovascolare oltre a quello di incidenti stradali legato allo stato di ipersonnolenza e scarsa concentrazione. La mancata diagnosi preclude al paziente possibilità terapeutiche utili a ridurre gli eventi dannosi sopracitati. Tutte le categorie di lavoratori a rischio quali autisti di autobus, macchinisti, piloti di aereo e quelle particolarmente esposte al pericolo di addormentamento diurno dovrebbero essere controllate per escludere una patologia da russamento al fine di ridurre il rischio di incidenti con conseguenze catastrofiche. Attualmente l'OSAS non è menzionata come controindicazione, dalle linee guida delle varie

di Alfonso Bolognini



società scientifiche, per l'immersione subacquea.

Il medico iperbarico, nella valutazione dell'idoneità lavorativa o ricreativa all'immersione, così come il medico dello sport per l'idoneità agonistica, dovrà indagare sull'eventualità che il subacqueo possa essere affetto da questa patologia che a volte può essere anche subdola. Infatti l'attività subacquea svolta con autorespiratori e in apnea è considerata un'attività con un grande impegno cardiovascolare e il russatore

patologico che venga giudicato idoneo all'immersione potrebbe incorrere in un decesso per problemi cardiocircolatori.

La privazione del sonno e l'ipossia possono ridurre l'attenzione, la concentrazione, la memoria, l'elaborazione delle informazioni e la velocità psicomotoria. Tutti questi fattori condizionano negativamente la sicurezza dell'immersione e ne rappresentano una controindicazione assoluta. Nella popolazione generale la prevalenza dell'OSAS si può stimare del 4% nel genere maschile e del 2% nel genere femminile. La frequenza di OSA, cioè in assenza di eccessiva sonnolenza diurna, si attesta mediamente attorno al 24% negli uomini e al 9% nelle donne. Gli uomini di età compresa fra i 40 ed i 49 anni mostrano una prevalenza di diversi livelli di OSA significativamente superiore rispetto alla fascia di età 30-39 anni. Non sono presenti nella letteratura dati sulla prevalenza della malattia nei subacquei.

Ho avuto recentemente l'occasione di visionare i dati dell'inchiesta del coroner della giurisdizione di Brisbane in Australia relativi al decesso in immersione del dottor Stephen Broe. Stephen era un medico russatore patologico di 45 anni che nutriva una grande passione per le immersioni subacquee. Il 28 aprile 2005, subito dopo essere riemerso a seguito di un'immersione finale a - 50 m in un corso tecnico di deep diving, lamentò bruciore al petto e grave in-

sufficienza respiratoria. Poco dopo morì.

Nelle sue conclusioni, il Coroner determinò che la sindrome delle apnee del sonno del dottor Broe avrebbe dovuto essere ulteriormente approfondita durante la visita di idoneità a effettuare immersioni profonde.

Auspico anche che questa patologia, considerata rara nella popolazione dei subacquei rispetto alla popolazione generale, dovesse essere inserita nelle linee guida mediche all'immersione subacquea. Possiamo concludere affermando che il subacqueo con OSAS opportunamente trattato, ad esempio con CPAP o oral device, che risponda bene a tale terapia, che non presenti altri problemi delle vie aeree superiori, può essere in grado di immergersi in sicurezza. Al contrario il subacqueo con obesità, scarso alle-

namento/tolleranza all'esercizio fisico, ipertensione non ben controllata con o senza altri problemi cardiaci, sonnolenza / mancanza di una piena vigilanza non deve essere considerato idoneo all'attività subacquea sia ricreativa che lavorativa.

Il 10 e 11 ottobre 2014 tutte queste problematiche verranno approfondite con gli specialisti del settore in occasione del 7° congresso Nazionale dell'associazione scientifica di otorinolaringoiatria subacquea (otosub) che si terrà all'Hotel Calabona ad Alghero. Per maggiori informazioni consultare il sito <http://www.otosub.it/>.

Alfonso Bolognini è medico chirurgo, specialista in otorinolaringoiatria e medicina subacquea e iperbarica

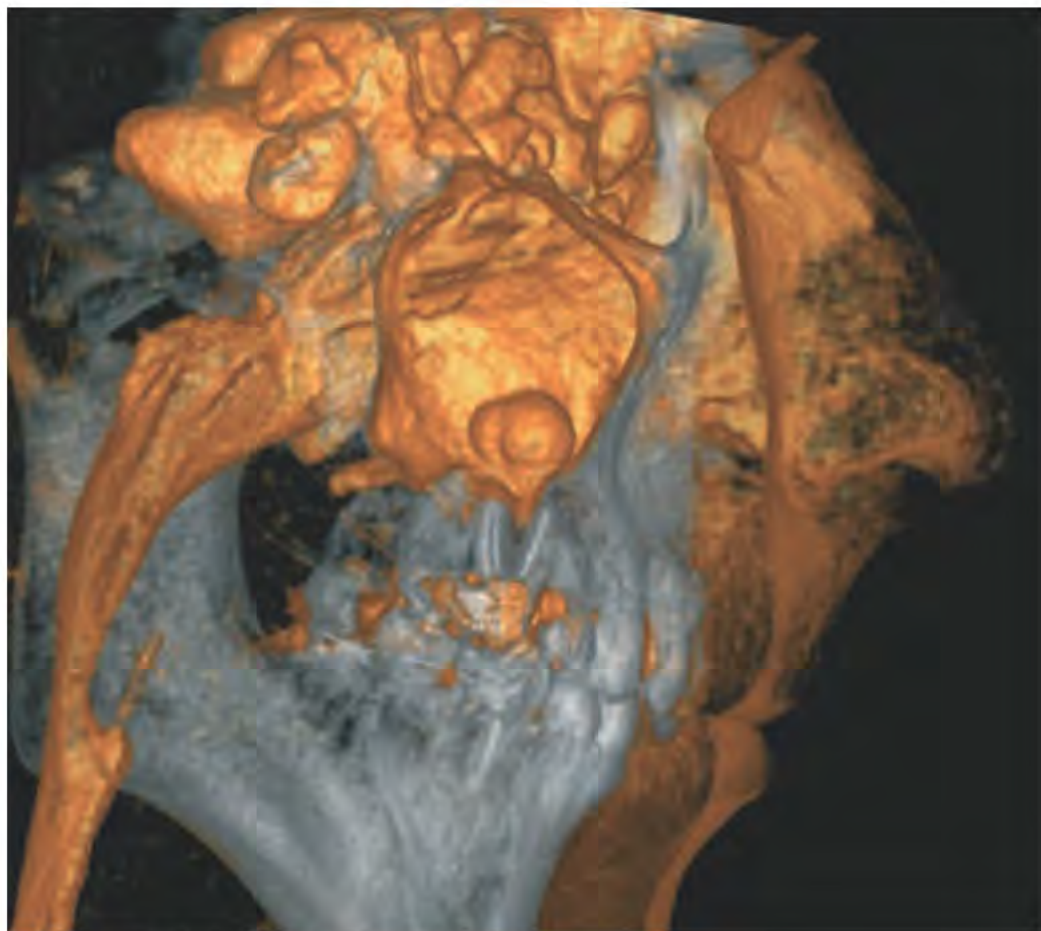


Avanzamento maxillo-mandibolare nel trattamento delle apnee ostruttive del sonno

di Giacomo Deriu e Antonio Tullio

La sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS) è una condizione multifattoriale cronica, progressiva e potenzialmente rischiosa per la vita del paziente. L'evento patologico avviene durante il sonno come risultato di una parziale ostruzione o collasso delle prime vie aeree. Un alto indice di massa corporea (BMI>34) è considerato un fattore aggravante la patologia. La respirazione in pressione continua positiva (CPAP) è considerata il trattamento

di scelta per la OSAS ma, sfortunatamente, la compliance per queste apparecchiature è variabile e la dismissione dell'uso è stata riportata dal 25 al 50%. Apparecchi orali sono stati introdotti con successo per il trattamento dei pazienti con OSAS media o moderata. Anche questo trattamento molto conservativo non è scevro da alcuni effetti sfavorevoli riportati in letteratura: dolore muscolare, incremento dei disordini temporo-mandibolari e delle patologie



Ricostruzione 3D dei mascellari superiore e inferiore



Foto pre-operatoria

parodontali, disallineamento degli elementi dentali e malocclusioni. I trattamenti chirurgici, per quanto invasivi, se appropriatamente indicati ed effettuati correttamente, sono generalmente efficaci, risolutivi e meno costosi delle terapie conservative croniche. L'intervento di avanzamento maxillo-mandibolare (MMA) rappresenta attualmente la più potente opzione terapeutica per trattare pazienti con severe forme di OSAS. La tecnica si fonda su un solido rationale e presenta alti tassi di successo e risultati che ne supportano le indicazioni. L'intervento, in anestesia generale, è mutuato dalle tecniche di chirurgia ortognatica volte a correggere gravi malocclusioni e dismorfosi facciali. Esso consiste nella osteotomia del mascellare superiore, della mandibola e del mento e nella loro ricollocazione in una posizione più avanzata di diversi millimetri o addirittura centimetri. L'avanzamento dei segmenti ossei comporta la dislocazione anteriore delle inserzioni muscolari del palato molle, della lingua e dei muscoli del pavimento orale con un incremento dello spazio aereo posteriore orofaringeo (PAS). Le indicazioni al trattamento comprendono: evidenza di OSAS moderata o grave (AHI > 20 eventi/ora), il rifiuto di proseguire il trattamento con la CPAP, condizioni generali compatibili con intervento in narcosi.

