

MEDICINA DEL SONNO

Bollettino di Informazione

a cura dell'Associazione Italiana di Medicina del Sonno

(A.I.M.S.)

Coordinamento Editoriale: Luigi Ferini-Strambi e Liborio Parrino

Via Prinetti, 29 - 20127 Milano - Fax 02/26433394
Strada del Quartiere, 4 - 43100 Parma - Fax 0521/287913

Autorizzazione del Tribunale di Milano n. 149 del 19/3/1994

EDITORIALE

Questo numero del Bollettino coincide con l'insediamento del nuovo consiglio direttivo AIMS, eletto dall'assemblea dei soci in occasione del Congresso Nazionale di Palermo. Non c'è stato un radicale cambiamento perché sono stati riconfermati molti dei precedenti membri, ma sono presenti "nuovi acquisti" anche in relazione alle regole dello statuto che prevede la non rieleggibilità nella stessa carica per più di 2 mandati consecutivi. Ma chi non è attualmente presente nel consiglio direttivo non riuscirà sicuramente a "liberarsi" dell'AIMS poiché manterrà un ruolo importante per l'attuazione delle finalità e dei progetti dell'associazione. Ad esempio, il professor Smirne non potrà crogiolarsi inattivo nel comodo ruolo di Past-President, ma dovrà continuare a dare il suo contributo in diverse iniziative, come il prossimo Corso Residenziale di Bertinoro.

Ma tornando a Palermo, il congresso nazionale non è stato solo caratterizzato dal rinnovo delle cariche sociali ma è stato soprattutto uno stimolante appuntamento multidisciplinare per la Medicina del Sonno. L'organizzatore, il professor Bonsignore, ha dimostrato grande capacità nel coordinamento delle sedute scientifiche e rara signorilità nella gestione degli eventi sociali. A lui e a tutta la sua équipe va un ringraziamento caloroso e sincero per il successo della manifestazione.

Uno dei simposi più seguiti a Palermo è stato quello sugli aspetti gestionali ed economici della Medicina del Sonno; come avevamo preannunciato, in questo numero compare una sintesi dettagliata del simposio. Nel Bollettino vengono riportati anche una serie di brevi informazioni relative ad alcuni importanti appuntamenti congressuali (San Francisco, Maratea, Marburgo, Berlino). In realtà, a volte dimentichiamo che la Medicina del Sonno si ritrova anche in convegni non indirizzati ad ipnologi: un esempio concreto viene da Alimini, dove, in occasione del Congresso Nazionale della LICE, si è svolta una sessione dei lavori integralmente dedicata al rapporto tra sonno ed epilessia.

Non manca in questo numero la rubrica dedicata alle recensioni che torna ad occuparsi non solo di testi scientifici o divulgativi ma anche di narrativa legata al tema sonno. Nell'ultima pagina compare il nuovo Consiglio Direttivo a cui rivolgiamo il nostro più grintoso in bocca al lupo. Ma un'altra novità che riguarderà il prossimo triennio è quella relativa alla "gestione" del Bollettino: state tranquilli, non ci sarà uno stravolgimento della linea editoriale, ma una maggiore articolazione della struttura redazionale. Uno di noi (Luigi Ferini-Strambi), neo-eletto nel consiglio direttivo, assumerà il compito di direttore responsabile, mentre un nuovo co-editor (Lino Nobili) affiancherà il "vecchio" Liborio Parrino. Ci sarà inoltre un comitato redazionale multidisciplinare che possa rispecchiare le diverse competenze e realtà territoriali che operano nell'ambito della Medicina del Sonno. Maggiori dettagli verranno pubblicati nel prossimo numero.

Infine, salutiamo con piacere il Dott. Ferdinando Pellegrino coordinatore della rivista *Psichiatria e Medicina* (organo di informazione della Società Italiana di Medicina Psicosomatica) il quale ci ha invitato a inviare alla rivista un contributo scientifico sulla Medicina del Sonno. Nell'ottica di una sempre maggiore cooperazione tra società scientifiche ricambiamo l'invito del Dott. Pellegrino, sperando di poter pubblicare un suo contributo in uno dei prossimi numeri.

