



MEDIC@LIVE

DIC 2017

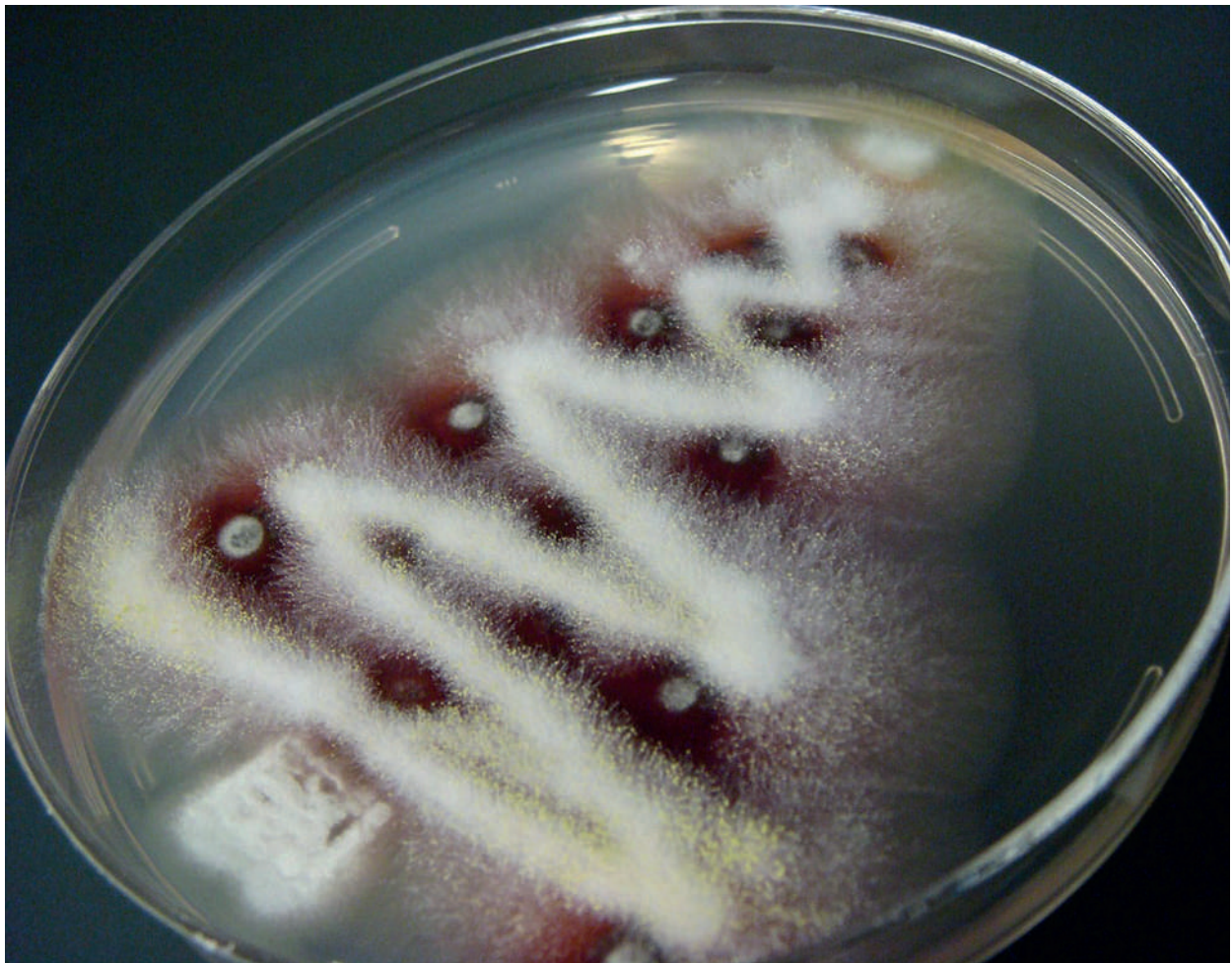
Magazine

L'informazione scientifica che corre sulla rete

Anno n. 3

www.medicalive.it

ISSN 2421 - 2180



ALL' INTERNO

pag. 4 **I MENINGIOMI DELLA CONVESSITÀ:
TRATTAMENTO CHIRURGICO E FATTORI PROGNOSTICI**

pag. 9 **EMICRANIA E CEFALEE MUSCOLO-TENSIVE:
TERAPIA CHIRURGICA MINI-INVASIVA**

pag. 13 **TRAMADOLO NEL NOME DELL'ISIS: LA DROGA DEL
"COMBATTENTE". ITALIA CROCEVIA DEL TRAFFICO DI
SOSTANZE SINTETICHE PER FINANZIARE IL TERRORISMO**

pag. 18 **BIOTESTAMENTO IN ITALIA.
APPROVATA AL SENATO LA LEGGE SUL FINE VITA**

pag. 20 **ORTOPEDIA E TERAPIA OCCUPAZIONALE**

pag. 26 **FARMACI GALENICI:
UNA SOLUZIONE SU MISURA, TRA PASSATO E FUTURO**



SOMMARIO

pag. 4

NEUROCHIRURGIA

I MENINGIOMI DELLA CONVESSITÀ: TRATTAMENTO CHIRURGICO E FATTORI PROGNOSTICI

Dott. Nicola Montano

pag. 9

CHIRURGIA PLASTICA

EMICRANIA E CEFALEE MUSCOLO-TENSIVE: TERAPIA CHIRURGICA MINI-INVASIVA

Prof. Edoardo Raposio

pag. 13

SOCIOLOGIA

**TRAMADOLO NEL NOME DELL'ISIS: LA DROGA DEL "COMBATTENTE"
ITALIA CROCEVIA DEL TRAFFICO DI SOSTANZE SINTETICHE PER FINANZIARE IL TERRORISMO**

Dott. Vincenzo Bianco

pag. 18

DIRITTO SANITARIO

BIOTESTAMENTO IN ITALIA. APPROVATA AL SENATO LA LEGGE SUL FINE VITA

Avv. Angelo Russo

pag. 20

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ORTOPEDIA E TERAPIA OCCUPAZIONALE

Dott. Roberto Urso

pag. 26

FARMACIA

FARMACI GALENICI: UNA SOLUZIONE SU MISURA, TRA PASSATO E FUTURO

Dott. Renzo Scaglioni



I PROSSIMI EVENTI

CURARE IL PAZIENTE CON DISFUNZIONE ERETTILE. PREVENZIONE, EFFICACIA E DISCREZIONE

10 Febbraio 2018 - Catania

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in Endocrinologia,
Medicina Interna, Urologia
ECM 7,8

MANIPOLAZIONE FASCIALE di Luigi Stecco - I e II Livello

I livello: 16-17-18 Febbraio/16-17-18 Marzo 2018 - Bari

II livello: 18-19-20 Maggio/15-16-17 Giugno 2018 - Bari

Massimo 32 partecipanti tra Fisioterapisti e possessori di titolo equipollente e Studenti iscritti al 3° anno del CdI in Fisioterapia e che entro il 10 Giugno 2018 conseguiranno la Laurea in Fisioterapia
ECM 50

IL DOLORE CRONICO NON ONCOLOGICO

17 Febbraio 2018 - Cosenza

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in: Anestesia e Rianimazione,
Medicina Fisica e Riabilitazione, Neurologia, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria, Reumatologia; Farmacisti
ECM 6

LA GESTIONE DELLO SCOMPENSO CARDIACO OGGI

24 Febbraio 2018 - Acireale

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in: Anestesia e Rianimazione, Angiologia, Cardiologia, Geriatria, Medicina Fisica e Riabilitazione, Medicina Interna, Malattie dell'Apparato Respiratorio;
20 Fisioterapisti; 10 Infermieri professionali; 5 Psicologi
ECM 6

CORSO DI CONTROLLO MOTORIO E RIEQUILIBRIO MUSCOLARE

3-4 Marzo, 7-8 Aprile, 12-13 Maggio, 9-10 Giugno 2018 - Acireale

Fisioterapisti
ECM 50

LA TERAPIA CON ONDE D'URTO IN ORTOPEDIA

3 Marzo 2018 - Taranto

Medici di medicina generale (MMG) e specialisti in: Medicina dello Sport, Medicina Fisica e Riabilitazione, Ortopedia e Traumatologia, Radiologia
ECM 5

LA MALATTIA PSORIASICA: ASPETTI CLINICI E TERAPEUTICI

10 Marzo 2018 - Ragusa

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in: Dermatologia e Venereologia, Medicina Fisica e Riabilitazione, Ortopedia e Traumatologia, Reumatologia
ECM 5



V FOCUS REUMATOLOGICO

16-17 Marzo 2018 - Modica

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in: Reumatologia, Radiologia, Ortopedia e Traumatologia, Fisiatria, Pediatria, Medicina dello Sport, Farmacisti, Organizzazione dei servizi sanitari di base
ECM 13

LE INSTABILITÀ GLENO-OMERALI

17-18 Marzo 2018 - Forlì

Fisioterapisti
ECM 19,5

I° CONGRESSO ARTEMISIA

IL MEDICO DI FAMIGLIA OGGI: IL CONFRONTO MULTIDISCIPLINARE NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE

24 Marzo 2018 - Catania

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in: Andrologia, Anestesia e Rianimazione, Malattie dell'Apparato Respiratorio; Medicina Fisica e Riabilitazione; Ginecologia e Ostetricia; Ortopedia e Traumatologia, Reumatologia; Urologia
ECM 9

3° CONGRESSO REGIONALE CReI Sicilia 2018

6-7 Aprile 2018 - Messina

Medici chirurghi specialisti in: Medicina Generale (Medici di Famiglia), Ortopedia e Traumatologia, Reumatologia, Medicina Fisica e Riabilitazione, Medicina dello Sport, Radiodiagnostica, Dermatologia; Farmacisti, Fisioterapisti
ECM 8

CORSO TEORICO-PRATICO SULLE PATOLOGIE GOMITO-MANO

14-15 Aprile 2018 - Forlì

Fisioterapisti e Terapisti occupazionali
ECM 20,8

L'APPROCCIO DIAGNOSTICO TERPAUTICO ALLA LOMBALGIA

20 Aprile 2018 - Acicastello (CT)

Medici di Medicina Generale (Medici di Famiglia)
ECM 5

LA TERAPIA DEL DOLORE NELLA GESTIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA

21 Aprile 2018 - Catania

Medici chirurghi specialisti in: Medicina Generale (Medici di Famiglia), Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Continuità assistenziale, Endocrinologia, Medicina Fisica e Riabilitazione, Ortopedia e Traumatologia, Otorinolaringoiatria
ECM 6

LE ORTESI POLSO-MANO NELLA RIABILITAZIONE CONSERVATIVA E POST-CHIRURGICA

5-6 Maggio 2018 - Catania

Medici Chirurghi specialisti in: Medicina Fisica e Riabilitazione, Ortopedia e Traumatologia, Medicina dello Sport, Reumatologia; Fisioterapisti; Terapisti Occupazionali
ECM 16,9

I MENINGIOMI DELLA CONVESSITÀ: TRATTAMENTO CHIRURGICO E FATTORI PROGNOSTICI



Dott. Nicola Montano

Neurochirurgo

Dottore di Ricerca in
Neuroscienze

Istituto di Neurochirurgia

Fondazione PU A.Gemelli

Università Cattolica del
Sacro Cuore, Roma

Bibliografia

1) Hasseleid BF, Meling TR, Rønning P, Scheie D, Helseth E. Surgery for convexity meningioma: Simpson Grade I resection as the goal: clinical article. *J Neurosurg.* 2012 Dec;117(6):999-1006.

2) Lamszus K. Meningioma pathology, genetics, and biology. *J NeuropatholExpNeurol* 2004;63: 275-286.

3) McCarthy BJ, Davis FG, Freels S et al. Factors associated with survival in patients with meningioma. *J Neurosurg* 1998;88:831-839.

4) Morokoff AP, Zauberman J, Black PM. Surgery for convexity meningiomas. *Neurosurgery.* 2008; 63:427-434

5) Nanda A, Bir SC, Maiti TK, Konar SK, Missios S, Guthikonda B. Relevance of Simpson grading system and recurrence-free survival after surgery for World Health Organization Grade I meningioma. *J Neurosurg.* 2017 Jan;126(1):201-211.

6) Sankila R, Kallio M, Jääskeläinen J et al. Long-term survival of 1986 patients with intracranial meningioma diagnosed from 1953 to 1984 in Finland. Comparison of the observed and expected survival rates in a population-based series. *Cancer* 1992;70:1568-1576.

7) Saraf S, McCarthy BJ, Villano JL. Update on Meningiomas. *Oncologist.* 2011 Nov; 16(11): 1604-1613.

8) Simpson D. The recurrence of intracranial meningiomas after surgical treatment. *J NeurolNeurosurg Psychiatry.* 1957 20:22-39

Abstract

Meningiomas arise from arachnoidal cells of the leptomeninges and may occur anywhere arachnoidal cells are located. Tumor location is a critical factor determining prognosis and the surgical resectability. In fact convexity meningiomas can be cured by surgery while meningiomas in other locations such as cranial base or posterior cranial fossa present surgical problems due to the vascular and cranial nerve involvement. Thus convexity meningiomas represent a subgroup with better prognosis compared to other locations. The aim of this article was to report on two cases of convexity meningiomas (a benign and an atypical meningioma) and review the literature about the prognostic factors associated to survival and recurrence. Convexity meningiomas can be efficiently treated with surgical resection. In most of cases a total resection is possible and this factor is strongly associated to a good prognosis in benign and atypical meningiomas. The improvement of surgical technique with the use of neuronavigation permits a total resection with less invasive approaches.

