



Official Journal of the
Italian Society of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery

Organo Ufficiale della
Società Italiana di Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico-Facciale



Argomenti di
ACTA
Otorhinolaryngologica Italica

www.actaitalia.it

Vol. **II** • No. **3**
Maggio **2008**

- 57 Editoriale
- 58 Utilizzo delle Linee Guida:
profili di responsabilità ed implicazioni medico legali.
Giurisprudenza
- 63 Studio clinico sulla terapia medica del russamento
- 67 Effetti di un ciclo di crenoterapia inalatoria
con acqua oligominerale calcico-magnesiaca
delle Terme di Comano in pazienti con faringite cronica
- 74 Il punto. Virus e carcinomi orofaringei

Volume II – Numero 3 – Maggio 2008

Argomenti di ACTA Otorhinolaryngologica Italica

Official Journal of the Italian Society of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery
Organo Ufficiale della Società Italiana di Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico-Facciale

Editorial Board

Editor-in-Chief: F. Chiesa

President of S.I.O.: S. Conticello

Former Presidents of S.I.O.:

G. Borasi, E. Pirodda (†),

I. De Vincentiis, D. Felisati, L. Coppo,

G. Zaoli, P. Miani, G. Motta,

L. Marcucci, A. Ottaviani, G. Perfumo,

P. Puxeddu, I. Serafini, M. Maurizi,

G. Sperati, D. Passali, E. de Campora,

A. Sartoris, P. Laudadio, E. Mora,

M. De Benedetto

Former Editors-in-Chief:

C. Calero (†), E. de Campora,

A. Staffieri, M. Piemonte

Editorial Staff

Editor-in-Chief: F. Chiesa

Deputy Editor: C. Vicini

Associate Editors:

C. Viti, F. Scasso

Argomenti – Editorial Coordinators:

G. Bertino, C. Viti

Editorial Coordinators:

M.G. Rugiu, L. Calabrese

Italian Scientific Board

L. Bellussi, G. Danesi, C. Grandi,

A. Martini, L. Pignataro, F. Raso,

R. Speciale, I. Tasca

International Scientific Board

J. Betka, P. Clement, A. De La Cruz,

M. Halmagyi, L.P. Kowalski,

M. Pais Clemente, J. Shah,

H. Stammberger

Treasurer

C. Miani

Editorial Office

Editor-in-Chief: F. Chiesa

Divisione di Chirurgia Cervico-Facciale

Istituto Europeo di Oncologia

Via Ripamonti, 435

20141 Milano, Italy

Tel. +39 02 57489490

Fax +39 02 57489491

actaitalica@ieo.it

Editorial Coordinator

M.G. Rugiu

maryolyna@libero.it

© Copyright 2008 by

Società Italiana di Otorinolaringologia e

Chirurgia Cervico-Facciale

Via Luigi Pigorini, 6/3

00162 Roma, Italy

Publisher

Pacini Editore SpA

Via Gherardesca, 1

56121 Ospedaletto (Pisa), Italy

Tel. +39 050 313011

Fax +39 050 313000

Info@pacinieditore.it

www.pacinimedica.it

Cited in Index Medicus/MEDLINE



Informazioni per gli Autori comprese le norme per la preparazione dei manoscritti

Acta Otorhinolaringologica Italica continua gli *Annali di Laringologia Otiologia e Farinologia* fondati nel 1901 da Giulio Masini e già Organo Ufficiale di stampa degli Otolgologi Italiani (A.O.O.I.) e dal 1976 della Società Italiana di Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico-Facciale (S.I.O. Ch. C.-F.).

La rivista pubblica in inglese lavori originali di interesse otorinolaringologico, gli atti ufficiali della Società, editoriali, note di attualità, recensioni, rubriche redazionali, notizie sindacali.

I contributi devono essere inediti, non sottoposti contemporaneamente ad altra rivista, ed il loro contenuto conforme alla legislazione vigente in materia di etica della ricerca.

In caso di sperimentazioni su umani, gli Autori devono attestare che tali sperimentazioni sono state svolte secondo i principi riportati nella Dichiarazione di Helsinki (1983); gli Autori sono gli unici responsabili delle affermazioni contenute nell'articolo e sono tenuti a dichiarare di aver ottenuto il consenso informato dei pazienti o genitori nel caso di casi pediatrici per la sperimentazione e per l'eventuale riproduzione di immagini. Per studi su cavie animali, gli Autori sono invitati a dichiarare che sono state rispettate le relative leggi nazionali e le linee guida istituzionali.

I lavori che provengono da Istituti scientifici, di ricerca o da Divisioni ospedaliere devono recare la firma autografa del Direttore dell'Istituto o Reparto di provenienza. Gli articoli pubblicati impegnano unicamente la responsabilità degli Autori. La proprietà letteraria degli articoli è riservata alla Rivista.

I lavori vengono pubblicati in lingua inglese con abstract in italiano ed in inglese.

I lavori vengono pubblicati gratuitamente. Gli Autori hanno diritto a 30 estratti gratuiti del lavoro.

Conflitto di interessi. Gli Autori devono dichiarare se hanno ricevuto finanziamenti o se hanno in atto contratti o altre forme di finanziamento, personali o istituzionali, con Aziende i cui prodotti sono citati nel testo. Questa dichiarazione verrà trattata dal Direttore come una informazione riservata e non verrà inoltrata ai revisori. I lavori accettati verranno pubblicati con l'accompagnamento di una dichiarazione *ad hoc*, allo scopo di rendere nota la fonte e la natura del finanziamento.

Norme generali per gli Autori

Testo. I lavori devono essere inviati in lingua inglese. Il manoscritto sarà sottoposto a revisione della lingua inglese a cura e a carico della Redazione della Rivista. La Redazione si riserva il diritto di non accettare eventuali lavori formulati in lingua inglese non corretta. Eventuali lavori pervenuti in lingua italiana, qualora di riconosciuto valore scientifico e di particolare interesse per la Rivista, potranno essere comunque pubblicati, previa traduzione in inglese a totale carico degli Autori.

Il lavoro deve pervenire alla Redazione in quattro copie (gli Autori sono comunque pregati di conservare copia del materiale inviato), dattiloscritte, con ampio margine, massimo 25 righe per pagina, con interlinea doppia, con numerazione delle pagine a partire dalla prima, e corredato di:

- 1) titolo del lavoro (in italiano ed inglese);
- 2) riassunto (in italiano ed inglese);
- 3) parole chiave (in italiano ed inglese; massimo 5);
- 4) titolo e didascalie di eventuali tabelle e delle figure.

I lavori non devono superare le 10 pagine di stampa della rivista, compresi bibliografia, figure e tabelle (750 parole a pagina di stampa; per ogni figura o tabella di 1/4 di pagina considerare circa 250 parole in meno; per ogni figura o tabella di mezza pagina considerare circa 500 parole in meno). Può essere oggetto di pubblicazione la descrizione di una o più osservazioni cliniche di una medesima patologia di rilevante interesse diagnostico e terapeutico. La stesura di tali "note cliniche" non deve superare le 4 pagine di stampa, compresi clichés e tabelle. Lo schema da seguire per la stesura deve prevedere: descrizione dell'caso clinico/i osservati con le notizie anamnestiche principali, l'esame obiettivo, gli esami strumentali e di laboratorio più significativi e le considerazioni conclusive con i necessari riferimenti bibliografici.

I lavori di maggiore estensione potranno essere pubblicati come supplementi e l'intero costo di stampa sarà a carico degli Autori.

Una *pagina fuori testo* deve indicare il nome e l'indirizzo (incluso numero di telefono, fax ed indirizzo e-mail) dell'Autore cui vanno indirizzate la corrispondenza relativa al lavoro e le bozze di stampa. In assenza di tale indicazione le bozze verranno inviate al 1° Autore.

Non si accettano articoli che non siano accompagnati dal relativo dischetto su cui è registrata l'ultima versione corretta del testo, corrispondente alla copia dattiloscritta. Il testo deve essere scritto con programmi Word per Dos o Macintosh: i dischetti devono riportare sull'apposita etichetta il nome del primo Autore, il titolo abbreviato dell'articolo, il tipo di sistema operativo (Dos o Macintosh), il programma di scrittura e la versione, il nome dell'i file/s dell'i documento/i.

Agli Autori è riservata la correzione ed il rinvio (entro e non oltre 4 gg. dal ricevimento) delle sole prime bozze del lavoro.

Nella *prima pagina* devono comparire:

- 1) Titolo del lavoro in inglese ed in italiano; i titoli devono essere concisi, chiari e informativi. Eventuali sottotitoli devono essere necessari a compendiare il concetto predominante del lavoro.
- 2) Nomi e cognomi degli Autori (il nome precede ed è ridotto all'iniziale seguita dal punto); se gli Autori appartengono a più Istituti, il 1° Autore e gli eventuali co-Autori dello stesso Istituto saranno indicati con un asterisco, gli Autori di un altro Istituto con due asterischi, e così via.
- 3) Nome e la sede dell'Istituto o degli Istituti in cui il lavoro è stato effettuato; titolo, nome (per intero), cognome e indirizzo dell'Autore (comprensivi di recapito telefonico, fax e indirizzo e-mail) cui vanno indirizzate le richieste di estratti (Corrispondenza: ...).
- 4) Parole chiave (Key words) in inglese ed in italiano.

La *seconda pagina* deve contenere il Riassunto in inglese ed in italiano che deve consistere in una esauriente sintesi esplicitiva di 300/400 parole. Esso deve includere l'impostazione del problema, i metodi di studio, i risultati ed il significato della ricerca.

Tabelle. (4 copie), devono essere contenute nel numero (evitando di presentare lo stesso dato in più forme), dattiloscritte una per pagina e numerate progressivamente con numerazione romana. Nel testo della tabella e nella legenda utilizzare, nell'ordine di seguito riportato, i seguenti simboli: *, †, ‡, §, ¶, **, ††, ‡‡, ...

Figure. (4 copie), vanno riprodotte in foto. I grafici ed i disegni possono essere in fotocopia, purché di buona qualità. Le figure devono essere numerate e devono riportare sul retro, su un'apposita etichetta, il nome dell'Autore, il titolo dell'articolo, il verso (alto).

Bibliografia. Va limitata alle voci essenziali identificate nel testo con numeri arabi tra parentesi ed elencate al termine del dattiloscritto nell'ordine in cui sono state citate.

Dovrà riportare:

cognome ed iniziale del nome degli Autori (devono essere riportati i primi sei, eventualmente seguiti da et al.), titolo dell'articolo in lingua originale, titolo della rivista secondo l'abbreviazione dell'*Index Medicus*, anno di pubblicazione, volume, prima ed ultima pagina.

Esempi di corretta citazione bibliografica per:

Articoli e Riviste

Chiesa A, Maroldi R, Perugini S, Salvolini U. *Il ruolo della tomografia assiale computerizzata nella patologia rinosinusale*. Acta Otorhinolaryngol Ital 1981;1:173-94.

Libri

Smith DW. *Recognizable patterns of human malformation*. Third Edition. Philadelphia: WB Saunders Co.; 1982.

Capitoli di Libri o Atti di Congressi

Krmpotic-Nemanic J, Kostovis I, Rudan P. *Aging changes of the form and infrastructure of the external nose and its importance in rhinoplasty*. In: Conly J, Dickinson JT, editors. *Plastic and reconstructive surgery of the face and neck*. New York, NY: Grune and Stratton; 1972. p. 84.

Ringraziamenti, indicazioni di grants o borse di studio, devono essere citati prima della bibliografia.

Le note, contraddistinte da asterischi o simboli equivalenti, compariranno nel testo, a piè di pagina.

Termini matematici, formule, abbreviazioni, unità e misure devono conformarsi agli standards riportati in *Science* 1954;120:1078.

I farmaci vanno indicati col nome chimico. Solo se inevitabile potranno essere citati col nome commerciale (scrivendo in maiuscolo la lettera iniziale del prodotto, seguita dalla casa farmaceutica, città e nazione).

Gli scritti (ed il relativo dischetto) di cui si fa richiesta di pubblicazione vanno indirizzati, unitamente alla lettera di cessione del copyright nel caso il lavoro venga pubblicato, a:

Dirigente della Rivista Acta Otorhinolaryngologica Italica
S.O.C. ORL Azienda Ospedaliera "Santa Maria della Misericordia"
P.le Santa Maria della Misericordia, 15 - 33100 Udine

Ogni pubblicazione scientifica porterà la data di ricevimento e quella di accettazione da parte del Comitato Scientifico. I dattiloscritti e le illustrazioni dei lavori non si restituiscono e dopo un anno vengono distrutti.

Le tabelle, le fotolite e gli estratti (al di sopra dei 30 gratuiti) sono addebitati agli Autori a prezzo di costo. Assegni e vaglia vanno inviati a:

Acta Otorhinolaryngologica Italica

Pacini Editore SpA
via Gherardesca 1 - 56121 Ospedaletto (Pisa)

Abbonamenti

La Rivista *Acta Otorhinolaryngologica Italica* è bimestrale e viene inviata gratuitamente a tutti i Soci in regola con la quota annuale. I prezzi dell'abbonamento per l'anno 2008 per i non Soci sono i seguenti:

Italia: € 81; estero: € 91. Singolo fascicolo: € 21.

Numeri e annate arretrate: € 31 (se disponibili).

Per le inserzioni pubblicitarie e le richieste di abbonamento rivolgersi a:

Acta Otorhinolaryngologica Italica

Pacini Editore SpA
via Gherardesca 1 - 56121 Ospedaletto (Pisa), Italy
Tel. +39 050 313 011 - Fax +39 050 313 0300
E-mail: Info@pacinieditore.it
Internet: www.pacini medicina.it

Per gli arretrati rivolgersi a:

Società Italiana di Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico-Facciale
Via L. Pigorini, 6 - 00162 Roma
Tel. 06 44291164 - Fax 06 44235157

Finito di stampare presso le Industrie Grafiche della Pacini Editore SpA, Pisa - Maggio 2008

Norme per l'invio del materiale in formato elettronico

Gli Autori sono invitati ad inviare i manoscritti secondo le seguenti norme:

Modalità di invio

- CD-ROM o DVD (evitare di utilizzare Dischetti da 3 1/2")
- È anche possibile utilizzare pen-drives USB o dischi esterni USB-Firewire
- Posta elettronica (concordare con il personale Pacini le modalità)
- FTP (concordare con il personale Pacini le modalità)

Testo

- **Software:** preferibilmente Microsoft Word, salvando i file in formato .RTF. Possono essere utilizzati anche altri programmi, anche open source, avendo accortezza di salvare sempre i file in formato .RTF.

Non utilizzare in nessun caso programmi di impaginazione grafica quali Publisher, Page-

maker, Quark X-press, Indesign. Non formattare il testo in alcun modo (evitare stili, bordi, ombreggiature ...); utilizzare solo gli stili di carattere come corsivo, grassetto, sottolineato. Non inviare il testo in formato .PDF.

- **Nome dell'i file/s:** il testo e le singole tabelle devono essere salvati in files separati.

Illustrazioni

Inviare le immagini in files separati dal testo e dalle tabelle.

- **Software e formato:** inviare immagini preferibilmente in formato TIFF o EPS, con risoluzione minima di 300 dpi e formato di 100 x 150 mm. Altri formati possibili: JPEG, PDF. Evitare nei limiti del possibile .PPT (file di Powerpoint) e .DOC (immagini inseriti in file di .DOC).

- **Nome dell'i file/s:** inserire un'estensione che identifichi il formato del file (esempio: .tif, .eps).

Indice

Editoriale	
F. Chiesa.....	pag. 57
Utilizzo delle Linee Guida: profili di responsabilità ed implicazioni medico legali.	
Giurisprudenza	
M. Poerio	» 58
Studio clinico sulla terapia medica del russamento	
M. De Benedetto	» 63
Effetti di un ciclo di crenoterapia inalatoria con acqua oligominerale calcico-magnesiaca delle Terme di Comano in pazienti con faringite cronica	
M. Zanoni, F. Pagella, A. Colombo, E. Mira	» 67
Il punto. Virus e carcinomi orofaringei	
F. Chiesa.....	» 74
Necrologi	» 76
Notiziario S.I.O.	» 78
Agenda Corsi e Congressi	» 89

Editoriale

Lo scorso anno in occasione del Congresso Nazionale di Lecce abbiamo presentato *Argomenti di Acta*, il nuovo inserto editoriale di *Acta Otorhinolaryngologica Italica*. Il successo di questa iniziativa è stato inaspettato: le copie stampate (pur con una tiratura superiore al solito) sono andate rapidamente esaurite ed abbiamo dovuto avvalerci del sito della rivista per consentire di scaricarne il testo a tutti coloro che lo avevano richiesto.

Ritengo che questo sia in parte legato ai contenuti, sicuramente di grande interesse e con importanti risvolti nella nostra pratica clinica quotidiana, in parte alla lingua italiana che certamente permette una più diretta ed approfondita comprensione rispetto alla lingua inglese.

Soprattutto *Argomenti* ha dimostrato di essere un efficace strumento di confronto: le presentazioni ed in particolare le linee guida hanno suscitato un importante e costruttivo dibattito, che è proseguito sia nel secondo fascicolo che in questo. Un'altra misura del successo di questa iniziativa è costituita dal fatto che essa era nata con l'ipotesi di una frequenza semestrale: quest'anno sono già programmati almeno 5 numeri.

Questo ovviamente comporta un aumento importante dei carichi di lavoro per cui in accordo con il Presidente Conticello e con il Consiglio Direttivo SIO abbiamo provveduto a rafforzare la segreteria di redazione, perché il progetto cresca offrendo a tutti motivi di approfondimento qualificato ed utile.

Quest'anno le Linee Guida verranno pubblicate nel numero 4 riportando il testo che verrà approvato nel corso delle *Consensus Conferences* organizzate in occasione del Congresso Nazionale di Torino.

In questo numero iniziamo una rubrica che abbiamo chiamato *Il punto*, che vuole offrire un panorama rapido e completo su argomenti di attualità, novità diagnostiche e terapeutiche nella nostra specialità; sono certo che il contributo di tutti e della nuova segreteria, cui va l'augurio di buon lavoro, ci aiuteranno a rendere *Argomenti* uno strumento sempre più efficace di aggiornamento e di approfondimento.

Fausto Chiesa

Utilizzo delle Linee Guida: profili di responsabilità ed implicazioni medico legali. Giurisprudenza

*Il dubbio e il possibile errore, ecco il fascino;
il coefficiente individuale, ecco l'insidia;
l'infinita e mai egualmente ripetentesi
molteplicità delle forme dei morbi, ecco la sfinge*
Cesare Frugoni

Michele Poerio

La rivoluzione copernicana introdotta nel mondo sanitario dalla cosiddetta "aziendalizzazione" del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e la necessità del contenimento e della razionalizzazione della spesa sanitaria, ha determinato una profonda revisione critica della pratica medica ¹.

Le decisioni del singolo medico, fino a qualche tempo fa sottratte ad ogni confronto in virtù di una autonomia professionale storicamente e deontologicamente consolidata, sono state oggetto di una accurata valutazione quali-quantitativa. E proprio in questo contesto si inserisce il dibattito sulle linee guida al fine di operare scelte appropriate nelle procedure diagnostiche e terapeutiche con il miglior rapporto costo-beneficio e costo-efficacia.

Abbiamo assistito, negli ultimi tempi, ad un continuo aumento di interventi legislativi statali e di iniziative ministeriali e regionali su diversi settori sanitari, in molti dei quali l'attività diagnostica assume un ruolo fondamentale ².

Solo a titolo esemplificativo ricordiamo: a) la raccolta, il trattamento e la somministrazione del sangue; b) i prelievi ed i trapianti di organi; c) la radiologia diagnostica ed interventistica e la radio-protezione; d) le tossicodipendenze e l'impiego terapeutico di farmaci classificati come stupefacenti; e) gli accertamenti diagnostici in materia di infezione da HIV; f) la classificazione dei farmaci e le prestazioni essenziali a carico del SSN (LEA); g) le procedure diagnostiche e preventive in gravidanza; h) la fecondazione medicalmente assistita (regolamentata dalla recente legge n. 40/2004), etc.

Adirittura sono stati regolamentati i rapporti tra utenti ed istituzioni che erogano i servizi sanitari con la "Carta dei Servizi Pubblici Sanitari (DPCM del 19/05/1995)".

Emblematico è il preambolo di questo DPCM laddove attribuisce "... al cittadino un potere di controllo diretto sulla qualità dei servizi erogati"; DPCM che nell'allegato n. 8 (nel quale sono elencati ben 100 diritti riconosciuti al cittadino) colloca al primo posto il "diritto a ricevere una diagnosi accurata e coscienziosa" e quindi "il diritto ad avere informazioni corrette, chiare ed esaustive sulla diagnosi...".