Luigi Ferini-Strambi e Liborio Parrino

DRG e MEDICINA del SONNO

Fabrizio Celani: Vice Direttore Sanitario, Policlinico Universitario "A. Gemelli", Roma

Giacomo Della Marca

Gian Luigi Gigli

Gioacchino Francesco Mennuni

Il decreto legislativo 502\1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421", modificato dal D. Leg.vo n. 517\93 introduce una rivoluzione nella organizzazione della sanità italiana. Uno degli elementi di maggior rilievo è rappresentato dal diverso sistema di pagamento degli ospedali che non sono più pagati secondo il sistema "a bilancio" (a consuntivo) o "a retta giornaliera omnicomprensiva", ma "a prestazione": a fronte del prodotto erogato (pazienti dimessi) viene corrisposta una cifra predeterminata.

Il vecchio sistema pagava i fattori della produzione (personale, beni, servizi) indipendentemente dalla quantità e dalla tipologia dei pazienti trattati.

Per poter remunerare secondo il nuovo sistema occorre da una parte classificare le prestazioni in regime di ricovero e dall'altra collegarvi un tariffario.

Le prestazioni erogate dall'ospedale in regime di ricovero sono state raggruppate secondo il sistema di classificazione anglosassone "Diagnosis Related Groups System" (DRGs), in italiano Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (ROD), ideato da Robert Fetter dell'Università di Yale nel 1969.

"L'obiettivo specifico dei DRG è quello di descrivere la complessità assistenziale della casistica dei pazienti ricoverati in ospedale per acuti, attraverso la definizione di categorie di ricoveri clinicamente significative e omogenee quanto a risorse assorbite nel loro profilo di trattamento e quindi relativamente ai loro costi di produzione" (Toroni, 1996).

Tale classificazione è stata utilizzata poi come supporto al sistema di pagamento degli ospedali, in Italia a partire dal 1° gennaio 1995, collegando una tariffa ad ognuno dei raggruppamenti.

Il sistema individua 25 Categorie Diagnostiche Maggiori (MDC) cui afferiscono 492 Gruppi diagnostici (DRGs, ROD) per ciascuno dei quali viene indicata una tariffa.

L'inserimento di una prestazione di ricovero ordinario in un ROD avviene attraverso l'utilizzo di un software di attribuzione (Grouper) che elabora i dati desunti dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), fonte informativa istituita con Decreto del Ministero della Sanità del 28.12.1991 con l'obiettivo di disporre di un flusso informativo relativo alla tipologia di assistenza erogata dagli ospedali, quale "supporto ai processi di valutazione, programmazione, gestione e controllo della attività ospedaliera".

La SDO, parte integrante della cartella clinica di cui assume le medesime valenze medico legali, contiene informazioni di tipo anagrafico, riporta la modalità e il giorno del ricovero, il reparto di ricovero, i trasferimenti, le modalità e il giorno della dimissione, la diagnosi principale, le diagnosi secondarie, gli interventi e le procedure diagnostiche terapeutiche.