Non essendovi correlazione matematica tra l'en-



Foto post-operatoria

tità dell'avanzamento maxillo-mandibolare, l'incremento volumetrico del PAS e la corrispondente risoluzione della OSAS, i migliori risultati si ottengono avanzando i mascellari il più possibile. Il limite tecnico è sostanzialmente rappresentato dai limiti estetici tollerabili dalla struttura facciale del paziente: pazienti con evidenti forme di retrusione maxillo-mandibolare possono beneficiare di grandi avanzamenti e usufruire di un' ampia dilatazione delle vie aeree superiori senza pregiudicare il loro aspetto.

Al contrario, pazienti prognatici difficilmente possono essere avanzati ulteriormente senza penalizzare in maniera inaccettabile il loro profilo. In conclusione, se pianificata correttamente, la chirurgia di avanzamento maxillo-mandibolare può portare a risoluzione della condizione apneica severa in più del 90% dei pazienti.

Considerando la gravità della patologia (la OSAS severa non trattata è correlata a una mortalità del 20% a 4 anni) le citate limitazioni estetiche e le possibili complicanze del trattamento ortognatico appaiono più che accettabili.

Giacomo Deriu e Antonio Tullio sono Cattedra e U.O.C. di Chirurgia Maxillo-Facciale Università degli Studi e Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari

Proprietà terapeutiche di piante comuni e officinali

Borrago

Nome sardo Limbà e boe, succjameli, burracciu

Famiglia Boraginaceae

Specie *Borrago officinalis*

Cenni storici

Conosciuta e utilizzata nel XIII secolo da Alberto Magno, grande botanico domenicano e santo protettore degli scienziati; studiata e consigliata da Pietro Andrea Mattioli, medico senese del XVI secolo. Il suo nome deriva dal latino "burra", ovvero "stoffa ruvida", anche se alcuni desiderano attribuirlo all'arabo "Abou rosh" che significa "produttore di sudore".

Utilizzo

Foglie, fiori, porzione aerea delle piante

Componenti principali

Ricca di resine e mucillagini, sali alcalini, nitrato di potassio.

Aspetti botanici e habitat

Pianta erbacea, annua, dalla radice fusiforme e dal fusto eretto, ramificata verso l'alto, con rami cadenti. Su tutta la struttura è presente una peluria bianca, rigida. Le foglie basali sono grandi, ruvide, con lembo ovale a margine leggermente ondulato, che diventano però sempre più piccole verso l'alto. I fiori sono azzurro-violacei reclinati, situati in maniera più rilevante nella parte terminale dei rami o all'ascella delle foglie superiori. Cresce spontanea nelle zone ben esposte al sole.

Impiego

La borragine era ed è usata in campo farmacologico per le proprietà antinfiammatorie, diuretiche e su-

di Giovanna Rau



dorifere. Per l'alto contenuto di mucillagini, molto concentrate e viscosi, oltre che di saponine, particolarmente tensioattive, può essere impiegata nella produzione di soluzioni acquose spumose; tali sostanze, inserite come componente dei bagnoschiuma, ne rafforzano il potere schiumogeno e detergente.

Uso locale

In Sardegna veniva e viene ancora utilizzata, soprattutto al centro-sud, come infuso o decotto col miele per lenire la

tosse bronchiale, risolvere il catarro e contrastare i sintomi influenzali, mentre nel Sulcis la si usa come depurativo renale. La borragine è adoperata anche come verdura selvatica e le foglie crude o cotte vengono consumate come insalata, da sole o mescolate con altre.

In Gallura non se ne fa uso alimentare, a eccezione della Maddalena, dove le foglie, con pastella, uova e farina, servono per confezionare ottime frittelle.



Borrago

Marrubio

Nome sardo Marrubiu
 Famiglia Lamiacea
 Specie *Marrubium vulgare*

Cenni storici

Il nome Marrubio sembra derivare dall'ebraico "maroh", che significa succo amaro, in quanto componente delle cinque erbe amare che gli ebrei dovevano prendere, in occasione della Pasqua, per ricordare le sofferenze subite in Egitto. Citata da Teofrasto, Dioscoride, Aulo Cornelio Celso e Plinio il Vecchio. Faceva parte della "teriaca" di epoca medievale: miscela di erbe, polifarmaco dotato di virtù magiche e capace di risolvere ogni tipo di male.

Utilizzo

Parte aerea fiorita.

Componenti principali

Diterpenoidi, marrubiolo, vulgarolo, tannini, fitosteroli, acido ursolico.

Aspetti botanici e habitat

Il marrubio predilige luoghi incolti, soleggiati e cresce spontaneamente sui cigli delle strade. Pianta perenne dai fusti cavi e pelosi. Le foglie sono opposte, ovate e acute in punta con tendenza ad arricciarsi, verde scuro la pagina superiore, l'inferiore biancastra perché ricoperta da una fitta peluria. I fiori, presenti da giugno a settembre, sono disposti in verticilli all'ascella delle foglie, tubolari e di colore biancastro.

Impiego

l'impiego prevalente riguarda le affezioni bronchiali acute benigne, in quanto balsamico, mucolitico ed espettorante oltre che broncodilatatore e antiasmatico. Le sostanze amare di cui è ricca influenzano positivamente la secrezione cloro peptica; pertanto è indicata come aperitivo o digestivo ma sconsigliata nei casi di gastrite o ulcera

peptica. Stimola altresì la coleresi secondo un meccanismo d'azione riconducibile non tanto alla marrubina, ivi contenuta, quanto all'acido marrubino, suo prodotto di idrolisi. Per tutte queste proprietà viene utilizzata nel trattamento delle turbe dispeptiche, nell'inappetenza, nelle epatopatie e nelle disfunzioni delle vie biliari. Per le sue caratteristiche amaro-toniche e aromatiche può costituire bevanda gradevole da assumere durante gli episodi influenzali o la convalescenza.

A tal proposito giova ricordare che, fino al secolo scorso, per le sue proprietà stimolanti e antipiretiche, veniva impiegata come febrifugo nelle febbri intermittenti resistenti al trattamento con il chinino. Da segnalare le proprietà ipotensive, vasodilatatrici e antiaritmiche per l'azione favorevole della marrubina. Mentre il succo della pianta fresca può provocare dermatiti da contatto, sotto forma di unguento è ottimo astringente, detergente e antisettico per piaghe da decubito e ferite che stentano a rimarginare.

Uso locale

in Sardegna viene utilizzata, sotto forma di infuso, come colagogo e come depurativo in genere. Si prepara anche un enolito, il vino di marrubio, che viene utilizzato come aperitivo e contro l'anemia.

Giovanna Rau è biologa, specialista in scienze erboristiche



Marrubio

Il profilo di un buon leader

Un buon leader deve essere dotato di un io ipertrofico, direi smisurato, tanto grande da vedere gli altri come pigmei o come esseri trasparenti, quasi ectoplasmi.

E' convinto di essere intelligentissimo e di avere conoscenze enciclopediche non acquisite con studi approfonditi, ma ricevute con meccanismi metapsichici, ignoti ai comuni mortali, ma non a Lui. Per queste sue grandi doti è sempre certo che le sue idee siano, in ogni caso, quelle giuste e che tutti gli altri, quando la pensino in maniera divergente, sbagliano; ma si sa, gli altri sono comuni esseri umani!

Per questo accetta magnanimamente il confronto con essi, li ascolta, ma sa in partenza che deciderà ciò che lui riterrà più giusto e vantaggioso per sé, in prima istanza, per il partito o per i cittadini solo in seconda battuta.

Crede fermamente, né mai viene sfiorato dal dubbio, di vivere un rapporto telepatico e simbiotico con i cittadini per i quali è convinto di fare sempre le scelte giuste nell'interesse collettivo.

Il problema sta nel concetto di collettivo, che per il leader ha una accezione molto ristretta e finisce per coincidere con quella del suo clan di appartenenza.

Ha una grande facilità di parola, dalla quale si lascia trascinare per fare promesse, che mai manterrà, e per raccontare in modo credibile una enorme quantità di menzogne.

Come tutti i mentitori accaniti e gli spergiuri, quando si mobilita per qualcosa e stringe la mano in segno di impegno personale, che nelle nostre tradizioni popolari ha valore contrattuale, appena girate le spalle sta già pensando a come sottrarsi al vincolo assunto giocando su sfumature e ambiguità

di Isidoro Aiello



insite nelle stesse parole. Come tutti i Narcisisti si circonda di qualche personalità politica di spessore, che però gli viene imposta dai poteri forti sovranazionali, ma soprattutto di donne di bella presenza, scelte non per le capacità politico professionali, ma perché, addestrate come scimmiette, ripetano in modo prepotente e arrogante quei 10-12 concetti relativi al proprio ministero, che sono stati loro insegnati. In questo modo salvaguarda il concetto di parità di genere e si circonda di belle corti-

giane.

Il Leader è ovviamente una persona totalmente priva di dignità personale, l'etica neppure sa dove sta di casa. E' perciò impermeabile a qualsiasi critica, tutto gli scivola addosso per effetto del suo io ipertrofico, dal quale trae forza, nutrimento e la certezza che a Lui i valori morali tradizionali non sono applicabili.

Il leader accetta con fastidio i meccanismi di potere e di controllo democratici previsti dagli ordinamenti dello stato ove opera, perché c'è Lui che con la propria onniscienza è in grado di decidere per il bene di tutti.

Per ridurre quanto più possibile questo fastidio studia tutte le scappatoie per aggirare le regole democratiche e se ne ha il potere si adopera con energia per ridurle.