Chiaramente questi presupposti di ordine normativo-regolamentari possono attivare, nella prospettiva delle respon-

sabilità di ordine giuridico, la colpa specifica per inosservanza di leggi, regolamenti e discipline previste dall'art. 43 c.p.

Colpa che fino a non molti anni orsono non trovava pratica applicabilità nel campo della medicina, ma che, allo stato, sta assumendo crescente importanza specie per la progressiva "standardizzazione" (legata anche alle esigenze economiche) che il governo della sanità pubblica impone alle decisioni mediche.

Ad esempio, l'ASL 6 del Friuli ha preteso da 4 medici di base il rimborso di 10.000 euro per prescrizioni di farmaci eccedenti gli standard prefissati.

A tali possibili conseguenze medico-legali (colpa per inosservanza di leggi, regolamenti e discipline) va collegata la crescente diffusione – anche dipendentemente da esigenze economiche, ma certo non solamente per ciò – di procedure diagnostiche basate su Linee Guida promosse da società scientifiche, *Consensus Conferences*, comitati di coordinamento clinico e gruppi di ricerca, nonché, organismi sanitari della pubblica amministrazione ³⁻⁷.

Premesso che qualsiasi attività medica si concretizza nelle diverse fasi della diagnosi, prognosi e terapia, è evidente che ciascuna di queste è esposta al rischio dell'errore e quindi della colpa ^{8,9}.

Il medico può, pertanto, incorrere in un errore diagnostico, con conseguente responsabilità a causa di una scarsa conoscenza culturale e tecnica in rapporto all'evoluzione della scienza medica, o per scarsa diligenza nella raccolta anamnestica o nell'esame del malato, o per imprecisa ed inadeguata interpretazione della sintomatologia, sia pur rilevata, o dal mancato utilizzo di mezzi tecnico-diagnostici, a meno che non ricorrano situazioni di emergenza.

Riportiamo a tale proposito la seguente giurisprudenza:

"Ricorre la responsabilità extracontrattuale a titolo di colpa (negligenza ed imperizia) del medico radiologo che, all'esito di una radiografia alla mammella in cui evidenziava una ghiandola mammaria in involuzione adiposa con sovrvertimento della struttura ghiandolare, non abbia prescritto alla paziente ulteriori esami diagnostici e clinici, impedendo così la diagnosi precoce di un tumore al seno" (Tribunale di Orvieto del 15/05/97 in *Rassegna giurisprudenza umbra* 1997, 732).

“È correttamente motivata la decisione di merito la quale ritenga sussistere la colpa grave (per negligenza) del medico il quale, chiamato ad intervenire chirurgicamente su una tumefazione al seno, decida di asportare l'intera ghiandola mammaria senza previamente eseguire l'esame istologico intraoperatorio” (Cassazione 212/1998 n.12233).

“Ricorre la responsabilità extracontrattuale per colpa grave del medico ginecologo (in concorso con la USL) che, per effetto di una manovra estrattiva negligenzemente condotta abbia provocato gravissime lesioni al neonato (lacerando l'utero della partoriente, in seguito deceduta), senza che ricorressero le ragioni giustificative di un parto strumentale e senza che il medico avesse eseguito gli esami del caso” (Tribunale di Terni 15/12/1995).

“In tema di lesioni colpose incombe sul fisioterapista, nell'espletamento della sua attività professionale, un obbligo di accertamento delle condizioni del paziente traumatizzato prima di compiere manovre riabilitative che possono rivelarsi dannose, sicché, in mancanza di apposita documentazione medica (eventualmente non prodotta da paziente), lo stesso fisioterapista ha il dovere di assumere tutte le informazioni richieste dal trattamento che si accinge a praticare” (Cassazione 27/1998).

“In presenza di un corteo sintomatologico non univoco, il verificarsi dell'evento più grave deve essere temuto e, opportunamente, accertato e scongiurato. La scelta di una struttura non attrezzata a fronteggiare tale evenienza costituisce colpa professionale medica” (Pretore di S. Giovanni Rotondo del 24/03/1999).

“Risponde del reato di lesioni colpose ex articolo 590, secondo comma, c.p., il radiologo di una struttura ospedaliera il quale, avendo eseguito periodicamente dei controlli mammografici cui si era sottoposta una paziente per la prevenzione del cancro al seno, non abbia diagnosticato la presenza di un carcinoma e, in particolare, prescritto alla medesima ulteriori esami strumentali, quali ecografia, esame istologico o citologico attraverso ago aspirazione o biopsia, così non prevenendo il progressivo aggravarsi della malattia” (Pretura di Modena, Sezione distaccata di Carpi del 7/06/1999).

“Il dovere obiettivo di diligenza, che contrassegna il diritto colposo, può aver a contenuto anche un obbligo di preventiva informazione nonché quello di ricorrere alle altrui speciali competenze, sicché versa nella cosiddetta “colpa per assunzione” colui che, non essendo del tutto all'altezza del compito “assunto”, esegua un'opera senza farsi carico di premunirsi di tutti i dati tecnici necessari per dominarla, secondo la standard di diligenza, capacità e conoscenze richieste per il corretto svolgimento del ruolo stesso. E sempre nel caso, ovviamente, che quell'opera diventi fonte di danno anche a causa della mancata acquisizione dei dati o conoscenze specialistiche” (Corte di Cassazione 6/12/1990).

Esistono però dei limiti anche per gli accertamenti diagnostici quando possano sussistere rischi per la salute del paziente.

È indubitabile che una diagnosi esatta rappresenti il necessario presupposto per una terapia o intervento chirurgico

appropriato, tuttavia, soprattutto nelle indagini cosiddette invasive, il rischio deve essere giustificato, se altro tipo di accertamenti avrebbero permesso analoghi diagnosi.

Ed il Barni giustamente osserva: “Anche nelle migliori mani nessun atto medico è privo di complicanze, a volte gravi. È pertanto una precisa responsabilità del medico quella di evitare gli esami inutili e di rispettare le reali indicazioni per gli esami invasivi o comunque potenzialmente nocivi (incluso quindi l'uso di esami radiologici convenzionali e TC) ...”¹⁰.

Talora è bene non eseguire indagini o terapie tecnologicamente avanzate perché i rischi potenziali non sono controllati da reali vantaggi e possono anzi contribuire ad un peggioramento della qualità della vita del paziente od al suo decesso.

In proposito la Cassazione ha così sentenziato “deve considerarsi colposa perché negligente e imperita la condotta del medico che prescriva e somministri medicinali potenzialmente idonei ad interferire su funzioni essenziali della persona senza verificarne preventivamente, con i mezzi scientifici a disposizione, la tollerabilità da parte del paziente e l'inesistenza di controindicazioni e senza verificarne gli effetti nel corso della terapia” (Cassazione 28705/2003).

Occorrerà, pertanto, effettuare sempre una valutazione comparativa tra il vantaggio diagnostico che l'accertamento comporta ed il danno che ne potrebbe derivare. Ad esempio la biopsia renale secondo alcuni Autori è opportuna nelle sindromi ipertensive per accertare se si tratti di una forma primaria o secondaria, mentre secondo altri Autori il rischio emorragico non compenserebbe il vantaggio diagnostico.

In questi casi, proprio per i diversi orientamenti delle diverse scuole, nessuna colpa potrà essere addebitata in caso di danno derivante da tali accertamenti.

Come al momento diagnostico segue quello prognostico, a questo segue la scelta terapeutica. Chiaramente ad una diagnosi errata consegue un errore prognostico oltre che terapeutico così come se la diagnosi e la prognosi sono esatte anche la terapia dovrebbe essere esatta, per cui un errore in questa fase sarà meno scusabile. L'errore prognostico, comunque, può verificarsi anche con diagnosi esatta, ed è punibile solo in quanto comporti un danno che sarebbe stato evitabile, come, per esempio, nel caso di una neoplasia che, pur esattamente diagnosticata, sia stata sottovalutata nei suoi sviluppi e non ne sia seguito l'intervento chirurgico immediato. Chiaramente se il danno che ne è conseguito poteva essere evitato con l'intervento, sussiste colpa e responsabilità.

In caso di diversi orientamenti delle varie scuole, il medico è libero nella scelta del trattamento. Tale libertà non è, però, assoluta ed incensurabile in sede giudiziaria. Citiamo, infatti, la seguente massima della Cassazione del 10/06/1998: “In tema di responsabilità per colpa professionale del sanitario il margine di discrezionalità di quest'ultimo in ordine alla diagnosi ed alla terapia si riduce, fino ad annullarsi, allorché le manifestazioni della malattia sono così vistose ed univoche, che il non rilevarle appaia incompatibile con il minimo di preparazione ed esperienza richiesto dalla specializzazione conseguita”.

Il medico è, pertanto, libero nella scelta tra più indirizzi terapeutici praticabili, purché suffragate dalla scienza e dalla tecnica.

Tuttavia il medico può prescindere dall'indirizzo terapeutico comunemente seguito purché "la scelta alternativa abbia un solido fondamento scientifico ed appaia indicata nel caso concreto" come emerge dalla massima tratta dalla sentenza del Pretore di Cagliari del 7/03/1995: "Pur riconoscendosi in capo al sanitario un certo margine di discrezionalità tecnica nelle scelte terapeutiche, tuttavia questa non può essere illimitata. In particolare, la facoltà di astenersi dal praticare un trattamento terapeutico comunemente eseguito non esclude la necessità che la scelta alternativa abbia un solido fondamento scientifico ed appaia indicata nel caso concreto. In ogni caso il medico deve attenersi alle generali regole di prudenza che devono essere osservate da tutti gli operatori sanitari, ancor più quando si tratti di un soggetto professionalmente qualificato quale un primario ospedaliero".

Come pure sentenziato dalla Corte di Appello di Milano: "... Nella particolare fattispecie che forma oggetto di esame, il campo operatorio si presentava – come risulta dalla cartella clinica – particolarmente complesso... nell'esercizio del proprio potere discrezionale, il chirurgo è insomma libero di seguire gli insegnamenti della scuola cui appartiene, ma a condizione che il rischio che fa correre al paziente sia sotto al suo costante controllo in ogni momento della sua evoluzione, altrimenti non si tratta più di discrezionalità, ma solo di arbitrio: un arbitrio che non può essere reso legittimo da alcun insegnamento dottrinario o scientifico, essendo questi ultimi accettabili sotto il piano del dibattito accademico, non anche quando come nel caso di specie, sia in gioco la vita umana. Ritiene la Corte che l'omissione dell'unico strumento che con un certo margine di sicurezza (o anche solo di elevata probabilità) poteva consentire di evidenziare nella loggia sottoepatica spandimenti di bile capaci di provocare il coloperitoneo (vale a dire il drenaggio di sicurezza della loggia sottoepatica) deve, nell'interesse dell'ammalato, essere usata sempre con circospezione, e munita di adeguate garanzie di controllo nel decorso post operatorio".

E dalla Cassazione (8/9/1998 n. 8875): "In tema di responsabilità medica, se nel corso di un trattamento terapeutico o di un intervento, venga a palesarsi una situazione la cui evoluzione può comportare rischi per la salute del paziente, il medico che abbia a disposizione metodi idonei ad evitare che la situazione pericolosa si determini, non può non impiegarli, essendo suo dovere professionale applicare metodi che salvaguardino la salute del paziente anziché metodi che possano solo esporla solo a rischio. Da ciò consegue che, ove egli opti per un trattamento terapeutico o per un metodo di intervento rischioso e la situazione pericolosa si determina ed egli non riesce a superarla senza danno, la colpa si radica già nella scelta iniziale".

In definitiva se il medico segue l'indirizzo terapeutico generalmente consigliato dalla scienza medica è perciò solo libero da responsabilità; nel caso preferisca intraprendere strade non collaudate dalla scienza ufficiale, verificandosi un esito infausto, egli dovrà dimostrare la non validità o le controindicazioni dell'altro nel caso concreto³⁵⁷⁸.

A questa funzione devono provvedere le cosiddette Linee Guida le quali in buona sostanza devono essere considerate come delle raccomandazioni formulate da Società scientifiche o da gruppi autorevoli di esperti, spesso riuniti nelle cosiddette *Consensus Conferences* al fine di interpretare multiformi informazioni scientifiche e di raccoriarle criticamente e sinteticamente e di fornire utili orientamenti nella pratica clinica.

Si tratta di uno strumento che certamente può aiutare il medico e che può indicare comportamenti di massima e non può mai costituire prescrizioni od ordini .

Introna ha giustamente osservato: "... la medicina, benché tecnologizzata, conserva ancora una forte componente di "arte" cioè la personalizzazione che ogni medico conferisce al suo agire in ciascun caso singolo sulla base della propria esperienza e della propria sensibilità professionale. I protocolli non possono pertanto avere un valore imperativo...".

In buona sostanza le linee guida possono rappresentare uno strumento utile in particolari circostanze, ma non dobbiamo nascondersi che esse costituiscono un pericolo: il pericolo di trasformare la medicina da una disciplina razionale in una semplice, pedestre, piatta ripetizione e applicazione di ricette stilate da altri.

A ciò si aggiunga il pericolo più grosso in quanto la magistratura potrebbe essere portata a giudicare, ove venga constatata l'imperizia del medico, solo sulla base delle linee-guida.

È, però, oramai consolidata la prassi giudiziaria di valutare la condotta del medico basandosi sulle indicazioni delle Linee Guida, ma con l'ausilio del consulente tecnico (C.T.) medico-legale, il che aggiunge pericolo a pericolo *in assenza del C.T. di branca specialistica*.

È, quindi, fuori di dubbio che le Linee Guida non possono essere considerate come delle gabbie nelle quali costringere l'irrinunciabile flessibilità della pratica clinica, ma come raccomandazioni di comportamento clinico elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura, frutto della cultura della medicina basata sulle evidenze (la cosiddetta "evidence based medicine") tese ad aiutare i medici ed i pazienti a decidere sulle modalità assistenziali nelle diverse situazioni cliniche, segnatamente sotto il profilo dell'efficacia e dell'efficienza.

Questo paradigma vale anche nel caso in cui il cosiddetto "gold standard" assuma il più cogente valore prescrittivo di protocolli diagnostici e terapeutici emanati da autorità sanitarie. Una delle prime di queste direttive fu il D.P.R. del 31/08/1981 che prescrisse l'utilizzo di "percorsi diagnostico-terapeutici", la mancata adesione ai quali – tuttavia con l'esplicita eccezione di "giustificati motivi" – fu addirittura sanzionata amministrativamente nella successiva Legge 662 del 23/12/1996.

Da rilevare, comunque, che la valutazione di comportamenti sanitari non conformi a standard operativi predeterminati da protocolli o da linee guida non può essere certo affrontata né tanto meno risolta in termini generali, ma soltanto caso per caso.

Tanto per esemplificare, è evidente che l'omissione o l'attuazione in forma inadeguata della profilassi antitrombotica in un traumatizzato che non abbia diatesi trombofilica, ma che sia a rischio di emorragia, ancorché non conforme allo standard delle linee guida, può trovare massima giustificazione in questi due fattori. Pertanto, anche ove si verificasse una trombo embolia, una decisione del genere non potrebbe essere biasimata, perché assunta nel doveroso rispetto di un razionale bilancio rischi/benefici.

Spetta, quindi, sempre e comunque al medico, sia sotto il profilo deontologico che più strettamente giuridico, valutare caso per caso se quei principi, pur sempre astratti, contenuti nelle linee guida, siano applicati a quel caso concreto da trattare, secondo il principio deontologico della cosiddetta libertà di cura fondato sulla sua esperienza e professionalità. Si deve, tuttavia, aggiungere la fin troppo ovvia raccomandazione che il medico lasci documentata motivazione delle ragioni di tale inosservanza, precisando i peculiari presupposti che l'hanno indotto ad assumere opinioni/decisioni cliniche difformi rispetto allo standard medesimo.

E su questo principio si fonda la seguente decisione della Corte d'Appello di Milano del 15/10/1996:

“La trasfusione di sangue può provocare epatite da virus come conseguenza non imprevedibile né impensabile per cui essa va eseguita con prudenza e solo quando le condizioni del malato si avvicinano alla soglia dell'emergenza sulla base del bilancio rischio-beneficio. Pertanto l'emotrasfusione va eseguita quando è *se non indispensabile, almeno necessaria*. Costituisce colpa professionale medica una condotta diversa”.

Da prendere in considerazione, infine, la fase post-operatoria molto importante ai fini di un buon esito dell'intervento, perché errori o negligenze in questa delicata fase possono comportare gravi conseguenze, come affermato in giurisprudenza: “nel post-operatorio, la vigilanza deve essere massima per il rischio di complicanze... in presenza di segnali di stress circolatorio e di malessere progressivo, vanno effettuati tempestivamente tutti gli accertamenti strumentali necessari per individuare causa dell'ipotensione, dovendosi temere l'insorgenza di una emorragia iatrogena subdola. Costituisce colpa professionale medica una condotta diversa” (Pretore di San Giovanni Rotondo del 25/11/1999).

Citiamo a tale proposito anche la sentenza della Cassazione Civile dell'11/03/2002 n. 3492: “In tema di risarcimento del danno medico chirurgo nell'adempimento delle obbligazioni contrattuali inerenti alla propria attività professionale è tenuto ad una diligenza che non è solo quella del buon padre di famiglia ex art. 1176 C.C. ma è quella specifica del debitore qualificato, come prescritto dal 2° comma, la quale comporta il rispetto di tutte le regole e gli accorgimenti che nel loro insieme costituiscono la conoscenza della professione medica, ivi compreso l'obbligo di sorveglianza sulla salute del soggetto operato anche nella fase post operatoria”.

In un contesto in cui l'orientamento generale della dottrina medico-legale considera le Linee Guida uno strumento che può indicare comportamenti di massima e non può mai co-

stituire prescrizioni o ordini, appare dissonante, oltre che pericolosa come precedente, l'interpretazione che il TAR Lazio con il suo pronunciamento del 23 maggio 2005 n. 4047 ha dato sulle “linee guida in materia di procreazione assistita”: alcune strutture sanitarie specializzate in “medicina della riproduzione” avevano presentato ricorso avverso le suddette Linee Guida perché ritenute illegittime, in quanto esse non potevano avere valore di legge perché, essendo state emanate tramite atto amministrativo, non potevano essere ritenute vincolanti.

Le Linee Guida, secondo i ricorrenti, e non solo, dovrebbero essere equiparabili a “circolari” dal contenuto meramente interpretativo, che forniscono, cioè, raccomandazioni non vincolanti su aspetti relativi alle buone pratiche mediche.

La problematica centrale che ha interessato il TAR è stata, dunque, quella di individuare la natura giuridica da conferire alle linee guida. E la sezione III° ter ha inopinatamente concluso che esse debbano considerarsi a tutti gli effetti vincolanti.

Tale ragionamento non appare secondo numerosi Autori giuridicamente soddisfacente: se è vero, infatti, che l'art. 7 della legge n. 40/2004 prevede espressamente la vincolatività delle linee guida attuative, ciò non avrebbe dovuto esimere il legislatore dal provvedere a tali linee guida mediante un provvedimento legislativo invece di attuarlo attraverso un atto amministrativo.

In conclusione, condividendo totalmente l'impostazione del Prof. Giovanni Motta, ritengo che la nostra società debba realizzare delle linee guida metodologicamente rigorose, secondo gli indirizzi ministeriali, prevedendo per ciascuna di esse ogni possibile alternativa diagnostico-terapeutica e tenendo sempre presente che con il loro schematico a carattere generalizzante esse vanno ad incidere nella dimensione elettivamente idiografica del procedimento diagnostico che non ha per scopo principale quello di implementare conoscenze a valore universale, bensì quello di “riconoscere” quale è la malattia che in “quel momento” affligge quel “singolo paziente”¹¹.

Se non altro per questo fondamentale ed imprescindibile motivo pratico le Linee Guida non possono e non debbono essere considerate alla stregua di rigidi precetti, bensì come indicazioni operative di massima che la situazione clinica del singolo caso può di volta in volta, imporre di “accantonare”.

In un contesto di estrema eterogeneità delle attuali pronunce giurisprudenziali in tema di responsabilità medica, delle “buone” Linee Guida potrebbero fornire “quello schema ideale di comportamento clinico scevro da responsabilità, al quale il magistrato di merito ed i suoi consulenti devono rifarsi nel processo di identificazione della colpa, analizzando gli eventuali scostamenti rilevabili nel caso in esame”³.

Bibliografia di riferimento

- 1 Legge 23 dicembre 1996, n. 662. *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica* (Pubblicata in G.U. 28 dicembre 1996, n. 303; S. O. n. 233)
- 2 Del Vecchio S, Buzzi F. *La Responsabilità Medica*. In: Atti del XXXIV Congresso Nazionale SIMLA 2004.