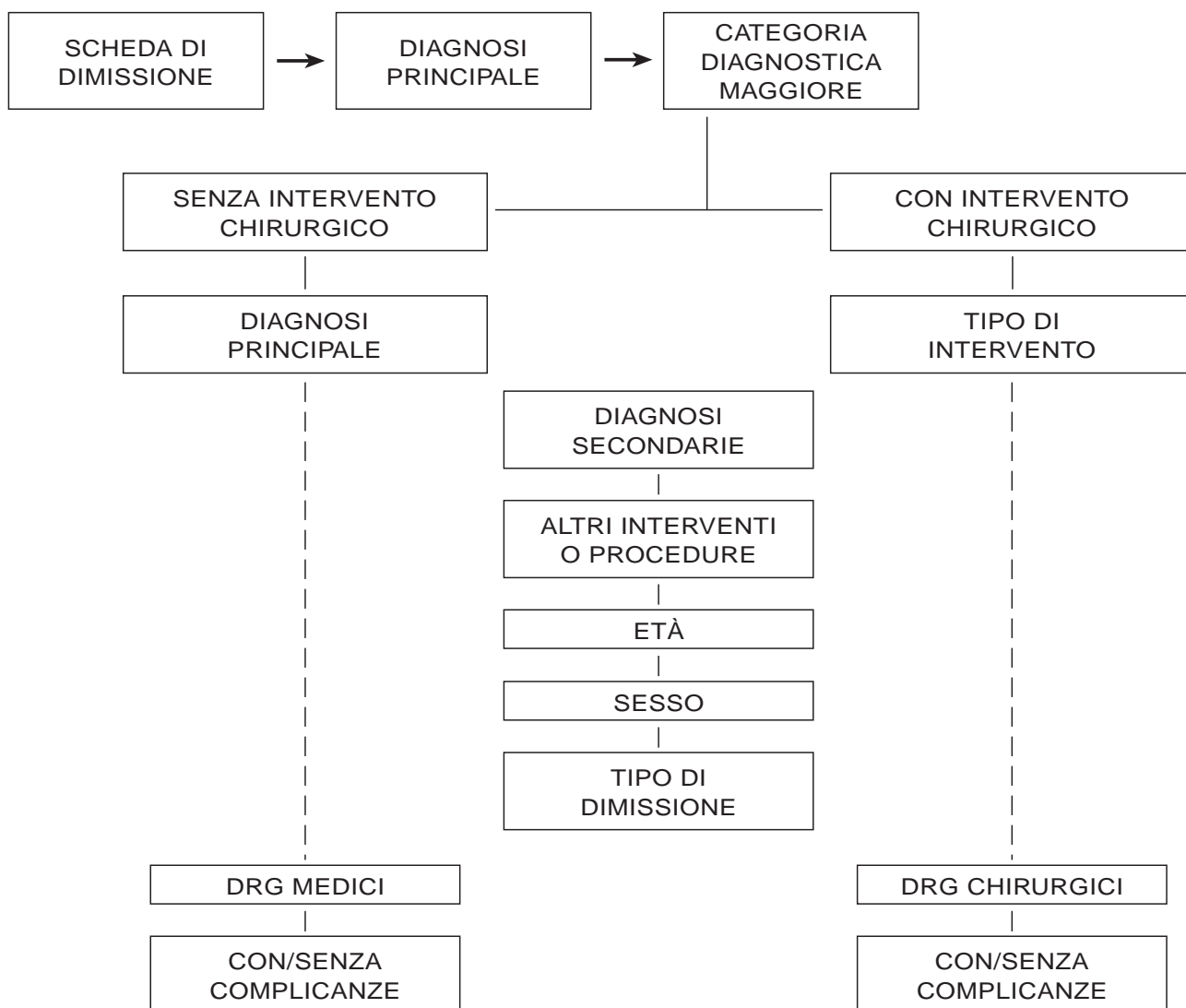
La diagnosi principale di dimissione che costituisce "la condizione morbosa che nel corso del ricovero ha comportato i più importanti problemi assistenziali e quindi ha assorbito il maggiore quantitativo di risorse in termini diagnostici e di trattamento (DL 26 luglio 1993), non necessariamente è la diagnosi per la quale il paziente è stato ricoverato.

Le diagnosi secondarie sono rappresentate dalle patologie concomitanti o dalle complicanze della patologia principale.

Le diagnosi sono classificate secondo la Classificazione Internazionale delle malattie 9ª revisione (ed. ISTAT, 1975) con codici a 3 e 4 cifre.

Per intervento chirurgico si intende quello eseguito in sala operatoria, come procedure diagnostiche-terapeutiche si intendono atti medici strumentali o non che possono anche non aver coinvolto la sala operatoria. Gli interventi e le procedure sono codificate secondo la I.C.D. 9 CM (International Classification of Diseases, 9th revision Clinical Modification) (ed. Ist. Poligrafico dello Stato).

Il software (Grouper) per l'attribuzione del DRG è stato pensato per la classificazione della diagnosi ICD 9 CM che utilizza codici a 5 cifre. In Italia esiste solo la classificazione ICD 9, che utilizza codici a 3 o 4 cifre. Automaticamente il software attribuisce una 5a cifra, ma ciò comporta una perdita di informazioni e una minore specificità che può trasformarsi in un danno economico. La classificazione ICD 9 CM è di prossima introduzione nel nostro Paese.



Una scrupolosa compilazione della SDO permette di attribuire il "paziente" al DRG che meglio rappresenta le risorse utilizzate.

Errori nell'attribuzione dei codici, superficialità nel selezionare la diagnosi principale e nell'evidenziare le diagnosi secondarie e/o concomitanti si traducono in danni economici gravi.

Il sistema di funzionamento collegato ai DRG-ROD presenta numerosi aspetti positivi e altrettanti aspetti negativi.

Fra gli aspetti positivi evidenziamo il fatto che per la prima volta la legislazione italiana introduce un sistema di valutazione dell'attività ospedaliera confrontabile su tutto il territorio nazionale e che utilizza pochi parametri facilmente reperibili.