In questo breve profilo potremmo riconoscere numerosi uomini di potere nazionali e internazionali, ma soprattutto nazionali. Tuttavia quello che io non riesco a capire e a tollerare è come sia possibile che nel mondo vi siano tanti imbecilli, anche istruiti - non colti, che seguano con entusiasmo simili personaggi.

Isidoro Aiello è professore ordinario di neurologia, Università degli studi di Sassari

Ordinanza Corte di Cassazione

Una recente Ordinanza della Corte di Cassazione (Ordinanza n. 3758 del 18/02/2014) ha ancora una volta confermato che la presenza di un dipendente part-time non costituisce dimostrazione di un'organizzazione stabile non accrescendo la capacità produttiva del professionista e quindi non integrando un fattore impersonale aggiuntivo della produttività.

Secondo l'ordinanza che si riferisce a un medico in convenzione con la ASL, la presenza di un dipendente part-time può risultare necessaria per dotarsi di un minimo di organizzazione per poter correttamente adempiere agli obblighi convenzionali senza che ciò possa far presupporre la sussistenza di una stabile organizzazione e il conseguente assoggettamento all'IRAP del reddito di lavoro autonomo percepito.



Granchio facchino con spugna (*Dromia personata*) dimensioni 4 cm.

Governo clinico: innovazioni, monitoraggio, performance cliniche. formazione

A seguito delle richieste di proroga pervenute da parte di numerosi Presidenti di Ordine abbiamo provveduto ad accreditare nuovamente il Corso Fad "Governo clinico: innovazioni, monitoraggio, performance cliniche, formazione".

L'evento formativo, che questa volta è contrassegnato con il n° 99486, ha preso il via il 15 luglio scorso per rimanere attivo, salvo diverse disposizioni, fino al 14 luglio del 2015.



Gnacchera (*Pinna nobilis*) dimensioni 80 cm., localizzata nella baia di Porto Conte (Alghero) a 4 metri di profondità



Cavalluccio marino (*Hippocampus guttulatus*), dimensioni 20 cm.



SASSARI: STANDARD DI ECCELLENZA PER IL CENTRO DI EMOSTASI E TROMBOSI DELLA ASL DI SASSARI

L'Unità Operativa Malattie della Coagulazione della ASL di Sassari ha ottenuto gli accreditamenti professionali AICE (Associazione italiana centri emofilia) e FCSA (Federazione centri per la diagnosi della trombosi e la sorveglianza delle terapie antitrombotiche). "Si tratta di importanti riconoscimenti a livello nazionale" spiega la direttrice Luciana Marni. "Il programma di accreditamento rappresenta una garanzia per i pazienti perché attesta che l'assistenza viene gestita dal Centro di Emostasi e Trombosi di Sassari secondo criteri di buona pratica clinica".

L'accREDITAMENTO AICE garantisce, infatti, la promozione della qualità di eccellenza nelle strutture che trattano pazienti affetti da Emofilia e da altre malattie emorragiche congenite mentre il riconoscimento FCSA conferma il raggiungimento di elevati standard professionali e la capacità di gestire adeguatamente le terapie antitrombotiche attraverso una procedura di valutazione rigorosa ed indipendente.

L'Unità Operativa Malattie della coagulazione è centro di eccellenza, unico nel nord Sardegna per la prevenzione, diagnosi e cura per le patologie tromboemboliche (trombosi venose profonde, embolie polmonari, eventi ischemici arteriosi) o emorragiche.

Il Servizio, dotato di un laboratorio di elevato livello diagnostico, esegue esami altamente specialistici, segue oltre 4000 pazienti in terapia anticoagulante orale (TAO) con controlli periodici (ogni giorno vengono valutati 250-300 pazienti).

Inoltre, l'Unità Operativa garantisce assistenza ambulatoriale ai reparti e ai pazienti esterni nell'ambulatorio del Santissima Annunziata aperto al pubblico dal lunedì al sabato mattina.

SASSARI: LA ASL 1 AZIENDA PILOTA IN SARDEGNA PER I PROGETTI AGENAS

L'Asl di Sassari è stata individuata dall'assessorato regionale alla Sanità come azienda pilota per lo sviluppo di progetti finalizzati al miglioramento delle performance.

L'Asl 1, infatti, è una delle poche aziende sanitarie in Italia a beneficiare dell'apporto diretto di Agenas. La collaborazione con l'Agenzia nazionale per servizi sanitari regionali, avviata in via sperimentale già dallo scorso anno, ha permesso di introdurre l'utilizzo di nuove metodologie in grado di analizzare nel dettaglio i singoli processi clinici, riorganizzarli secondo le migliori evidenze scientifiche e restituire i risultati ottenuti alle diverse strutture assistenziali. Il programma aziendale di valutazione della performance clinica è stato di fondamentale supporto, ad esempio, per il raggiungimento degli straordinari progressi che la ASL Sassari ha conseguito nella Cardiocirurgia e nella Chirurgia Ortopedica.

Il nuovo metodo di gestione della sanità è uno strumento per la ridefinizione dei percorsi di cura e assistenza con la costruzione e applicazione dei cosiddetti PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) che coinvolge medici, infermieri, operatori sanitari in un lavoro di equipe.

SASSARI: L'UNIVERSITÀ ATTIVA NUOVI CORSI DI LAUREA IN PROFESSIONI SANITARIE

Da settembre gli studenti potranno scegliere un nuovo, e unico in Sardegna, corso di laurea magistrale: Scienze delle professioni sanitarie tecniche diagnostiche. In più si aggiungono il corso triennale in Logopedia e il corso triennale di Tecniche di radiologia medica per immagini e radioterapia. Questo il clou dell'offerta formativa per il prossimo anno accademico presentata dall'Università di Sassari. Nell'insieme l'ateneo sarritano per il 2014-2015 ha attivato 51 corsi di laurea di cui 26 triennali, 19 magistrali e 6 magistrali a ciclo unico. I nuovi corsi sono tutti inseriti nella facoltà di Medicina e Chirurgia.

Nell'ambito dell'accordo di Federazione siglato nel maggio del 2012 le due università di Sassari e Cagliari si sono impegnate a realizzare un processo di collaborazione e fra l'altro garantiscono l'accensione ad anni alterni di specifici corsi di studio delle professioni sanitarie e della riabilitazione.

FARMACI, IN SARDEGNA LA SPESA PUBBLICA PIÙ ALTA: OGNI CITTADINO COSTA AL SISTEMA OLTRE 173 EURO CONTRO UNA MEDIA NAZIONALE DI 141

È degli ospedali pubblici sardi la spesa più alta per l'acquisto di farmaci in Italia. Lo certifica l'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, nel Rapporto Osmed relativo ai dati 2013, secondo i quali in Sardegna, nonostante un lieve miglioramento nell'ultimo anno, si spendono 173,6 euro pro capite a fronte di una media nazionale di 141,2.

La spesa farmaceutica nazionale è cresciuta del 2,3% in un anno raggiungendo quota 26,1 miliardi di euro, di cui il 75,4% rimborsato dal Servizio sanitario nazionale. In media, dunque, per ogni cittadino italiano, la spesa per i farmaci è ammontata a circa 436 euro.

Per l'acquisto dei medicinali, le strutture sanitarie pubbliche (Asl, ospedali, Irccs) hanno speso 8,4 miliardi di euro, il 6,2% in più rispetto al 2012, per un totale di 141,2 euro pro capite.

NOMINE AGENAS E AIFA, CONFERMATI BEVERE, PANI E PECORELLI

Francesco Bevere direttore generale Agenas, Luca Pani confermato direttore Aifa, Sergio Pecorelli presidente Aifa. Come membri del Cda dell'Agenzia del farmaco le Regioni hanno scelto Giovanni Bissoni (riconfermato) e al posto di Romano Colozzi, nominato segretario generale del Consiglio regionale lombardo, Walter Bergamaschi, direttore generale della direzione generale salute di Regione Lombardia. Un unico rinvio è arrivato per la nomina di un componente del Consiglio dei revisori Aifa. Nel frattempo è attesa per agosto la riforma delle Agenzie annunciata dal ministro Lorenzin.

RAPPORTO ISTAT LA SALUTE DEGLI ITALIANI: MIGLIORA QUELLA FISICA MA PEGGIORA QUELLA MENTALE

Quella italiana è una popolazione che invecchia, in cui le patologie croniche sono sempre più diffuse. Rispetto al 2005, diminuiscono malattie respiratorie croniche e artrosi - la popolazione che invecchia proviene da esperienze di vita sempre più sane - mentre aumentano tumori maligni, Alzheimer e demenze senili anche perché c'è maggiore capacità di

riconoscere le malattie. Migliora lo stato di salute fisico, peggiora quello mentale rispetto al 2005: quest'ultimo diminuisce in media di 1,6 punti (71,8 controllato per età), in particolare tra i giovani fino ai 34 anni (-2,7 punti), soprattutto maschi, e tra gli adulti di 45-54 anni (-2,6). Un calo ancora più rilevante si registra nell'indice di salute mentale delle persone straniere residenti in Italia; l'indice si riduce in media di 4,7 punti, ma tra le donne straniere la diminuzione è di 5,4 punti. Questi alcuni dei dati che emergono dal Rapporto sulla Tutela della salute e l'accesso alle cure 2013 presentato dall'Istat, che segnala, inoltre, come 1 italiano su 3 assuma quotidianamente farmaci.

La depressione è il problema di salute mentale più diffuso e il più sensibile all'impatto della crisi: riguarda circa 2,6 milioni di individui (4,3%), con prevalenze doppie tra le donne rispetto agli uomini in tutte le fasce di età.