I meningiomi originano dalle cellule aracnoidee delle meningi e pertanto possono localizzarsi a qualsiasi livello dove siano presenti tali cellule. La localizzazione del tumore è un fattore critico nel determinare la prognosi e la possibilità di una resezione chirurgica efficace. Infatti, i meningiomi della convessità, possono essere curati dalla chirurgia mentre i meningiomi di altre localizzazioni, ad esempio la base cranica, presentano una maggiore difficoltà chirurgica dovuta al coinvolgimento di vasi e nervi cranici. Pertanto i meningiomi della convessità rappresentano un sottogruppo a migliore prognosi. In questo articolo vengono riportati due casi di meningioma della convessità (un caso di meningioma benigno e un caso di meningioma atipico) e viene rivista la letteratura riguardo ai fattori prognostici associati alla sopravvivenza e alla recidiva. I meningiomi della convessità possono essere trattati in maniera efficace dalla chirurgia. Nella maggior parte dei casi una resezione totale è possibile e questa è fortemente associata a una migliore prognosi sia nei meningiomi benigni che negli atipici. Il miglioramento delle tecnologie di sala operatoria, come l'uso routinario della neuronavigazione e del microscopio operatorio, consente di massimizzare la resezione con approcci sempre meno invasivi.

Introduzione

I meningiomi originano dalle cellule aracnoidee delle meningi e pertanto, sono tumori che, per definizione, sono estrinseci rispetto alle strutture nervose. Tali tumori possono localizzarsi sia a livello cranico che a livello spinale. La maggioranza di questi tumori è biologicamente benigna ma vi sono anche meningiomi dal comportamento aggressivo. Il loro decorso clinico è diverso e dipende in larga parte dalla localizzazione.

In generale, i meningiomi della convessità hanno un decorso clinico più favorevole in quanto, soprattutto se non risultano coinvolti i seni venosi durali, possono essere asportati completamente e curati dalla chirurgia. Invece, i meningiomi localizzati a livello della base cranica, possono coinvolgere strutture quali arterie e nervi, rendendo più problematica l'asportazione chirurgica e maggiore la possibilità di avere dei disturbi neurologici.



In generale, gran parte delle serie chirurgiche che analizzano i fattori prognostici includono pazienti con meningiomi, a prescindere dalla localizzazione del tumore. Inoltre a causa del decorso sostanzialmente favorevole, non sono tanti i lavori, in relazione soprattutto alla frequenza di questo sottotipo di tumori, che analizzano i fattori correlati alla prognosi dei meningiomi della convessità.

Casi clinici

Caso 1

La storia clinica del paziente (M/45 anni) esordiva circa 4 mesi prima del ricovero con la comparsa di cefalea costrittiva continua frontale in assenza di segni neurologici obiettabili. Per tale motivo il paziente eseguiva un esame RM encefalo con mezzo di contrasto (Figura 1A) che documentava la presenza in sede frontale destra di una lesione extra-assiale con impianto durale caratterizzata da omogeneo contrast-enhancement riferibile in prima ipotesi a un meningioma della convessità. Il paziente veniva quindi sottoposto a intervento di asportazione totale della lesione, mediante craniotomia frontale destra con ausilio della neuronavigazione e del microscopio operatorio. Il decorso postoperatorio si svolgeva regolarmente in assenza di complicanze e con regressione della cefalea. La diagnosi istologica era di meningioma (grado I WHO). Il paziente era in ottime condizioni cliniche a un follow-up di 4 anni e riferiva assenza della cefalea. La Figura 1B evidenzia l'assenza di residuo/recidiva di patologia a 4 anni.

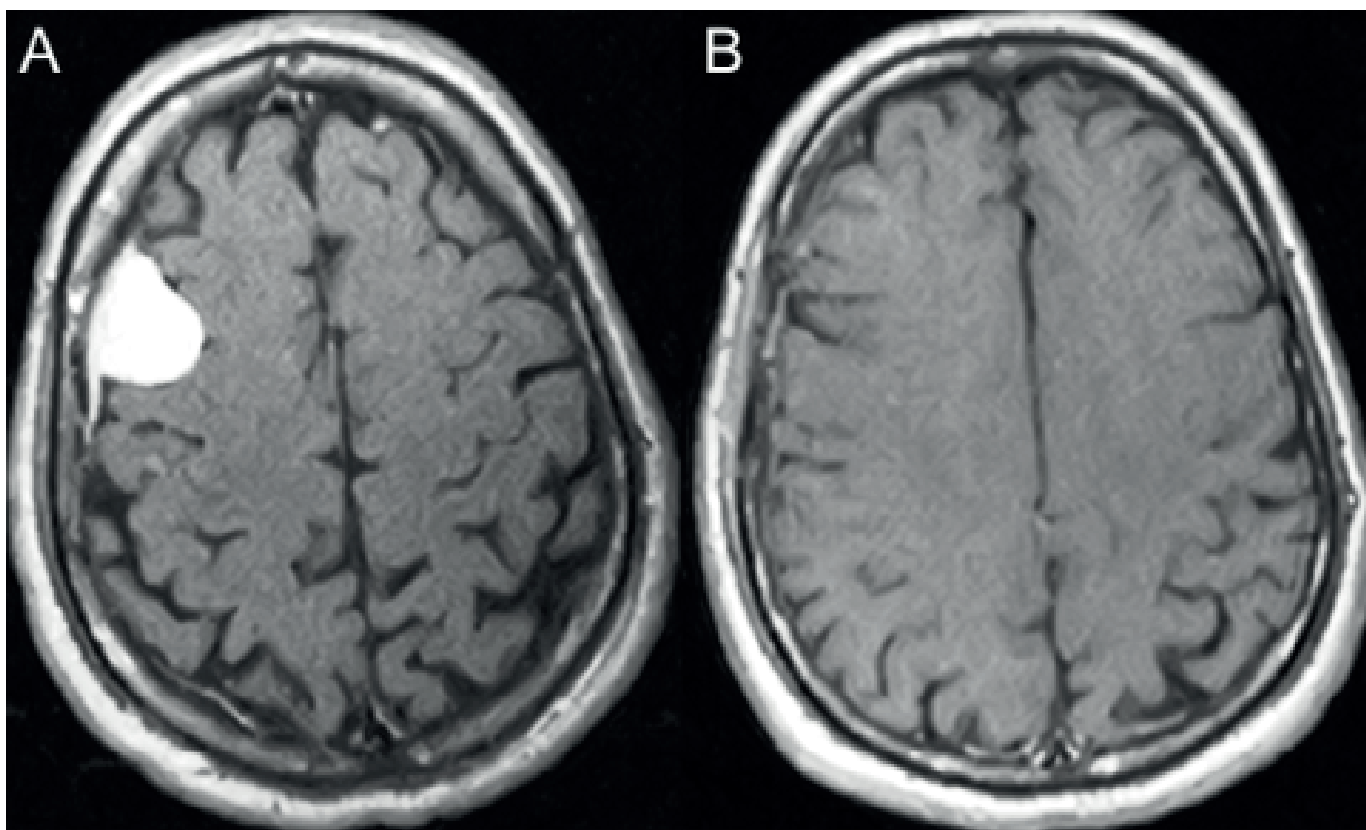


Figura 1.(A): Risonanza magnetica cerebrale T1 assiale con mezzo di contrasto che evidenzia la presenza della lesione extra-assiale che presenta omogenea e intensa impregnazione contrastografica. Nella porzione posteriore è evidente la “coda durale” tipica dei meningiomi (B). Il controllo a 4 anni di follow-up evidenzia l'asportazione completa e l'assenza di residuo/recidiva del meningioma.



Caso 2

Paziente (F/63 anni) con storia clinica esordita acutamente con la comparsa di una crisi epilettica generalizzata. La paziente veniva trasportata in pronto soccorso dove appariva vigile e reattiva in assenza di disturbi neurologici. Veniva pertanto ricoverata e sottoposta a esame RM encefalo con mezzo di contrasto che evidenziava la presenza di una lesione extra-assiale parieto-occipitale sinistra, polilobata con compressione del parenchima cerebrale e importante edema perilesionale. La lesione dimostrava una omogenea e intensa impregnazione contrasto grafica e determinava una deviazione della linea mediana controlateralmente, era suggestiva di una diagnosi di meningioma con caratteristiche di atipicità (Figura 2A). La paziente veniva pertanto sottoposta a intervento di asportazione completa del tumore mediante craniotomia parieto-occipitale con ausilio della neuronavigazione e del microscopio operatorio. Al risveglio la paziente non presentava deficit neurologici. La diagnosi istologica era di meningioma atipico (grado II WHO). Al follow-up di 2 anni la paziente era in ottime condizioni cliniche e la risonanza magnetica non evidenziava residuo/recidiva di malattia (Figura 2B).

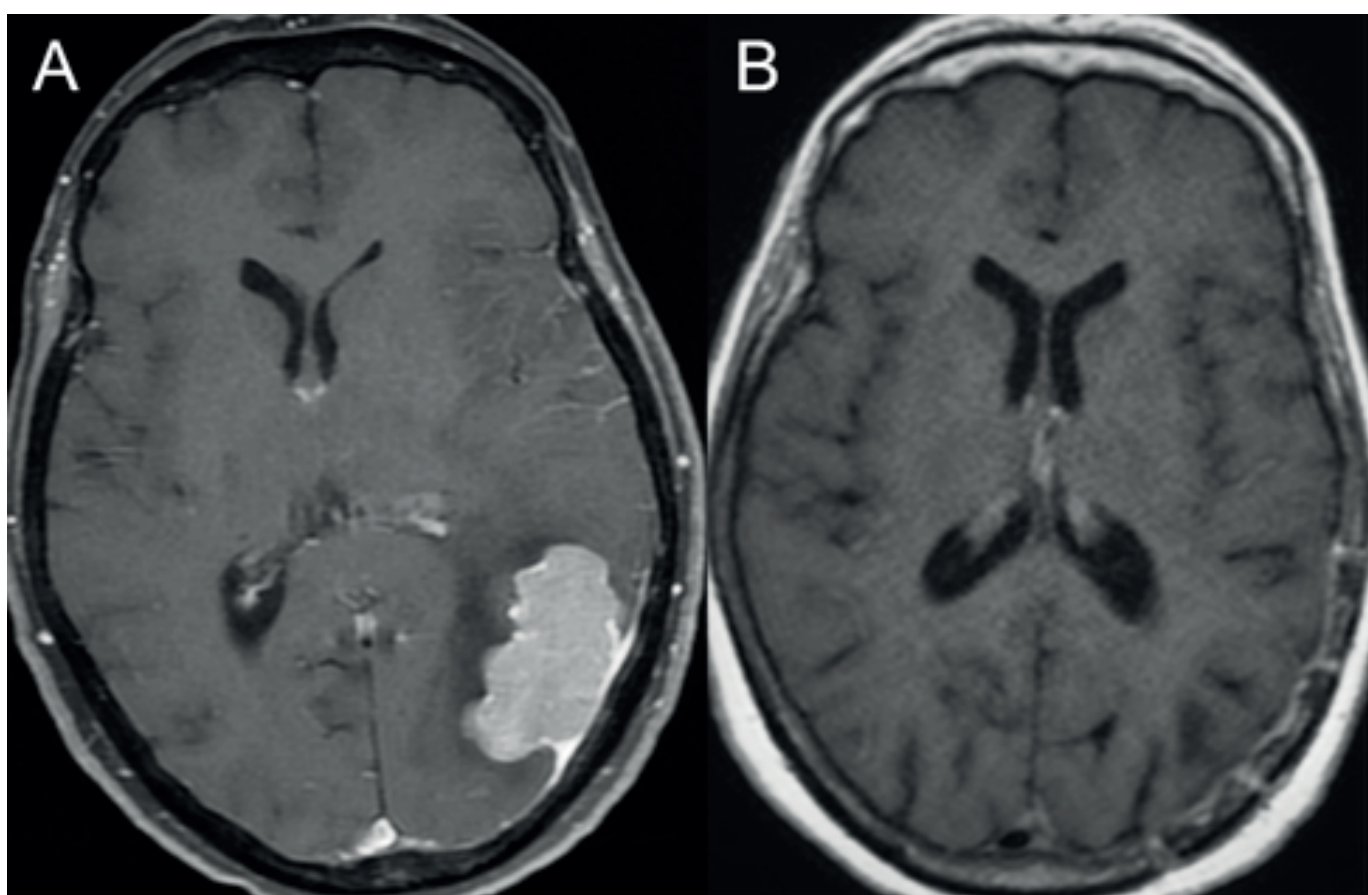


Figura 2. (A) Risonanza magnetica cerebrale T1 assiale con mezzo di contrasto evidenzia la presenza della lesione extra-assiale che presenta margini polilobulati e omogenea e intensa impregnazione contrastografica. È evidente l'edema cerebrale perilesionale (ipointeso in queste sequenze), la compressione cerebrale e del sistema ventricolare omolaterale con deviazione della linea mediana controlateralmente. Tali reperti erano suggestivi di una diagnosi di meningioma con caratteristiche di atipicità. (B) Il controllo a 2 anni di follow-up evidenzia l'asportazione completa, la regressione dell'edema cerebrale, della compressione del parenchima cerebrale e del sistema ventricolare e l'assenza di residuo/recidiva del meningioma.