- ³ Giannini R. *Linee Guida in Sanità. Gli aspetti medico-legali*. Salute e Territorio 1997;104:255.
- ⁴ West E, Newton J. *Clinical Guidelines*. BMJ 1997;315-24.
- ⁵ Marcon G. *La Responsabilità Medica. Linee guida, malpractice e rischio professionale*. Professione. Cultura e Pratica del Medico d'oggi 2002;10:10-4.
- ⁶ Grilli R, Magrini N, Penna A, Mura G, Liberati A. *Practice guidelines developed by speciality societies: the need for a critical appraisal*. Lancet 2000;355:103-6.
- ⁷ Terrosi Vagnoli E. *Le linee guida per la pratica clinica: valenze e problemi medico-legali*. Riv It Med Leg 1999;2:189.
- ⁸ Fiori A. *Medicina Legale e della responsabilità Medica*. Milano: Giuffrè Editore 1999.
- ⁹ Grilli R, Penna A, Liberati A. *Migliorare la pratica clinica*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 1999.
- ¹⁰ Barni M. *EBM e Medicina Legale*. Riv It Med Leg 1998;20:3-9.
- ¹¹ Motta G. *Linee guida e responsabilità legali*. Argomenti di Acta Otorhinolaryngol Ital 2007;1:74-88.

Studio clinico sulla terapia medica del russamento

Michele De Benedetto
U.O.C. di Otorinolaringoiatria, Ospedale "V. Fazzi", Lecce

Riassunto

Il russamento abituale semplice è un disturbo frequente nella popolazione generale raggiungendo percentuali intorno al 40% nel range di età compreso tra i 30 ed i 40 anni.

Scopo di questo studio è stato quello di valutare il miglioramento del russamento in termini sia di minor durata che di ridotta rumorosità dopo terapia basata sulla somministrazione di un nuovo spray orale: Silence.

Materiali e metodi. Sono stati valutati 40 pazienti con russamento semplice, a tutti è stato somministrato Silence spray orale (3 spruzzi nel cavo orale prima di andare a letto, la sera) ed all/partner è stato richiesto di valutare su una scala visiva analogica, prima e dopo 4 settimane di trattamento, il livello di disturbo provocato dal russamento.

Risultati. Il trattamento con Silence spray orale ha determinato un significativo miglioramento dei valori delle scale visive analogiche ed un'analisi statistica ha confermato che le variazioni ottenute sono altamente significative nel 75% dei pazienti per una riduzione del russamento.

Conclusioni. Questo studio pilota dimostra l'efficacia di Silence spray orale nel ridurre il russamento semplice in termini sia di minor durata che di minor rumorosità.

Introduzione

Il russamento è un rumore causato dal passaggio dell'aria attraverso il naso e il faringe ed è il risultato di una vibrazione del palato mole e delle pareti laterali del faringe per una anormale turbolenza del flusso aereo¹.

Normalmente si manifesta durante l'inspirazione, ma numerosi studi^{2,3} hanno evidenziato che anche una parte dell'espiazione può essere coinvolta dal disturbo.

I dati della letteratura^{4,5} sono abbastanza concordi nel ritenere che mediamente il 40% della popolazione adulta (tra i 30 e i 60 anni) soffre per un russamento abituale, cioè russa tutte le notti, dall'inizio alla fine del sonno, indipendentemente dalla posizione, da almeno 6 mesi.

All'interno di questo gruppo, il 4% di uomini e il 2% di donne presenta anche apnee (pause respiratorie per ostruzione completa delle vie aeree superiori) di significato clinico.

Il primo problema che si pone è riuscire a separare il gruppo dei russatori semplici da quelli con apnee; una prima separazione può esser fatta solo su base clinico/osservazionale, sapendo che il soprappeso, la presenza di sonnolenza diurna, la coesistenza di ipertensione arteriosa e alterazioni del ritmo cardiaco, depongono per la presenza di apnee.

In presenza, però, di un elevato sospetto di russamento con apnee è indispensabile sottoporre il paziente ad esami strumentali, quali il monitoraggio cardio-respiratorio notturno o la polisonnografia completa, per avere informazioni precise sul grado di gravità della patologia, attraverso informazioni sul numero/ora di apnee, sulla loro durata, sulla loro origine (ostruttiva, centrale, mista), sulla percentuale di saturazione media di O₂, sul picco più basso di saturazione, nonché sulla frequenza cardiaca.

Studi condotti su consistenti campioni di popolazione hanno dimostrato che anche nel russamento semplice si associano la presenza di sonnolenza diurna, un aumento della pressione arteriosa e livelli medi di colesterolo e trigliceridi superiori rispetto ad un gruppo di controllo di soggetti non russatori⁶⁻⁷.

Si può pertanto affermare che il russamento semplice rappresenta un problema sociale grave in quanto è motivo di sofferenza per il partner, ma merita di essere monitorato nel tempo perché può rappresentare l'inizio di una forma che tenderà a complicarsi con la comparsa di apnee; ciò rappresenta prospetticamente un grave problema per il paziente che si trova ad essere esposto ad una minore aspettativa della durata della vita, in rapporto alla patologia cardiocircolatoria che si instaura in rapporto con la presenza di un quadro di disturbi respiratori nel sonno.

Una maggiore attenzione da parte della classe medica ed una conseguente campagna di informazione sul problema rappresentano importanti modalità per creare una maggiore sensibilizzazione della popolazione sulla questione del russamento e sui rischi ad esso correlati.

Scopo di questo studio è quello di evidenziare i possibili benefici sul russamento, sia in termini di riduzione della rumorosità sia in termini di cessazione del disturbo, dopo un periodo di terapia con Silence spray orale, per verificare gli effetti.

Materiali e metodi

Sono stati arruolati 40 pazienti di età compresa tra il 29 ed i 57 anni, 30 uomini e 10 donne; in tutti i casi il partner dichiarava che il paziente russava sempre, tutte le notti, indipendentemente dalla posizione.

Sono stati esclusi dallo studio tutti i pazienti che presentavano un indice di massa corporea (BMI) ≥ 29 , pazienti che dichiaravano di avere una sonnolenza diurna ovvero che riferivano disturbi cardiocircolatori importanti (ipertensione arteriosa grave, aritmie, pregressa ischemia).

Tutti i pazienti arruolati sono stati sottoposti a monitoraggio cardio-respiratorio notturno con Embletta e sono stati esclusi tutti quelli che presentavano un indice di disturbo respiratorio (RDI) ≥ 15 .

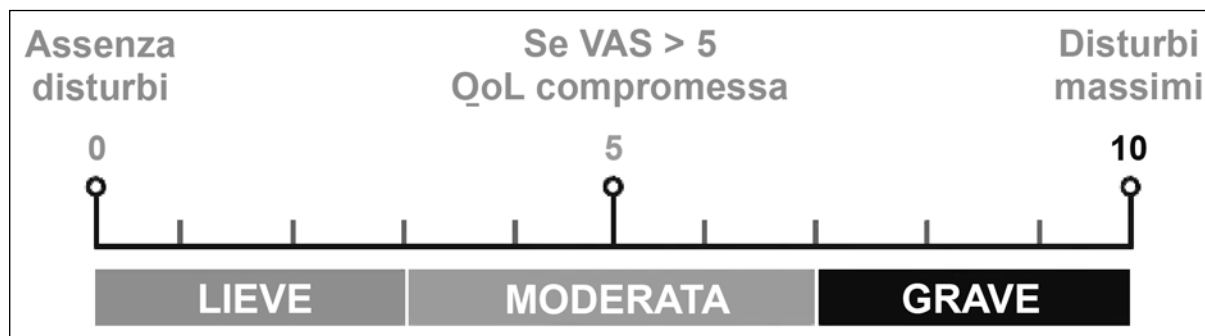


Fig. 1. Scala visiva analogica per valutare il grado di fastidio correlato alla rumorosità del russamento.

Ai pazienti è stato indicato di somministrare 2/3 spruzzi di Silence, dopo averlo agitato, nel cavo orale la sera prima di dormire, per 4 settimane (a tutti veniva ricordato che avrebbero dovuto ripetere la somministrazione se durante la notte avessero bevuto).

Si è ritenuto opportuno programmare un mese di terapia per poter valutare i risultati, non solo in termini di riduzione della rumorosità, ma anche di miglioramento della componente infiammatoria delle mucose del cavo orale.

Allo scopo di meglio precisare il grado di disturbo che il russamento del paziente provocava ai partner, questi sono stati invitati a graduare il livello di disturbo sulla base di una scala analogica visiva da 0 a 10 cm (VAS – scala visiva analogica) che consentiva di valutare il grado di fastidio correlato alla rumorosità del russamento (Fig. 1).

Agli intervistati veniva posta la domanda: “Quanto la disturba il russamento del/della partner considerando 0 come completa assenza di disturbo e 10 come il massimo del disturbo, quale il dover cambiare stanza o il non riuscire a riposare per tutta la notte?” (Tab. I).

Le forme lievi di disturbo sono quelle definite da un intervallo VAS compreso tra 1 e 3, le forme moderate tra valori maggiori di 3 e fino a 7, mentre un intervallo VAS maggiore di 7 definisce un disturbo non sopportabile. Valori di VAS maggiori di 5 sono espressione di una compromissione della qualità di vita del partner.

Una parte del campione (10 pazienti) è stata sottoposta anche a monitoraggio cardiorespiratorio notturno con Embletta, sia prima che dopo la terapia, per valutare le modificazioni del russamento in termini di tempo di russamento, tempo relativo di russamento, numero di episodi di russamento, precisando che il minimo numero di episodi di russamento necessari per creare un periodo di russamento è 3. Inoltre, i periodi di russamento sono fusi in uno se gli intervalli tra loro durano meno di 10 secondi.

Risultati

Un’analisi dei valori della scala VAS pre-trattamento evidenziava che nel 33% dei casi il disturbo era a valori molto alti e tali da determinare la decisione del partner (10 casi) di dormire in un’altra camera; nel restante 67% si evidenziavano valori nettamente superiori a 5 e, quindi, espressione di una significativa compromissione della qualità di vita.

Un’analisi dei valori della scala VAS dopo il ciclo di terapia ha invece evidenziato che nel 40% si è scesi a valori

Tab. I. Composizione della casistica.

Sesso	Iniziali	Età	Valore VAS pre	Valore VAS post
U	D.M.	40	8	4
U	A.B.	33	8.5	4
D	F.C.	46	9	6
U	Z.O.	29	7	5
U	T.V.	35	7.5	4
U	A.B.	44	6.5	3
D	F.T.	50	8	5
D	B.C.	55	7	4
U	S.C.	58	8.5	4.5
U	R.N.	39	8.5	6.5
U	S.F.	57	6.5	5
D	D.A.	39	6.5	4.5
U	T.R.	43	7	6
D	M.M.	38	9	8
U	T.Z.	41	6.5	4
U	A.F.	45	7.5	5.5
U	G.T.	48	7	5
D	C.A.	46	8	5
U	B.C.	33	7	5
U	D.E.	38	9	5
U	F.R.	47	8	7
U	M.N.	51	7	3
D	T.O.	45	6	4
U	V.C.	43	8	5
U	B.V.	37	8	4
U	C.T.	41	7	5
U	D.S.	43	6	5
U	A.C.	44	8	4
D	S.E.	47	9	5
U	Z.M.	39	9	4
U	N.M.	36	8	4
U	O.C.	41	8	8
U	A.B.	44	7	6
U	C.F.	49	7	5
D	D.A.	41	8	5
U	P.S.	38	8	5
U	S.F.	49	9	6
D	T.V.	43	7	4
U	R.N.	52	8	7
U	P.T.	32	7	4
30U 10D		età media	media pre	media post
		43	7.64	4.98

sotto 5 e, quindi, espressione di un disturbo sopportabile; nel 35% i valori si posizionavano su 5, espressione di uno stato di disagio ma ridotto rispetto ai valori pre-terapia; nel 25% i dati VAS post-terapia evidenziavano ancora valori superiori a 5, espressione di uno stato di disagio con compromissione della qualità di vita, ma solo in 3 casi il partner ha continuato a dormire in un'altra camera. In conclusione, possiamo affermare che nel 75% i risultati sul controllo del russamento sono da considerare positivi, in rapporto alle risposte dei partner, solo il 7,5% (3 casi) continuava a dormire in un'altra camera, mentre il 17,5%, pur continuando ad avere notevole disturbo dal persistere del russamento, era tornato a dormire nella stessa camera. È interessante notare come 35 pazienti su 40 hanno riferito, al termine del ciclo di terapia, un soggettivo miglioramento delle condizioni generali al risveglio, con una netta sensazione di aver meglio riposato.

È stata effettuata un'analisi statistica dei risultati ottenuti attraverso le VAS dopo l'utilizzo di Silence per 4 settimane.

Il metodo utilizzato è quello del confronto per dati appaiati; trattandosi di una distribuzione di dati non normale, sono stati utilizzati due test non parametrici (test del segno e test di Wilcoxon). L'elaborazione è stata fatta mediante software dedicato (Statgraphic Centurion XV).

L'analisi conferma che la riduzione media del russamento, verificatasi al termine delle 4 settimane di trattamento, è *altamente significativa* ($p < 0.001$).

Il numero esiguo di pazienti sottoposti a registrazione polisunnografica non consente di trarre conclusioni che abbiano valore statistico; pur tuttavia, si è osservata una stretta correlazione tra i dati VAS e i dati oggettivi poligrafici.

In Figura 2 e Figura 3 è possibile visualizzare le differenze

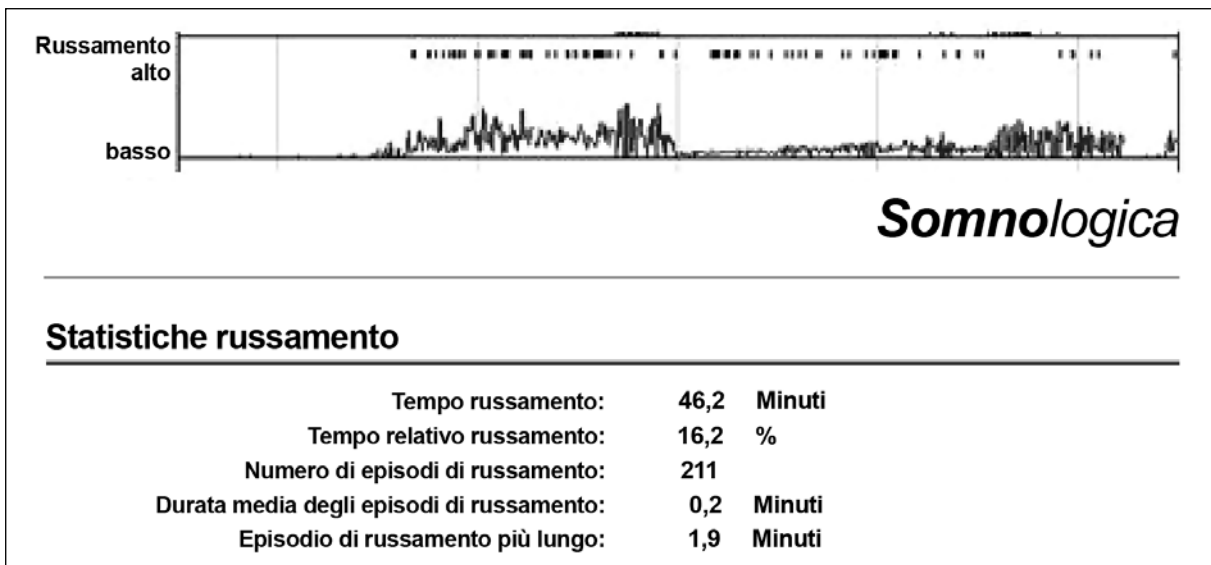


Fig. 2. Tracciato del russamento in un paziente prima della terapia.

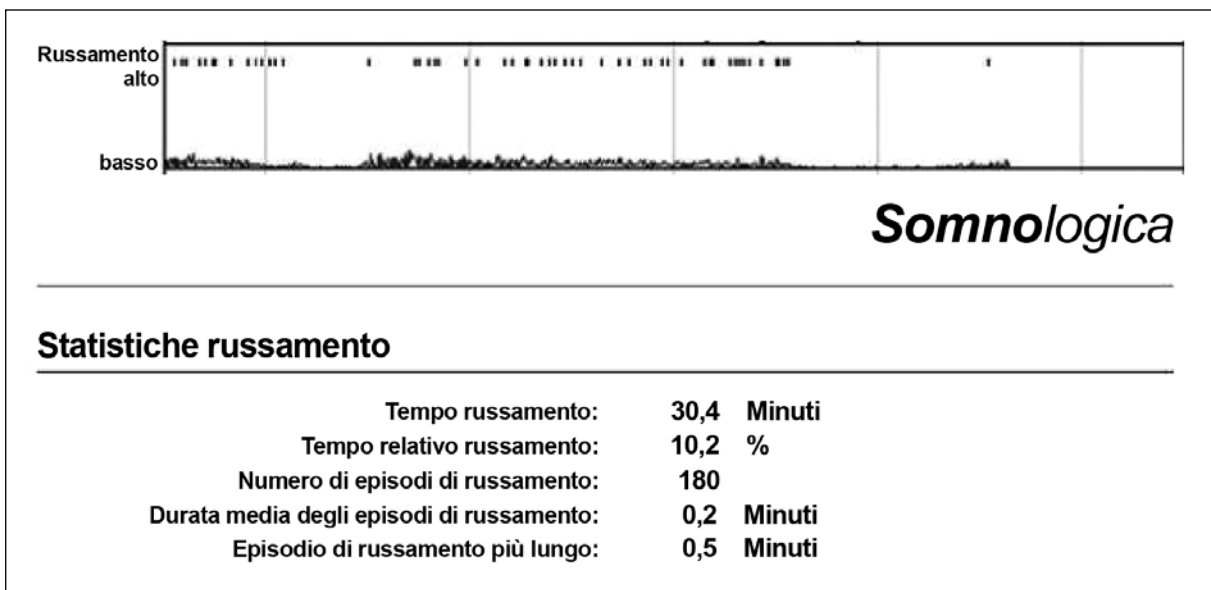


Fig. 3. Tracciato del russamento dello stesso paziente della Fig. 2 dopo la terapia.

nel tracciato del russamento prima e dopo terapia in uno dei 10 pazienti esaminati; è ben evidente la riduzione di ampiezza del tracciato nonché la minore durata. Non vi sono stati apprezzamenti negativi nei confronti della palatabilità e si è dimostrata buona la compliance e la tollerabilità nei confronti del trattamento.

Conclusioni

Sulla base dei risultati ottenuti, comunque meritevoli di un approfondimento, si ritiene opportuno programmare un'ulteriore ricerca su una casistica più ampia e tale da consentire utili correlazioni tra il risultato ottenuto con la terapia e la presenza di vari fattori di rischio.

In accordo con altri dati della letteratura⁸⁻⁹, è nostra opinione che la differenza tra Silence e altri prodotti utilizzati nella terapia del russamento è la presenza, in Silence, dei carragenani derivati da un'alga marina che, in virtù di una eccellente bioadesività, hanno capacità di azione sulle pareti faringee per un lungo periodo (intorno alle otto ore), a differenza di altri preparati il cui tempo di azione si esaurisce nell'arco di pochi minuti.

La presenza della fosfatidilcolina assicura un buon effetto lubrificante sulle mucose orali e il cinorrodo, inoltre, conferisce un effetto antiinfiammatorio sulle mucose; ciò spiega il soggettivo miglioramento a livello faringeo in termini di riduzione della faringodinia e delle disestesie molto spesso presenti.

Bibliografia

- ¹ American Academy of Sleep Medicine Task Force. *Sleep related breathing disorders in adults: recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research*. Sleep 1999;22:667-89.
- ² Toraldo DM, Marra V, Palumbo A, De Benedetto M. *Recenti acquisizioni sperimentali sulla ostruzione faringea in espirazione durante il sonno nei pazienti con russamento e apnee ostruttive*. Relazione Ufficiale: La Roncopatia Cronica, Società Italiana di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale 2004, pp. 107-110.
- ³ Tucker Woodson B. *Expiratory pharyngeal air way obstruction during sleep: a multiple element model*. Laryngoscope 2003;113:1450-9.
- ⁴ Counter P, Wilson JA. *The management of simple snoring*. Sleep Med Rev 2004;8:429-41.
- ⁵ Ullmer E, Solèr M. *From simple snoring to sleep apnea syndrome-clinical spectrum*. Ther Umsch 2000;57:430-4.
- ⁶ Hublin C, Kaprio J, Partinen M, Heikkilä K, Koskenvuo M. *Day-time sleepiness in an adult, Finnish population*. J Intern Med 1996;239:417-23.
- ⁷ Bednarek M, Polakowska M, Kurjata P, Kupść W, Plywaczewski R, Zgierska, et al. *Snoring and excessive daytime somnolence and risk of cardiovascular diseases*. Pol Arch Med Wewn 2001;105:11-7.
- ⁸ Patel D, Smith JR, Smith AW, Grist N, Barnett P, Smart JD. *An anatomical force microscopy investigation of bioadhesive polymer absorption onto human buccal cells*. University of Portsmouth, UK 2000.
- ⁹ Kockisch S, Rees GD, Young SA, Tsibouklis J, Smart JD. *A direct-staining method to evaluate the mucoadhesion of polymer from aqueous dispersion*. University of Portsmouth, UK 2001.