Continua invece a diminuire la quota di persone con limitazioni funzionali, dal 6,1% nel 2000 al 5,5% nel 2013. Si stima che siano oltre 3 milioni di persone, di cui oltre l'80% anziani e i due terzi donne. Nel Sud e nelle Isole la quota si mantiene significativamente più elevata rispetto alle altre aree territoriali. Le famiglie con almeno una persona con limitazioni funzionali sono l'11%; di queste, meno del 20% ricevono assistenza domiciliare pubblica. Considerando anche quelle che suppliscono a tale carenze ricorrendo a servizi privati a pagamento, rimane comunque più del 70% che non usufruisce di alcun tipo di assistenza domiciliare, né privata né pubblica.

Aumenta la prevenzione dei tumori femminili rispetto al 2005, grazie alla diffusione dei programmi pubblici di screening. La prevenzione femminile aumenta anche tra le straniere, che tuttavia non recuperano il gap rispetto alle donne italiane. Aumentano le persone che ricorrono a visite mediche specialistiche, escluse quelle odontoiatriche (11,9% nel 2005 e 14,8% nel 2013) e diminuiscono le visite dal dentista del 30%.

Farmaci. Il 48,6% ha assunto farmaci nelle due settimane precedenti l'intervista.

L'88,1% ha assunto farmaci su prescrizione del medico, il 14,6% di propria iniziativa, l'1,1% su indicazione di un'altra persona.

Quasi un terzo della popolazione (31,1%) deve fare uso regolarmente, per tutto l'anno, di farmaci prescritti da un medico (contraccettivi esclusi) con percentuali più elevate per le donne (32,5%) rispetto

agli uomini (29,5%). Il consumo quotidiano dei farmaci aumenta fortemente con l'età, dal minimo di 6,9% tra i bambini fino a 14 anni al massimo di 30,4% tra gli ultraottantenni.

Dal punto di vista territoriale, la percentuale di consumatori giornalieri è più alta nel Nord-est (32,8%, tassi standardizzati) rispetto al Sud (30%). Le regioni con il tasso standardizzato più alto di assunzione giornaliera dei farmaci sono Emilia-Romagna, Umbria e Sardegna (dal 32,8% al 33,9%), quelle con il tasso standardizzato più basso sono il Molise, la provincia di Bolzano e l'Abruzzo (tutte sotto il 27%). Le terapie non convenzionali sono in netto calo. La diffusione delle terapie non convenzionali è pari all'8,2% nella popolazione, in flessione rispetto al 2005, e ancor più rispetto al 2000. Tra le varie terapie non convenzionali la più diffusa resta l'omeopatia (4,1%), seguita dai trattamenti manuali (3,6%), dalla fitoterapia e dall'agopuntura (utilizzati rispettivamente dall'1,9% e dall'1% della popolazione) e, infine, da altri tipi di terapie non convenzionali (0,2%). Restano marcate le differenze di genere: tra le donne il 9,6% ne ha utilizzato almeno uno nei tre anni, mentre tra gli uomini la percentuale scende al 6,8.

REPORT SALUTE SULL'ALCOL DIPENDENZA: IN AUMENTO I BEVITORI ANZIANI

Nel 2012 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati 71.111 soggetti alcol dipendenti. Le regioni del nord sono ai primi posti. In particolare Lombardia e Veneto sono le regioni con il numero assoluto più elevato di utenti. Lo si apprende dal Rapporto del ministero della Salute sull'attività nel settore dell'alcoldipendenza.

Il 29,5% dell'utenza complessiva è rappresentato da nuovi utilizzatori del servizio, il rimanente 70,5% da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente.

Come atteso, i nuovi fruitori sono più giovani di quelli già in carico o rientrati. Ma nel tempo, limitando l'analisi agli ultimi anni, si osserva, per ogni categoria di essi, una stabilizzazione nell'ultimo biennio della percentuale di soggetti di 40-49 anni (classe modale) e il contemporaneo aumento del peso dei soggetti ultrasessantenni.

La bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (62,8%), seguito dalla birra (21,2%), dai superalcolici (8,6%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (3,6%).

Le tipologie di trattamento. Nel report si osserva che il 27,3% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 26,5% al "counseling" rivolto all'utente o alla famiglia, il 6,3% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 13,5% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 2,6% degli alcolodipendenti. I trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per l'11,0% degli utenti e sono principalmente consistiti nella terapia individuale (68,2%) e nella terapia di gruppo o familiare (31,8%).

INDAGINE DELLA CAMERA. SOSTENIBILITÀ SSN: PIÙ STATO E MENO REGIONI

«Siamo convinti che per la sanità italiana siano finiti anche i tempi supplementari dei convegni. Consigliamo la lettura del documento perché al suo interno sono scritti tutti i drammi del Ssn: non ci sono più alibi. Se non iniziamo a prenderne atto sarà difficile lavorare per trovare le soluzioni». Così il presidente della commissione Affari Sociali di Montecitorio **Pierpaolo Vargiu** nel documento conclusivo redatto dalla commissione da lui presieduta insieme a quella Bilancio, a seguito dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Ssn, presentato in luglio a Montecitorio. Il documento rivendica tra i suoi punti principali un ruolo più forte dello Stato centrale per garantire un'erogazione dei Lea omogenea su tutto il territorio nazionale, lasciando alle Regioni esclusivamente un ruolo di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari.

Ma non solo, invita a superare la visione ospedalocentrica del Ssn in favore di un rafforzamento della rete territoriale che ci faccia trovare pronti alla sfida della cronicità, liberando gli ospedali da un'assistenza che dovrebbe essere garantita dal territorio. In più, per i parlamentari occorre istituire meccanismi che premino le Regioni e le Aziende virtuose. Stop poi a politiche di taglio lineare e l'invito a puntare forte su fondi integrativi e polizze assicurative, con più defiscalizzazione.

Per quanto riguarda i ticket, la proposta è di adottare un nuovo sistema con la fissazione di una franchigia, calcolata in percentuale del reddito. Le commissioni propongono anche la centralizzazione degli acquisti e un accesso più veloce sul mercato dei farmaci innovativi.

Occhio ai bambini

Il 18 settembre, nell'Aula Magna della Facoltà di Medicina e Chirurgia, si terrà un importante convegno intitolato "Occhio ai bambini".

L'evento è rivolto a 100 partecipanti che svolgano attività oculistica, oftalmologica, pediatrica, ortottica, infermieristica e di medicina generale, e sarà accreditato ECM. Il corso sarà incentrato sulla disamina di varie patologie oculistiche pediatriche, con una particolare attenzione ai vari percorsi diagnostici e terapeutici. Segreteria Organizzativa:

tel. 0809904054; cell. 3392822937;

mail annamariamagrone@italianacongressi.it

In Sardegna il granfondo dei trapiantati di fegato

L'Associazione "Amici del trapianto di fegato" di Bergamo quest'anno ha deciso di svolgere la sua manifestazione ciclistica non competitiva in Sardegna, dal 21 al 28 settembre, per portare la testimonianza di persone che hanno subito un trapianto di organo e che continuano a svolgere la propria attività quotidiana e a partecipare a eventi sportivi come ogni altro cittadino.

Prima della tappa, verrà visitata una scuola e si incontreranno gli studenti, con lo scopo di sensibilizzare i ragazzi sul tema della donazione degli organi; il dott. Mariangelo Cossolini, responsabile del coordinamento, prelievo e trapianto organi e tessuti dell'area della provincia di Bergamo, spiegherà ai giovani l'importanza della scelta consape-



vole per diventare donatore di organi; i trapiantati porteranno la loro testimonianza e, insieme al medico risponderanno ai quesiti che verranno loro posti.

Per conoscere il tracciato della competizione, le scuole e gli ospedali che verranno visitati dalle delegazioni, consultare il sito

http://www.amicideltrapiantodifegato.com/Materiale/201407_materiale/Brochure%20Granfondo%202014%20low.pdf

7° raduno nazionale Otosub



All'hotel Calabona di Alghero, venerdì 10 e sabato 11 ottobre, si terrà il 7° convegno nazionale di otorinolaringoiatria subacquea: si prevedono numerosi interventi da parte dei massimi esperti regionali, nazionali e internazionali della disciplina, volti ad analizzare le problematiche mediche in immersione.