Fattori prognostici nei meningiomi

I meningiomi rappresentano il 13-26% di tutti i tumori intracranici. In accordo con la classificazione della World Health Organization (WHO), i meningiomi sono classificati in tre gruppi:

Grado I (benigni)

Grado II (atipici)

Grado III (anaplastici/maligni)

Il 90% dei meningiomi è benigno (grado I WHO), circa l'8% presenta caratteristiche di atipicità (grado II WHO) e il 2% viene classificato come meningioma anaplastico (grado III WHO) (Nanda, 2017; Saraf, 2011).

È possibile inoltre suddividere i meningiomi in base alla localizzazione. La maggioranza di essi si localizza a livello sopratentoriale (meningiomi della convessità, parasagittali e dell'ala dello sfenoide). Localizzazioni sopratentoriali meno comuni sono la guaina del nervo ottico, il seno cavernoso e il sistema ventricolare. A livello sottotentoriale i meningiomi si possono localizzare più comunemente a livello dell'angolo ponto-cerebellare e del forame magno. Circa il 12% ha una localizzazione a livello della colonna vertebrale (Saraf, 2011).

La localizzazione del tumore è un aspetto molto importante, in quanto meningiomi in sedi differenti pongono problemi chirurgici estremamente diversi tra loro, sia per quanto riguarda la possibilità di ottenere una radicalità chirurgica che in termini di morbilità chirurgica.

A tale proposito occorre sottolineare che l'entità dell'asportazione chirurgica, definita per la prima volta da Simpson nel 1957 (Simpson, 1957), prevede 5 gradi di asportazione come riportato nella Tabella 1.

Tabella 1.: Entità della resezione chirurgica nei meningiomi secondo la classificazione di Simpson (Simpson, 1957)

Grado di Simpson	Entità della resezione
I	Resezione completa del tumore, della dura madre ed eventualmente del seno durale e dell'osso coinvolto
II	Resezione completa del tumore e coagulazione della base di impianto durale
III	Resezione completa del tumore ma senza coagulazione della base di impianto
IV	Resezione subtotale
V	Biopsia

Da questa classificazione appare evidente come i meningiomi della convessità rappresentino il sottotipo più favorevole per ottenere una resezione di grado I secondo Simpson. Infatti una volta effettuata la craniotomia si può rimuovere abbastanza agevolmente il tumore e tutta la base di impianto durale, cosa che è molto difficile ottenere, ad esempio, nei meningiomi della base cranica che molto spesso possono presentare un coinvolgimento di strutture importanti quali arterie e nervi cranici.

In generale, è presente un'ampia letteratura sui fattori prognostici e la loro influenza sulla sopravvivenza globale e sul tasso di recidiva. Sono stati studiati vari fattori, come quelli clinici, radiologici e chirurgici. Tra questi l'età più bassa alla diagnosi e una più ampia resezione chirurgica sono entrambi fattori associati ad una maggiore sopravvivenza (Sankila, 1992; McCarthy, 1998).

Per quanto riguarda la probabilità di recidiva il grado di Simpson e la localizzazione sono entrambi fattori predittivi di recidiva. Infatti, come detto, i tumori della convessità, in cui è più probabile riuscire a ottenere una resezione completa del tumore (grado I-II di Simpson) possono essere curati dalla chirurgia, mentre nei tumori della base cranica - specialmente nella regione petro-clivale o del seno cavernoso - è più difficile ottenere un'asportazione completa, ed è quindi più probabile avere una recidiva (Lamszus, 2004).

Il grado istologico è predittivo sia per la probabilità di recidiva che per la sopravvivenza. Infatti il tasso di recidiva a 5 anni è del 38% per i meningiomi atipici (grado II WHO), del 78% per i meningiomi anaplastici (grado III WHO). La sopravvivenza a 5 anni è di circa il 70% per i meningiomi benigni (grado I WHO) e del 55% per i meningiomi maligni (grado III WHO) (McCarthy, 1998).



Fattori prognostici nei meningiomi della convessità

Come già accennato in precedenza, i meningiomi della convessità rappresentano la localizzazione più favorevole, soprattutto se non sono coinvolti i seni venosi durali, di ottenere un'asportazione chirurgica radicale, come nei casi clinici riportati. L'uso della neuronavigazione intraoperatoria consente di massimizzare la resezione con approcci craniotomici sempre più mirati e meno invasivi. L'uso del microscopio operatorio consente, inoltre, di minimizzare il traumatismo cerebrale durante le manovre di dissezione del tumore dal parenchima cerebrale.

Nei meningiomi della convessità la sopravvivenza globale a 5 anni è molto alta e si attesta nella varie casistiche a circa il 90%. Predittori di maggiore sopravvivenza sono il grado WHO, l'entità dell'asportazione chirurgica e l'età alla diagnosi (Hasselid, 2012; Morokoff, 2008).

Per quanto riguarda il tasso di recidiva a 5 anni e a 10 anni stratificato per il grado WHO, i valori sono riportati in Tabella 2 (Hasselid, 2012; Morokoff, 2008).

Grado WHO	Tasso di recidiva a 5 anni	Tasso di recidiva a 10 anni
I	2% - 3%	4% - 9%
II	9% - 38%	9% - 49%
III	50% - 78%	

Come evidenziato dalla tabella 2 i tassi di recidiva sono molto bassi per i meningiomi benigni (WHO grado I) e si attestano a valori estremamente accettabili anche per i meningiomi atipici (WHO grado II). Inoltre il rischio di recidiva in caso di asportazione chirurgica radicale (grado I Simpson) è diminuito di circa 5 volte rispetto al grado II-III di Simpson e di circa 13 volte rispetto al grado IV-V di Simpson.

Conclusioni

I meningiomi della convessità possono essere trattati in maniera efficace con l'asportazione chirurgica. Nella maggioranza dei casi è possibile una resezione radicale che consente di ottenere una lunga sopravvivenza del paziente con tassi di recidiva estremamente contenuti nei pazienti con meningiomi benigni. Il tasso di recidiva a lungo termine è inoltre accettabile anche alla presenza di una diagnosi di meningioma atipico. Il miglioramento delle tecnologie di sala operatoria, come l'uso routinario della neuronavigazione e del microscopio operatorio, consente di massimizzare la resezione con approcci sempre meno invasivi



EMICRANIA E CEFALEE MUSCOLO-TENSIVE: TERAPIA CHIRURGICA MINI-INVASIVA



Prof. Edoardo Raposio

Direttore
Sezione di Chirurgia
Plastica e Scuola di
Specializzazione in
Chirurgia Plastica,
Ricostruttiva ed Estetica

Università degli Studi di
Parma

Responsabile, S.S.D.
"Chirurgia della Cute e
Annessi, Mininvasiva,
Rigenerativa e Plastica",
AOU di Parma

Bibliografia

Raposio E, Caruana G. *Tips for the surgical treatment of occipital nerve-triggered headaches.* Eur J Plast Surg. 2017;40;3:177-182.

Raposio E, Bertozzi N, Bordin C, Simonacci F. *Surgical therapy of migraine and tension-type headache.* In: *Current Perspectives on Less-Known Aspects of Headache.* (Turker H. ed.). InTech, London, UK, 2017; pp.: 93-114.

Polotto S, Simonacci F, Grignaffini E, Grieco MP, Raposio E. *Surgical treatment of frontal and occipital migraines: A comparison of results.* Plast Reconstr Surg Glob Open. 2016;18;4(3):e653.

Raposio E, Caruana G. *Minimally Invasive Endoscopic Surgical Treatment of Headache.* In: *Atlas of Endoscopic Plastic Surgery.* (Raposio E., ed.). Springer, New York, USA, 2015; pp.: 17-23.

Raposio E, Caruana G. *Frontal endoscopic myotomies for chronic headache.* J Craniofac Surg. 2015;26;3:E201-203.

Caruana G, Grignaffini E, Raposio E. *Endoscopic forehead muscle resection for nerve decompression: A modified procedure.* Plast Reconstr Surg Glob Open. 2015;7;3:e342.

Caruana G, Bertozzi N, Boschi E, Pio Grieco M, Grignaffini E, Raposio E. *Endoscopic forehead surgery for migraine therapy. Personal technique.* Ann Ital Chir. 2014;85:583-586.

Abstract

Background: Literature from the last decade has shown a correlation between resection of the forehead, temporal and/or occipital muscles and relief from migraine and tension-type headaches.

Methods: We undertook a modified version of the currently used methods of frontal, temporal and occipital migraine surgery.

Results: To identify all trigger points, we use a constellation of symptoms referred to by the patient rather than injection of botulinum toxin type-A. The entire procedure is carried out under local anesthesia. It involves isolation of frontal, temporal and occipital nerves due to their potential compression sites. In the majority of patients, a dilated/aneurysmal occipital and/or temporal artery is found. In these cases, the procedure is limited to ligation of the arteries, with no further undermining or resection of muscles or neurolysis, which reduces the invasiveness of the procedure considerably.

Conclusions: The percentage of success is about 91%. The main differences between our procedure and the currently used method are that: (i) extensive undermining or muscular/nerve resection is not necessary; (ii) no flap is transposed with the purpose of covering isolated nerves. Hence, our method improve the currently used approaches while minimizing its invasiveness.

Introduzione

Recenti teorie relative alla patogenesi dell'emicrania e delle cefalee muscolo-tensive hanno confermato la loro correlazione con un meccanismo di ipereccitabilità e infiammazione neuronale dovuto alla compressione di alcuni nervi periferici cranio-facciali da parte di strutture vascolari o muscolari circostanti (Fig.1), e che queste compressioni possono essere eliminate mediante un intervento chirurgico.

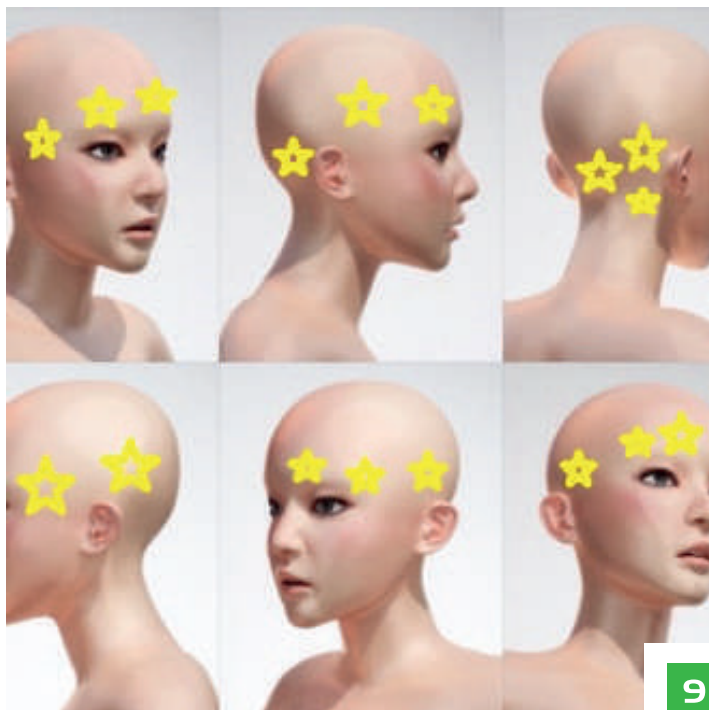


Fig.1: Possibili compressioni nervose a livello occipitale, temporale e frontale.

I possibili principali trigger points sono essenzialmente tre e sono localizzati a livello occipitale (Fig.2),

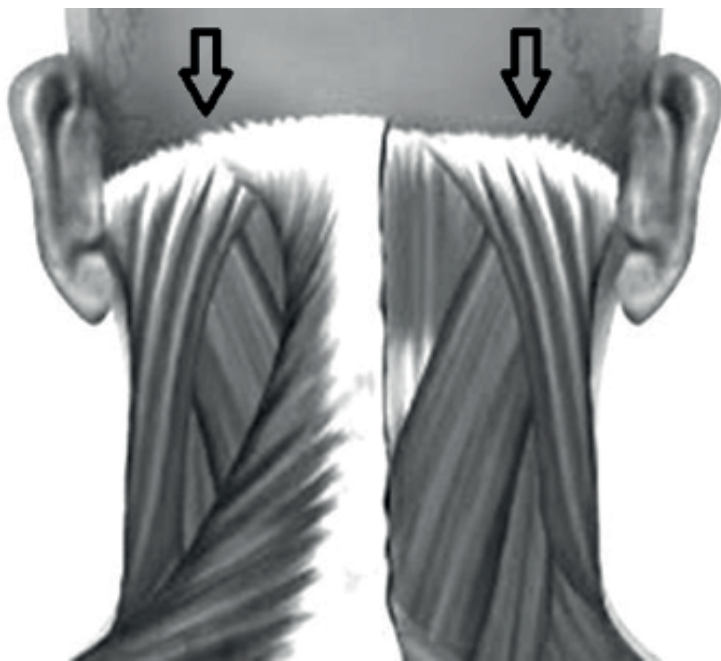


Fig.2: Trigger points occipitali.