Effetti di un ciclo di crenoterapia inalatoria con acqua oligominerale calcico-magnesiaca delle Terme di Comano in pazienti con faringite cronica

M. Zanoni¹, F. Pagella², A. Colombo², E. Mira²

¹Direzione Servizi Sanitari, Terme di Comano (TN); ²Clinica Otorinolaringoiatria dell'Università di Pavia e U.O. di Otorinolaringoiatria, Fondazione IRCCS Policlinico S Matteo, Pavia

Introduzione

Negli atti di una recente *Consensus Conference* su "Il termalismo e le patologie delle vie aeree superiori" Desiderio Passali nota "È senza alcun dubbio paradossale che una terapia così antica e dalla notte dei tempi considerata valida perché efficace non abbia quella conoscenza e quella considerazione che ha meritato e merita. Infatti la terapia termale, che rappresenta la più antica pratica curativa presente nella storia medica, non ha ancora oggi un riconoscimento unanime"¹.

Le cause di tutto questo sono molteplici:

- i processi infiammatori cronici o ricorrenti delle prime vie aeree, pur avendo una serie di elementi comuni, costituiscono un complesso di patologie almeno in parte differenti per eziologia, quadro clinico ed evoluzione;
- parallelamente, le cure inalatorie termali, pur avendo alcune basi comuni, differiscono per caratteristiche chimico-fisiche delle acque utilizzate e modalità di somministrazione;
- non sono del tutto definiti i parametri clinici o di laboratorio su cui basare uno studio per la valutazione dell'efficacia di un trattamento crenoterapico, nonché il momento migliore per tale valutazione;
- la popolazione che, almeno nel nostro Paese, affersce alle cure termali è una popolazione fluttuante e disomogenea, su cui è estremamente difficile effettuare rigorosi studi clinici controllati e che rispondono ai criteri della *good clinical practice*;
- infine storicamente il mondo scientifico anglosassone non ha mai preso in considerazione le possibilità terapeutiche delle cure inalatorie termali, possibilità invece ampiamente accettate nei paesi latini, con conseguenti difficoltà nella pubblicazione su riviste mediche in lingua inglese e ad elevato *impact factor* dei risultati di ricerche che pure soddisfino tali criteri.

Nonostante queste limitazioni, in questi ultimi anni si è andato formando nel nostro Paese un corpus di pubblicazioni scientifiche sperimentali e cliniche che documentano l'efficacia della crenoterapia nel trattamento di una serie di patologie infiammatorie, croniche o ricorrenti, delle vie aeree superiori, *corpus* che ha portato come risultato finale alla formulazione da parte della Società Italiana di Otorinolaringoiatria di linee guida relative alle procedure terapeutiche termali attinenti alla specialità. In questo ambito vengono riconosciute come acque principi le sulfuree

e le salsobromiodiche, ma un giusto spazio viene riservato anche alle acque cosiddette minori, quali le solfate (bicarbonate, calciche, alcalino-terrose)².

Ci siamo proposti di intraprendere uno studio sugli effetti a breve termine di un trattamento inalatorio con un'acqua oligominerale bicarbonato-calcico-magnesiaca, l'acqua di Comano (TN), da tempo utilizzata per il trattamento delle patologie infiammatorie croniche delle prime vie aeree, con particolare indicazione nei soggetti allergico-iperergici, su pazienti portatori della più comune di tale patologie, la faringite cronica. Si tratta di uno studio aperto, prevalentemente osservazionale, basato su valutazioni semi-quantitative della sintomatologia soggettiva ed oggettiva della faringite all'inizio e alla fine del ciclo crenoterapico. Nel contempo abbiamo approfittato della disponibilità dei soggetti arruolati per ricontrollare con una serie di valutazioni strumentali gli effetti che lo stesso trattamento inalatorio può avere su alcuni parametri citologici, biochimici e funzionali della mucosa nasale, indipendentemente dalla presenza di una patologia rinologica specifica.

Materiale e metodi

Casistica e procedure

Utilizzando la banca dati delle Terme di Comano sono stati preselezionati i nominativi di 45 pazienti, ospiti abituali delle terme nello stesso periodo dell'anno (prima metà di settembre), già inviati negli anni precedenti per un ciclo standard di cure inalatorie da parte del medico curante con diagnosi di faringite cronica, provenienti da un'area geografica non distante da Comano (non oltre 30 minuti di auto).

I criteri di inclusione erano l'età compresa tra i 30 e i 65 anni e la diagnosi di faringite cronica. Abbiamo dato la preferenza a soggetti fumatori abituali e/o impegnati in attività lavorative che esponevano all'inalazione continuativa di gas, polveri, vapori irritanti.

I criteri di esclusione erano: gravidanza, neoplasie, malattie sistemiche, malattie del sistema immunitario, asma, infezioni acute o subacute delle vie aeree superiori o inferiori in atto. Particolare attenzione è stata posta ad escludere i soggetti con tonsillite cronica o ricorrente o con importante malattia da reflusso esofageo, patologie che avrebbero potuto dar luogo a disturbi soggettivi od oggettivi per molti aspetti analoghi a quelli della faringite cronica ma che non rientravano negli scopi specifici della presente indagine.

In occasione della visita di ammissione alle cure lo Specialista Otorinolaringoiatra in servizio presso le Terme espose ai pazienti il protocollo della sperimentazione e richiedeva il loro consenso alla partecipazione allo studio. Il trattamento prevedeva un'inalazione al giorno per sette giorni con acqua termale di Comano, la cui composizione è riportata nella Tabella I. Nel corso di ogni inalazione veniva erogato con un inalatore Asema nell'arco di 10 minuti, un litro di acqua termale, con il soggetto posto a 30-40 cm dalla bocca dell'inalatore ed invitato a respirare normalmente. L'inalatore emetteva una nebbia di vapore acqueo con disperse goccioline del diametro di 10-20 micron ad una temperatura di 37-38°C. Dopo l'inalazione il soggetto veniva invitato a rimanere per 15-20 minuti in un locale ben aerato e ben climatizzato adiacente al reparto inalatorio. L'inalazione veniva effettuata ogni mattina (ore 10.00-11.00 a.m.), quotidianamente, nell'arco di una settimana, normalmente da domenica a domenica. Le valutazioni cliniche e strumentali iniziali, l'informazione al paziente e la richiesta del consenso venivano effettuate il giorno precedente l'inizio del trattamento, in occasione della visita di ammissione, le valutazioni finali il giorno successivo al completamento del ciclo di inalazioni. Tutte le rilevazioni venivano effettuate da uno stesso medico sperimentatore, avendo cura che l'ambiente per le visite e gli esami, l'orario (tra le 10.00 e le 11.00 del mattino), la sequenza degli esami, i tempi di adattamento e gli intervalli tra le diverse rilevazioni fossero costanti.

Nel corso del trattamento i soggetti allo studio erano invitati a non assumere alcun farmaco ad eccezione di quelli di uso abituale (antiipertensivi, anticolesterolemici, anti-diabetici, ipnoinducanti) e a segnalare eventi (comparsa di febbre, malessere, segni di infiammazione delle vie aeree) o attività (fisiche, sportive) atipiche rispetto al normale comportamento in ambiente termale e che a loro avviso avrebbero potuto interferire con l'andamento o gli effetti del trattamento inalatorio.

Dei 45 soggetti preselezionati, solo 33 hanno soddisfatto i criteri di ammissione ed hanno dato il consenso alla sperimentazione. Per ragioni personali o logistiche, due pazienti non hanno concluso il trattamento o le valutazioni, per cui i dati finali si riferiscono a 31 soggetti.

Diagnosi

Nei soggetti arruolati la diagnosi di faringite cronica, formulata da medico curante in occasione dell'invio alle cure termali, veniva ricontrollata dal sanitario addetto alla visita di ammissione sulla base dei seguenti criteri ¹.

Definizione: la *faringite cronica* è uno stato infiammatorio cronico di origine infettiva, batterica o virale, o di origine irritativa, chimica o fisica, della mucosa della faringe, persistente da almeno un anno per più di sei ore al giorno, per più di due settimane al mese, per più di tre mesi all'anno. Si distinguono tre forme:

- semplice o catarrale (mucosa faringea diffusamente arrossata, tumida, con follicoli linfatici evidenti, ricoperti da essudato catarrale, più o meno abbondante e fluido);
- ipertrofica (mucosa faringea di colore rosso vivo, ispessita e irregolare per presenza di follicoli linfatici ingrossati, rilevati, rosso-violacei, con tracce di essudato catarrale o mucopurulento);

Tab. I. Composizione dell'acqua termale di Comano (TN).

Parametro	Risultato	Unità di misura
Temperatura alla sorgente	26,2	°C
Acidità (pH)	7,4	-
Conducibilità elettrica a 20°C alla sorgente	322	µS/cm
Residuo fisso a 180°C	193	mg/l
Anidride carbonica libera (CO ₂)	7,0	mg/l
Bicarbonati (HCO ₃ ⁻)	207	mg/l
Ossidabilità (come O ₂)	< 0,50	mg/l
Azoto ammoniacale (NH ₄ ⁺)	< 0,03	mg/l
Nitriti (NO ₂ ⁻)	< 0,01	mg/l
Fluoruri (F ⁻)	0,4	mg/l
Cloruri (Cl ⁻)	1,0	mg/l
Bromuri (Br ⁻)	< 0,1	mg/l
Nitrati (NO ₃ ⁻)	0,7	mg/l
Solfati (SO ₄ ⁻)	12,3	mg/l
Fosforo totale (P)	< 0,01	mg/l
Solfuri (in H ₂ S)	< 0,02	mg/l
Ioduri (J)	< 0,010	mg/l
Silice (SiO ₂)	6,4	mg/l
Cianuri (CN ⁻)	< 0,001	mg/l
Surfattanti anionici	< 20	µg/l
Idrocarburi soluti o emulsificati	< 10	µg/l
Sodio (Na)	1,5	mg/l
Potassio (K)	0,4	mg/l
Litio (Li)	0,002	mg/l
Calcio (Ca)	53	mg/l
Magnesio (Mg)	13	mg/l
Stronzio (Sr)	0,234	mg/l
Bario (Ba)	0,048	mg/l
Alluminio (Al)	< 0,005	mg/l
Antimonio (Sb)	< 0,0013	mg/l
Arsenico (As)	< 0,002	mg/l
Boro (B)	0,006	mg/l
Cadmio (Cd)	< 0,0003	mg/l
Cromo (Cr)	< 0,001	mg/l
Ferro (Fe)	< 0,005	mg/l
Manganese (Mn)	< 0,001	mg/l
Nichel (Ni)	< 0,002	mg/l
Piombo (Pb)	< 0,001	mg/l
Rame (Cu)	< 0,005	mg/l
Selenio (Se)	< 0,005	mg/l

- atrofica (mucosa faringea secca, liscia, lucente, di colorito roseo o rosso, senza follicoli linfatici rilevabili, con tracce di essudato mucopurulento secco o rappreso in croste).

Sintomi soggettivi:

- irritazione alla gola, che può essere riferita come sensazione di secchezza/fastidio/bruciore;
- raucedine;
- sensazione di scolo retronasale o di presenza di secrezioni retronasali che possono costringere a ripetuti atti di schiarire la gola;
- sensazione di costrizione o di corpo estraneo, che può accentuarsi negli atti di deglutizione specie della sola saliva, mentre viene meno avvertita in occasione della deglutizione di alimenti solidi o liquidi;

Sintomi oggettivi:

- congestione della mucosa faringea (parete posteriore, palato molle, ugola, pilastri palatini);
- presenza di secrezione catarrale o mucopurulenta, fluida o rappresa in croste;
- evidenza di follicoli linfatici presenti sulla parete posteriore (forme ipertrofiche) o atrofia della mucosa che appare secca, liscia, lucente (forme atrofiche).

Valutazioni cliniche

Valutazione da parte del paziente

I pazienti venivano invitati a prendere in considerazione l'andamento dei seguenti sintomi:

- sensazione di fastidio/bruciore/irritazione alla gola;
- sensazione di presenza di secrezioni in faringe o viceversa di secchezza alla gola;
- disturbi della deglutizione come sensazione di costrizione o di corpo estraneo;
- raucedine.

La valutazione veniva effettuata utilizzando un diario giornaliero e ricorrendo a due criteri semiquantitativi, uno relativo alla intensità dei disturbi e l'altro alla loro persistenza nel corso della giornata. Per ogni sintomo si distinguevano 4 livelli di intensità (0: assente, 1: minimo, 2: modesto, 3: intenso) e 4 livelli di durata (0: assente, 1: saltuario, 3: prolungato per alcune ore, 4: continuo nell'arco della giornata).

I pazienti venivano invitati a segnalare tempestivamente la comparsa di eventuali disturbi a loro avviso riferibili al trattamento inalatorio e di formulare al termine della sperimentazione un loro giudizio globale, in termini di negativo, nullo, moderatamente positivo, positivo, decisamente positivo (score: -1, 0, +1, +2, +3). I pazienti sono stati infine intervistati telefonicamente uno, tre e sei mesi dopo il termine della sperimentazione ed invitati a riformulare il loro giudizio sull'efficacia o meno del trattamento, sulla eventuale comparsa di disturbi a loro avviso legati al trattamento inalatorio, sulla eventuale ripresa della sintomatologia della faringite.

Valutazione da parte dello sperimentatore

In occasione delle due sedute di ammissione e di chiusura del trattamento inalatorio, uno dei sanitari addetti alla sperimentazione effettuava una valutazione delle condizioni della faringe del soggetto allo studio in termini di colorito della mucosa (pallida, rosea, congesta), caratteristiche

della mucosa (normale, ipertrofica, atrofica), presenza di secrezioni (assenti, scarse, abbondanti) e loro caratteristiche (catarrali, mucopurulente). Nella visita finale il sanitario annotava la presenza e la natura di eventuali variazioni di questi parametri rispetto alla condizione iniziale e formulava a sua volta un giudizio globale sull'effetto del trattamento in termini di negativo, nullo, moderatamente positivo, positivo, decisamente positivo (score: -1, 0, +1, +2, +3).

Valutazioni strumentali

All'inizio e alla fine del trattamento inalatorio, dopo la valutazione clinica, si procedeva alla valutazione strumentale di due funzioni della mucosa faringea e rinofaringea: flusso ematico della parete faringea posteriore mediante flussimetria laser-doppler e clearance mucociliare mediante determinazione del tempo di trasporto mucociliare (TMC) con la metodica saccarina-carbone vegetale.

Clearance mucociliare

A paziente supino, in respirazione tranquilla, dopo 10 minuti di adattamento, venivano posizionati sulla testa del turbinato inferiore, sotto controllo endoscopico circa 10 mg di una miscela di saccarina/carbone vegetale. Veniva cronometrato il tempo intercorso tra il posizionamento del tracciante e la sua comparsa della parete posteriore dell'orofaringe, al disotto del margine del palato molle, in parallelo con l'insorgenza della sensazione soggettiva di sapore dolce^{3,4}. Per ciascun soggetto il TMC veniva calcolato come media dei tempi (min.) rilevati dallo studio delle due fosse nasali, destra e sinistra

Flussimetria laser-doppler

È stato utilizzato un flussometro Perimed Periflux PF2 con sonda rigida munita di terminale angolato a 90°. La sonda è stata costantemente posizionata, sotto controllo endoscopico, in corrispondenza della parete posteriore dell'orofaringe, a fianco dell'ugola e immediatamente al disotto del margine del palato molle, in stretta vicinanza della mucosa ma senza mai entrare direttamente in contatto con questa. Le misurazioni sono state effettuate, all'inizio e alla fine del trattamento inalatorio, con paziente in posizione supina, a riposo assoluto, in respirazione tranquilla, dopo un periodo di adattamento di 10 min. I valori ottenuti, indicativi del flusso ematico in un determinato volume di tessuto faringeo, sono stati espressi in Unità Arbitrarie, riferite a un valore di base posto uguale a 100^{5,6}.

Rinomanometria nasale

Le misurazioni sono state effettuate, all'inizio e alla fine del trattamento inalatorio, secondo le direttive del Comitato Internazionale per la Standardizzazione della Rinomanometria⁷ utilizzando un rinomanometro Rhinospir 164 della Ditta Markos e i risultati espressi in termini di resistenza nasale totale (Pa/ml sec) misurata a pressione di riferimento di 150 Pa. La resistenza nasale totale (R_{tot}) è stata calcolata dalle resistenze delle fosse nasali di destra e di sinistra (R_{dx} e R_{sin}) applicando la formula $R_{tot} = R_{ds} \times R_{sin} / R_{dx} + R_{sin}$. Le modalità di esame erano le seguenti: maschera facciale a tenuta, chiusura di una delle due narici con cerotto adesivo, paziente in posizione seduta a respirazione tranquilla, dopo un periodo di adattamento di 10 minuti

e per la durata di 10 minuti, calcolo della media dei valori ottenuti, come già riferito in nostri precedenti lavori ⁸. I valori sono stati espressi in unità SI: pressione in Pa e flusso in ml/sec.

Esami di laboratorio

All'inizio e alla fine del trattamento inalatorio, dopo le valutazioni cliniche e strumentali, si procedeva ai prelievi per lo studio della microbiologia della faringe e le analisi chimiche e citologiche sul secreto nasale.

Microbiologia

Un tampone sterile (Seed Swab 3, Eiken Co Ltd, Japan) veniva strisciato sulla parete posteriore dell'orofaringe, al disotto del palato molle. Il tampone con il materiale prelevato veniva agitato in 0,5 ml di soluzione fisiologica per sospendere i microrganismi e 50 microlitri della sospensione venivano successivamente utilizzati per l'inseminazione del mezzo di cultura. L'inseminazione avveniva di norma entro due ore dal prelievo, con tamponi mantenuti a temperatura ambiente. Si procedeva alla cultura e dopo 48 ore al conteggio delle CFU.

Citologia nasale

Il prelievo è stato effettuato, all'inizio e alla fine del trattamento inalatorio, con una metodica a secco, utilizzando un tampone sterile da striscio vaginale che veniva passato sulla mucosa della faccia mediale del turbinato inferiore sotto controllo endoscopico, eseguendo anche un leggero movimento di rotazione. Il materiale prelevato veniva strisciato su un vetrino e fissato con Cytotfix. Successivamente un citologo procedeva alla lettura del vetrino, colorato con il metodo Wright-Giemsa, esaminando 10 campi a 100 ingrandimenti per vetrino. Venivano considerati i granulociti (neutrofili, eosinofili, basofili) e le cellule epiteliali (basali, ciliate, mucipare). La media dei valori ottenuti dalla lettura dei 10 campi veniva poi espressa come valore percentuale nel rinocitogramma ⁹.

Analisi immunochimica del secreto nasale

All'inizio e alla fine del trattamento inalatorio, campioni di secreto nasale sono stati ottenuti con il metodo di Crifò ¹⁰. Mediante uno speculo di Voltolini e una pinza a baionetta, entrambi rivestiti di teflon per evitare l'inquinamento del campione, sono stati inseriti nel meato medio 2 batuffoli di cotone idrofilo sterile, del peso complessivo di 200-250 mg, che venivano lasciati *in situ* per 10 min, quindi prelevati, posti in siringa sterile e spremuti in provetta sterile precedentemente pesata. Il materiale veniva centrifugato a 400 g alla temperatura di 4°C e il soprannatante prelevato e conservato a -25°C sino al momento delle analisi. La quantità di proteine presenti nel muco nasale veniva determinata con la tecnica di Bradford, le concentrazioni di albumina e immunoglobuline venivano determinate con il metodo dell'immunosorbimetria automatica (Beckman), il pH del muco mediante microelettrodo e le concentrazioni di elettroliti mediante metodo spettrofotometrico (Varian).