Si terrà altresì una sessione dedicata all'OSAS, cui parteciperà il team multispecialistico locale che

si occupa di tale patologia. Interverranno con letture magistrali Enzo Maiorca, Massimo Scarpati e, con sperimentazioni sulla compensazione nelle gare di apnea, i primatisti mondiali Andrea Zuccari, Federico Mana e Leonardo D'Imporzano. L'evento, che gode del patrocinio dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Sassari, è accreditato per otorinolaringoiatri, anestesisti e rianimatori, medici dello sport, medici generalisti, specialisti in audiologia e foniatra. Ulteriori informazioni: www.otosub.it

L'isola che c'è Monteleone Roccadoria

a cura di Antonio Pinna

Non solo coste e non solo mare: l'estate sarda offre svariate opportunità oltre ai ritmi frenetici delle città a vocazione turistico- balneare più gettonate. Se si desidera un bagno di silenzio, serenità d'animo, ambiente incontaminato, ricerca di valori identitari e tradizioni, è consigliabile recarsi a Monteleone Roccadoria. Situato a 37 Km da Alghero, lungo la statale 292 nordoccidentale sarda, il paese si erge sul cocuzzolo di un rilievo di tufo calcareo, denominato "Su Monte", in un contesto di rocce eruttive del terziario. Tra queste, fanno bella mostra di sé il mirabile monte Minerva (un plateau di origini vulcaniche dedicato alla dea romana della guerra); il colle Su Canniggiosu, il Monte Deu e il Monte Mitti. Il costone su cui è arroccato il paese è cinto per tre quarti dalle acque del lago artificiale dell'Alto Temo, per compenetrarsi in esso e costituire un unicum veramente suggestivo. Il borgo condivide con Baradili, della provincia oristanese, il primato e il privilegio d'essere il più piccolo della Sardegna, con sole 126 anime all'ultimo censimento contro i 443 di inizio secolo scorso. Ciononostante, insieme alla regione di pertinenza, vanta una storia ricca e antichissima: cultura megalitica dell'età del bronzo, attestata dai numerosi nuraghi che si incastonano

nella zona (tra cui i nuraghi *Funtana Calvia* e *Su Nie Mannu*), cui è succeduta la civiltà Cartaginese, seguita da quella Romana; presenza certa, quest'ultima, confermata dal ritrovamento di monili, monete e stoviglie dell'epoca e dal ben conservato ponte Etori di sicura fattura romana, posto sul fiume Temo al confine con Padria, testimone di una rete viaria che probabilmente collegava la città di Bosa con la direttrice Caralis - Turris Libyssonis. Dell'insediamento punico fa testo un impianto urbano databile attorno al IV secolo e denominato *Sa tanca e sa mura*, unico nell'isola per tipologia e uno dei pochissimi in tutto il mediterraneo. E' in ottimo stato di conservazione perché protetto, in maniera singolare, dalle acque del rio Cuga che lo sommergono dal 1985, quando fu innalzata la diga di contenimento. Solo in periodi estivi di particolare siccità viene sottoposto a scavi ulteriori e studi, oggetto di sempre più interessanti scoperte, esempio straordinario di stanziamento umano pluristratificato che va dal nuragico al medievale. Ma il periodo più rigoglioso e fiorente che conferisce alla zona l'attuale connotazione è senz'altro quello d'epoca giudicale e feudale. Allora la circoscrizione era definita come curatoria del Nurcara, vasta ed estesa sino a Pozzo-



I resti del castello dei Doria

maggiore, e successivamente infeudata con l'avvento dei Doria. In tale periodo fu edificato il castello, o Rocca Doria, da cui la potente famiglia genovese, padrona di Alghero dal 1266 e imparentata con i notabili giudicali sardi, dominò per circa tre secoli il vasto territorio in una lotta infinita contro Pisa per contendersi l'egemonia sulla Sardegna. Nel 1436 la roccaforte capitolò dopo un estenuante assedio e fu



La chiesa di Sant'Antonio Abate

sottoposta al ferro e al fuoco degli aragonesi di Alfonso V. I pochi abitanti che riuscirono a fuggire fondarono la vicina Villanova. Dopo tale data l'esteso feudo fu spartito: tre quinti furono assegnati alla città di Sassari, un quinto alla Ciudad catalana di Alghero e un quinto a Bosa. Solo cento anni dopo e per volontà di Carlo V venne concesso il permesso di ricostruire la rocca, di cui ora ha rivisto la luce, dopo attenti scavi, solo parte dei sotterranei con alcune cisterne, muri perimetrali, torri mozzate, prigioni e una cappella. Molti furono i Doria famosi legati al dominio: Branca, citato da Dante e sistemato nel nono cerchio dell'Inferno - girone riservato ai traditori degli ospiti - per avere ucciso dopo un banchetto il proprio suocero Michele Zanche, signore del Logudoro; si ricorda Brancaleone, marito di Eleonora d'Arborea che qui ha dimorato a lungo dividendo la propria residenza con la rocca di Castelgenovese e il castello di Chiaramonti; Nicoloso Doria, irriducibile



La cava dismessa

nemico dei Sassaresi, confinato poi a Castelgenovese, attuale Castelsardo. Monteone ama ricordare quel periodo fasto nelle strade e nei luoghi di sua pertinenza; così la via principale, ben lastronata in calcare con disegni geometrici in basalto e intitolata ai Doria, ci introduce a un agglomerato di case monopiano ordinate e infiorate. In posizione centrale rispetto al grappolo di abitazioni, circondata da robuste palme canariensis, troviamo la

parrocchiale di Santo Stefano a due navate giustapposte di cui la più antica, realizzata tra il 1250 e il 1270 e cappella nobiliare, si presenta in buono stato di conservazione perché risparmiata dalla furia devastatrice degli aragonesi; l'altra, che esibisce pregevoli elementi goticeggianti, è stata edificata in epoca successiva, dopo il placet di Carlo V alla ricostruzione del paese. Entrambi i blocchi terminano con estremità semicirculari in conci di pietra calcarea a forma di semicupola, sicché il complesso della fabbrica risulta stranamente biabsidato. Anche la chiesa campestre di Sant'Antonio Abate, noto in Sardegna come Sant'Antoni de su fogu, posta a settentrione tra il centro abitato e la sommità del monte, si è salvata da quel saccheggio. Inserita entro un grande spiazzo pavimentato a basoli lavici, limitrofa all'antico cimitero, datata attorno al XII secolo, in stile gotico romano, ci regala un rosone e fregi di eccellente fattura; sugli spioventi, ai lati del campanile a vela, due pinnacoli che raffigurano alberi stilizzati. Da qui, percorrendo un tratturo abbastanza agevole, raggiungiamo un luogo di incantevole bellezza: una falesia in tufo con spessa crosta calcarea, denominata "Rocca della Regina" in ossequio a una antica leggenda che vede come protagonista una principessa non meglio identificata, che per sfuggire al nemico si gettò avvolta da sette materassi, con la speranza di trarne salvamento. La parete, a picco sul lago Temo, è diventata, negli ultimi tempi, il paradiso dei cultori dell'arrampicata libera di media e alta difficoltà; ben cento vie sono state aperte e



Le due absidi della parrocchia di Santo Stefano

chiodate, tra muri, strapiombi, fessure e diedri: dalla *Compare Pietro* alla *Nebidesi al mirto*, fino ad arrivare alla impegnativa *King Arthur*, valutata 7b+.

Per avvicinare gli appassionati di questa disciplina all'ebbrezza della risalita con corde e moschettoni, l'amministrazione comunale ha pensato di destinare un'antica cava oggi dismessa a palestra dell'ardimento; la qualità del calcare, l'altezza considerevole, gli intagli fatti nel tempo dalle macchine per disegnare i blocchi di pietra, rappresentano le condizioni ideali per agevolare le esercitazioni su parete rigida. Non è escluso che in un prossimo futuro tutta l'area, invidiabile per la posizione panoramica, detta "Su giardinu" per la presenza di numerosi arbusti naturali, possa diventare un anfiteatro per spettacoli e concerti, disponendo di un impianto scenico naturale e di un'acustica ragguardevole. Per quanto accennato, il territorio merita d'essere esplorato e fruito in maniera diretta e in immersione totale. Il momento più propizio ci viene offerto dal meeting "l'acqua e la roccia", giunto alla sua nona edizione e previsto per sabato 18 e domenica 19 di ottobre. Durante le due giornate sarà possibile assistere alle scalate, eventualmente percorrere le strade ferrate, provare l'arrampicata libera, insieme alla pratica di diverse altre discipline sportive nell'assoluto rispetto per l'ambiente, quali corsa podistica, trekking, nordic walking, mountain bike, tiro con l'arco,

canoa e vela sul lago artificiale "Regina Eleonora D'Arborea"; per gli appassionati dell'equitazione, belle e salutari gite equestri lungo "Sa urmira de su caddu irde", una stradina sterrata dove non sarà difficile trovare cavalli bradi dal tipico manto verde; e per tutti coloro che non volessero cimentarsi in imprese straordinarie o estreme sono previste escursioni botaniche attraverso una vegetazione fitta di lecci, sughere e corbezzoli arricchita da tante sorgenti, dove crescono cinghiali, volpi e martore, sotto l'occhio vigile del grifone, padrone incontrastato di questi cieli. A integrazione di quanto appreso durante le passeggiate all'aria aperta si terrà un corso di erboristeria per confezionare decotti e tisane e svelare così i segreti delle piante medicinali; per gli amanti della buona tavola verrà allestita, a opera della comunità locale, una succulenta rassegna gastronomica con pietanze tipiche. In un luogo così, fiorente di fermenti culturali, non poteva mancare il museo: dedicato al pane, raccoglie una selezione di tutti i pani tradizionali della Sardegna, da quelli di uso quotidiano a quelli delle feste, e integra la documentazione del prezioso alimento con panificazione artigianale e vendita diretta. Nonostante Monte Leone Roccadoria sia così piccolo, l'accoglienza è curata nei minimi particolari: posti letto garantiti da due B&B e vitto eccellente proposto da un ottimo ristorante.

Racconto di Carlo Lubrano

Il pozzo salato

Cera una volta, ad Alghero, un vecchio fornaio che possedeva un pozzo d'acqua salata. Nessuno attingeva a quel pozzo, poiché l'acqua era imbevibile e le piante che venivano innaffiate con essa seccavano. Solo il fornaio, ogni giorno, andava ad attingervi dell'acqua e per questo i suoi

concittadini lo consideravano un po' pazzo.