Temporale e/o frontale; i nervi (sensitivi) compressi sono rispettivamente il grande/piccolo occipitale, lo zigomatico-temporale e il sovra-orbitario/supra-trocleare (Fig.3).



Fig.3: Trigger points frontali.

La procedura chirurgica descritta in precedenza, solitamente effettuata in anestesia generale, si basava su importanti dissezioni e rimozione di muscoli e/o nervi. A partire dal 2011, presso l'Unità Operativa "Chirurgia della Cute e degli Annessi, Mininvasiva, Rigenerativa e Plastica" dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, viene utilizzato un innovativo approccio mini-invasivo, effettuato in anestesia locale e in regime di "One-Day-Surgery", che contempla uno scollamento tissutale minimo senza la sezione di nervi o l'asportazione di porzioni muscolari.

Pazienti e Metodi

Selezione dei Pazienti

I Pazienti idonei all'intervento soffrono di un'emicrania cronica (con o senz'aura) o di una cefalea di tipo muscolo-tensivo (cosiddetta "cervicale"), o di una combinazione delle due. Sono esclusi dal trattamento i pazienti con cefalea a grappolo, cefalee secondarie o che presentano un disturbo psichiatrico maggiore. Tutti i pazienti sono precedentemente diagnosticati da neurologi certificati, come evidenziato nei criteri descritti dalla Classificazione Internazionale delle Cefalee. Sono poi sottoposti a un'attenta valutazione clinica per confermare la frequenza, la durata, l'intensità degli attacchi e, soprattutto, per identificare i principali siti trigger degli stessi. Ai pazienti viene poi richiesto di compilare un questionario prima e sei mesi dopo l'intervento, al fine di ottenere un valido confronto di risultati del trattamento chirurgico con i protocolli precedentemente utilizzati. Viene poi firmato un idoneo e specifico consenso informato ed effettuati gli esami pre-operatori di routine.

Procedura Chirurgica

Tutte le procedure sono eseguite in anestesia locale assistita e in regime di one-day surgery. Una volta identificati i punti di reperi dei nervi periferici da trattare, si procede a infiltrazione di anestetico locale della zona interessata e incisione cutanea (ca. 3 cm) volta a visualizzare i nervi interessati e le strutture contigue.

Trigger point occipitale (cd. "cefalea muscolo-tensiva cervicale"): vengono visualizzati i nervi grande e piccolo occipitale (mono o bilateralmente, a seconda della sintomatologia) e legato il vaso ectasico (solitamente una branca dell'arteria occipitale) che comprime i nervi stessi.

Trigger point temporale: viene visualizzato il nervo zigomatico-temporale (mono o bilateralmente, a seconda della sintomatologia) e legato il vaso ectasico (solitamente una branca dell'arteria temporale superficiale) che comprime il nervo.

Trigger point frontale: dopo il blocco anestetico selettivo bilaterale dei nervi sovratrocleare e sovraorbitario, l'intera regione frontale è infiltrata con carbocaina all'1% e sodio bicarbonato all'8.4%. Si effettua una singola incisione di 1 cm lungo la linea dell'emiscalpo, 1 cm posteriormente alla linea anteriore del cuoio capelluto. Si procede quindi a effettuare miotomie selettive dei muscoli corrugatore del sopracciglio, depressore del sopracciglio e procerico per via endoscopica video-assistita, utilizzando un endoscopio modificato per decomprimere i nervi sovraorbitario e sovratrocleare. L'endoscopio modificato (Fig.4) utilizzato nella procedura è costituito da un trocar di 9 mm con una tripla valvola (aria in sufflazione/aspirazione), un telescopio rigido a fibre ottiche, una camicia operativa connessa con un sistema diatermico ad alta frequenza e un'ansa metallica specificatamente progettata a punta ellittica per l'elettrocauterizzazione.



Fig. 4: Endoscopio utilizzato per eseguire la procedura mini-invasiva di miotomie frontali.

Completano tutte le procedure elencate il posizionamento di alcune suture cutanee riassorbibili. I pazienti ritornano alle normali attività nell'arco di ca. 2-4 giorni.

Risultati

Il 90% dei pazienti ottiene la scomparsa totale della sintomatologia (80%) o una riduzione di almeno il 50% in intensità e/o frequenza e/o durata degli attacchi (10%). Per cause ancora non conosciute, il restante 10% dei pazienti non ottiene benefici di rilievo.

Eventi avversi

I pazienti hanno riferito qualche grado di parestesia frontale, temporale od occipitale, a seconda del tipo di intervento eseguito, limitato a circa due o tre mesi dopo l'intervento.

Discussione

La nostra esperienza dimostra come le tecniche descritte hanno permesso un significativo miglioramento o l'eliminazione dei sintomi dell'emicrania/cefalea nella maggioranza (90%) dei pazienti trattati. Un motivo per cui la totale guarigione non è stata ottenuta in tutti i pazienti potrebbe essere legato all'intervento stesso: l'operazione probabilmente è stata effettuata su un singolo sito trigger dominante, che poteva non essere l'unico. Le tecniche mininvasive utilizzate risultano essere semplici, rapide e gravate da scarsi effetti collaterali. La degenza (una notte) e il decorso post-operatorio (2-4 giorni) risultano inoltre essere limitati. Considerando che questi interventi non hanno portato a serie complicazioni o effetti collaterali, bensì hanno permesso un'ottima percentuale di successo, la nostra esperienza indica come le tecniche descritte rappresentino una valida risorsa nella terapia chirurgica dell'emicrania e della cefalea tensiva croniche, minimizzando l'invasività dell'approccio chirurgico rispetto al protocollo precedentemente utilizzato. Assieme ai dati della letteratura precedente, questi risultati mostrano la riproducibilità dell'intervento, e dal momento che non sono stati rilevati gravi effetti collaterali o eventi avversi, il valore di questo tipo di trattamento delle cefalee è estremamente rilevante, uno strumento estremamente promettente per quanto concerne il trattamento delle patologie in oggetto in caso di farmaco-resistenza.

TRAMADOLO NEL NOME DELL'ISIS: LA DROGA DEL "COMBATTENTE" ITALIA CROCEVIA DEL TRAFFICO DI SOSTANZE SINTETICHE PER FINANZIARE IL TERRORISMO



Dott. Vincenzo Bianco

Guardia di Finanza
Docente di Psicologia sociale
Giornalista Pubblicista
Membro Ordinario "Associazione Italiana Sociologia della Salute"
Membro Internazionale "American Sociological Association"
Membro International Society of Psychology

Abstract

The study starts from the significant increase, on a worldwide scale, of the consumption of natural opium alkaloids (morphine, hydromorphone, oxycodone and codeine in combination) and of other opiates (tramadol and tapentadol). Here the focus is on the effects of the aforementioned substances and on the recent sequestration made by the Guardia di Finanza (Italian economic-financial police force) in the ports of Genoa and Gioia Tauro, of large quantities of Tramadol coming from India and headed to Libya, Syria and Iraq in order to finance terrorist activities. Finally, the research shows the ten-year trend in the consumption of synthetic opiates in Italy and the levels of use in Europe and in the United States.

Lo studio prende le mosse dal significativo aumento, su scala mondiale, del consumo degli alcaloidi naturali dell'oppio (morfina, idromorfone, oxycodone e codeina in associazione) e degli altri oppiacei (tramadolo e tapentadolo). In questa sede il focus è incentrato sugli effetti delle citate sostanze e sui recenti sequestri operati dalla Guardia di Finanza, nei porti di Genova e Gioia Tauro, di ingenti quantitativi di tramadolo provenienti dall'India e diretti in Libia, Siria e Iraq, allo scopo di finanziare le attività terroristiche. Infine, la ricerca rileva l'andamento decennale dei consumi delle sostanze oppiacee sintetiche in Italia e i livelli di utilizzo in Europa e negli Stati Uniti.

Introduzione

Cos'è il tramadolo?

Un oppioide sintetico utilizzato nella terapia del dolore. Appare strutturalmente e farmacologicamente simile al farmaco antidepressivo venlafaxina. Si presta a usi non terapeutici e viene assunto in tutto il Medio Oriente alla stregua di una sostanza stupefacente. Come testimoniato dai rapporti dell'U.N.O.D.C, il farmaco ha dirette implicazioni sui teatri bellici, in quanto utilizzato sia come eccitante sia per aumentare le capacità di resistenza allo sforzo fisico. Viene commercializzato come tramadolo cloridrato. È un derivato oppioide come il fentanyl e il metadone. Il tramadolo può essere venduto senza la specifica ricetta speciale per stupefacenti, dietro prescrizione medica utilizzabile una sola volta (ricetta non ripetibile) perché non è solo un semplice agonista oppioide ma è anche un inibitore della ricaptazione della noradrenalina e induce l'aumento del rilascio di serotonina. Il tramadolo è stato sviluppato da una nota industria farmaceutica tedesca negli anni '70 e immesso sul mercato per il trattamento di dolorosi acuti e cronici e dolori indotti da interventi chirurgici e diagnostici particolarmente dolorosi. Ben **37.500.000** pastiglie, oltre 37 tonnellate di tramadolo, sono state sequestrate dal II Gruppo della Guardia di Finanza di Genova e dall'Agenzia delle Dogane, lo scorso 8 maggio, in esecuzione di un provvedimento emesso dal Gip del Tribunale del capoluogo ligure. L'importante carico, proveniente dall'India, era destinato in Libia, dove - spiega la Guardia di Finanza - avrebbe alimentato i canali dell'illecito smercio di questa sostanza. La vendita al dettaglio del farmaco sequestrato avrebbe fruttato circa 75 milioni di

Bibliografia

Anesth Analg 2000;90:1411-1414 May also cause nerve response such as severe itching. 2000 International Anesthesia Research Society

<http://www.aifa.gov.it>

Ansa

Ann Oncol 2009;20:961-70. CDI NS

Bryant et al. 1988; Rouverix 1992; cited by Collet, B.-J. (2001) Chronic opioid therapy for non-cancer pain. British Journal of Anaesthesia, 87 (1), 133-143.

<http://facialneuralgia.org/> "Among strong pain-relieving drugs, analgesics like tramadol and some non-steroid antiphlogistic medicines like aspirin are widely used to cure trigeminal neuralgia.

Drugs.com - Tramadol

E. Hopwood, C. A. Owesson e L. F. Callado, Effects of chronic tramadol on pre- and post-synaptic measures of monoamine function, in Journal of Psychopharmacology (Oxford, England), vol. 15, n° 3, 1° settembre 2001, pp. 147-153, DOI:10.1177/026988110101500301. URL consultato il 15 maggio 2017.

The Effects of Tramadol and Morphine on Immune Responses and Pain After Surgery in Cancer Patients
JS. Markowitz, KS. Patrick, Venlafaxine-tramadol similarities., in Med Hypotheses, vol. 51, n° 2, agosto 1998, pp. 167-8

Sacerdote P, Bianchi M, Manfredi B, Panerai AE. Department of Pharmacology, University of Milan, Italy. Effects of tramadol on immune responses and nociceptive thresholds in mice.

Int J Drug Policy 2014;25:1124-30. CDI

Intern Emerg Med 2015;10:305-13. CDI

Libro bianco sul dolore cronico in Italia, Health Publishing & Services, 2014:45-66. CDI NS



Libro bianco sul dolore cronico in Italia, Health Publishing & Services, 2014:25-43. CDI NS

Opioids.com

Pain Physician 2012;15:ES9-ES38. CDI

Quaderni di Farmacoeconomia 2007;2:7-13. CDI NS

J Pain Palliat Care Pharmacother 2011;25:6-18. CDI

N Engl J Med 2015;372:241-8. CDI

discrepanza tra i documenti di spedizione e l'arrivo nel porto genovese: partito dall'India con certificazioni che dichiaravano la presenza di tramadolo, il carico ha fatto tappa in Sri Lanka, dove si è concretizzata la frode. Le pastiglie sono state spostate in un altro container e nascoste tra coperte e shampoo, unici prodotti dichiarati sullabolla di spedizione "riciclata" di un carico indirizzato a Misurata e Tobruch. Un'operazione sospetta, che gli agenti delle Dogane hanno notato e deciso di approfondire aprendo il container e trovando migliaia di confezioni del farmaco. Genova è l'unica tratta del Mediterraneo, insieme con Castellon de la Plana, in Spagna, ad avere una tratta diretta verso la Libia. Dove il tramadolo è vietato, viene spesso utilizzato anche come merce di scambio, quasi più efficace del denaro, così come in gran parte dei paesi del Medioriente: si stima che nella striscia di Gaza il contrabbando di tramadolo sia secondo soltanto a quello di hashish.

Anche Gioia Tauro è stata protagonista di un mega sequestro: oltre **24.000.000** compresse di tramadolo sono state sequestrate dalla Guardia di Finanza e dall'Ufficio antifrode della Dogana nel porto di Gioia Tauro. Le compresse provenivano dall'India e, anche in questo caso, erano dirette in Libia. La vendita in nord Africa e Medio Oriente avrebbe fruttato 50 milioni.