Analisi statistica

Per la valutazione dei dati raccolti sono state utilizzate due differenti procedure di analisi statistica. Il confronto dei

dati semiquantitativi relativi alla valutazione soggettiva, vuoi da parte del soggetto in esame vuoi da parte dello sperimentatore, prima e dopo il trattamento, è stato effettuato mediante il test non parametrico chi quadrato delle variazioni di McNemar. Il confronto dei dati quantitativi (tempo di trasporto mucociliare, flussimetria laser-doppler, rinomanometria nasale, microbiologia, citologia nasale, concentrazione delle IgAS) è stato effettuato mediante il test non parametrico di Mann-Whitney-Wilcoxon. Sono state considerate statisticamente significative differenze con associato un p-value < 0,05.

Risultati

Tutti i pazienti hanno completato regolarmente il trattamento inalatorio e nessuno ha riferito disturbi a questo attribuibili, né al termine di ogni singola inalazione né al termine del ciclo.

Valutazioni cliniche

I sintomi soggettivi che hanno più risentito degli effetti del trattamento inalatorio, in termini sia di intensità che di durata, sono stati la sensazione di fastidio/irritazione e la sensazione di presenza di secrezioni in faringe. Per il primo sintomo (Fig. 1) lo score iniziale di 3,6 per intensità e 3,4 per durata è sceso al termine del ciclo inalatorio a 2,1 e 1,8 (p = 0,03), per il secondo sintomo (Fig. 2) parallelamente i valori intensità e durata sono scesi da 3,2 e 3,1 a 1,1 e 0,9 (p = 0,02). Il sintomo raucedine ha avuto un andamento del tutto sovrapponibile a quello relativo

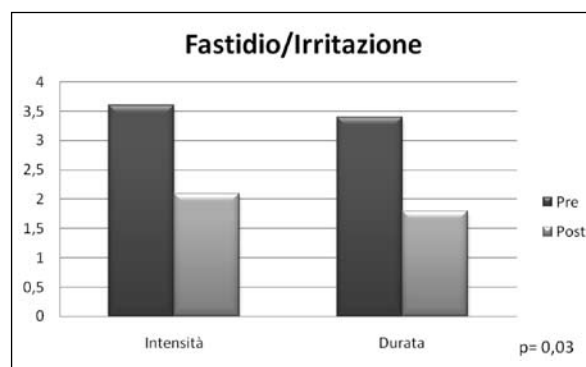


Fig. 1. Confronto delle valutazioni soggettive di frequenza ed intensità per il sintomo "fastidio/irritazione".



Fig. 2. Confronto delle valutazioni soggettive di frequenza ed intensità per il sintomo "presenza di secrezioni".

alla sensazione di presenza di secrezioni, passando esso pure da valori iniziali di 3,2 e 3,1 a valori finali di 1,1 e 0,8 ($p = 0,03$). La sensazione di corpo estraneo (Fig. 3) e di blocco alla deglutizione è viceversa rimasta pressoché invariata (3,0 vs. 2,8 per intensità e 2,8 vs. 2,8 per durata) in rapporto al trattamento (n.s.). In ogni caso la valutazione globale del trattamento da parte dei pazienti è stata nel complesso positiva (score 2,5/3) e tale si è mantenuta anche in occasione delle interviste telefoniche a distanza di tempo (score a un mese 2,3/3, a tre mesi 2,2/3, a sei mesi 2,2/3). La maggior parte dei pazienti (28/31) si è dichiarata pronta a ripetere il trattamento inalatorio negli anni successivi (Fig. 4) e a proporlo a parenti e conoscenti con analoghi disturbi.

Tutti i 31 pazienti presentavano un quadro di faringite catarrale/ipertrofica. Al termine del trattamento inalatorio lo specialista sperimentatore riscontrava una scomparsa totale o pressoché totale delle secrezioni, più o meno abbondanti e frequentemente rapprese in croste, che rivestivano la parete posteriore dell'orofaringe e una riduzione della congestione della mucosa faringea, sia in corrispondenza della parete posteriore, sia in corrispondenza del palato molle e dei pilastri palatini. Tali valutazioni non sono state riportate in termini quantitativi o semiquantitativi, tuttavia, il giudizio globale dello sperimentatore relativo all'efficacia del trattamento inalatorio, analogamente a quello dei pazienti, era nel complesso positivo (score 2,6/3).

Valutazioni strumentali

Tempo di trasporto mucociliare (TMC)

Nei nostri pazienti all'inizio del trattamento inalatorio il tempo di trasporto mucociliare era di $13,01 \pm 2,85$ min, nell'ambito dei valori normali ($12,55 \pm 3,0$) riportati in letteratura³ e risultanti dalla nostra esperienza personale ($11,55 \pm 4,37$). Al termine del trattamento erano diminuiti in maniera significativa a $10,01 \pm 2,73$ min ($p < 0,01$), portandosi intorno ai livelli minimi del range di normalità (Fig. 5).

Flussimetria laser-doppler

I valori di flusso ematico a livello della parete posteriore della faringe, espressi in unità arbitrarie (UA) e riferiti ai valori riportati in letteratura⁵ relativi a soggetti normali, posti uguali a 100, erano significativamente inferiori nei nostri pazienti all'inizio del trattamento ($52 \pm 4,5$). Al termine del ciclo di terapia inalatoria risultavano significativamente aumentati a $83 \pm 5,6$ UA ($p < 0,01$), ai limiti superiori della norma (Fig. 6).

Rinomanometria nasale

All'inizio del trattamento inalatorio i valori delle resistenze nasali totali e dei flussi nasali erano rispettivamente di $0,44 \pm 0,29$ Pa/ml sec e $573,22 \pm 151,14$ ml/sec. Al termine del trattamento erano passati a $0,20 \pm 0,08$ Pa/ml sec e a $747,41 \pm 104,07$ ml/sec, con una variazione significativa ($p < 0,01$) per entrambi i parametri (Fig. 7).

Microbiologia nasale

Le colture di secreto nasale erano negative sin dall'inizio del trattamento inalatorio in 26/31 soggetti (80 %);

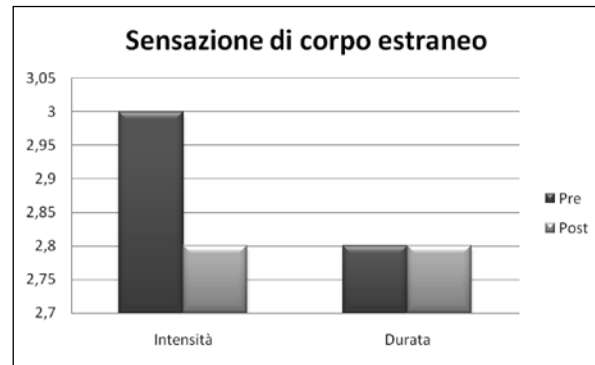


Fig. 3. Confronto delle valutazioni soggettive di frequenza ed intensità per il sintomo "sensazione di corpo estraneo".



Fig. 4. Disponibilità dei pazienti a ripetere il trattamento inalatorio.

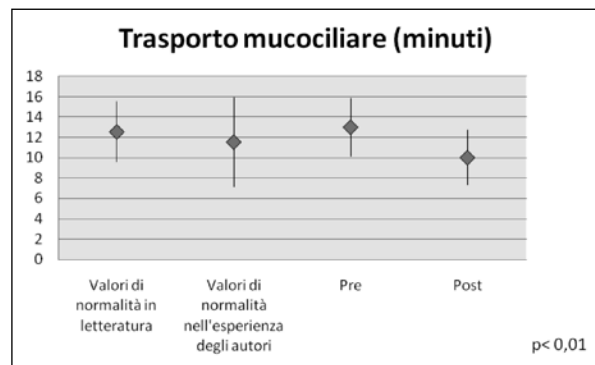


Fig. 5. Valutazione dei tempi di trasporto mucociliare pre e post trattamento, confrontati ai valori di normalità descritti in letteratura e a quelli rilevati nell'esperienza degli autori.

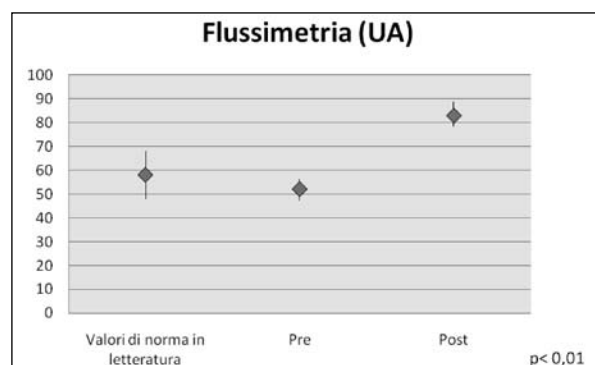


Fig. 6. Confronto dei valori di flussimetria pre e post trattamento confrontati ai valori di normalità descritti in letteratura.

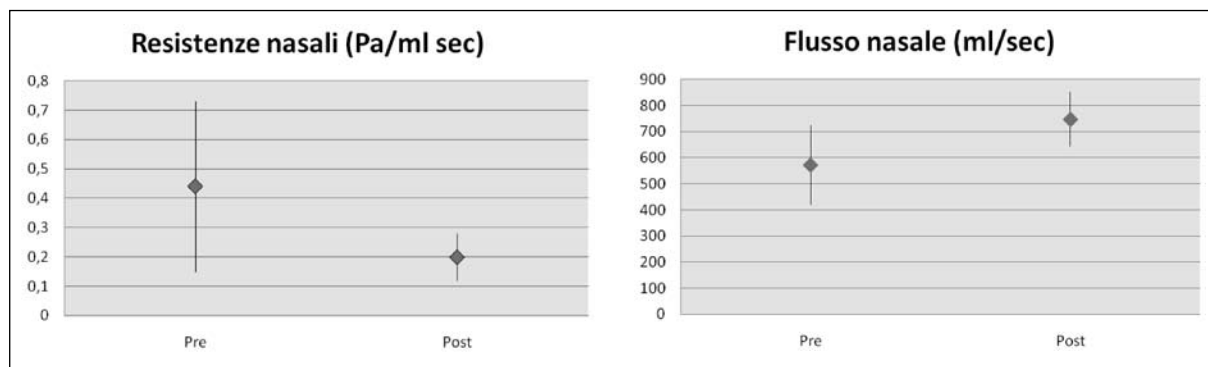


Fig. 7. Confronto dei parametri rinomanometrici pre e post trattamento.

nei restanti casi erano presenti rare CFU di *Streptococcus epidermoides*, *Streptococcus viridans*, *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*. Al termine tutte le colture erano negative in tutti i soggetti.

Citologia nasale

Il rinocitogramma era sostanzialmente nella norma in tutti i soggetti già all'inizio del trattamento inalatorio. In media, su 10 campi, per ogni campo a forte ingrandimento (100 x), erano presenti circa 25 cellule epiteliali cilindriche, 10-20 cellule mucipare, 5-10 cellule basali, rari neutrofilo (10-15), rari eosinofili, basofili, linfociti e plasmacellule (5-10). Il quadro rimaneva sostanzialmente invariato a termine del ciclo crenoterapico per quanto riguardava il numero e la proporzione delle cellule epiteliali, mentre era significativa la quasi totale scomparsa dei polimorfonucleati di tutti i tipi, in particolare dei neutrofilo.

Caratteristiche immunochimiche del secreto nasale

L'acidità del secreto nasale (Grafico 8) rientrava nei valori normali e non è stata significativamente modificata dal ciclo di crenoterapia (pH iniziale $6,99 \pm 0,2$ vs. pH finale $7,01 \pm 0,2$, ns). Il trattamento inalatorio provocava un significativo aumento del contenuto proteico del secreto nasale ($6,66 \pm 0,4$ mg/g iniziale vs. $8,77 \pm 0,3$ mg/g finale, $p < 0,02$) dovuto non tanto alle variazioni dell'albumina ($248,15 \pm 12,22$ mg/dl iniziale vs. $264,18 \pm 10,06$ mg/dl finale, ns) quanto a quelle delle immunoglobuline (IgA $35,11 \pm 5,9$ mg/dl iniziale vs. $39,32 \pm 4,8$ mg/dl finale, p

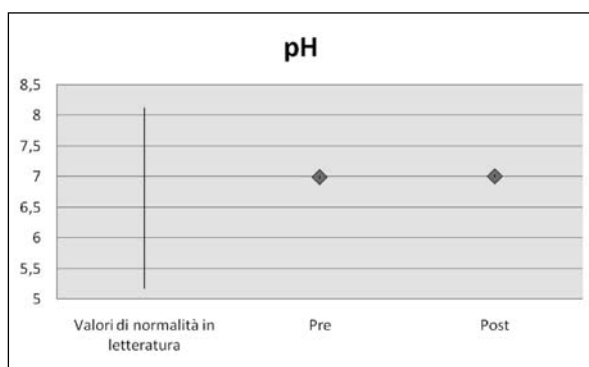


Fig. 8. Confronto dei valori pre e post trattamento di pHmetria nasale confrontati ai valori di normalità descritti in letteratura.

= 0,02; IgG $33,98 \pm 1,13$ mg/dl iniziale vs. $39,99 \pm 2,08$ mg/dl finale, $p = 0,02$; IgM $3,82 \pm 1,55$ iniziale vs. $4,01 \pm 0,87$ mg/dl finale, ns.)

Discussione e conclusioni

In linea con un'ampia serie di osservazioni pubblicate soprattutto in Italia e in Francia, anche questa nostra ricerca documenta, sulla base di un insieme di dati clinici e di laboratorio, l'efficacia di un trattamento inalatorio, in questo caso con l'acqua termale di Comano, sulla più comune delle patologie infiammatorie delle prime vie aerodigestive, la faringite cronica.

In particolare i dati di laboratorio forniscono un supporto biochimico, microbiologico e strumentale alle valutazioni soggettive dei pazienti e degli osservatori. A livello della faringe possiamo concludere che le sensazioni positive riferite dai pazienti e le modificazioni morfologiche delle mucose rilevate dagli sperimentatori sono riconducibili ad un miglioramento dell'irrorazione sanguigna delle mucose stesse e della clearance mucociliare dell'albero respiratorio, fattori che concorrono ad una riduzione della flogosi cronica. A livello delle fosse nasali le valutazioni strumentali provano che anche in soggetti che, pur soffrendo di faringite cronica, non sono affetti da una patologia nasale o nasosinusale specifica, un ciclo di inalazioni con acqua di Comano determina una serie di modificazioni delle mucose tutte orientate in senso positivo: normalizzazione della flora batterica, riduzione degli elementi leucocitari solitamente mobilitati in occasione di processi flogistici, incremento delle popolazioni di gammaglobuline a cui è attribuibile una funzione anticorpale, potenziamento della clearance mucociliare, miglioramento delle condizioni del flusso aereo.

In definitiva le variazioni di una serie di parametri clinici e strumentali correlati all'esistenza e all'importanza di uno stato infiammatorio delle mucose aerodigestive sono indicative della tendenza al ripristino della fisiologia nasale e faringea per effetto del trattamento inalatorio da noi effettuato, in parallelo con la soggettiva percezione di benessere regionale e con la riduzione o la scomparsa della sintomatologia soggettiva e oggettiva legata al processo flogistico.

Sulla base del nostro protocollo di studio, non è possibile stabilire se le modificazioni rilevate siano attribuibili a un effetto specifico delle acque utilizzate o non piuttosto a un effetto generico della crenoterapia inalatoria. Tale effetto

potrebbe forse essere ancora più marcato nel caso di acque più largamente utilizzate nel nostro Paese, quali ad esempio le sulfuree e le salsobromiodiche, ma aumenterebbe la possibilità, già da noi provata in precedenti ricerche ¹¹, di una reazione termale eccessiva e controproducente, specie nei bambini o nei soggetti ad impronta allergico-iperergica. Così pure il nostro protocollo non consente di formulare pareri sulla persistenza nel tempo degli effetti della crenoterapia con acqua di Comano da noi riscontrati, né sulla loro reale rilevanza clinica.

Queste incertezze costituiscono a nostro avviso la limitazione principale di questa nostra ricerca, limitazione pressoché inevitabile in tutti i trial clinici riguardanti la valutazione dell'efficacia e della sicurezza delle cure inalatorie termali, per le ragioni già espresse nell'introduzione di questo articolo. Ci proponiamo tuttavia di intraprendere in futuro una successiva ricerca metodologicamente più completa, con un gruppo di controllo, una valutazione in doppio cieco dei risultati, una serie di rilevazioni distanziate nel tempo.

Resta tuttavia il dato che le nostre conclusioni sono in linea con quanto già ampiamente riportato in letteratura sugli effetti delle procedure terapeutiche termali attinenti la specialità di otorinolaringoiatria ^{1 2 12, 13} e portano un ulteriore contributo alla valutazione positiva sull'efficacia e la tollerabilità della crenoterapia inalatoria con acqua di Comano nelle flogosi croniche delle prime vie aerodigestive.

Bibliografia

- ¹ Passali D, Bellussi L, De Benedetto M, Giordano C, Mira E, Plaudetti G, et al. *Il termalismo e le patologie delle vie aeree superiori*. Acta Otorhinolaryngol Ital Suppl 2006;26(Suppl. 83):5.
- ² Passali D, Passali GC, Lauriello M. *Linee Guida relative*

- alle procedure terapeutiche termali attinenti la specialità di otorinolaringoiatria*. Argomenti di Acta Otorhinolaryngol Ital 2007;1:6-12.
- ³ Passali D, Bellussi L, Bianchini Ciampoli M, De Seta E. *Experiences in the determination of nasal mucociliary transport time*. Acta Otolaryngol 1984;97:319-23.
- ⁴ Maurizi M, Paludetti G, Todisco T, Almadori G, Ottaviani F, Zappone C. *Ciliary ultrastructure and nasal mucociliary clearance in chronic and allergic rhinitis*. Rhinology 1984;22:233-40.
- ⁵ Olosson P, Bende M, Ohlin P. *The laser doppler flowmeter for measuring microcirculation in human nasal mucosa*. Acta Otolaryngol 1985;99:133-9.
- ⁶ Mevio E, Castelnuovo P, Galioto P, Benazzo M. *Changes in nasal and cochlear microcirculation observed by laser-Doppler flowmetry* Acta Otorhinolaryngol Ital 1987;7:13-23.
- ⁷ Clement PA *Committee report on standardization of rhinomanometry* Rhinology 1984;22:151-5.
- ⁸ Mira E, Perano D. *Modificazioni nasali indotte dall'inalazione con acque termali (Comano e Tabiano). Effetti a breve termine*. Riv Oril Aud Fon 1995;15:246.
- ⁹ Cristalli G, Abramo A, Pollastrini L. *Treatment of chronic inflammation of the upper respiratory airways by inhalation thermal therapy with sulfur-sulfate-bicarbonate- carbonate-alkaline earth mineral water: a study of nasal cytology*. Acta Otorhinolaryngol Ital 1996;16:91-4.
- ¹⁰ Crifò S. *Semplice e vantaggiosa tecnica per il prelievo del secreto nasale per studi biochimici*. Boll Mal OGN 1965;3:234.
- ¹¹ Mira E, De Bernardi M, Vidi I, Bonfioli F, Zanoni M. *Efficacia e tollerabilità dell'acqua di Comano nel trattamento delle infiammazioni delle vie aeree su base allergico-iperergica*. Riv Oril Aud Fon 1991;1:78-81.
- ¹² Nappi G, Calcaterra P, Masciocchi MM, De Luca S. *Risultati a breve termine della crenoterapia inalatoria con acqua solfato-calcica "Sorgente vita" (San Pellegrino) nelle flogosi croniche delle prime vie aeree*. Med Clin Term 1994;19:83-7.
- ¹³ Nappi G, Masciocchi MM, Baiardi ME, De Luca S, Calcaterra P. *La crenoterapia sulfurea nelle flogosi delle vie aeree superiori: contributo sperimentale*. Med Clin Term 1992;19:71-81.

IL PUNTO

Virus e carcinomi orofaringei

Fausto Chiesa

L'associazione tra virus e tumori è da molto tempo oggetto di speculazione e di ricerche; recentemente questa ipotesi sembra avere trovato importanti conferme anche nelle neoplasie del distretto cervico-facciale. Come sempre capita in ogni campo della medicina, ed in particolare nell'oncologia, le osservazioni e l'esperienza di più specialisti convergono permettendoci di meglio comprendere la causa e la storia naturale delle malattie. Ad esempio gli epidemiologi ed i clinici, pur segnalando nell'ultimo decennio una sostanziale riduzione di incidenza delle neoplasie del distretto cervico-facciale, hanno evidenziato un contemporaneo aumento di quelle della lingua e della tonsilla soprattutto nei giovani. Ovviamente queste osservazioni provenienti da realtà diverse (dall'America latina ai paesi arabi, dagli USA all'Europa) hanno stimolato la ricerca. Oggi si sta identificando una nuova entità nosologica che sembra avere una storia naturale diversa rispetto alle classiche neoplasie alcol e tabacco dipendenti tipiche del distretto. Negli ultimi anni in letteratura medica si sono moltiplicate le segnalazioni di questa correlazione e nei primi mesi di quest'anno sono stati pubblicati due importanti studi clinici che confermano questa ipotesi ed aprono importanti implicazioni cliniche diagnostiche, preventive e terapeutiche. Passiamo rapidamente in rassegna i dati oggi disponibili.