Un triste giorno, il vecchio fornaio sentì che la sua vita era arrivata ormai alla fine, ma prima di morire chiamò al suo capezzale tutti suoi parenti, per lasciare a ognuno di loro qualcosa in eredità. A un nipote, che aveva sempre oziato e non aveva mai voluto lavorare, lasciò il pozzo d'acqua salata, dicendogli: "A te lascio il mio bene più prezioso, se lo saprai sfruttare farò di te un uomo ricco".

"Vecchio pazzo maledetto!" pensò tra sé il nipote, "proprio a me doveva lasciare il suo inutile pozzo! Mi avesse almeno lasciato il forno o le pale o i canestri, li avrei potuti vendere ricavandone qualcosa, ma chi vuoi che compri un pozzo d'acqua salata!" e continuò a maledire lo zio e il pozzo che questi gli aveva lasciato.

Un giorno, mentre oziava vicino al suo pozzo, passò di lì un viandante che gli chiese: "Sai dirmi di chi è questo pozzo?"

"Perché vuoi saperlo?" ribatté il ragazzo.

"Perché vorrei comprarlo" rispose il viandante, e aggiunse: "Faccio il fornaio e sono venuto da poco a vivere in città, ma nella casa in cui abito non c'è acqua a sufficienza e io ne ho tanto bisogno per impastare la farina".

"Ecco l'occasione buona per liberarmi di questo inutile pozzo guadagnandoci sopra un bel gruzzoletto" pensò il ragazzo, e rivolto al viandante disse: "Il pozzo è mio, ma non è in vendita, ha un'acqua troppo buona perché io possa venderlo".

"Peccato" ribatté il fornaio, "te l'avrei pagato sino a cinque monete d'oro".

"Cinque monete d'oro?" replicò con ironia il ragazzo, "ma se questo pozzo ne vale almeno dieci!".

"Pur di possederlo sarei disposto a pagarne anche dieci" disse il fornaio. A queste parole, al ragazzo si rizzarono le orecchie, ma, cer-



Lo Pou Salit (il pozzo salato) di Alghero



cando di nascondere ogni emozione, disse con aria vaga: "Guardandoti bene mi sei simpatico, quindi voglio venirti incontro, il pozzo sarà tuo per dieci monete d'oro".

"Sì, ma prima di pagarti voglio assaggiarne l'acqua" aggiunse il fornaio.

"L'acqua è fresca e dolce" sentenziò il ragazzo, sapendo di mentire spudoratamente, "ma, proprio in questo momento, non posso fartela assaggiare perché manca il secchio. Domani porterò il recipiente, così potrò attingerla e tu potrai berla".

Detto ciò, i due si salutarono dandosi appuntamento per l'indomani mattina allo stesso luogo.

A notte fonda, il ragazzo uscì da casa con un secchio vuoto, andò a riempirlo in un pozzo dove l'acqua era dolce e fresca e poi andò ad appenderlo con una corda al pozzo d'acqua salata. Fatto questo, ritornò a dormire.

L'indomani mattina, come d'accordo, il fornaio ritornò per assaggiare l'acqua: il ragazzo tirò su il secchio che aveva sistemato là durante la notte e glielo porse. Il fornaio bevve l'acqua e trovandola assai buona diede subito dieci monete d'oro al ragazzo, poi, tutto contento per l'affare fatto, andò subito dal mugnaio a comprare della farina.

Il giovane imbroglione, dal canto suo, pensò che non appena il fornaio si fosse accorto della truffa l'avrebbe subito cercato per reclamare le dieci monete d'oro, quindi decise di cambiare aria, parti e

non si fece più vedere. Dopo tre lunghi anni, il caso volle che i due si rincontrassero. Il ragazzo aveva sperperato tutte le sue monete d'oro e ora chiedeva l'elemosina alla porta del mercato. Il fornaio passando di lì lo vide, gli si avvicinò e gli mise in mano dieci monete d'oro. Il ragazzo, stupito da tanta generosità, si alzò per ringraziarlo e fu allora che riconobbe in quel benefattore il fornaio che aveva imbrogliato tre anni prima.

"Com'è che invece di essere in collera con me per averti venduto un pozzo d'acqua salata mi doni tutte queste monete d'oro?" chiese il ragazzo con aria sospettosa, "Non sarà che adesso ti metterai a gridare al ladro al ladro per farmi arrestare dai gendarmi?".

"Non temere", rispose il fornaio, "grazie a te sono diventato un uomo ricco".

È vero che quando mi accorsi dell'imbroglione andai su tutte le furie e ti cercai per riavere il mio denaro indietro, ma è anche vero che il pane impastato con quell'acqua viene così buono e bello che la gente fa lunghe file per comprarlo".

Fu allora che il ragazzo capì il grande valore del pozzo che lo zio, tutt'altro che pazzo, gli aveva lasciato, ma che lui, pigro e imbroglione com'era, non aveva saputo far fruttare nel modo migliore.

Carlo Lubrano *è specialista in medicina legale e in medicina delle assicurazioni, libero professionista*

Il lavoro monografico di un team di specialisti sardi

La determinazione molecolare del KRas

Caleidoscopio Italiano pubblica lavori di carattere monografico a scopo didattico su temi di Medicina. Nel numero 227 è stato dato spazio a un massiccio lavoro monografico riguardante la determinazione molecolare del KRas a opera di Fernando Coche, Pierpaolo Coni, Germano Orrù e Gavino Faa, eccellenze sarde nei loro rispettivi campi di ricerca. Per ogni genere d'informazioni sul periodico è possibile riferirsi all'indirizzo rahp80@yahoo.it



della mutazione del KRas permetta di isolare una sotto-popolazione di pazienti che non rispondono alla terapia mirata diretta contro l'epidermal growth factor (EGFR) mutato esplorando la nuova frontiera data dalla possibilità di impiegare la biologia molecolare nella pratica clinica. Infatti, sempre più frequentemente viene richiesto ai Laboratori il dosaggio molecolare per l'individuazione delle mutazioni nel gene KRas nel carcinoma colon-rettale metastatico per ottimizzare la terapia di questi pazienti e predire le

Lo sviluppo tumultuoso delle conoscenze scientifiche sullo sviluppo dei tumori ha portato alla consapevolezza che la caratterizzazione di questi non può più limitarsi alle specifiche cliniche o morfologiche ma deve, necessariamente, ormai tener conto delle caratteristiche molecolari e della stessa eterogeneità per poter individuare una terapia che sia efficace per la maggior parte di cellule di una popolazione che ha le stesse alterazioni molecolari. In questo modo si può pensare di individualizzare la terapia e somministrare il farmaco realmente efficace per quel paziente e per quella popolazione di cellule neoplastiche. Questa interessante monografia percorre le modalità che hanno portato alla individuazione dei bersagli molecolari dei tumori partendo dagli oncogeni e i geni onco-soppressori, argomento che era stato già affrontato sul Caleidoscopio ormai dodici anni fa (Bologna M. Biordi L. Martinotti S.: Gli Oncogeni. Luglio '91). La progressione neoplastica è legata ad alterazioni delle vie di trasmissione del segnale e le proteine coinvolte sono state individuate come possibili bersagli per la realizzazione di una terapia personalizzata per lo specifico tumore. La monografia analizza proprio il caso del tumore del colon-retto, che mostra un elevato grado di eterogeneità molecolare, e illustra come l'individuazione

possibilità di risposta alla terapia con anticorpi monoclonali. Inoltre, è stata proposta l'individuazione di sottogruppi molecolari basati sulla presenza di mutazione sul KRas e BRAf per futuri studi prognostici del carcinoma colon-rettale.

Gli Autori, tutti specialisti che ringrazio per la loro grande disponibilità, hanno le competenze e l'autorevolezza che fanno di questa monografia un sicuro punto di riferimento.

Dalla presentazione di Sergio Rassu, responsabile della rivista e direttore del Pronto Soccorso e medicina d'urgenza del presidio ospedaliero di Sassari.

Gli autori degli articoli:

Ferdinando Coche è Direttore della Struttura Complessa del Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologia dell'AOU Cagliari; **Pierpaolo Coni** è Responsabile del laboratorio di Patologia Molecolare dell'Anatomia Patologica del P.O. San Giovanni di Dio, AOU Cagliari; **Germano Orrù** è Prof. aggregato/Ricercatore presso il Dipartimento di Chirurgia e Scienze Odontostomatologiche di Cagliari; **Gavino Faa** è Prof. Ordinario di Anatomia Patologica e Direttore della prima Cattedra di Anatomia Patologica dell'Università di Cagliari e del Servizio di Anatomia e Istologia Patologica dell'Ospedale S. Giovanni di Dio.

Il libro uscito nel 2004 del collega Mario Lai

La Repubblica di Runcùmulu l'appartenenza di un medico di paese

Runcùmulu è un Altrove dell'anima, un deposito della memoria, il fondo doppio di una cassapanca dove sono custodite anche cose indicibili. È l'Arasole di Francesco Masala o il Macondo di Garcia Marquez. Ne possiede la chiave Mario Lai, medico, geriatra, manager, cultore e risanatore di cose vecchie da mantenere in vita.

Il libro ha tre fasi di crescita. Quello dell'albero degli zoccoli, dell'identità e dell'appartenenza mai perduta, la fase dei sentimenti, linguaggi, odori e abitudini che t'inseguono per tutta la vita. La seconda, quella dell'acculturazione: la città, la professione, il piccolo potere della corporazione, la tentazione di mescolare indulgenze private e pubbliche virtù.