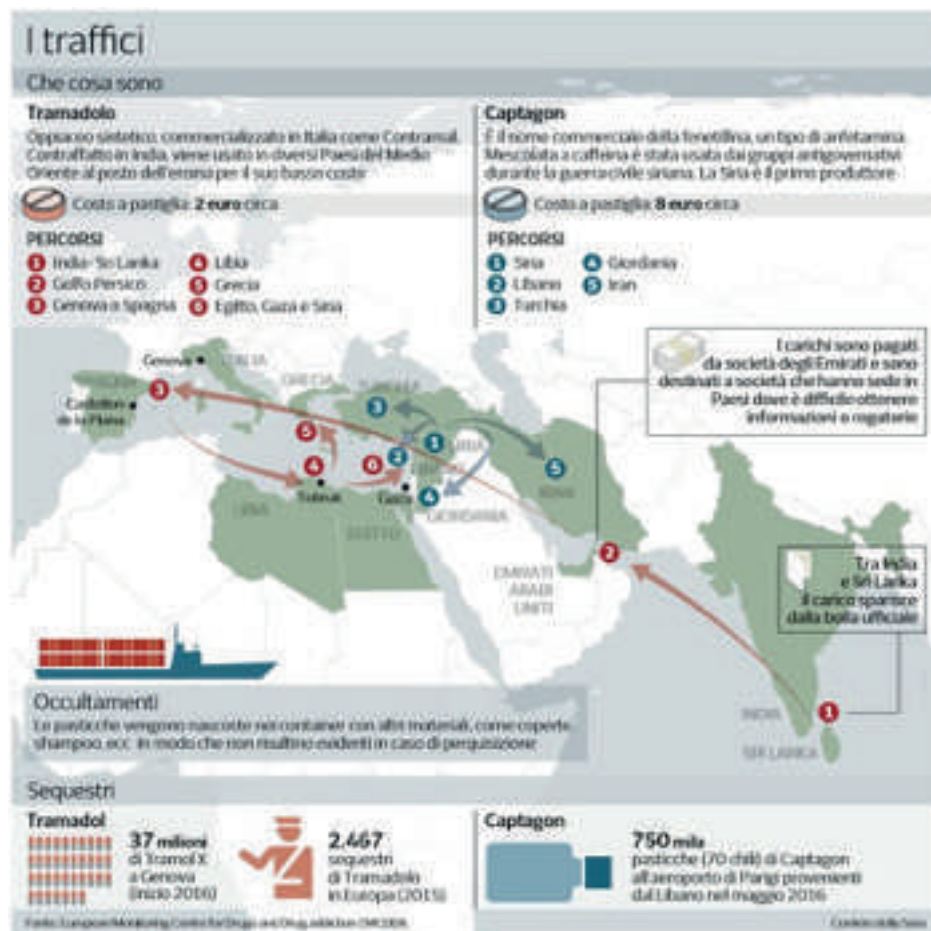
euro, in quanto ciascuna pastiglia, sul mercato nero nord africano e medio orientale, viene venduta a circa 2 euro.

Secondo le informazioni condivise con fonti investigative estere tali proventi sarebbero stati destinati a finanziare il terrorismo islamico. Il tramadolo, come testimoniato dai rapporti dell'Unodc, ha dirette implicazioni anche sui teatri bellici, in quanto utilizzato dai combattenti sia come eccitante che per aumentare le capacità di resistenza allo sforzo fisico.

Un ricarico altissimo - ogni singola pastiglia è venduta a circa 2 dollari - che secondo gli inquirenti avrebbe dovuto essere impiegato interamente per finanziare le guerriglie dell'Isis.

Il container è saltato agli occhi degli agenti delle Dogane per una

Che lo stupefacente fosse destinato ai terroristi dell'Isis o a finanziare le attività degli stessi lo hanno confermato anche fonti di Intelligence americane. I farmaci a base di tramadolo in India e in Pakistan sono prodotti a bassissimo costo. Sono usate da combattenti, terroristi, ma non solo, perché abbassano o sopprimono la soglia della fatica. Per avere un effetto bisogna assumerne 4 o 5 al giorno. Queste pillole possono essere anche utilizzate come merce di scambio.





Utilizzo del tramadolo in Italia

In Italia, il tramadolo è così impiegato: trattamento di dolori acuti e cronici come pure di dolori indotti da interventi chirurgici e diagnostici. Il farmaco è usato per trattare il dolore da moderato a grave e la maggior parte delle nevralgie, inclusa la nevralgia trigeminale. È stato suggerito che il tramadolo potrebbe essere efficace per alleviare i sintomi della depressione e dell'ansia per effetto della sua interazione con la noradrenalina e la serotonina, il coinvolgimento del quale sembra giocare una parte nell'alleviare la percezione del dolore. In modo specifico, il tramadolo si ritrova in capsule, pastiglie, a rilascio prolungato (che liberano il principio attivo in modo diluito nel tempo), pastiglie con basso residuo e/o non rivestite che possono essere assunte per via sublinguale o orale, supposte, polveri e pastiglie effervescenti, ampolle di soluzioni sterili per iniezioni sottocutanee, intramuscolari ed endovenose, polveri per combinazioni (miscelazione con altre polveri), liquidi per somministrazioni orali e sublinguali - in fiale e bottiglie normali, contagocce, bottiglie con una pompa simile a quella usata per il sapone liquido e fiale con contagocce inglobato nel tappo - tanto quanto capsule e pastiglie che contengono paracetamolo e acido acetilsalicilico. Ha un caratteristico sapore moderatamente amaro ma molto meno rispetto alla morfina e la codeina. Le pastiglie orali e sublinguali come anche le preparazioni liquide sono disponibili con un sapore aggiunto artificialmente. La sua relativa efficacia attraverso le vie di assunzione trans-mucosa (sublinguale, per bocca, rettale) è circa quella della codeina, e come la codeina è anche metabolizzata nel fegato a metaboliti più forti.

Profili legali

Diversamente dalla maggior parte degli altri oppioidi, il tramadolo in parecchi Stati non è considerato una sostanza controllata (tra gli altri gli USA e l'Australia), ed è disponibile con una normale prescrizione; in altri si può reperire anche come farmaco da banco senza prescrizione. La Svezia, nel maggio 2008, ha scelto di classificare il tramadolo come una sostanza controllata analogamente alla codeina e al dextropropoxifene. Questo significa che la sostanza è classificata come fosse uno stupefacente. Ma diversamente dalla codeina e dal dextropropoxifene, una normale prescrizione può bastare per l'acquisto. Il tramadolo è qualche volta erroneamente classificato come un analgesico non oppioide, visto che le sue potenzialità d'abuso sono minori di quelle degli oppioidi e perché esso ha meccanismi multipli d'azione (incluso, ma non limitato all'attività dei μ -oppioidi).

Trend

I dati più recenti sull'uso dei farmaci in Italia risalgono al Rapporto Os.Med "gennaio-settembre 2014". Essi confermano l'incremento nell'uso dei farmaci per il dolore. Tra gli antidolorifici ad azione centrale, si registrano rilevanti aumenti del consumo degli alcaloidi naturali dell'oppio (morfina, idromorfone, ossicodone e codeina in associazione) e degli altri oppiacei (tramadolo e tapentadol). Il tapentadol è il terzo **principio attivo** a maggior variazione di spesa convenzionata rispetto al 2013 con un incremento del +38,5%. Osservando il trend degli ultimi anni, il consumo di farmaci per il dolore è passato da 2,1 dosi giornaliere per mille abitanti (DDD/1000 ab die) nel 2005 a 7,3 DDD/1000 nel 2013 e all'interno della categoria il consumo di oppioidi (maggiori, minori e in associazione) è passato da 1,1 DDD/1000 (2005) a 5,2 DDD/1000 (2013). Se l'incremento nella prescrizione di farmaci per la terapia del dolore rientra nell'ambito del percorso intrapreso dall'Italia a tutela del diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore con la legge 38/2010 - Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore - e le norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore - allegato III bis del Testo Unico sugli Stupefacenti - si registra anche un ricorso non sempre appropriato a questa tipologia di medicinali per il trattamento di forme non severe di dolore.

Farmaco	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012	2013
Codeina più paracetamolo			0,1	0,1	0,2	0,3	0,6	0,8	0,9	1,3	1,5	1,6
Fentanil	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,8	0,8	0,8
Tramadolo			0,1	0,4	0,6	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9	0,8	0,8
Morfina	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4	0,5	0,5
Buprenorfina				0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,8	0,6	0,5
Ossicodone combinazioni				<0,1	<0,1	<0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,4	0,5
Ossicodone				<0,1	<0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Tapentadol											0,1	0,2
Idromorfone						<0,1	<0,1	<0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Totale	0,2	0,3	0,6	1,1	1,3	1,7	2,2	2,5	2,8	4,8	5,0	5,2

*A partire dal 2011 i dati aggregano l'erogazione in regime di assistenza convenzionata con l'acquisto dei medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche, mentre in precedenza i dati sono relativi solo all'assistenza convenzionata territoriale (fascia A SSN).

DDD: Defined Daily Dose (dose giornaliera definita)

L'andamento temporale dei consumi degli oppioidi in Italia mostra un incremento (percentualmente elevato, ma non altrettanto in termini assoluti), in particolare nei primi anni dell'ultimo decennio. L'aumento è stato determinato dal cambiamento della legislazione sulla prescrizione (anno 2001) e, a partire dal 2005, dall'immissione in commercio di nuove formulazioni farmaceutiche e di principi attivi in commercio da tempo in altri Paesi ma non in Italia (per esempio ossicodone e idromorfone). La codeina in combinazione con il paracetamolo è il principio attivo che ha registrato il maggiore incremento di utilizzo seguito dal fentanil e dal tramadolo. La morfina viene poco utilizzata a livello territoriale e l'incremento dal 2010 al 2011 è da attribuire al consumo a livello delle strutture pubbliche, non conteggiato negli anni precedenti; questo vale anche per altri oppioidi, per esempio per la buprenorfina tipicamente utilizzata nell'ambito delle strutture pubbliche nella disintossicazione dei tossicodipendenti. Negli ultimi tre anni, in ogni caso, complessivamente si registra una situazione stabile con aumenti di consumo, peraltro contenuti, solo per l'associazione codeina più paracetamolo.

Il consumo di oppioidi: Regioni a confronto

In Italia dall'entrata in vigore della legge sulle cure palliative si è registrato un aumento dell'utilizzo nelle strutture ospedaliere di oppioidi. In alcune regioni (Valle d'Aosta, Lombardia, Trento, Lazio, Molise, Puglia e Sardegna), l'aumento ha superato il 30 per cento negli ultimi anni. La Campania viene subito dopo. Sono percentuali che non devono spaventare, si partiva da dati prossimi allo zero. In realtà laddove l'aumento è più consistente, meglio funzionano i reparti per la terapia del dolore. La codeina in combinazione con il paracetamolo è il principio attivo che è stato più utilizzato. Seguito dal fentanil e dal tramadolo. La morfina è invece poco utilizzata (del resto è molto meno efficace del fentanil). L'Italia resta comunque uno dei Paesi con il minore consumo di oppioidi (in particolare per la morfina, alcuni epidemiologi italiani sono arrivati a parlare di morfinafobia). Siamo ultimi tra i principali Paesi dell'Unione Europea. Il consumo è sui 400 milioni di euro. Rispetto ai 5,58 miliardi del Regno Unito, ai 2,4 della Francia, al miliardo e 120 milioni della Germania e 761 milioni della Spagna. Al contrario siamo la nazione che consuma il maggior numero di fans (un'altra classe analgesici, tipo Moment, Brufen, Oki, Fastum Gel, Nurofen, Ketodole così via).