L'epidemiologia

Da una decina di anni si moltiplicano le segnalazioni della presenza di papillomavirus in alcune neoplasie del distretto cervico-facciale, soprattutto in quelle della regione tonsillare e dell'orofaringe¹⁻⁶. Da queste osservazioni patologiche sono iniziate ricerche cliniche e studi epidemiologici, che hanno dimostrato che si tratta di un fenomeno diffuso a livello mondiale. Infatti le segnalazioni di una forte correlazione fra alcune neoplasie orofaringee e *Papillomavirus umano* (HPV) arrivano da tutto il mondo: dall'America Latina agli Usa e Canada, dall'Europa, in particolare dai paesi nordici, all'Asia⁷⁻¹³. Tutti i ricercatori hanno notato l'esistenza di neoplasie correlate con il virus, in particolare con le forme ad alto rischio, 16 e 18, oltre che dei tumori legati all'uso dei classici cancerogeni (tabacco ed alcol). Queste neoplasie virus correlate si riscontrano in persone più giovani rispetto a quelle con tumori alcol e tabacco dipendenti; si ipotizza che siano legate ad alcuni comportamenti sessuali ed all'uso di droghe, in particolare della marijuana^{4,5,8}.

La ricerca

Parallelamente a queste osservazioni sono iniziate ricerche volte a valutare le eventuali correlazioni biologiche e molecolari fra cancro e virus ed i possibili meccanismi

d'azione. In particolare è stato notato che contrariamente a quanto si osserva nella maggioranza dei tumori umani, la proteina p53 non è mutata nelle neoplasie associate ad HPV, probabilmente perché l'oncoproteina virale E6 inattiva la proteina p53^{14,15}.

Questi dati ricavati da studi molecolari ed epidemiologici rappresentano argomenti fortemente suggestivi per concludere che i carcinomi orofaringei HPV-correlati rappresentano una nuova entità molecolare, clinica e patologica, verosimilmente causata dall'infezione HPV^{2,14,15}.

La clinica

Ovviamente tutte queste conoscenze e questi dati acquistano rilevanza clinica soprattutto se il comportamento clinico delle neoplasie HPV-correlate si diversifica da quelle tradizionali. I dati a questo proposito sono controversi anche perché pochi sono gli studi clinici pubblicati e solo uno, recentissimo, randomizzato. Gli autori statunitensi ritengono che l'associazione tra virus e tumore orofaringeo abbia una prognosi più favorevole rispetto a quella delle neoplasie alcol e tabacco dipendenti. Lo studio randomizzato¹⁷ in realtà utilizza parte di una casistica partecipante ad un altro studio finalizzato alla valutazione della efficacia di due diversi trattamenti chemioterapici nelle neoplasie avanzate della testa e collo. Gli autori hanno isolato 96 pazienti con neoplasie orofaringee ed hanno concluso che le neoplasie correlate con HPV hanno una maggiore responsività alla chemio-radioterapia ed una migliore prognosi rispetto alle altre neoplasie non virus correlate. Altri autori americani confermano questa impressione analizzando studi caso-controllo⁵⁻¹⁶. L'ottimismo d'oltre oceano non è tuttavia condiviso dagli europei, in particolare dagli svedesi che con casistiche numericamente sovrapponibili studiate con il metodo caso-controllo giungono invece alla conclusione opposta: le neoplasie testa e collo virus correlate hanno prognosi severa¹²⁻¹⁸.

A queste incertezze prognostiche corrisponde una difficoltà diagnostica importante: come studiare queste correlazioni nella stadiazione. Non esistono ancora oggi metodiche standardizzate: si passa dalla diagnosi su prelievi istologici e citologici relativamente semplice, ma poco affidabile, alle valutazioni immunocitochimiche sui pezzi operatori, fino ad indagini estremamente sofisticate e costose di biologia molecolare^{3,4,9,11,14,19}.

Questi i dati disponibili in letteratura. Quindi resta ancora molto da fare e da studiare a questo proposito; certamente l'ipotesi di utilizzare un vaccino anche per la prevenzione delle neoplasie orofaringee, come si sta facendo per quelle del collo dell'utero, potrebbe divenire una realtà in un futuro probabilmente non molto lontano.

Bibliografia

- ¹ Paz IB, Cook N, Odom-Maryon T, Xie Y, Wilczynski SP. *Human papillomavirus (HPV) in head and neck cancer. An association of HPV 16 with squamous cell carcinoma of Walldayer's tonsillar ring.* Cancer 1997;79:595-604
- ² Gillison ML, Koch WM, Capone RB, Spafford M, Westra WH, Zahurak ML, et al. *Evidence for a causal association between human papillomavirus and a subset of head and neck cancers.* J Natl Cancer Inst 2000;92:709-20
- ³ Hansson BG, Rosenquist K, Antonsson A, Wennerberg J, Schildt EB, Bladstrom A, Andersson G. *Strong association between infection with human papillomavirus and oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma: a population based case-control study in southern Sweden.* Acta Otolaryngol 2005;125:1337-44
- ⁴ D'Souza G, Kreimer AR, Viscidi R, Pawlita M, Fakhry C, Koch WM, et al. *Control study of human papillomavirus and oropharyngeal cancer.* N Engl J Med 2008;356:1944-56.
- ⁵ Gillison ML, D'Souza G, Westra W, Sugar E, Xiao W, Begum S, et al. *Distinct risk factor profiles for human papillomavirus type 16-positive and human papillomavirus type 16-negative head and neck cancer.* J Natl Cancer Inst 2008;100:407-20. Epub 2008 Mar 11.
- ⁶ Pintos J, Black MJ, Sadeghi N, Ghadirian P, Zeitouni AG, Viscidi RP, et al. *Human papillomavirus infection and oral cancer: a case-control study in Montreal, Canada.* Oral Oncol 2008;44:242-50. Epub 2007 April 27.
- ⁷ Chaturvedi AK, Engels EA, Anderson WF, Gillison ML. *Incidence trends for human papillomavirus-related and -unrelated oral squamous cell carcinomas in the United States.* J Clin Oncol 2008;26:612-9
- ⁸ Anaya-Saavedra G, Ramirez-Amador V, Irigoyen-Camacho ME, Garcia-Cuellar CM, Guido-Jiménez M, Méndez-Martínez R, et al. *High association of human papillomavirus infection with oral cancer: a case-control study.* Arch Med Res 2008;39:189-97. Epub 2007 Nov 8
- ⁹ Da Silva CE, da Silva ID, Cerri A, Wechs LL. *Prevalence of human papilloma virus in squamous cell carcinoma of the tongue.* Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2007;104:497-500. Epub 2007 Jul 25.
- ¹⁰ Gonzales JV, Gutiérrez RA, Keszler A, Colacino Mdel C, Alonio LV, Teyssie AR, Piconi MA. *Human papilloma virus in oral lesions.* Medicina (B Aires) 2007;67:363-8.
- ¹¹ Soares RC, Oliveira MC, Souza LB, Costa AL, Medeiros SR, Pinto LP. *Human papilloma virus in oral squamous cell carcinoma in a population of 75 Brazilian patients.* Am J Otolaryngol 2007;28:397-400.
- ¹² Hammarstedt L, Dahstrand H, Linquist D, Onelov L, Ryott M, Luo J, et al. *The incidence of tonsillar cancer in Sweden is increasing.* Acta Otolaryngol 2007;127:988-92.
- ¹³ Luo CW, Roan CH, Liu CJ. *Human papillomaviruses in oral squamous cell carcinoma and pre-cancerous lesions detected by PCR-based gene chip array.* Int J Oral Maxillofac Surg 2007;36:153-8. Epub 2006 Nov 15.
- ¹⁴ Shai A, Pitot HC, Lambert PF. *P53 loss synergizes with estrogen and papillomaviral oncogenes to induce cervical and breast cancers.* Cancer Res 2008;68:2622-31.
- ¹⁵ Cheah PL, Looi LM. *Biology and pathological associations of the human papillomaviruses: a review.* Malays J Pathol 1998;20:1-10.
- ¹⁶ Schwartz SR, Yueh B, McDougall JK, Daling JR, Schwartz SM. *Human papillomavirus infection and survival in oral squamous cancer: a population-based study.* Otolaryngol Head Neck Surg 2001;125:1-9.
- ¹⁷ Fakhry C, Westra WH, Li S, Cmelak A, Ridge JA, Pinto H, et al. *Improved survival of patients with Human Papillomavirus-positive head and neck squamous cell carcinoma in a prospective clinical trial.* JNCI 2008;100:261-9.
- ¹⁸ Rosenquist K, Wennerberg J, Annertz K, Schildt EB, Hansson BG, Bladstrom A, et al. *Recurrence in patients with oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma: human papillomavirus and other risk factors.* Acta Otolaryngol 2007;127:980-7
- ¹⁹ Smith EM, Ritchie JM, Summersgill KF, Hoffman HT, Wang DH, Haugen TH, et al. *Human papillomavirus in oral exfoliated cells and risk of head and neck cancer.* J Natl Cancer Inst 2004;96:449-55.

Ettore Pirodda

1921 – 2007



Si è spento a Bologna a 86 anni, dopo una malattia sopportata con pazienza e dignità, Ettore Pirodda. Ha avuto per conforto una fede profonda, l'affetto di tutta la sua famiglia ed il calore dell'assistenza di persone amiche: tra queste, molte delle sue "storiche" infermiere. Da un anno e mezzo, i postumi di una caduta accidentale con conseguente frattura di femore ed omero, che ne aveva accelerato il declino, lo costringevano ad una condizione di invalidità: condizione che accettava serenamente, mantenendo verso chi gli stava vicino un atteggiamento benevolo ed accentuando ulteriormente la tendenza al silenzio manifestata in tutta la sua vita.

Era nato a Borore, in Sardegna, nel 1921, primo di otto figli. Cresciuto a Cagliari, figlio d'arte, si laureò nell'Ateneo cagliaritano nel 1944 per poi iscriversi alla Scuola di Specializzazione in Clinica Otorinolaringoiatrica dell'Università di Bologna. Dopo la specializzazione iniziò la carriera universitaria come assistente del professor Pietro Caliceti. Dopo la morte del maestro, nel 1953 fu chiamato a ricoprire l'incarico di Clinica Otorinolaringoiatrica nell'Università di Cagliari, subentrando al padre: attraverso molte difficoltà fondò la locale Clinica, per poi vincere il concorso a cattedra nel 1965; rimase in Sardegna fino al 1968, anno in cui fu chiamato a succedere al professor Paolo Carcò dalla Facoltà Medica dell'Università di Bologna. A Bologna rimase per tutto il resto della carriera, lasciando la direzione dell'Istituto ed il ruolo nel 1991 ed andando definitivamente a riposo nel 1996.

Membro di numerose Società scientifiche, tra le quali il *Collegium ORL Amicitiae Sacrum*, è stato anche Presidente della SIO e Ch CF nel 1983.

Dal punto di vista professionale è stato un clinico scrupoloso e preparato ed un chirurgo eclettico, capace di dedicarsi con competenza, interesse e coscienza alla chirurgia di tutto il distretto ORL. Interpretava l'oncologia specialistica basandosi su una profonda, personale conoscenza dell'istologia patologica, che lo guidava anche nell'atto operatorio. È stato inoltre tra i primi in Italia a dedicarsi sistematicamente alla "moderna" chirurgia dell'orecchio: in questo campo la sua naturale propensione al perfezionismo gli ha forse permesso di esprimersi nel modo per lui più gratificante, unendo l'accuratezza tecnica ad un ragionamento mai banale. Al momento di lasciare la direzione della Clinica, l'esperienza è stata

condensata ed esposta in un Corso, realizzato a Bologna nel 1991, i cui atti costituiscono – per suo desiderio – la somma di quanto ha imparato, maturato e voluto trasmettere.

Come ricercatore è stato acuto ed innovativo; lo affascinavano particolarmente gli argomenti di funzionalità vestibolare, che aveva approfondito con curiosità e passione: tra l'altro, ricordiamo le ricerche sulle prove rotoacceleratorie e l'intuizione sull'importanza dei potenziali evocati.

Come maestro è stato generoso e prodigo di insegnamenti, così come deve essere un vero maestro. Coltivando principi e comportamenti improntati ad assoluta lealtà accademica, ha condotto vari allievi alla cattedra universitaria e ad importanti primari ospedalieri.

Come uomo si è sempre assunto, in silenzio, ogni responsabilità. Di carattere schivo, per qualche verso apparentemente spigoloso, era una persona di qualità, animata, in ogni sua manifestazione, da buona volontà e rettitudine. Probabilmente per questo è descritto da tanti pazienti, dopo anni, come un uomo carismatico ma anche profondamente partecipe.

Fuori dal lavoro non si annoiava: coltivava con particolare attenzione gli aspetti spirituali, ma ricercava ed assorbiva anche le più svariate informazioni su tutto ciò che rappresentava l'innovazione in tema di economia, energia e scienza in generale. Gli piacevano anche i francobolli, la geografia e la musica classica. Era istintivamente vocato al bricolage, che ha praticato finché ha potuto principalmente nell'ambito della sua grande passione: il giardinaggio.

Cresciuto in una famiglia molto unita, ha avuto una vita coniugale lunga e felice: questa solidità di affetti lo ha sicuramente sostenuto nel corso di tutta l'esistenza.

Non resta molto da aggiungere, se non la licenza di una nota personalissima da parte di uno degli estensori di questo breve ricordo: come padre ha dimostrato, nella sua forte e non semplice personalità, affetto e disponibilità disarmanti; come nonno, chi ha potuto vederlo sa che è stato perfetto.

Alberto Rinaldi Ceroni e Antonio Pirodda

Giuseppe Sambataro 1943 – 2008



La scomparsa di un uomo è sempre una incomprensibile privazione, difficile da comprendere ed accettare per chi gli è stato vicino. Questo rifiuto è però maggiore e quasi assoluto quando l'evento colpisce inaspettato un maestro, ma anche un amico fraterno, come è stato per noi Giuseppe "Pino" Sambataro, di cui siamo stati in tempi diversi, stretti collaboratori. La disponibilità al dialogo e la grande apertura che egli manifestava con tutti hanno determinato non solo in noi, ma in tutti quelli che lo conoscevano, un grande vuoto.

Figlio d'arte (il padre, anch'egli prematuramente scomparso, era un brillante Primario Otorinolaringoiatra) aveva perseguito l'interesse per l'otorinolaringoiatria alla prestigiosa Scuola di Ettore Bocca dove era stato giovane allievo, prima a Ferrara e poi a Milano. Già con Bocca, a Milano, Sambataro aveva iniziato ad essere punto di riferimento dei molti giovani che frequentavano la Clinica cui Egli non esitava a mostrare con tranquillità e semplicità tecniche diagnostiche e chirurgiche senza aver alcuna paura di insegnare. La sua intelligenza, unita ad una grande volontà, lo hanno portato, negli anni della completa maturazione, a raggiungere una elevatissima capacità clinica, chirurgica e scientifica che ha espresso prima come prezioso collaboratore nelle Cliniche Otorinolaringologiche milanesi di Oreste Pignataro e Antonio Ottaviani, e – una volta raggiunto l'ordinariato – nella direzione della Clinica Otorinolaringologica del polo universitario San Paolo di Milano.

Le sue migrazioni universitarie gli avevano conferito una ampia visione delle necessità cliniche e scientifiche della nostra specialità e una capacità di critica costruttiva che gli

era poi risultata particolarmente utile quando aveva assunto la direzione della prima Clinica Otorinolaringologica dell'Università di Milano presso la Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e R. Elena succedendo a Oreste Pignataro.

Uomo privo di egoismi accademici e professionali, aveva un forte senso del dovere e del valore dell'appartenenza all'Università, sapeva riconoscere le capacità dei suoi collaboratori che aveva progressivamente aiutato a raggiungere posti di prestigio. Organizzatore capace, clinico e chirurgo completo e brillante, marito e padre esemplare, lascia un enorme rimpianto in tutti quelli che lo hanno conosciuto. Sebbene per principio la vita privata di una persona non dovrebbe mai intrecciarsi con quella pubblica, non era tuttavia possibile per Pino Sambataro distinguere famiglia e lavoro. La moglie Salvina, sua compagna di studi medici, brillante specialista otorinolaringoiatra e foniatra, fin da giovane sposa lo aveva confortato con il suo competente e affettuoso consiglio e gli aveva creato, assieme alle due amate figlie, un ambiente familiare sereno, fondamentale per il suo lavoro e il suo successo e per rendere felice una vita troppo presto rubata.

Per chi crede, la vita è solo un momento di passaggio ad un tempo migliore. Per tutti comunque il ricordo resta un bene prezioso che arricchisce quanti ne possono beneficiare.

È questo l'ultimo dono che Pino Sambataro lascia a tutti quanti l'hanno conosciuto.

Lorenzo Pignataro e Giovanni Felisati

NOTIZIARIO S.I.O.

Assemblea soci SIO, Roma 24 giugno 2005

Il Presidente prof. Pasquale Laudadio saluta i presenti e apre l'Assemblea dei soci.

Il prof. Ralli (Segretario) legge il verbale della precedente Assemblea del 2004 di Torino che viene approvato all'unanimità.

Il Presidente presenta la dr. Paolillo, notaio in Roma, il cui compito è quello di notificare le modifiche dello statuto necessarie al riconoscimento della Società da parte del Ministero della Salute.

Il prof. Laudadio in presenza del notaio legge le modifiche allo statuto proposte dalla Commissione Permanente per la revisione dello statuto e del regolamento e già approvate all'unanimità dal Consiglio Direttivo SIO. Ringrazia a nome dei soci il prof. Felisati per l'importante contributo apportato alla stesura del nuovo statuto. L'Assemblea approva all'unanimità il nuovo statuto alla presenza del notaio dr. Paolillo e incarica il Segretario di predisporre la pubblicazione sull'ACTA Otorhinolaryngologica Italica (allegato n. 1).

Il Presidente illustra il lavoro svolto durante il suo mandato. Sono state effettuate cinque riunioni del Consiglio Direttivo nelle quali sono stati affrontati e risolti numerosi problemi della Società. È stata promossa una maggiore collaborazione con le altre Società che operano in campo ORL (AIOLP-SIA-AIAC-SIOP-AICEF-SIFEL) ed è stato costituito un Comitato dei Presidenti.

Il Segretario prof. Ralli ricorda che durante l'anno sociale è stata ristrutturata la sede sociale di via Pigorini.

Il dr. Radici (Tesoriere) presenta il bilancio consuntivo dell'anno sociale 2004/05 e quello di previsione 2005-06 (allegati n. 2-3). Il dr. Radici sottolinea che il contributo che viene alla SIO dalla organizzazione dei Congressi Nazionali permette di mantenere i conti in sostanziale pareggio. Propone di sospendere la spedizione della rivista ACTA Otorhinolaryngologica Italica ai soci non in regola con la quota annuale e di sospendere l'invio della Relazione Ufficiale ai soci non in regola da 2 anni. L'assemblea approva all'unanimità il bilancio consuntivo e quello preventivo.

Prende la parola il Presidente dell'AOOI dr. Piemonte, che riferisce brevemente sulla attività dell'Associazione nel corso dell'anno e sottolinea la stretta collaborazione con la componente universitaria e con quella dei liberi professionisti.

Subito dopo il Presidente della AUORL prof. Conticello sintetizza l'attività dell'associazione sotto l'aspetto culturale, scientifico, organizzativo e societario. Ringrazia i colleghi AOOI per la collaborazione e per lo spirito amichevole con cui sono state portate avanti numerose iniziative e sottolinea che lo spirito unitario renderà possibile la riappropriazione di patologie che altre discipline cercano di erodere alla Otorinolaringoiatria.

Il Presidente del SUOI dr. Poerio ricorda che il nuovo statuto della SIO non prevede iniziative sindacali. Il SUOI tuttavia continuerà autonomamente a svolgere la propria funzione.

Il dr. Chiesa, Direttore della ACTA Otorhinolaryngologica Italica, riferisce sulle iniziative prese durante l'anno sociale quali l'istituzione dell'*International Scientific Board* con autorevoli rappresentanti ORL di tutto il mondo, la suddivisione degli argomenti della rivista in *review*, *original papers*, *teaching case*, *history corner*, Notiziario SIO, Congressi e Convegni.

Il dr. Chiesa riferisce che sono stati sottoposti alla rivista 35 lavori nel 2005 di cui 4 provenienti dall'estero e che i tempi di valutazione sono stati ridotti.