Tutto è detto e raccontato con parole semplici. L'impasto dei sentimenti tra decenza e piccole malvagità che fanno parte del mestiere di vivere, ha la consistenza di un racconto popolare da *soap* sudamericana. Mario Lai è un medico all'antica, di quelli per i quali il paziente non è un numero: deve anche mascherare i suoi coinvolgimenti attraverso una dosatissima vena caricaturale, un'impetuosità bonaria che sconcerta e avvince. Il libro (racconti e *pieces* teatrali) non abbandona mai Su Connottu, il codice dell'appartenenza. Il medico nato nel villaggio, ricco dentro di detti memorabili dei saggi e dei canti tristi, non viene cambiato dall'esperienza della città, dai riti e i miti del consumismo o delle frequentazioni eccellenti. Resta quello che era con in più l'allineamento ai progressi della scienza e all'indignazione pubblica, per i modi della politica.

"Parlamento" è, se ciò è possibile, an-



cora più godibile di Runcùmulu: la satira di fondo è paesana nella fattura, rivincita senza frutti, dei dannati della terra: l'ingiustizialismo dei nostri bisnonni espresso al bar o all'ombra di un albero nelle ore alte della canicola era più devastante di un esternazione di Cossiga. Ma la scelta dei tempi, dei personaggi, delle loro parole è intenzionale e derisoria. Nasce da una passione civile frustrata, forse, dal mancato appuntamento con le istituzioni o dalla deludente consapevolezza che il Parlamento di Roma talvolta è al di sotto della produttività e della via d'uscita offerta dalla Cionfra sas-

sarese di Palazzo Ducale.

Presentazione di Pino Careddu

Il testo è edito dalla EDES ed è reperibile presso la libreria Koinè, Via Roma 137, Sassari.

Mario Lai è medico chirurgo, specialista in igiene e medicina preventiva, generalista e dentista.



Astrea vista dall'opercolo (occhio di Santa Lucia)

Il suono potente degli Even Flow

La band sarda alla conquista dell'Europa

Incontro gli Even Flow un assolato pomeriggio di luglio: fuori dalla porta della loro sala prove grandinano 35 infuocati gradi centigradi, che uniti a un'aria assolutamente immobile creano le condizioni perfette per un pomeriggio al mare. Ma non ci sono svaghi per il gruppo: "Abbiamo appena finito di registrare il nostro nuovo EP, *Flower Paths*, e dobbiamo partecipare all'Olbia Rock festival, non possiamo stare con le mani in mano!" – esclama deciso Pierpaolo Lunesu, chitarrista e principale autore delle composizioni, dimostrando una totale dedizione alla causa. Giorgio, batterista e fratello di Pierpaolo, invece spiega l'origine del nome: "I nostri dischi sono indubbiamente prog-metal oriented, ma ci piace immaginare la nostra musica come un flusso costante di stimoli e idee musicali nuove senza distinzione di genere, e il nome Even Flow (trad. flusso costante) mi pare che rispecchi alla perfezione questo atteggiamento." Non si può dire che i ragazzi sassaresi siano inoperosi: attivi fin dal 2000, passano attraverso una serie di cambi di formazione, la cui ossatura è formata proprio dai fratelli Lunesu. In un primo momento si dedicano alle cover, arrivando ad avere un repertorio di oltre trenta pezzi, ma ben presto le idee personali necessitano di essere espresse, ed ecco allora il disco *Dreamwaver* del 2008 e il successivo *Ancient Me-*

di Francesco Bustio
Dettori



mories del 2011, più il già citato *Flower Paths*, attualmente in fase di mastering, la cui uscita è prevista entro la fine dell'anno. Intensa l'attività live: fra i molteplici concerti i ricordi più lieti si riferiscono senza dubbio all'avventura a Sanremo Rock nel 2003 e nel 2005, e soprattutto alla partecipazione al contest dello Sweden Rock Festival a Norje, dove vengono selezionati per esibirsi alla prestigiosa kermesse fra 2000 band provenienti da tutto il mondo: "E' stato molto appagante partecipare a un festival di questo genere, che ospita i più

grandi nomi del rock mondiale, – ricorda Pierpaolo – anche perché all'interno della competizione ci siamo aggiudicati il nono posto: tutti gli altri artisti arrivati prima di noi, e molti altri classificatisi in una posizione meno buona, hanno alle spalle importanti etichette discografiche come la Sony; noi invece eravamo li supportati solo da noi stessi, dalle nostre idee e dalla nostra voglia di suonare, il che rende il risultato ancora più soddisfacente". L'intensa attività concertistica che li ha portati a organizzare un mini tour europeo nel 2013, favorisce la circolazione del



I fratelli Pierpaolo e Giorgio Lunesu

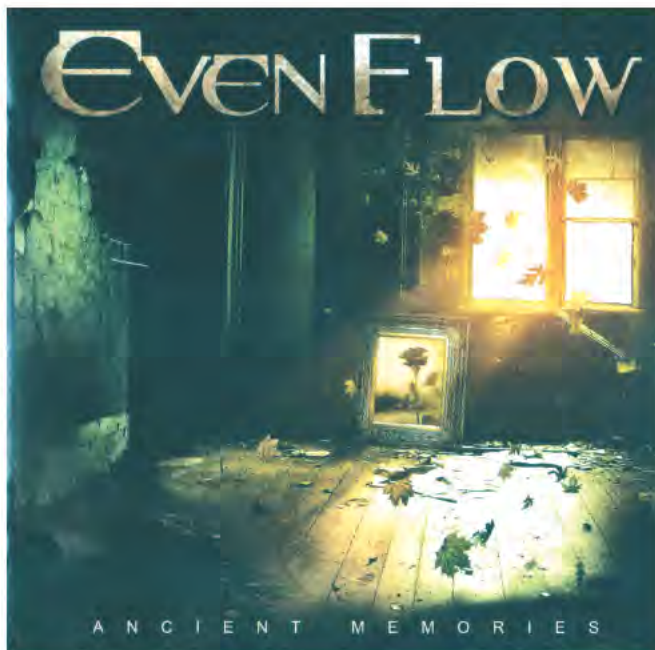


loro materiale, il che, unito a una discreta dose di faccia tosta, porta i nostri a collaborare con alcuni bei nomi della musica internazionale. Ecco allora arrivare le preziose collaborazioni con Jani Loikas (in *Ancient Memories*) e con Mark Zonder (Feates Warning), Matt Guilloy (James Labrie Project, ovvero il secondo gruppo del cantante dei celeberrimi Dream Theater) e Mike Lepond (Symphony X), che potremo ascoltare nell'EP di prossima pubblicazione. Da questo curriculum si può capire quanto i ragazzi siano preparati, al punto di essere stati contattati da una grossa etichetta discografica, per un contratto che li avrebbe portati in Brasile, terra fertile per il genere metal; ma quando si è un combo di 5 elementi è difficile cambiare vita tutti assieme: c'è la laurea in odontoiatria da conseguire per i fratelli Lunesu, un discreto esborso economico da sostenere, affetti da lasciare in Sardegna, una scelta di vita radicale non semplice da prendere per nessuno, tantomeno per i nostri, che a malincuore rinunciano all'offerta. Nel 2011, anno di pubblicazione della loro seconda fatica discografica, la formazione, oltre dai due fratelli, vedeva impegnati Paolo Patatu alla voce (ruolo che ricopre fin dal 2007), Gianfranco Lai al basso (mansione ricoperta attualmente da un altro collega odontoiatra, Roberto Pinna) e Gianmario Nieddu ai sintetizzatori. In *Ancient Memories* il suono è grosso, a tratti enorme, e già la prima canzone è una dichiarazione d'intenti bella e buona: *A.S. of M.* coniuga suoni elettronici ed effetti ambientali con una distorsione potente e d'impatto supportata da una batteria puntuale e precisa, con un finale d'atmosfera del tutto inaspettato. La successiva *Writing a memory* mette in bella evidenza il suono dei sintetizzatori, con una voce che sembra arrivare dal profondo delle viscere della terra. L'alta qualità del lavoro e della produzione del disco diventa evidente in *Ancient Memories* dove con una semplice chitarra acustica, le percussioni e il pianoforte (suonato da Fabrizio di Sarno, ex Angra) il ritmo viene tenuto alto, sostenendo in maniera magistrale gli ispirati intrecci vocali che la caratterizzano. Qua e là si odono echi di Dream Theater, nonché di altre realtà im-

portanti del panorama della musica più heavy, ma che convivono con una bella moltitudine di idee, in maniera assolutamente originale. La cattiva *Blind me*, dotata di linea melodica molto orecchiabile, prosegue il lavoro con un elegante assolo chitarristico, per approdare alla sorprendente *Oblivion*, dove frequenti cambi di ritmo e di atmosfera tengono all'erta l'attenzione dell'ascoltatore.

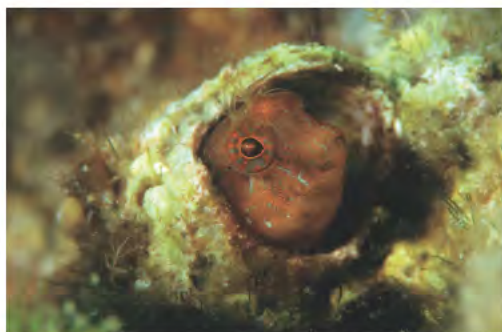
Shantal invece ha il pregio di essere di facile presa, con un ritornello destinato a restare nella mente e una bella oasi strumentale centrale; *Believe* inaspettatamente si apre con le note del sax di Christian Natante, incipit di una elegante ballata che prova ancora una volta le qualità melodiche del gruppo. Il momentaneo commiato è affidato a *Rhythm of the sun*, schizofrenica nel suo inizio a forti tinte sudamericane sfumanti in intricate divagazioni di note sempre in movimento con frequenti e inaspettati capovolgimenti di fronte.