Il confronto con gli altri Paesi

Notoriamente in ambito internazionale l'Italia è sempre stato uno dei Paesi con il minore consumo di oppioidi. Per esempio nel 2005 la percentuale della spesa farmaceutica italiana per gli oppioidi rispetto alla spesa farmaceutica totale era 0,6%, superiore solo a quella di Grecia e Portogallo ma decisamente inferiore rispetto agli altri paesi europei, quali Germania (3,8%) e Regno Unito (3,9%). In particolare il consumo di morfina è sempre stato molto basso rispetto a quello di altri Paesi: per esempio nel 2006 in Italia è stato inferiore ai 5 mg pro capite, al di sotto sia della media europea (12,6 mg pro capite) sia di quella mondiale (6,0 mg pro capite), tanto da spingere alcuni epidemiologi italiani a parlare di "morfinafobia". Questa situazione, pressoché costante anche negli anni successivi, fino al 2010, colloca l'Italia tra i Paesi del mondo con un basso (inadeguato) consumo di analgesici oppioidi, almeno 5 volte inferiore rispetto al consumo necessario a trattare il dolore cronico da tumore e HIV/AIDS o quello acuto da incidenti. Anche i dati europei IMS del 2013, pur in un quadro di aumento generale in Europa del consumo di oppioidi (+9% rispetto al 2009), vedono comunque l'Italia tra i Paesi con la minore attenzione per il problema dolore in generale e con il minore utilizzo di oppioidi in particolare. Nel 2013 l'Italia si posiziona ultima, tra i Paesi top 5 dell'UE, a livello di consumi di oppioidi in termini di unità standard (SU), con un consumo di 397 milioni di SU rispetto a 5,58 miliardi di SU nel Regno Unito, 2,4 miliardi di SU in Francia, 1,16 miliardi di SU in Germania e 761 milioni di SU in Spagna. Al contrario l'Italia è il Paese europeo con il maggiore ricorso ai FANS, come percentuale rispetto al totale degli analgesici impiegati. Un'analisi dei consumi di farmaci per il trattamento del dolore nella regione Veneto nel 2006 mostra come il ricorso agli oppioidi sia nettamente inferiore rispetto al consumo dei FANS non solo a livello territoriale (1,5 rispetto a 18,0 DDD/1000 abitanti al giorno), come atteso, ma anche a livello ospedaliero (13,0 rispetto a 51,6 DDD/100 giorni di degenza). D'altra parte la riluttanza alla prescrizione degli oppioidi da parte dei medici ospedalieri italiani viene confermata anche da una recente indagine che mostra come la prevalenza di pazienti anziani dimessi dall'ospedale con una prescrizione di oppioidi sia solo leggermente superiore a quella dei pazienti in ingresso, con un lieve incremento nell'ultimo dei tre periodi considerati: 5,8% rispetto a 3,8% nel 2008, 5,3% rispetto a 3,6% nel 2010 e 6,6% rispetto a 4,1% nel 2012. Gli autori dello studio fanno anche notare come la maggioranza delle prescrizioni riguardino codeina e tramadolo e che il 58% dei pazienti con dolore significativo vengono dimessi senza alcuna prescrizione di analgesici. Il timore di abuso, dipendenza e addiction è tra i motivi principali per cui alcuni Paesi, tra cui l'Italia, limitano l'accesso agli analgesici oppioidi. Stati Uniti e Canada hanno tra i più alti livelli di prescrizione di oppioidi al mondo accompagnati, però, anche da gravi eventi avversi, quali misuse, abuso e dipendenza. Da una recente ricerca statunitense è emerso che la prescrizione di oppioidi ha visto un aumento nel periodo 2002-2010 per poi assestarsi dal 2011 al 2013 e che la mortalità associata a questa classe di farmaci ha avuto un andamento quasi parallelo. Weisberg e coll. hanno recentemente messo a confronto due sistemi di prescrizione degli analgesici oppioidi: quello statunitense e quello inglese. Il confronto tra questi due paesi sottolinea importanti caratteristiche dei sistemi di prescrizione, di cultura e di salute che possono essere permissive o protettive per lo sviluppo di una crisi di salute pubblica. Negli ultimi anni si è registrata nel Regno Unito una tendenza simile a quella americana nell'aumento del consumo di oppioidi, sebbene a livelli inferiori, ma senza un incremento segnalato di uso improprio o di decessi. Secondo gli autori il sistema britannico ha messo in atto una serie di misure (quali linee guida, tavole rotonde, training, monitoraggio, ricerca) finalizzate a una prescrizione equilibrata degli oppioidi. La situazione inglese è un chiaro esempio (viste anche le somiglianze del sistema sanitario nazionale, ben diverso da quello statunitense) di come possa essere gestita, anche a livello italiano, una buona e accurata prescrizione di analgesici oppioidi senza incorrere in fenomeni di abuso, dipendenza o addiction. È importante, infatti, raggiungere un giusto equilibrio, ricorrendo a prescrizioni appropriate senza limitare l'accesso a questi farmaci o facilitarne l'abuso, farmaci che ricordiamo sono indispensabili nella cura del dolore e nel fine vita. È fondamentale, quindi, creare una cultura condivisa tra i professionisti coinvolti nella gestione del malato oncologico e del dolore in generale. La speranza è che le diverse iniziative realizzate contribuiscano a innalzare la soglia di attenzione degli operatori verso l'uso dei farmaci oppioidi, in particolar modo verso la cura del dolore grave, un campo in cui il nostro Paese registra ancora un pesante ritardo. Quest'aumento di prescrizioni deve, ovviamente, avvenire seguendo le raccomandazioni pubblicate in letteratura per prevenire l'epidemia di abuso prescrittivo evidenziato in altri paesi, in particolare negli Stati Uniti.



Stati Uniti: epidemia di oppioidi

Se negli Stati Uniti è esplosa da anni l'epidemia da oppioidi (con decine di migliaia di vittime ogni anno e milioni di tossicodipendenti), in Italia l'uso di questi potenti antidolorifici – sembra un paradosso – è anche troppo basso. In pratica: si usano meno di quanto si dovrebbe. Viste le conseguenze americane (e il Canada non sta messo meglio), potrebbe essere un bene. In realtà, per alcuni casi, malattie molto dolorose o per pazienti in stato terminale, quei farmaci potrebbero alleviare, e di molto, atroci sofferenze. Nel nostro Paese – e nel Meridione ancora di più – sopravvivono barriere culturali che limitano l'accesso agli oppioidi. Tra i motivi principali il timore di abuso e dipendenza. L'esatto contrario di quanto accade negli Stati Uniti. Una via di mezzo sarebbe necessaria, ed è un po' la strada seguita dal Regno Unito. Lì è segnalato un aumento del consumo di oppioidi (non certo ai livelli americani), ma il sistema britannico è stato capace di mettere in atto una serie di misure (linee guida, tavole rotonde, training, monitoraggio e ricerca), che hanno consentito di ottenere una prescrizione equilibrata degli oppioidi. Ottenendo due risultati: applicare in modo efficace la terapia del dolore per chi ne ha bisogno e ridurre al minimo il pericolo di dipendenza. I numeri americani sono comunque impressionanti, e non possono che invitare a una riflessione. Gli oppioidi possono alleviare le sofferenze di tanti pazienti (e per questo il loro utilizzo è indispensabile), ma deve essere fatto solo in casi necessari e con un monitoraggio continuo. Quello che accade negli Usa può essere da monito. Nell'ultimo anno i morti sono stati 33mila. Dal 2000 si contano in tutto 180mila vittime. Si è arrivati a dichiarare l'epidemia degli oppioidi una vera emergenza nazionale. Le autorità sanitarie Usa stimano che gli americani assuefatti agli oppioidi siano più di due milioni. E almeno un paziente su quattro che si sottopone a una cura antidolorifica per cause non legate a tumori finisce per contrarre l'assuefazione. E non solo. Ogni giorno, sempre negli Stati Uniti, almeno mille persone sono trattate nelle strutture di pronto soccorso per emergenze legate all'abuso o all'uso sbagliato di antidolorifici. Una dipendenza che ha generato un mercato nero di oppioidi (fentanyl soprattutto), e il ritorno all'abuso di massa dell'eroina. Ma non solo. È recente la notizia circa il sequestro in Canada di 42 chili di carfentanil, un analgesico che le autorità americane hanno definito "potenziale arma chimica". Questo farmaco è stato sviluppato negli anni 70', come tranquillante per animali di grandi dimensioni (orsi, elefanti). Ed è effettivamente una potenziale arma chimica. Sarebbe stata utilizzata dalle forze speciali russe nel tentativo di salvare centinaia di ostaggi in un teatro a Mosca nel 2002. Dallo scorso anno però, questa sostanza circola negli Usa, spesso tagliata con l'eroina. E ha già lasciato una lunga scia di morti per overdose. Per gli scienziati «un quantitativo piccolo come un granello di sabbia può uccidere». Per intenderci, il carfentanil è cento volte più tossico del fentanyl e 10mila in più della morfina.

BIOTESTAMENTO IN ITALIA. APPROVATA AL SENATO LA LEGGE SUL FINE VITA



Avv. Angelo Russo

Avvocato Cassazionista,
Diritto Civile,
Diritto Amministrativo,
Diritto Sanitario,
Catania

Al termine di un iter parlamentare caratterizzato da vivaci ed accese discussioni in ordine all'opportunità di una legge che disciplinasse il consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento (attraverso le quali un soggetto ha il diritto di enunciare i propri orientamenti sul "fine vita" in tutte le ipotesi di sopravvenienza della perdita irreversibile della capacità di intendere e di volere) il Senato ha definitivamente approvato il testo già licenziato dalla Camera.

Gli eredi, deducendo l'imperizia e la negligenza del medico sanitario, rilevavano che se egli avesse saputo tempestivamente diagnosticare la malattia, essa si sarebbe potuta curare più prontamente e più efficacemente. Le nuove disposizioni consentiranno ad ogni soggetto maggiorenne, capace di intendere e volere, per le ipotesi di una eventuale futura incapacità di autodeterminazione, attraverso le disposizioni anticipate di trattamento (D.A.T.) di esprimere le proprie scelte in materia di trattamenti sanitari.

Lungi dal volere esprimere valutazioni personali, scopo del presente contributo vuole essere quello di chiarire i punti nodali della nuova legge.

Punto centrale della normativa sul così detto "biotestamento" è che ciascuno potrà esprimere le proprie convinzioni sul consenso o sul rifiuto di scelte sia diagnostiche che terapeutiche e sui trattamenti sanitari, in essi comprese le pratiche di nutrizione e idratazione artificiali.

Le D.A.T. (disposizioni anticipate di trattamento) saranno, naturalmente, sempre revocabili e vincoleranno il medico il quale, a sua volta, quale diretta conseguenza, sarà esente da responsabilità civile o penale.

La legge prevede che le D.A.T. devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata, con sottoscrizione autenticata dal notaio o da altro pubblico ufficiale o da un medico dipendente del Servizio sanitario nazionale o convenzionato e che, per l'ipotesi, in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, esse possono essere espresse attraverso sistemi di videoregistrazione. Per le situazioni di emergenza o di urgenza, la revoca delle disposizioni, inoltre, può avvenire anche in forma orale alla presenza di due testimoni.

La nuova disciplina rivoluziona, profondamente, la relazione tra medico e paziente che, nell'impianto voluto dal legislatore, assume una posizione centrale in relazione all'evoluzione di patologie croniche o che registrino una irreversibile evoluzione con prognosi infausta.

L'art. 1 della Legge (Consenso informato) individua le linee generali della disciplina del consenso informato con la previsione che nessun trattamento sanitario possa essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

Attraverso il richiamo al rispetto dei principi sanciti dagli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e dagli articoli 1 (Dignità umana), 2 (Diritto alla vita) e 3 (Diritto all'integrità della persona) della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, si promuove e si rafforza la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico il cui presupposto si individua nel consenso informato, sintesi dell'autonomia decisionale del paziente e della autonomia professionale del medico.

Nella relazione di cura il legislatore ha voluto coinvolgere (se, naturalmente, il paziente acconsente) anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente oppure una persona di sua fiducia.

Nell'ottica della legge centrale è il *diritto all'informazione*, nell'accezione di diritto di ogni persona di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo esaustivo e comprensibile della diagnosi, della prognosi, dei benefici e dei rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, le possibili alternative e le conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Oltre al "diritto di conoscere" alla persona è riconosciuto il diritto di "non conoscere" ossia il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, di ricevere le informazioni e il diritto di indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di ricevere le informazioni in sua vece.

La legge prevede che sia il rifiuto che la rinuncia alle informazioni, così come l'eventuale indicazione di un incaricato, vengano registrati nella cartella clinica e nel fascicolo elettronico. Il consenso, inoltre, deve essere espresso in forma scritta ovvero, qualora le condizioni fisiche del paziente non lo permettano, attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare. La legge riconosce ad ogni persona maggiorenne (capace di intendere e di volere) il diritto di rifiutare gli accertamenti diagnostici o i trattamenti sanitari individuati dal medico per la patologia riscontrata ovvero singoli atti del trattamento stesso così come è riconosciuto il diritto di revocare, in qualsiasi momento, il consenso in precedenza prestatato e ciò anche nelle ipotesi nella quali dalla revoca discenda l'interruzione del trattamento, ivi comprese la nutrizione e l'idratazione artificiali.

Il legislatore si è preoccupato, peraltro, di prevedere che il rifiuto o la rinuncia al trattamento sanitario non possono, in ogni caso, comportare l'abbandono terapeutico.

Del pari sono assicurati il coinvolgimento del medico di famiglia e l'erogazione delle cure palliative previste dalla Legge n. 38/2010.



Il medico, come anticipato, è obbligato a rispettare la volontà del paziente in ordine al rifiuto del trattamento sanitario con conseguente esonero da ogni responsabilità civile o penale.

In ogni caso il paziente non può pretendere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali. In presenza della rinuncia o del rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico indicherà al paziente e (col consenso di quest'ultimo) ai suoi familiari, le conseguenze della decisione, prospettando le possibili alternative e promuovendo azione di sostegno al paziente, anche per il tramite dei servizi di assistenza psicologica. Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico assicura, comunque, l'assistenza sanitaria necessaria nel rispetto, se possibile, della volontà del paziente.

L'art. 2 (Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita) disciplina il delicato tema della "terapia del dolore", del divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e della dignità nella fase finale della vita.

Il medico dovrà adoperarsi per alleviare le sofferenze del paziente e ciò anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico.

A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, attraverso il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative. Per le ipotesi di prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico ha l'obbligo astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati.

Laddove vengano riscontrate sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua associata alla terapia del dolore, sempre con il consenso del paziente.

L'art. 3 (Minori e incapaci) disciplina l'espressione del consenso da parte dei minori e degli incapaci.

Per il minore il consenso informato al trattamento sanitario è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore, tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità.

Per l'interdetto il consenso è espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto ove possibile.

Per l'inabilitato il consenso è espresso dal medesimo e dal curatore.