Fra gli aspetti negativi ricordiamo da un lato che non c'è una graduazione di finanziamento in rapporto alla gravità con cui può presentarsi una malattia e dall'altro che le tariffe remunerano allo stesso modo tutti i pazienti che cadono nello stesso DRG ma che presentano patologie diverse con diverso assorbimento di risorse, isorisorse solo se la valutazione viene fatta sui grossi numeri.

Per quest'ultimo aspetto, se esaminiamo a titolo esemplificativo i DRG 35 e 432, cui fanno riferimento la maggior parte dei disturbi del sonno, rileviamo che nel DRG 35 (34 con complicanze) "altre malattie del sistema nervoso" cadono pazienti classificati "meningioma intracranial 228.02", "microcephalus 742.1", "myelopathy in oth.. dis. 741.91" e pazienti classificati "insomnia w sleep apnea 780.57", "hypersomnia w sleep apnea 780.53" e nel DRG 432 "altre diagnosi relative a disturbi mentali" vengono classificati pazienti con "bulimia 307.51", "trans.sex. nos. 302.50", "persistent insomnia 307.42".

Come si può evidenziare non vi sono DRG specifici della Medicina del Sonno, ma i disturbi del sonno fanno classificare i pazienti in DRG che comprendono patologie le più diverse il cui trattamento e/o la cui diagnosi comporta un impiego di risorse non uguale in termini di costi. Inoltre, le principali metodiche diagnostiche e terapeutiche utilizzate in Medicina del Sonno (tra cui la Polisonnografia e la erogazione di Aria a pressione positiva) non modificano il DRG nel quale il paziente viene classificato.

Il nuovo sistema di pagamento impone l'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse disponibili per ottenere un equilibrio economico fra quelli che sono i ricavi (determinati dalle tariffe applicate ai DRG) e i costi (da determinare).

Riportiamo di seguito una tabella riassuntiva relativa all'attribuzione di pazienti con disturbi del sonno ai relativi DRG.

<i>DIAGNOSI PRINCIPALE</i>	<i>DIAGNOSI SECONDARIE</i>	<i>PROCEDURE</i>	<i>DRG</i>	<i>TARIFFE D.M. Sanità 30 giugno 1997</i>
780.5 (O)* Disturbi del sonno		89.17 Polisonnografia	432 Altre diagnosi relative a disturbi mentali	4.530.000
780.53 Disturbi del sonno/ipersonnia con sleep apnea		89.17	35 Altre malattie del SNC senza complicanze	5.469.000
780.53	491.20 Broncopneumopatia cronica ostruttiva	89.17	34 Altre malattie del SNC con complicanze	8.316.000
780.57 Insonnia con sleep apnea		89.17	35	
780.52 Insonnia idiopatica			432	
347 Narcolessia		89.17	35	
786.09	780.50	89.17	100 Segni e sintomi respiratori senza complicanze	3.700.000
307.42 Insonnia persistente			432	

* L'indicazione del codice a quattro cifre 780.5 viene trasformata automaticamente dal Grouper in 780.50 (disturbi del sonno) con assegnazione del DRG 432.

La Medicina del Sonno è una disciplina giovane. Oggi, tuttavia, anche in Italia la richiesta di prestazioni in questo ambito da parte dell'utenza si moltiplica rapidamente.

In questa ottica di crescita della domanda di prestazioni, il sistema di finanziamento collegato ai DRG-ROD può rappresentare un'opportunità di sviluppo per la Medicina del Sonno, a patto che l'attività assistenziale ad essa collegata non faccia registrare una crescita selvaggia e incontrollata, ma si basi su competenze certe di strutture qualificate.

In questa ottica le società scientifiche che rappresentano le diverse specialità mediche hanno un ruolo cruciale che ci sembra ancor più determinante per una disciplina il cui "corpus" è di recente definizione e la caratteristica di multidisciplinarietà peculiare.

Disponendo già la medicina del sonno di un sistema specifico di codifica al quale fare riferimento per le diverse patologie, rimane per l'Associazione Italiana di Medicina del Sonno (A.I.M.S.) il compito di definire protocolli diagnostici e procedure terapeutiche standardizzate e requisiti minimi di accreditamento delle strutture (quest'ultimi già definiti) che consentano uno standard di qualità irrinunciabile per le singole patologie (categorie diagnostiche).

Le singole unità operative di Medicina del Sonno devono essere strutturate in modo da poter utilizzare nel loro contesto in modo flessibile tutte le modalità di approccio assistenziale che ben si prestano alla Medicina del Sonno quali il ricovero ordinario, il day hospital, l'ambulatorio, la prestazione domiciliare e la dimissione protetta.