Le iniziative contribuiranno ad ottenere un *impact factor*.

Il prof. Laudadio ricorda i soci scomparsi nell'anno sociale.

Si procede all'esame delle domande di iscrizione dei nuovi soci che l'Assemblea approva all'unanimità (allegato n. 4).

L'Assemblea discute sull'importo della quota associativa e delibera di non modificarlo.

Il dr. Radici ricorda che le penalità per i soci non in regola con i pagamenti sono abolite ancora per un anno.

Il Presidente comunica che la Tavola Rotonda del Congresso Nazionale SIO 2006 sarà affidata al prof. A. Quaranta con il titolo "Clinica e terapia delle paralisi del nervo facciale" mentre è stata affidata al Prof. Conticello la Relazione Ufficiale del Congresso Nazionale della SIO 2007 con il titolo "Patologia neoplastica benigna e maligna della ghiandola tiroide".

Si procede alla votazione dei temi per le comunicazioni scientifiche al prossimo Congresso Nazionale SIO 2006. Vengono nominati scrutatori i proff. Ruggiu, Dalla Vecchia e Bergamini.

La AOOI presenta i seguenti temi:

1. Progressi tecnologici e clinico-terapeutici in fibro endoscopia ORL (Casolino)
2. Complicanze della Tracheotomia (Succo-Colombo)
3. La patologia del setto nasale (eccetto la deviazione) (Presutti)
4. Il trattamento dei carcinomi del seno piriforme (Rizzotto)

L'AUORL presenta i seguenti temi:

1. Tumori dell'osso temporale (Filipo)
2. Senescenza in ORL (Mora)
3. Problemi riabilitativi in oncologia cervico-cefalica (Cortesina)
4. Le ricorrenze della vertigine (Ralli)

Alla votazione sono risultate le seguenti preferenze:

AOOI

Tema n. 1 = voti 30

Tema n. 2 = voti 16

Tema n. 3 = voti 23

Tema n. 4 = voti 14

AUORL

Tema n. 1 = voti 27

Tema n. 2 = voti 5

Tema n. 3 = voti 16

Tema n. 4 = voti 23

Conseguentemente i temi delle comunicazioni al prossimo Congresso Nazionale risultano essere i seguenti:

- Progressi tecnologici e clinico-terapeutici in fibro endoscopia ORL (Casolino)
- La patologia del setto nasale (eccetto la deviazione) (Presutti)
- Tumori dell'osso temporale (Filipo)
- Le ricorrenze della vertigine (Ralli)

Il Presidente Laudadio comunica i nomi dei componenti il nuovo Consiglio Direttivo dell'AUORL in carica per il biennio 2005/07:

Alberto Rinaldi Ceroni
 Raffaele Fiorella
 Salvatore Restivo
 Salvatore Conticello
 Alberto Staffieri
 Agostino Serra
 Nicola Quaranta
 Francesco Galletti
 Roberto Albera
 Luisa Bellussi
 Vincenzo Cappello
 Maria Lauriello

Sono stati eletti per il biennio 2005/07 il Presidente dell'AUORL, prof. Alberto Rinaldi Ceroni, e i Vice Presidenti, prof. Raffaele Fiorella e Agostino Serra.

Sono stati inoltre eletti per lo stesso biennio in seno all'AUORL quali revisori dei conti i prof. Gallo e Grillo e quali membri del collegio dei probiviri i prof Ferrara, Maurizi, Motta Giovanni, Puxeddu e Sartoris.

Sono stati inoltre designati dalla AUORL nel Comitato Permanente di Aggiornamento dello statuto e del regolamento SIO, i prof. Pia, Ottaviani Francesco, Motta S. L'AUORL ha designato in seno all'EUFOS il prof Quaranta A e nell'IFOS il prof. Conticello. L'AOOI ha designato per l'IFOS il dr. Piemonte e ha confermato nell'EUFOS il prof. Laudadio.

Il Presidente informa l'Assemblea che la Commissione per l'assegnazione del premio unico SIO ha aggiudicato il II e il III premio.

Il Presidente chiude l'assemblea

Il Presidente
 (prof. Pasquale Laudadio)

Il Segretario
 (prof. Giovanni Ralli)

Riunione del Consiglio Direttivo e dell'organo di Consulenza della SIO, Roma 8 ottobre 2005

Alle ore 11.00 del 8 ottobre 2005 presso la sede in via Pigorini, 6 a Roma si riunisce il Consiglio Direttivo e l'Organo di Consulenza della SIO per discutere e deliberare sull'ordine del giorno presentato dal Presidente.

Alla riunione sono presenti: Cappello, Casolino, Celestino (Bibliotecario), Colombo, Conticello (Vice Presidente), Coppo, De Benedetto (Vice Presidente), De Campora, Fiorella, Galli, Ghirlanda, Mora (Presidente) Livi, Laudadio, Passali D, Perfumo, Piemonte, Radici (Tesoriere), Ralli (Segretario), Rinaldi Ceroni, Sperati, Villari.

Sono assenti giustificati: Passali GC (Segretario del Presidente), Giordano, Presutti, Grammatica.

Il Presidente Enzo Mora apre la seduta ringraziando i membri del Consiglio Direttivo e dell'Organo di Consulenza per la loro presenza.

Procede alla lettura dell'ordine del giorno:

Letture ed approvazione del verbale della riunione precedente

Delegati Regionali

Revisione del Regolamento

Relazione Congresso nazionale SIO Roma

Relazione Congresso mondiale

Simposi SIO

Adeguamento Sede

Varie ed eventuali

Letture e approvazione del verbale della seduta precedente

Ralli legge il verbale della precedente riunione del Comitato Direttivo tenutosi a Roma il 24 giugno 2005. I componenti del Consiglio Direttivo lo approvano all'unanimità.

Comunicazioni del Presidente

Il Presidente, prof Mora, ricorda di aver inviato una lettera ai componenti del Consiglio Direttivo SIO nel luglio 2005 nella quale ha esposto le linee programmatiche del proprio mandato.

I punti qualificanti sono:

- a. proseguire con impegno verso il decentramento delle attività della SIO con l'apertura delle varie sedi regionali e con la nomina dei rispettivi responsabili;
- b. organizzare presso la sede SIO di Roma una serie di manifestazioni scientifiche a carattere tutoriale con crediti ECM riservati ai soci SIO.

Revisione del Regolamento

Il CD prende atto del lavoro fatto dal "Comitato di revisione dello statuto e del regolamento" per l'elaborazione del nuovo regolamento. Il nuovo testo è in sintonia con lo statuto recentemente approvato dalla Assemblea di Roma del 24 giugno 2005 come richiesto dal Ministero della Salute. Un particolare ringraziamento viene espresso ai prof. Felisati, Sperati e Perfumo che hanno contribuito sostanzialmente ai lavori della commissione. In considerazione della delicatezza della materia si decide, su proposta di Perfumo, di spedire a tutti i componenti del CD una copia del nuovo regolamento per permettere loro di approfondirlo. La sua approvazione viene rimandata alla successiva riunione del CD.

Relazione Congresso Nazionale SIO Roma

Il prof. Mora che ha organizzato il Congresso SIO di Roma riferisce del successo organizzativo e scientifico della manifestazione. Il Congresso è durato solo 3 giorni per dare spazio al Congresso Mondiale IFOS e malgrado il tempo ridotto ha registrato una massiccia presenza di Colleghi a testimonianza del credito scientifico della Società.

Relazione Congresso Mondiale IFOS

Passali riferisce che i partecipanti al Congresso mondiale IFOS di Roma sono stati 4500. Il Congresso si è svolto regolarmente ed è stato giudicato da un sondaggio pubblicato su ENTnews il migliore congresso mondiale mai svolto finora, in particolare, dal punto di vista scientifico. In questa occasione stato distribuito il libro "Italian ORL Society - Past and Present" sulla storia della SIO scritto dai prof. Dino Felisati e Giorgio Sperati. Passali riferisce inoltre di aver aperto un convezionale con l'azienda dell'aria condizionata a causa dei ripetuti disservizi avvenuti durante l'evento. Da quest'anno, la Presidenza della IFOS sarà italiana fino al prossimo congresso che si svolgerà a San Paolo del Brasile nel giugno del 2009.

Simposi SIO

Il prof. Mora propone di organizzare presso la sede di via Pigorini delle manifestazioni scientifiche con ECM, riservate ai soci, in forma gratuita. L'ipotesi di lavoro è quella di programmare ogni 2 mesi un aggiornamento intitolato "Simposio SIO". L'argomento sarà monotematico e sarà svolto da più relatori. Il prof. Mora ritiene opportuno creare un comitato scientifico responsabile della organizzazione e di un comitato organizzativo che provveda alle pratiche ECM e di segreteria.

Si apre una vivace discussione: Perfumo ribadisce l'opportunità che i Simposi siano frequentati da tutti i soci in particolare da quelli residenti in regioni lontane dalla sede. De Campora richiama l'attenzione sulla inflazione dei corsi e congressi e sulla inevitabile crisi di frequentazione. Casolino considera importante dare un taglio tutoriale ai Simposi. De Benedetto afferma che l'iniziativa è opportuna poiché offre una occasione di aggiornamento scientifico ai soci; pertanto occorre fare attenzione alla qualità dei corsi e alle sue modalità. Propone che lo stesso corso svolto a Roma possa essere ripetuto nelle altre sedi regionali. Sperati afferma che i Simposi possono rappresentare l'occasione per far conoscere la sede a tutti i soci. Conticello richiama l'attenzione sui costi e si dichiara favorevole all'iniziativa. Celestino raccomanda di svolgere argomenti di taglio pratico. L'esperienza maturata potrà essere sfruttata nelle sedi regionali. Piemonte richiama l'attenzione del CD sui problemi della sicurezza della sede; l'organizzazione dei Simposi risponde alle richieste del Ministero della salute che verificherà le attività delle società scientifiche. Piemonte ritiene che i corsi possano essere offerti gratis ai soci e, stimando una alta richiesta, propone di riservare ai soci residenti fuori dal Lazio il 75% dei posti. Infine Radici ritiene che i Simposi siano da considerare positivamente poiché attrarranno in SIO i soci più giovani.

Il CD approva all'unanimità l'iniziativa di organizzare i Simposi SIO.

Viene nominato un *comitato tecnico* di cui fanno parte il Presidente, il Segretario e i delegati dei Presidenti AOOI e AUORL prof. Modugno e Magnani. Il compito del comitato tecnico è quello di presentare una bozza di programma per l'anno 2006, considerando le indicazioni emerse dalla discussione e cioè: durata del Simposio di 1 giornata con periodicità bimestrale. Verrà nominato un responsabile per ogni sessione che potrà essere coadiuvato da collaboratori.

Il CD prevede la nomina di un *comitato organizzatore* che dovrà provvedere alla richiesta ECM.

Adeguamento Sede

Ralli presenta i preventivi per l'adeguamento della sede sia per ottemperare alle norme di sicurezza (apertura di una porta finestra verso il giardino), sia per rendere la sede adatta ad ospitare i Simposi SIO. Il CD approva.

Varie ed eventuali

De Benedetto riferisce la richiesta da parte di un funzionario della commissione stato-regioni di una classificazione moderna degli interventi ORL in alta, media e piccola chirurgia. Un documento ufficiale in tal senso prodotto dalla SIO potrebbe contribuire ad un più giusto riconoscimento della attività chirurgica dei reparti ORL. Si apre una discussione a cui partecipano De Benedetto, Piemonte, Mora, Perfumo, Casolino, Conticello, De Campora, Vieri e Colombo; Il CD riconosce l'importanza di una propria presa di posizione e nomina una "Commissione per la riclassificazione degli interventi chirurgici ORL" composta dai prof. Piemonte, De Campora, Ralli, Casolino, Passali, De Benedetto con il compito di presentare una propria proposta alle prossime riunioni del CD. Infine, Piemonte ribadisce l'opportunità che le iniziative della AOOI e AUORL siano considerate a tutti gli effetti iniziative SIO e propone che alle manifestazioni SIO AUORL e AOOI i soci SIO possano ottenere uno sconto sulla iscrizione.

Il Presidente ringrazia i presenti ed non essendoci altro da deliberare chiude il CD.

Il Presidente
(prof. Enzo Mora)

Il Segretario
(prof. Giovanni Ralli)

Riunione del Consiglio Direttivo e dell'organo di Consulenza della SIO, Sestri Levante 3 dicembre 2005

Alle ore 12.00 del 3 dicembre 2005 a Sestri Levante presso la sede del 51° Raduno annuale del gruppo ORL Alta Italia si riunisce il Consiglio Direttivo e l'Organo di Consulenza della SIO per discutere e deliberare sull'ordine del giorno presentato dal Presidente.

Alla riunione sono presenti: Cappello, Casolino, Colombo, Celestino, Chiesa, Conticello (Vice Presidente), De Benedetto (Vice Presidente), Mora (Presidente) Giordano, Laudadio, Livi, Marcucci, Rinaldi Ceroni, Piemonte, Perfumo, Ralli (Segretario), Sartoris, Camaioni e Sperati.

Sono assenti giustificati Radici (Tesoriere) Fiorella, Grammatica, Presutti, Villari V, Galli, Passali GC (Segretario del Presidente).

Il Presidente, Enzo Mora, apre la seduta ringraziando il prof. Salami per l'ospitalità data al Consiglio Direttivo. Procede alla lettura dell'ordine del giorno.

Lettura ed approvazione del verbale della riunione precedente

Comunicazioni del Presidente.
Regolamento.
Simposi SIO.
Delegati regionali.
Varie ed eventuali.

Lettura e approvazione del verbale della seduta precedente

Ralli legge il verbale della precedente riunione del Comitato Direttivo tenutosi a Roma il 8 ottobre 2005. Il CD approva all'unanimità.

Comunicazioni del Presidente

Il Presidente riferisce che tutte le copie della monografia SIO "Italian ORL Society – past and present" scritta dal prof. Felisati e dal prof. Sperati sono state distribuite e che da più parti ne è stata sollecitata la ristampa. Si apre una discussione a cui partecipano Sperati, Ralli, Piemonte da cui emerge l'opportunità di disporre di un numero sufficiente di copie per rispondere sia alle richieste già pervenute sia alle probabili esigenze future. In effetti De Benedetto ricorda che il prof. Passali è stato eletto Presidente dalla IFOS e che la carica durerà 4 anni. In questo periodo sarà opportuno distribuire una copia della monografia alle società straniere. Il CD dopo aver valutato i costi incarica il prof. Sperati di contattare la casa editrice per la ristampa di 500 copie del volume.

Regolamento

Il prof. Mora ricorda di aver inviato ai membri del CD copia del nuovo regolamento da approvare. Il CD analizza il nuovo regolamento proposto dalla Commissione per l'aggiornamento dello statuto e del regolamento. Vengono in particolare discusse alcune proposte fatte da Ghirlanda, De Benedetto, Casolino e Piemonte. Il CD approva il nuovo regolamento e dà mandato al segretario di pubblicarlo su un supplemento dell'Acta insieme al nuovo statuto.

Simposi SIO

Il Presidente riferisce che il comitato tecnico per i Simposi SIO (Modugno Magnani) ha elaborato un documento in cui sono suggerite alcune raccomandazioni per ottimizzare l'iniziativa. Piemonte legge il documento di Magnani mentre Rinaldi Ceroni quello di Modugno. Il CD ringrazia per il contributo che ritiene utile per il successo dell'iniziativa. Il CD incarica il prof. Livi di organizzare un Simposio intitolato "Chirurgia della staffa e dell'orecchio medio" il prof. Chiesa un Simposio "Chirurgia della tiroide" e il prof. Celestino un Simposio "Clinica della vertigine". Incarica il Segretario di provvedere alla organizzazione e alla richiesta dei crediti ECM.

Delegati regionali

Il Presidente Mora ribadisce l'utilità della nomina dei delegati regionali e ritiene insieme a tutto il CD che siano i soci delle singole regioni ad esprimere le candidature. Il CD approva il metodo.

Varie ed eventuali

Ralli propone di raccogliere le lettere inviate dai Presidenti SIO in occasione degli auguri ai soci per le festività di Natale. Le lettere potranno essere raccolte in un archivio presso la sede. Il CD approva.

Non essendovi altro da deliberare, il Presidente chiude la riunione.

Il Presidente
(prof. Enzo Mora)

Il Segretario
(prof. Giovanni Ralli)

Riunione del Consiglio Direttivo e dell'organo di Consulenza della SIO, Rimini 3 marzo 2006

Alle ore 13.30 del 3 marzo 2006 a Rimini presso la sede del Academy AUORL si riunisce il Consiglio Direttivo e l'Organo di Consulenza della SIO per discutere e deliberare sull'ordine del giorno presentato dal Presidente.

Alla riunione sono presenti: Cappello, Casolino, Chiesa, De Benedetto (Vice Presidente), Fiorella Mora (Presidente) Giordano, Laudadio, Livi, Marcucci, Motta G, Rinaldi Ceroni, Passali, Passali GC (Segretario del Presidente), Piemonte, Perfumo, Presutti, Puxeddu, Ralli (Segretario), Villari, Zaoli, Sperati.

Sono assenti giustificati Radici (Tesoriere), Grammatica, Galli V, Colombo.

Il Presidente, Enzo Mora, apre la seduta ringraziando il prof. Rinaldi Ceroni per l'ospitalità data al Consiglio Direttivo.

Procede alla lettura dell'ordine del giorno.

Lettura ed approvazione del verbale della riunione precedente

Comunicazioni del Presidente.

Proposte di linee guida in ambito SIO.

Varie ed eventuali.

Lettura e approvazione del verbale della seduta precedente

Ralli legge il verbale della precedente riunione del Comitato Direttivo tenutosi a Sestri Levante il 3 dicembre 2005.

Il CD approva all'unanimità.

Comunicazioni del Presidente

Il Presidente, prof. Mora, ritiene opportuno aumentare la visibilità della Tavola rotonda del Congresso Nazionale SIO; ricorda che gli atti della Tavola rotonda vengono pubblicati sull'organo ufficiale di stampa della SIO "Acta Otorhinolaryngologica Italica" tuttavia, durante il suo svolgimento, possono essere svolte altre manifestazioni scientifiche. Il Presidente chiede al CD di integrare il regolamento con una indicazione *ad hoc*. Si apre una animata discussione a cui partecipano De Benedetto, Laudadio, Casolino, Perfumo, Mora, Piemonte, Sperati, Fiorella.

Il CD approva a maggioranza la variazione dell'art. 39 del regolamento (... durante lo svolgimento della relazione e della tavola rotonda non dovranno essere organizzate altre manifestazioni scientifiche).

Il Presidente riferisce che a nome della SIO è stata presentata al Ministero della Salute la domanda per diventare Provider. I funzionari del ministero hanno verbalmente dato ampie assicurazioni per un esito positivo della domanda e nello stesso tempo hanno autorizzato la SIO a richiedere in modo autonomo i crediti ECM per i Simposi SIO. Il CD incarica il dr. Nola.

Il Presidente informa i presenti di aver ricevuto da parte del prof. Villani, Presidente della Società Italiana di Otorinolaringoiatria Pediatrica (SIOP) la richiesta di affiliazione alla SIO e nello stesso tempo il permesso di stabilire in via Pigorini la propria sede legale. Il CD approva all'unanimità.

Proposte di linee guida in ambito SIO

Il prof. De Benedetto ritiene che uno dei compiti più importanti di una società scientifica sia quello di impegnarsi nel produrre dei documenti su temi di interesse clinico che abbiano il valore di linee guida. Ritiene che la SIO debba definire un progetto in grado di coinvolgere tutti i soci e che nel prossimo futuro sia in grado di definire linee guida sui numerosi temi di otorinolaringoiatria. Le proposte accettate dovrebbero essere discusse durante il Congresso Nazionale e pubblicate sulla rivista ACTA.

De Benedetto propone i seguenti argomenti e coordinatori:

"Tumori del cavo orale e dell'orofaringe", coordinatore Fausto Chiesa.

"Protesizzazione acustica", coordinatore Carlo Giordano.

"Ruolo della terapia termale nella patologia ORL", coordinatore Desiderio Passali.

"Modelli diagnostico terapeutici della rinosinopatia", coordinatore Vicini.

I proff. Fiorella e Passali mettono in risalto che le linee guida non sono vincolanti e che rappresentano un utile approfondimento del tema alla luce delle proprie esperienze personali. De Benedetto afferma che le linee guida sono per definizione delle proposte e costituiscono un documento di riferimento condiviso e ufficiale e sono patrimonio della società scientifica che la ha prodotta. Chiesa afferma che le linee guida hanno lo scopo di aiutare i colleghi nelle loro decisioni e rappresentano lo stato dell'arte in un determinato argomento. I proff. Giordano e Casolino ritengono che la produzione di linee guida sia un dovere della nostra società e nello stesso tempo è importante che siano condivise e seguite dai soci.