Per le ipotesi, infine, di nomina di un amministratore di sostegno se la nomina prevede l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno o solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere. In assenza di disposizioni anticipate di trattamento, qualora il rappresentante legale del minore, dell'interdetto o dell'inabilitato oppure l'amministratore di sostegno rifiuti le cure proposte in contrasto con il parere del medico la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria. Con l'art. 4 (Disposizioni anticipate di trattamento) sono disciplinate le disposizioni anticipate di trattamento (Dat), definite come l'atto in cui ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere può, in previsione di una eventuale futura incapacità di autodeterminarsi, esprimere le proprie convinzioni e preferenze in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto a scelte diagnostiche o terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari, comprese le pratiche di nutrizione e idratazione artificiali. La legge prevede che il dichiarante può anche indicare una persona di fiducia - fiduciario - (maggiorenne e capace di intendere e di volere) che ne faccia le veci e lo rappresenti nelle relazioni con il medico e le strutture sanitarie.

Il fiduciario può rinunciare alla nomina con atto scritto che deve essere comunicato al disponente; analogamente l'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, senza obbligo di motivazione e con le stesse modalità previste per la nomina. Se manca l'indicazione del fiduciario o se questi vi rinuncia ovvero se il fiduciario deceda o diventa incapace, le disposizioni conservano, comunque, efficacia circa le convinzioni e le preferenze del disponente.

Il medico è obbligato al rispetto delle Dat.

Esse possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora si manifestino palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, idonee ad offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.

In caso di contrasto tra il fiduciario e il medico è previsto l'intervento del giudice tutelare. Le Dat devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata e sono esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo, e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa. Così come per l'espressione del consenso informato è previsto che qualora le condizioni fisiche del paziente non consentano di utilizzare la forma scritta, le Dat possono essere espresse (rinnovate, modificate o revocate) anche attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare.

L'art. 5 (Pianificazione condivisa delle cure) disciplina la possibilità di definire, e di fissare in un atto, in relazione all'evoluzione delle conseguenze di una patologia cronica ed invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente ed il medico, alla quale il medico è tenuto ad attenersi in tutte le ipotesi nelle quali il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.

Il paziente e - con il suo consenso - i familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di sua fiducia, vengono informati in modo esaustivo, ai sensi di quanto stabilito in tema di consenso informato in particolare sul possibile evolversi della patologia in atto, di quanto il paziente può attendersi, con la dovuta approssimazione, in termini di qualità della vita, delle possibilità cliniche di intervenire, delle cure palliative.

Il paziente, quindi, esprime il suo consenso rispetto a quanto proposto dal medico e i propri intendimenti per il futuro compresa l'eventuale indicazione di un fiduciario. Anche in questo caso il consenso del paziente e l'eventuale indicazione di un fiduciario, sono espressi in forma scritta ovvero, nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentono alla persona con disabilità di comunicare e sono inseriti nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. Resta inteso, naturalmente, che l'atto di pianificazione delle cure può essere sempre modificato su richiesta del paziente, con le stesse forme già indicate.

ORTOPEDIA E TERAPIA OCCUPAZIONALE



Dott. Roberto Urso

Dirigente Medico
U.O. di Ortopedia e Traumatologia
Ospedale Maggiore, Bologna

Abstract

It is not our task to expose the O.T. in all its particularities, why we should transcribe an entire manual, but we must call attention to the importance of this therapeutic means in the treatment of the outcomes of traumatic injuries to the upperlimbs or of the disabling results of joint diseases.

Some cases of patients are presented here which reported skeletal injuries to the hands and wrist.

The orthopedic surgical technique with the experience of the occupational therapist lead to the best result with rapid functional recoveries, avoiding prolonged immobilization to the patient in rigid devices or plaster.

I compiti sociali dell'ortopedia

"I compiti sociali dell'Ortopedia hanno un'importanza particolare e sono strettamente legati con le finalità di questa disciplina della medicina consistenti nel raggiungere, mantenere e recuperare l'efficienza funzionale del corpo, in tutti i casi di difetti, affezioni e lesioni permanenti dell'apparato locomotore".

"Il compito dell'ortopedia è quello di fornire quanto su una rigorosa base scientifica, può servire ad aiutare e curare i motulesi"
K.L.Indemann, 1957 - Germania

Terapia occupazionale

"La fisioterapia delle malattie dell'apparato locomotore si è potenziata con l'introduzione della terapia occupazionale (T.O.). Un breve sguardo retrospettivo storico ci mostra le necessità di introdurre ed elaborare questo metodo di trattamento per il bene dei nostri pazienti. La favorevole esperienza maturata al riguardo, specialmente negli Stati anglosassoni e scandinavi, ci dimostra come la T.O. può realmente costituire un fattore di guarigione.

Le prime sollecitazioni ad usare un lavoro od una regolare occupazione come metodo terapeutico, sono venute agli psichiatri, nel 1741 (Philippe Pinel).

Molto si è fatto nel trattamento riabilitativo (Benjamin Rush, 1798-Philadelphia; Johan FriederichReil, 1803-Germania; A.Rollier, 1909-Losanna), ma solo nel 1917, nel primo congresso annuale di terapisti occupazionali tenutosi a New York, fu sostituito il termine di terapia lavorativa, con terapia occupazionale; G.E.Barton rivendica il merito di averlo proposto, tant'è che le prime scuole furono fondate, in quel tempo, a Boston, Philadelphia e St.Louis".

Ma cos'è la terapia occupazionale?

"É un 'metodo terapeutico' che utilizza l'occupazione lavorativa come mezzo di trattamento dei malati. Si richiama l'attenzione sul fatto che si tratta di una forma di terapia. Lo scopo della T.O. è la guarigione, mentre il prodotto ottenuto dall'occupazione passa in secondo piano. Il tipo dell'occupazione viene determinato dalle necessità terapeutiche. Come ogni altra misura terapeutica deve essere prescritta dal medico. Egli deve stabilire il piano terapeutico ed il momento in cui il paziente vi può essere sottoposto. L'esecuzione e la direzione del trattamento spetta al terapeuta occupazionale il quale, in base alla propria esperienza, conoscendo le condizioni del paziente e lo scopo da raggiungere, stabilirà in modo razionale il trattamento appropriato per ogni singolo paziente"
G.Jentschura, 1957 - Germania

Questa introduzione è stata volutamente tratta da illustri testi che hanno fatto la storia dell'Ortopedia e a validazione non solo dell'efficacia degli stessi concetti espressi, ma della loro attualità nella nostra pratica medica quotidiana.

Una stretta collaborazione fra il chirurgo ortopedico e il terapeuta occupazionale è oggi quanto mai assoluta. La necessità di una chirurgia applicata ai segmenti dell'arto superiore, in primis mano e polso, impongono la presenza professionale riabilitativa e rieducativa per permettere di arrivare a una ideale guarigione dei pazienti colpiti da lesioni traumatiche.

La crescita professionale e l'insegnamento delle scuole di terapia occupazionale ebbe un ulteriore grande impulso durante la Seconda Guerra mondiale: tali specialisti furono necessari a trattare il recupero funzionale in lesioni riportate durante gli scontri bellici. I gravi traumi alle popolazioni civili che, il più delle volte, venivano utilizzati per l'approvvigionamento bellico; le lesioni delle stesse truppe militari, che necessitavano sempre di un perfetto uso degli arti superiori atti a imbracciare armi e a combattere.



La terapia occupazionale, nella sua estensione specialistica, rientra nelle discipline riabilitative più importanti: la rieducazione al movimento, l'insegnamento all'uso delle protesi artificiali nei suoi vari passaggi di trattamento, di persuasione e di spiegazione all'uso dello stesso presidio, prove meccaniche, funzionali e insegnamento alla ripresa delle quotidiane attività, fino alla loro utilizzazione per le mansioni più fini

I supporti chiamati splint, valve o tutori, sono presidi che il professionista costruisce "attorno" al paziente, il cui utilizzo terapeutico, secondo le esigenze, può essere sia solo temporaneo che permanente, come sostitutivo di un presidio rigido; il tutto, conservando un continuo scambio con lo specialista ortopedico su consigli e indicazioni che serviranno ad apportare le continue migliorie allo stesso splint e ad una successiva migliore guarigione e ripresa del movimento e attività.

Di seguito si tratterà di alcuni casi clinici inerenti il segmento polso-mano di pazienti che hanno subito violenti traumi all'arto superiore; lesioni che, nel post-chirurgico, con il supporto del terapista occupazionale, possono "bypassare" quello che è il periodo di immobilizzazione con gesso o stecche - solitamente prescritto - per iniziare immediatamente un protocollo rieducativo che porterà a una guarigione più veloce e con meno limitazioni alla funzione articolare.

Case report 1:

Giovane uomo, infortunio sul lavoro, trauma diretto alla mano destra dove riporta una frattura spiroide scomposta del 3° metacarpo (tab.1).

Intervento di osteosintesi con placca in titanio a basso profilo (0,8mm); dal giorno successivo all'intervento il paziente viene lasciato libero di iniziare il movimento di flessione-estensione delle dita (tab.1) e affidato alle cure del terapista occupazionale.

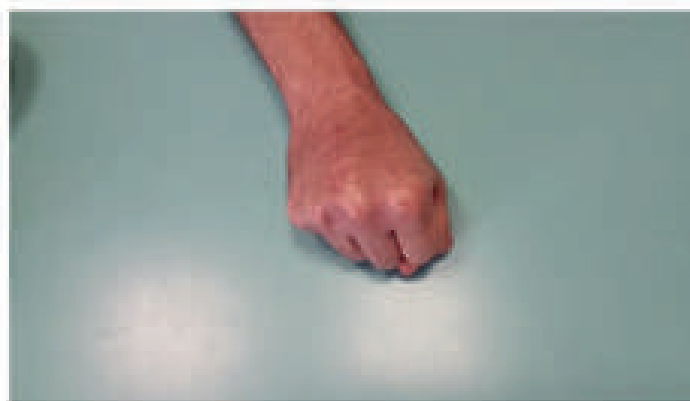
A circa 2 settimane dall'intervento, in occasione della rimozione dei punti di sutura, l'esame clinico mostra una mobilitazione quasi completa e, dopo 45 giorni, il movimento è stato totalmente ripristinato con completa ripresa lavorativa.

Tab.2

Dopo 15 giorni



Dopo 45 giorni





Case report 2:

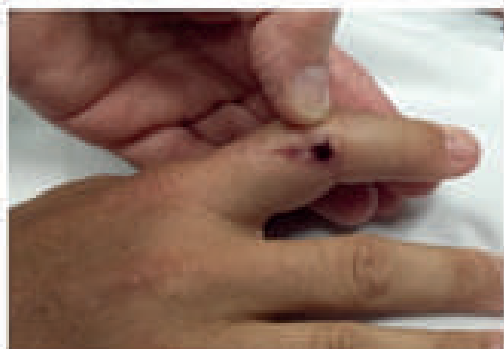
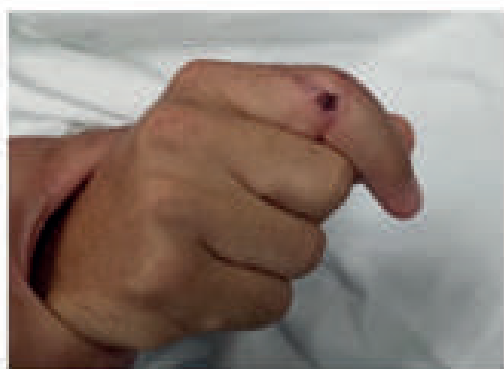
Frattura esposta della 1° falange del 2° dito mano destra; lesione sottostimata e trattata inizialmente con una osteosintesi con fili di Kirshner; a 15-16 giorni rimozione dei fili in quanto la sintesi non era efficace e inficiava la articolazione interfalangea prossimale; detersione della lesione che si presenta sofferente e con gemizio superficiale.

Inizio di terapia antibiotica e lavaggi quotidiani della lesione, fino a che la cute non assume un aspetto meno malacico. La terapia dura circa 15 giorni.

A 40 giorni dal trauma la frattura ha già una consolidazione valida, ma viziata. Si presenta valgizzata e in iperestensione.