Un disco ben concepito e ben suonato che potrebbe non essere adatto a tutti per via di una certa durezza dei suoni, ma che può piacere a molti per la ricchezza delle idee in esso contenute. Ormai dopo oltre dieci anni di carriera, non abbiamo più bisogno di una conferma del potenziale degli Even Flow, possiamo solo chiederci cosa ci riserveranno e come ci stupiranno nei prossimi dischi.



Scatti d'autore

L'associazione Acquamarina è impegnata da anni nella sensibilizzazione alla tutela dell'ambiente marino attraverso la promozione di iniziative volte a far conoscere il mare e la sua biodiversità; è diretta da Toto Porcu, Andrea Grimaldi, Luciano Gutierrez, Piervanni Depperu, Alessandro Sirigu. A loro, che ci hanno regalato le splendide immagini a corredo del bollettino, vanno i nostri ringraziamenti per aver portato un tocco di estate fra le nostre pagine.



Blennide (*Salaria basilisca*) dimensione 15 cm.



Giglio di mare (*Antedon mediterranea*) dimensione 15 cm.



Giglio di mare (*Antedon mediterranea*)
dimensione 15 cm.

**ELENCO DEI MEDICI DISPONIBILI AD EFFETTUARE SOSTITUZIONI DI ASSISTENZA PRIMARIA E DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
ANNO 2014**

N.	Assistenza primaria	Pediatria	Cognome e nome	Anno laurea	Indirizzo	Cap/città	Telefono	Cellulare
1	SI	NO	Arru Alessandra Rita	2004	Via Di Vittorio 22	07100 Sassari		328/9442820
2	SI	NO	Barrocu Lucrezia	2010	Via Catalocchino 10	07100 Sassari		349/2529098
3	SI	NO	Branca Giovanni	2008	Via dell'Agrioglio 2	07100 Sassari		347/7799874
4	SI	NO	Bricchetto Giovanna	1996	Via Ugo Foscolo 33	07041 Alghero	079/0760098	340/7605249
5	SI	SI	Caggiari Gianfilippo	2014	S.V. La Landrigga 34/b	07100 Sassari		346/8464774
6	SI	NO	Castellaccio Claudia	2013	Via Pasca 3	07100 Sassari	079/4361756	340/7077837
7	SI	NO	Cherchi Giuseppe	2013	Via Nuoro 6	07040 Urti	079/419512	340/7888001
8	SI	SI	Chirra Pasquale	2013	Viale Italia 38/a	07100 Sassari		3402158118
9	SI	NO	Collu Claudia	2014	Via Perantoni Satta 23	07100 Sassari		346/9878577
10	SI	NO	Congiu Agostino	2011	S.V. La Gruzzitta Sette Fontani 38/E	07100 Sassari		333/2186820
11	SI	SI	Cordia Marco	2014	Via Catalocchino	07100 Sassari		3476034760
12	SI	SI	Deligia Giovanni	2013	Via Torres 2/a	07100 Sassari		349/8928435
13	SI	SI	Dellavento Silvia	2012	Via Carco 35/b	07100 Sassari	079/9103403	349/1384465
14	SI	NO	Dessanti Claudia	2013	Via Palmiro Togliatti 4	07100 Sassari		349/1258198
15	SI	NO	Di Mario Dalila	2014	Via Demartis 33	07050 Tempio Pausanisi		340/3830408
16	SI	SI	Di Trapani Laura	2013	Via Monte Grappa 7/e	07100 Sassari		328/3178388
17	SI	SI	Erre Elena	2014	Viale Dante 57	07100 Sassari		328/3305712
18	SI	NO	Evangelisti Daniela	2013	Via Paolo Demure 1/a	07100 Sassari		340/5911371
19	SI	NO	Farina Giulia	2013	Via Su Cannieddu snc	07014 Ozieri		340/9014150
20	SI	NO	Fedeli Maria Antonietta	2013	Via Savoia 27	07033 Osilo		327/3268690
21	SI	SI	Fele Paolo	2013	Via Vittorio Veneto 84	07014 Ozieri		347/0314288
22	SI	SI	Filigheddu Federica	2013	Via Mancini 37	07100 Sassari		347/3273602
23	SI	NO	Fiori Mariangela	2013	Via San Pietro d'Ottava 53	07100 Sassari		338/6408230
24	SI	SI	Flore Giacomo Angelo	2013	Via Manzoni 41	07011 Bono		347/9734762
25	SI	NO	Floris Daniele	2013	S.S. dell'Anglona 5	07100 Sassari		349/3786054
26	SI	NO	Forteleoni Antonietta	2013	Via Umana 6	07100 Sassari	079/280654	320/5707330
27	SI	SI	Forteleoni Giovanna Maria	2012	Via Aniskora 14	07023 Calangianus		348/9386327
28	SI	NO	Gabbas Giuseppina	2013	Via Nurra 9	08025 Olenia		347/7845155

29	SI	SI	Ghisaura Serena	2014	Via 1° Maggio 11	07040 Codrangianco	339/473379
30	SI	SI	Grandi Nicola	2013	Via Carbia 5	07041 Alghero	340/2265326
31	SI	NO	Khalil Jawad	2014	Via dei Mille 23/a	07100 Sassari	346/8777812
32	SI	SI	Lisbo Marcella	2009	<i>NON COMUNICATO</i>	07033 Osilo	380/4349661
33	SI	NO	Lo Mastro Michela	2013	Via Turritana 36/b	07100 Sassari	388/0574393
34	SI	NO	Lorenzoni Marcella	2013	Via Sedini 24	07031 Castelsardo	340/1823897
35	SI	SI	Losa Francesca	2013	Via Zucca 5	07100 Sassari	333/5771778
36	SI	SI	Maffei Matteo	2013	Via grazia Deledda 32	07100 Sassari	347/4931479
37	SI	SI	Manconi Silvia	2014	Via P.ssa Jolanda 44	07100 Sassari	349/5630101
38	SI	NO	Masu Lavinia	2013	Via Donizetti 67	07100 Sassari	349/0990404
39	SI	NO	Monti Rita	2014	Via Don Minzoni 23/a	07100 Sassari	333/4284996
40	SI	NO	Ogana Silvia	2013	Viale Umberto I 110	07100 Sassari	389/6816704
41	SI	NO	Pes Adele	2004	Via P. Nenni 2/62	07100 Sassari	348/3855206
42	SI	NO	Peru Antonia	2014	Via Roma 181	07020 Aegibus	349/0540517
43	SI	SI	Pianu Giancarlo	2013	Via G. Bruno 16/07	07100 Sassari	347/5537126
44	SI	NO	Piga Giulia	2013	Via G. D'Annunzio 3	07035 Valledoria	347/2769848
45	SI	SI	Pintore Pierpaolo	2013	Via De Giorgio 17	07041 Alghero	349/0036885
46	SI	NO	Piras Carla	2013	Via Sardegna 212	07030 S. Maria Coghinas	340/7292873
47	SI	NO	Pirino Laura	2013	Via Quarto 1	07100 Sassari	349/0657765
48	SI	SI	Puddu Leonardo	2013	Via Don Minzoni 17	07100 Sassari	349/7876364
49	SI	NO	Puggioni Antonella	2013	Via IV novembre 8/b	07100 Sassari	340/8937370
50	SI	NO	Puledda Marco	2013	Via Don Carboni 4	07040 Olmedo	348/0617474
51	SI	SI	Salis Barbara	2008	Via XX Settembre 252	07041 Alghero	349/3632036
52	SI	SI	Sanna Enrico	2013	Via G. D'Annunzio 3	07039 Valledoria	340/4036726
53	SI	NO	Santoro Angelica	2007	Via Oriani 5/B	07100 Sassari	328/2720160
54	SI	SI	Sassu Salvatore	1969	Via Limbara 22	07029 Tempio Pauzanza	333/9184989
55	SI	NO	Scarpa Marcello	2014	Reg. Sa Conza	07040 Tissi	331/7811187
56	SI	NO	Sechi Fabio	2013	Via Budapest 10/B	07100 Sassari	328/6768298
57	SI	NO	Sida Francesca	2013	Via Addis 6	07100 Sassari	349/1877633
58	SI	NO	Tedde Laura	2013	Via Cagliari 24	07100 Sassari	339/3569936
59	SI	NO	Tidore Gianni	2013	Viale Caprera 1/a	07100 Sassari	3387125598
60	SI	NO	Tracis Francesco	2013	Via Sirki 16	07100 Sassari	333/4645582
61	SI	NO	Trogu Federica	2013	Via Gorizia 2/g	07100 Sassari	340/0767509
62	SI	SI	Zachos Maistros-Pavlos	2012	Via Torres 44	07100 Sassari	328/6209708



E.C.M.

Educazione Continua in
Medicina

Programma Nazionale per la formazione



Crediti formativi E.C.M. 2014 - 2016

La Commissione nazionale per la formazione
continua nella riunione del 16 settembre ha
individuato in 150 crediti il debito formativo per
tutte le professioni anche per il triennio.

Sul nuovo sito internet dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari puoi:

Contattare il presidente dell'Ordine, il presidente della C.A.O.
e tutti i dipendenti degli uffici dell'Ordine tramite e-mail.

Scaricare la modulistica con un solo click.

Accedere alla anagrafica della FNOMCEO.

Essere sempre aggiornato sulle ultime notizie in campo sanitario
grazie alla rassegna stampa giornaliera.

Consulta anche tu il sito
www.omceoss.org