Il CD approva l'iniziativa all'unanimità e augura buon lavoro ai coordinatori.

Varie ed eventuali

Il CD nomina i membri della commissione di valutazione del premio unico SIO e del premio Arslan, i prof. Staffieri, Fiorella, Cappello, Fois, Leone e Bruschini; membri supplenti Albera e Carluccio.

Non essendovi altro da deliberare, il Presidente chiude la riunione.

Il Presidente
(prof. Enzo Mora)

Il Segretario
(prof. Giovanni Ralli)

Riunione del Consiglio Direttivo e dell'organo di Consulenza della SIO, Bologna 30 maggio 2006

Alle ore 13.30 del 30 maggio 2006 a Bologna presso la sede del Congresso Nazionale SIO si riunisce il Consiglio Direttivo e l'Organo di Consulenza della SIO per discutere e deliberare sull'ordine del giorno presentato dal Presidente.

Alla riunione sono presenti: Cappello, Casolino, Chiesa, Colombo, De Benedetto (Vice Presidente), De Campora, Fiorella, Miani P, Miani, Mora (Presidente), Galli V, Giordano, Grammatica, Laudadio, Livì, Marcucci, Rinaldi Ceroni, GC Passali (Segretario del Presidente) Piemonte, Perfumo, Presutti, Radici (Tesoriere), Ralli (Segretario), Villari, Zaoli e Sperati.

Il Presidente, Enzo Mora, apre la seduta del Consiglio Direttivo e procede alla lettura dell'ordine del giorno.

Letture e approvazione del verbale della seduta precedente

Comunicazioni del Presidente

Bilancio consuntivo anno sociale 2005/06

Bilancio preventivo anno sociale 2006/07

Premi SIO

Nuovi soci

Quota associativa

Varie ed eventuali

Letture e approvazione del verbale della seduta precedente

Ralli legge il verbale della precedente riunione del Comitato Direttivo tenutosi a Rimini il 3 marzo 2006.

Il CD approva all'unanimità.

Comunicazioni del Presidente

Il Presidente, prof Mora informa che il 6 maggio si è tenuto presso la sede di Roma il primo Simposio SIO intitolato "Chirurgia della staffa e delle otiti croniche" tenuto dal prof. Livì coadiuvato dai proff. Paludetti e Ralli. I soci, in maggioranza giovani, che hanno partecipato hanno espresso la loro soddisfazione per l'impostazione del Simposio. In questa occasione hanno potuto visitare la sede ed hanno in particolare apprezzato il museo e la biblioteca. Il prof. Mora ricorda che i prossimi simposi si terranno il 24 giugno e il 28 ottobre. Il simposio "Diagnosi e terapia del nodulo tiroideo" che verrà condotto dal prof. Chiesa ha ottenuto dal Ministero della Salute 7 crediti ECM. La sede è stata attrezzata con un nuovo computer ed un video schermo.

Il Presidente commemora i 10 soci deceduti nel corso dell'anno sociale.

Bilancio consuntivo anno sociale 2005/06

Il Tesoriere dr. Radici puntualizza che l'anno sociale analizzato risulta più breve di un mese rispetto alla norma poiché il 92° Congresso Nazionale SIO si è svolto alla fine del mese di Giugno appena prima del Congresso Mondiale IFOS. Radici giudica buona la situazione economica della società: presenta in dettaglio le spese sostenute per un importo di 141.131,96 Euro e subito dopo le entrate per un importo di 151.110,57 Euro. Il Tesoriere riferisce che il 77% dei soci risulta in regola con la quota associativa.

Risulta un residuo attivo di 222.295,37 Euro investiti quasi totalmente in BOT; invariato il patrimonio immobiliare.

Il dr. Radici ricorda che quest'anno è stato possibile reintegrare totalmente i contributi SIO alla AOOI e alla AUORL e al raggruppamento dei liberi professionisti. Ringrazia il prof. Laudadio che ha assorbito totalmente le spese della Relazione Ufficiale presentata a Bologna. Lamenta un ritardo nella acquisizione del 10% delle quote di iscrizione del Congresso Nazionale di Roma provocato dalla laboriosità dei conteggi. De Campora propone che il contributo venga di norma versato alla chiusura del congresso.

Bilancio preventivo anno sociale 2006/07

Il Tesoriere presenta in dettaglio il bilancio preventivo che prevede un sostanziale pareggio delle uscite e delle entrate: uscite pari a 171.000 Euro ed entrate pari a 182.500 Euro.

Premi SIO

Il CD bandisce per il prossimo anno sociale il premio unico SIO "Bilancioni, Ferreri, Gradenigo" di 6.100 Euro suddiviso in un primo, secondo, e terzo classificato. Viene bandito anche il premio Arslan.

Nuovi soci

Il Segretario Ralli comunica che sono giunte 54 nuove domande di iscrizione alla SIO. Il CD approva le domande per la propria competenza e riserva l'approvazione definitiva da parte della Assemblea

Quota sociale 2006-07

Il CD su indicazione del tesoriere decide di mantenere la quota associativa invariata di 80 euro e di 54 euro per i soci con 5 anni di laurea e di 40 euro per i membri associati.

Varie ed eventuali

Il CD ringrazia il dr. Nola che ha collaborato con la segreteria per l'espletamento delle procedure informatiche per la richiesta al Ministero della salute dei crediti ECM per i simposi SIO. Su proposta del Presidente si decide di affidare tale incarico per le richieste future.

Non essendovi altro da deliberare, il Presidente chiude la riunione.

Il Presidente
(prof. Enzo Mora)

Il Segretario
(prof. Giovanni Ralli)

Avviso

I colleghi proprietari di vecchi strumenti o testi relativi alla storia della professione ORL e disposti a donarli od a venderli, sono pregati di contattare la nostra sede, nella quale sono stati allestiti il Museo storico e la Biblioteca.

Il Museo raccoglie strumenti, apparecchiature e documenti che testimoniano l'evoluzione della Otorinolaringoiatria attraverso i tempi. La sua fondazione (1998) ed il suo progressivo arricchimento sono principalmente dovuti alla sensibilità e generosità di alcuni Soci benemeriti che hanno fatto dono di vari reperti storici in loro possesso.

Attualmente sono esposti in sede oltre 200 oggetti d'epoca, ordinati in sezioni specifiche e presentati nel sito internet della Società.

La Biblioteca contiene numerosi testi d'epoca relativi alla nostra specialità.

È desiderio della Società di ampliare ed integrare queste raccolte affinché non vadano perdute preziose testimonianze sulla evoluzione storica della nostra disciplina, da trasmettere alle generazioni future.

Per eventuali donazioni o vendite, rivolgersi alla Segreteria della Società, dal lunedì al venerdì dalle ore 9,30 alle 13,30 telefonando al numero 06 44291164.

Agenda Corsi e Congressi Nazionali ed Internazionali

L'elenco è in ordine cronologico e riporta tutte le manifestazioni di cui abbiamo ricevuto notizie complete. Le manifestazioni che si svolgono in Italia sono evidenziate in **neretto**. Per registrarsi in questo elenco è necessario inviare alla Segreteria di Redazione della Rivista le notizie della manifestazione, strutturate come nell'agenda.

Secondo quanto disposto dall'Art. 8 del Regolamento S.I.O. e Ch.C.-F. i Soci che organizzino corsi, convegni o altre manifestazioni scientifiche devono darne comunicazione, secondo i termini stabiliti dai rispettivi Statuti e Regolamenti, al Segretario dell'associazione di appartenenza: A.U.O.R.L., A.O.O.I.

Maggio 2008

2nd INTERNATIONAL SPRING COURSE ON FUNCTIONAL AND AESTHETIC SURGERY OF THE NOSE

May 5-7, 2008. CASTEL SAN PIETRO TERME (BO), ITALY

Info: Segreteria Scientifica: E.N.T. Department, Castel San Pietro Terme Hospital, AUSL, Imola, Italy. Tel. +39 051 6955111/325. Fax: +39 051 6955229. E-mail: i.tasca@ausl.imola.bo.it Site: springcourse2008.com
Segreteria Esecutiva: H.T. Congressi s.r.l., via Benedetto Marcello 1, 40141 Bologna, Italy. Tel. +39 051 480826. Fax: +39 051 480582. E-mail: clara.congrex@virgilio.it Site: www.htcongressi.com

CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN MICROCHIRURGIA OTOLOGICA

May 5-9, 2008. PARMA, ITALY

Info: Segreteria Scientifica: Sig.ra B. Bandini, Università di Parma, Dipartimento di Scienze Otorino-Odontologico e Cervico-Facciali, sezione di Otorinolaringoiatria e Microchirurgia Otológica, via Gramsci 14, 43100 Parma, Italy. Tel. +39 0521 290447- 703189. Fax: +39 0521 290157.

E-mail: barbara.bandini@unipr.it Site: www.unipr.it

3rd EUROPEAN CONFERENCE ON HEAD AND NECK ONCOLOGY

May 8-10, 2008. ZAGREB, CROATIA

Info: Conference Director: Miljenko Bura, ORL Department, KBC "Zagreb", Salata 4, 10000 Zagreb, Croatia. Tel. +385 1 4852582. Fax: +385 1 14852582. E-mail: miljenko.bura@zg.htnet.hr Site: www.ehns2008-zagreb.hr
Organizing Secretariat: Penta Travel Agency, A. Hebranga 20, 10000 Zagreb, Croatia. Tel. +385 1 4553290. Fax: +385 1 4553284. E-mail: penta@penta-zagreb.hr Site: www.penta-zagreb.hr

I TRATTAMENTI DI SALVATAGGIO NEI CARCINOMI DELLA TESTA E DEL COLLO

May 9, 2008. BERGAMO, ITALY

Info: U.O. ORL e Microchirurgia della Base Cranio, Ospedali Riuniti di Bergamo, Bergamo, Italy. Tel +39 035 269288. E-mail. rtorri@ospedaliriuniti.bergamo.it

II CORSO TEORICO-PRATICO DI LARINGO-STROBOSCOPIA E FONOCIRURGIA FIBROENDOSCOPICA

May 15-16, 2008. CESENA, ITALY

Info: Segreteria Scientifica: A. Ricci Maccarini, G. De Rossi, F. Pieri, M. Limarzi, M. Ribecchi, M. Stacchini, M. Ferrini, U.O. ORL, AUSL Cesena, Italy. Tel. +39 0547 352708. Fax: +39 0547 352799. E-mail: otorino@ausl-cesena.emr.it Segreteria organizzativa: Giovanna Mazzoni, Ufficio Formazione, AUSL Cesena, Ospedale "M. Bufalini", viale G. Ghiotti 286, 47023 Cesena, Italy. Tel. +39 0547 352632. Fax: +39 0547 303948. E-mail: amazoni@ausl-cesena.emr.it

THE 3rd GLOBAL OTOLOGY-NEUROTOLOGY LIVE SURGICAL BROADCAST

May 21, 2008.

Info: www.lion-web.org

95° CONGRESSO NAZIONALE SOCIETÀ ITALIANA DI OTORINOLARINGOIATRIA E CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE

May 21-24, 2008. TORINO, ITALY

Info: Segreteria Scientifica: Clinica Otorinolaringoiatria, Università di Torino, Polo "San Luigi", Regione Gondole 10, 10043 Orbassano (TO), Italy. Tel. +39 011 9026460/463. E-mail: salvatore.conticello@unito.it Segreteria organizzativa: STILEMA, via Cavour 8, 10123 Torino, Italy. Tel. +39 011 530066. Fax: +39 011 534409 E-mail: sio2008@stilema-to.it Site: www.stilemarete.it

Giugno 2008

CORSO PRATICO DI VIDEOCHIRURGIA ENDO-SCOPICA NASO-SINUSALE – CORSO BASE

June 9-13, 2008. MILANO, ITALY

Info: Segreteria Scientifica: Davide Capone, Martino G. Pahlouloulian, U.O. Otorinolaringoiatria, Ospedale Generale di Zona "S. Giuseppe", via S. Vittore 12, 20123 Milano, Italy. Tel. +39 02 85994596. Fax: +39 02 85994819. E-mail: robertogera@tiscali.it Segreteria organizzativa: Eurocompany SRL, via Canova 19, 20145 Milano, Italy. Tel. +39 02 315532. Fax: +39 02 33609213.

E-mail: gazzolo@eurocompany.mi.it

CORSO PRATICO MONOTEMATICO: CHIRURGIA TIROIDEA

June 10-12, 2008. ROMA, ITALY

Info: Dr Barbara Pichi, Dr Paolo Marchesi, U.O. Otorinolaringoiatria, Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena" di Roma, via Elio Chianesi 53, 00144 Roma, Italy. Tel. +39 06 52665065. Fax: +39 06 52662015. E-mail: orl@ifo.it Site: www.ifo.it

8th INTERNATIONAL CHOLESTEATOMA AND EAR SURGERY CONFERENCE

June 15-20, 2008. ANTALYA, TURKEY

Info: Prof O. Nuri Ozgirgin. E-mail: ozgirgin@chole2008.org Site: www.chole2008.org

10th INTERNATIONAL OTOTOLOGY COURSE

June 26-28, 2008. BEZIERS, FRANCE

Info: Stèphanie Berna. Tel. +33 4 67356395. Fax +33 4 67356200. E-mail. contact@clinique-causse.com Site: www.clinique-causse.com/course2008

Settembre 2008

8th INTERNATIONAL SVO CONFERENCE ON HEAD & NECK CANCER

September 3-6, 2008. MESTRE – VENEZIA. ITALY

Info: Scientific Secretariat: R. Spinato, A. Abramo, S. Semenzato, Mirano (VE), Italy. Tel. +39 041 5794776. Fax: +39 041 5794799. E-mail: otorino.mirano@ulss13mirano.ven.it F. Lunghi, O. Bogian, G. Campoleti, R. Di Franco, M. Perissinotto, Monselice (PD), Italy. Tel. +39 0429 788311. Fax: +39 0429 788318. E-mail: orlmonselice@libero.it Site: www.svonet.org Organizing Secretariat: RADIOVISION di Guiscardi d'Este & C. S.n.c., via delle Industrie 142/B, 30020 Marcon (VE). Tel. +39 041 5952420/2421. Fax: +39 041 5952442. E-mail: segreteria@radiovision.it Site: www.radiovision.it

CORSO PRATICO MONOTEMATICO: CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA (nei tumori testa e collo)

September 16-18, 2008. ROMA, ITALY

Info: Dr Barbara Pichi, Dr Paolo Marchesi, U.O. Otorinolaringoiatria, Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena" di Roma, via Elio Chianesi 53, 00144 Roma, Italy. Tel. +39 06 52665065. Fax: +39 06 52662015. E-mail: orl@ifo.it Site: www.ifo.it

XIV CORSO TEORICO-PRATICO DI FONOCIRURGIA E TERAPIA LOGOPEDICA

September 16-19, 2008. CESENA, ITALY

Info: Segreteria Scientifica: A. Ricci Maccarini, F. Pieri, E. Lucchini, M.R. Malinverno, E. Bissoni, M. Magnani, M. Limarzi, M. Stacchini, U.O. ORL, AUSL Cesena, Italy. Tel. +39 0547 352708. Fax: +39 0547 352799. E-mail: otorino@ausl-cesena.emr.it Segreteria organizzativa: Giovanna Mazzoni, Ufficio Formazione, AUSL Cesena, Ospedale "M. Bufalini", viale G. Ghiotti 286, 47023 Cesena, Italy. Tel. +39 0547 352632. Fax: +39 0547 303948. E-mail: amazzoni@ausl-cesena.emr.it

112th AMERICAN ACADEMY OF ORL-HNS ANNUAL MEETING & OTO EXPO

September 21-24, 2008. CHICAGO, USA

Info: AAO-HNSF, 1 Prince Street, Alexandria VA 22314-3357, USA. Fax: +1 703 5191546. E-mail: aaomeet@entnet.org Site: www.entnet.org

THE EUROPEAN ACADEMY OF FACIAL PLASTIC SURGERY

September 24-28, 2008. DÜSSELDORF, GERMANY

Info: Prof. Ralf Siegert. E-mail: info@eafps-due2008.eu Site: www.eafps-due2008.eu – Organizing Secretariat: Boeld Communication, Bereiteranger 15, 8154 Munich, Germany. Tel. +49 89 1890460. Fax: +49 89 18904616. E-mail: info@eafps-due2008.eu

Ottobre 2008

XXXII CONVEGNO NAZIONALE DI AGGIORNAMENTO AOOI: LA VIDEOLARINGOSCOPIA

October 17-18, 2008. POLLENZO (CN), ITALY

Info: Segreteria scientifica: Dr Erika Crosetti, S.C. Otorinolaringoiatria, Ospedale "Martini", via Tofane 71, 10141 Torino, Italy. Tel. +39 011 70952305. Fax: +39 011 70952329. E-mail: e.crosetti@orlmartini.it Site: erikacro73@yahoo.com Segreteria organizzativa: STILEMA s.a.s., via Cavour 8, 10123 Torino, Italy. Tel. +39 011 5624259. Fax: +39 011 534409. E-mail: congressi@stilema-to.it Site: www.stilemarete.it

CORSO PRATICO DI VIDEOCHIRURGIA ENDOSCOPICA NASO-SINUSALE – CORSO AVANZATO

October 20-24, 2008. MILANO, ITALY

Info: Segreteria Scientifica: Davide Capone, Martino G. Pahloulouian, U.O. Otorinolaringoiatria, Ospedale Generale di Zona "S. Giuseppe", via S. Vittore 12, 20123 Milano, Italy. Tel. +39 02 85994596. Fax: +39 02 85994819. E-mail: robertogera@tiscali.it Segreteria organizzativa: Eurocompany SRL, via Canova 19, 20145 Milano, Italy. Tel. +39 02 315532. Fax: +39 02 33609213. E-mail: gazzolo@eurocompany.mi.it

Novembre 2008

CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN MICROCHIRURGIA OTOLOGICA

November 3-7, 2008. PARMA, ITALY

Info: Segreteria Scientifica: Sig.ra B. Bandini, Università di Parma, Dipartimento di Scienze Otorino-Odontologiche e Cervico-Facciali, Sezione di Otorinolaringoiatria e Microchirurgia Otológica, via Gramsci 14, 43100 Parma, Italy. Tel. +39 0521 290447 - 703189. Fax: +39 0521 290157. E-mail: barbara.bandini@unipr.it Site: www.unipr.it

CORSO DI CHIRURGIA ENDOSCOPICA DEI SENI PARANASALI E DEL BASICRANIO - AVANZATO

November 10-12, 2008. MODENA, ITALY

Info: Segreteria Scientifica: Livio Presutti, Angelo Ghidini, Struttura Complessa di Otorinolaringoiatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, Italy.

Segreteria organizzativa: Ufficio Formazione e Aggiornamento, Modena, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, Italy. Tel. +39 059 4225600. Fax +39 059 4224369. E-mail: prosen.francesca@policlinico.mo.it

CORSO PRATICO MONOTEMATICO: SVUOTAMENTI DEL COLLO

November 11-13, 2008. ROMA, ITALY

Info: Dr Barbara Pichi, Dr Paolo Marchesi, U.O. Otorinolaringoiatria, Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena" di Roma, via Elio Chianesi 53, 00144 Roma, Italy. Tel. +39 06 52665065. Fax: +39 06 52662015. E-mail: orl@ifo.it Site: www.ifo.it

Dicembre 2008

XXXVII CONVENTUS SOCIETAS ORL LATINA

December 11-15, 2008. BRAZIL

Info: www.forl.org.br/conventus Teodoro Sampaio Street 417, Pinheiros, Sao Paulo, SP, 05405000, Brazil.

Marzo 2009

5° CORSO BIENNALE INTERNAZIONALE "MILANO MASTERCLASS"
"ALLA RICERCA DELL'ECCELLENZA"

A. CHIRURGIA ENDOSCOPICA RINOSINUSALE
E DELLA BASE CRANICA

B. RINOPLASTICA

March 27-31, 2009. MILANO, ITALY

Info: Segreteria Scientifica: CQ Travel, via Pagliano 3, 20149 Milano, Italy. Tel. +39 02 4804951. Fax: +39 02 43911650. E-mail: mail@pietropalma.it Site: www.milanomasterclass.it

Giugno 2009

XIX WORLD CONGRESS OF OTO-RHINO-LARYNGOLOGY

June 1-5, 2009. SAO PAULO, BRAZIL

Info: Henrique Olival Costa, Marcos Mocellin. E-mail: info@iossaopaulo2009.com.br

Site: www.ifossaopaulo2009.com.br