In sala operatoria tramite incisione dorsale-lateralizzata, si provvede a eseguire una calloclasia con successivo allineamento della frattura e sintesi con placca a rettangolo per dare una completa stabilità della lesione. (tab.3)

Nel post-operatorio il paziente non viene immobilizzato. Lo si medica e si posiziona un semplice cerotto di copertura. Immediatamente inviato al T.O. per iniziare un veloce addestramento terapeutico. Il terapeuta occupazionale costruisce, attorno alla lesione del paziente, uno splint per forzare la mobilizzazione in estensione. Questo continuato esercizio porterà ad avere un evidente e positivo recupero funzionale già a 30 giorni dall'intervento (tab.4)

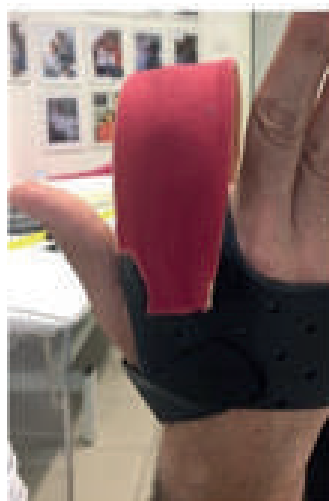
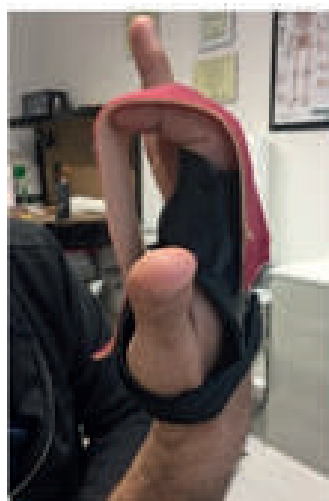


Tab.3

Pre-op

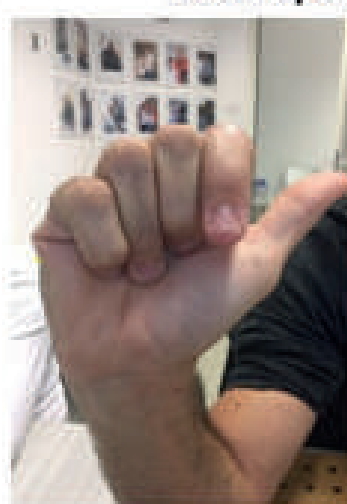
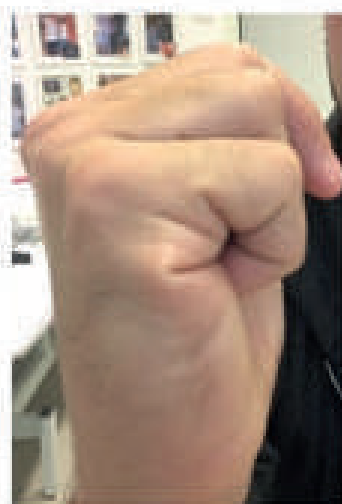
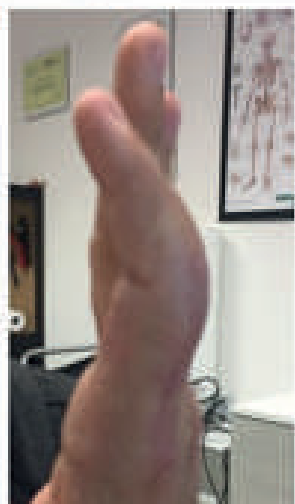
Post-op

Tab.4



Splint nel post-op

Post-op a soli 30 giorni



Case report 3:

Politrauma con gravissima lesione al polso destro; frattura esposta di 3° grado, con importante comminuzione e perdita di sostanza ossea. Questa lesione viene trattata con una immediata bonifica chirurgica e fissazione esterna temporanea. La giovane paziente trascorre un lungo periodo in rianimazione causa le lesioni interne e craniche.

A 40 giorni dal trauma, con già avanzata consolidazione della lesione, si decide di eseguire una ampia calloclasia del radio e dell'ulna, allineamento dei monconi ossei, osteosintesi con placche in titanio, innesto con pasta ossea per colmare la precedente perdita di tessuto e stabilizzazione con fissatore esterno per mantenere fisiologica posizione ed evitare la chiusura della stessa lesione all'interno di un apparecchio gessato, per permettere un quotidiano controllo delle ferite e della vitalità cutanea. (tab.5)



Tab.5

**Frattura gravemente
comminuta e esposta polso
destro**

**Trattamento in urgenza.
Fissazione esterna
temporanea >>>>>>>>>>**

Tab.6

DM

©



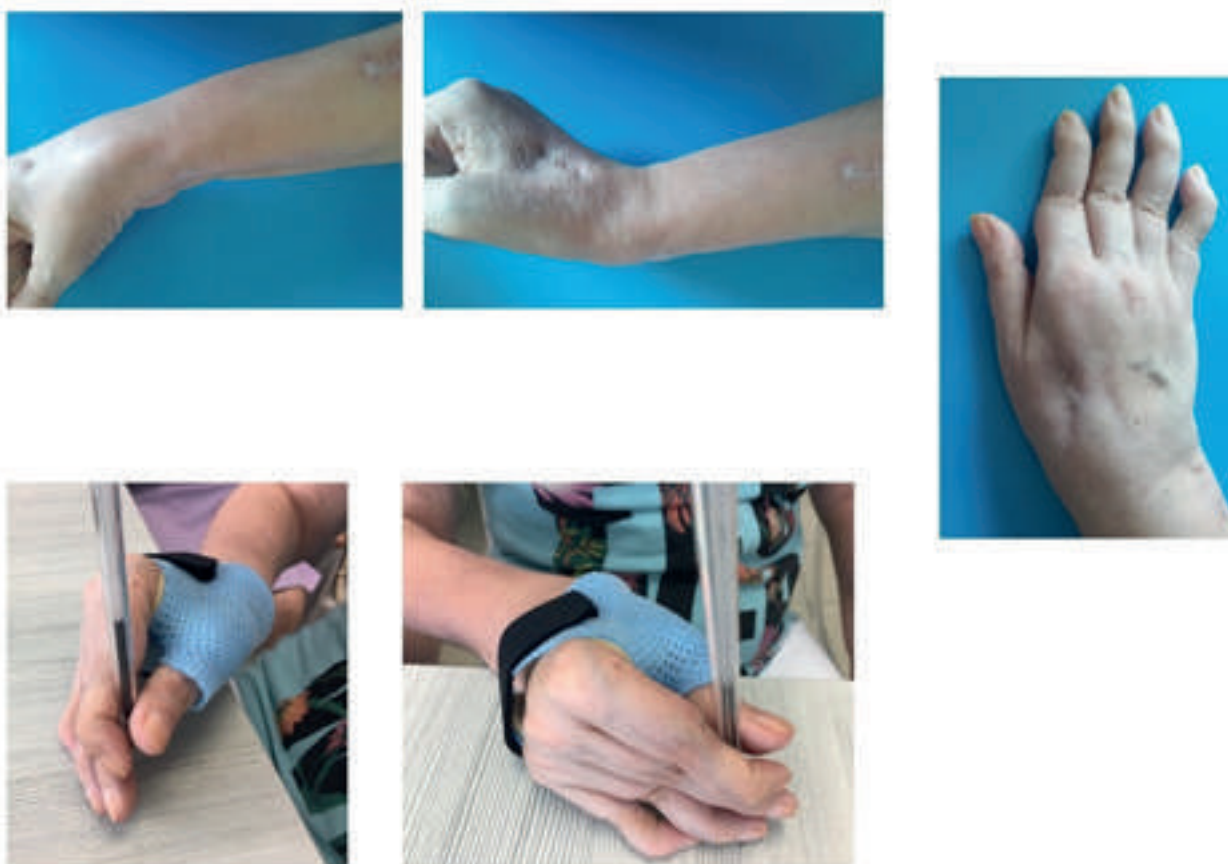
La fissazione esterna viene rimossa a iniziale formazione di callo osseo riparativo, la rieducazione assistita globale viene iniziata precocemente, già durante il periodo di degenza in terapia intensiva.

La paziente viene dimessa ed esegue successivi controlli clinici fino a guarigione delle lesioni. A distanza di alcuni mesi esegue ulteriore controllo clinico che evidenzia una accettabile motilità del polso, in considerazione del gravissimo politrauma subito, ma le lesioni encefaliche e la mancata risposta della paziente, hanno portato a un instaurarsi di iperensione con atteggiamento a collo di cigno delle dita della mano.

Tale deformità e rigidità portano il soggetto a una situazione di ulteriore degrado psichico, in quanto la mano ha un assoluto impedimento a compiere anche le azioni più elementari.

La terapia occupazionale, in questo caso, è intervenuta per ovviare a tale situazione; come si evidenzia nella tab. 7, in seguito alla creazione di uno splint dedicato, la paziente viene messa in condizioni di poter eseguire azioni importanti sia per la stessa vita di relazione che per l'inserimento nel tessuto sociale, come lo scrivere, il portare il cibo alla bocca o il dare la mano.

Tab.7



Non è nostro compito esporre la T.O in tutte le sue particolarità, perché dovremmo trascrivere un intero manuale, ma dobbiamo richiamare l'attenzione sull'importanza di questo mezzo terapeutico nel trattamento degli esiti di lesioni traumatiche agli arti superiori o degli esiti invalidanti di malattie articolari ricordando che, la terapia occupazionale va presa in considerazione anche per le lesioni del tronco e degli arti inferiori.

La sezione di terapia occupazionale nelle cliniche ortopediche e traumatologiche dovrebbe essere parte integrante, in quanto non ci si può più rinunciare se si vogliono sfruttare tutte le possibilità per aiutare i pazienti nel processo di recupero quanto più possibile completo e rapido. Ci si deve impegnare perché la T.O. sia sempre un fatto concreto sul nostro piano terapeutico.

FARMACI GALENICI: UNA SOLUZIONE SU MISURA, TRA PASSATO E FUTURO



Dott. Renzo Scaglioni

Farmacista

Direttore Farmalabor
Campus

Assago (MI)

Forse non tutti sanno che, nelle competenze professionali del farmacista, ce n'è una che lo rende unico nel campo della salute:

l'allestimento di preparazioni magistrali.

Rappresentano la soluzione perfetta in caso di:

- **Malattie rare** (che prevedono l'utilizzo dei farmaci orfani introvabili)
- **Dosaggi e forme personalizzate** (frequenti, ad esempio, in campo pediatrico e veterinario)
- Forme farmaceutiche di alcuni principi attivi **non reperibili in commercio**
- Particolari **esigenze del paziente** (allergie, intolleranze etc.)

Secondo la normativa, tutte le farmacie sul territorio Nazionale sono dotate di un minimo obbligatorio di strumentazioni e materie prime necessarie per allestire preparazioni formulate dal medico prescrittore.

La chiave è tutta nella volontà del farmacista di fare la differenza:

il medico ha la responsabilità della terapia ma è il farmacista che dovrà interfacciarsi con lui per trovare una **soluzione condivisa ed efficace**, in termini di forma, dosaggio ed effetto benefico sul paziente.

Nel caso di **malattie rare**, spesso non esiste in commercio un farmaco (perché nessuna multinazionale investe su numeri piccoli), pertanto i pazienti possono trovare una soluzione farmacologica proprio nella galenica, come per esempio il Sodium Dichloroacetate, usato nel trattamento dell'Acidosi lattica congenita.

Addentrando nel campo della **pediatria**, si apre uno scenario ancora più complesso. A volte, i bambini sono costretti ad assumere farmaci dal gusto sgradevole o in forme invasive, ma il farmacista preparatore, attraverso piccoli ma significativi accorgimenti, può rendere più gradevole il farmaco (in relazione al sapore del principio attivo) oppure veicolare la cura in un'altra forma (come nel caso dei lollipop).

Le **forme e i dosaggi personalizzati** riguardano non soltanto i bambini ma anche gli adulti.

Grande clamore mediatico ha suscitato la questione della **cannabis a uso terapeutico**. Lo studio e delle preparazioni capaci di rispondere al meglio sia all'uso che al beneficio dell'utilizzatore finale sono a cura del farmacista preparatore.

Nel caso di **farmaci veterinari spesso si assiste alla prescrizione di un prodotto a uso umano** da adattare alle esigenze dell'animale. Non sta, certamente, al proprietario dell'animale trasformarsi in alchimista ma è più corretto e sicuro far preparare il farmaco al farmacista preparatore.

Questi solo alcuni dei casi più clamorosi in cui il farmacista preparatore ricopre un ruolo decisivo per la salute e il benessere. La galenica è un'**arte antica ma modernissima**, perché eredita saperi del passato e li integra con tecnologie e metodologie all'avanguardia.

Come ogni arte, ha bisogno di apprendimento sul campo. Esiste quindi, una formazione specifica, dove i farmacisti possono mettersi in discussione, acquisire nuove competenze, avviare nuove sinergie con i medici.

Il farmaco su misura è possibile, e spesso è la soluzione più efficace per il paziente.





Se sei un professionista o una struttura sanitaria

PROMUOVI LA TUA ATTIVITÀ SU

MEDIC@LIVE
Magazine

Per info contattaci
+39 095 7280511
pubblicita@medicalive.it
www.medicalive.it

Comitato Tecnico Editoriale

Domenico Antonelli
Antonio Bortone
Carmelo Erio Fiore
Fulvio Giardina
Riccardo Guglielmi
Raffaello Pellegrino
Angelo Rosa
Angelo Russo
Sergio Russo
Maria Zamparella



MEDIC@LIVE Magazine

Rivista di informazione Medico - Scientifica

Direttore Responsabile

Salvo Falcone
direttore@medicalive.it
Twitter: @falconesalvo

Direttore Editoriale

Annamaria Venere
editore@medicalive.it

Per inserzioni pubblicitarie

pubblicita@medicalive.it

Grafica e Impaginazione

Francesco Sgrò

Editore

AV EVENTI E FORMAZIONE S.r.l.
Sede Legale e Operativa
Viale Raffaello Sanzio, 6
95128 – Catania
E-mail: info@medicalive.it
P. Iva: 04660420870
ISSN 2421-2180

SEGUICI ANCHE SU...



<https://www.facebook.com/medicalivemagazine>



@MedicaliveMag



Segui i nostri servizi sul canale Youtube **MEDICALIVE Magazine**



<https://plus.google.com/+AventieformazioneCatania>