In questo modo viene ad ottimizzarsi il rapporto costi/benefici oltre che a migliorarsi il livello di servizio erogato all'utenza.

Le tariffe nazionali relative ai ricoveri ordinari collegate ai DRG in cui più frequentemente rientrano le patologie della medicina del sonno, attualmente, appaiono congrue; le tariffe relative ai ricoveri in regime di day hospital diventano adeguate se si creano strutture capaci di trattare più pazienti contemporaneamente. Dei distinguo vanno, tuttavia, operati a livello delle regioni che hanno adottato tariffe diverse e, comunque, ridotte percentualmente rispetto a quelle nazionali.

L'analisi delle SDO fin'ora acquisite nelle strutture operanti nell'ambito della medicina del sonno secondo i requisiti minimi di accreditamento potrà offrire indicazioni per una più precisa valutazione dei costi e dell'equità dei rimborsi.

NOTIZIE

Da San Francisco:

Si è svolto a San Francisco dal 10 al 15 giugno 1997 l'undicesimo Congresso Annuale della APSS (Associated Professional Sleep Societies). Letture magistrali, simposi, comunicazioni orali e poster si sono susseguiti in un programma fitto di contributi dalle scienze di base alla farmacologia, dalla patologia agli strumenti di monitoraggio. La sensazione complessiva è stata, come di consueto, quella di una sontuosa dimostrazione di forza e di capacità organizzativa di quello che ormai si può definire come l'appuntamento fisso di maggior spicco a livello internazionale. Peraltro, quest'anno numerosa e composita è stata anche la rappresentanza di clinici e ricercatori italiani. Tuttavia, a dispetto del grande vigore organizzativo, l'APSS appare attualmente carente di figure carismatiche capaci di suggerire e coltivare spunti realmente innovativi. In altre parole, prevale la gestione manageriale di una disciplina che riesce a far coesistere un'enorme massa di dati e di conoscenze, tuttavia assemblati con una certa frammentarietà e disarticolazione. Comunque, per tutti coloro che sono coinvolti nello studio del sonno il congresso annuale della APSS resta pur sempre un "must", dove poter raccogliere "in diretta" le nuove tendenze e i temi più in voga.

A San Francisco è stata presentata anche la International Classification of Sleep Disorders, Revised (ICSD-R). Era nostra intenzione recensire estensivamente il volume nell'ambito del Bollettino, ma in realtà si tratta di una ristampa del testo originale con la semplice correzione di alcuni errori tipografici. Rispetto alla versione precedente, nella parte interna della copertina compare la lista di tutti i disturbi del sonno, ma manca qualsiasi aggiornamento della letteratura. Nella nuova prefazione, firmata da Daniel J. Buysse, si suggerisce l'opportunità di ridefinire, alla luce delle recenti ricerche cliniche, la posizione nosografica di alcuni disturbi (come la distonia parossistica notturna), ma anche per trovare un posto a patologie non inserite nella classificazione attuale (come la "upper airway resistance syndrome" e i disturbi alimentari legati al sonno). La versione aggiornata è prevista per l'inizio del nuovo millennio.

Liborio Parrino

Da Acquafredda di Maratea:

Acquafredda di Maratea, Hotel Villa del Mare, 12-14 luglio 1997: in un suggestivo scenario naturale si è svolto degli eventi scientifici più importanti dell'anno. Lungi dall'essere semplice riunione della Sezione-Appulo-Lucana della Società Italiana di Neurologia, che in questi anni di segreteria del Prof. Francomichele Puca ha mostrato particolare vivacità culturale ed impegno scientifico, quello di Maratea è stato un vero e proprio congresso che ha registrato grande partecipazione di studiosi e di pubblico da tutta Italia.

L'Associazione Italiana di Medicina del Sonno ha contribuito all'iniziativa con un simposio intitolato: "I disturbi del sonno: recenti acquisizioni". I principali esperti in materia hanno affrontato varie tematiche di tipo neurofisiologico, neuropsicologico, comportamentale e clinico al fine di costituire un aggiornamento di Medicina del Sonno per i neurologi delle due regioni.

Il simposio che è stato moderato dai professori G. Coccagna, R. Di Perri e MG. Terzano, si è aperto con la relazione di G. Coccagna che ha ripercorso la storia dei disturbi respiratori in sonno, dalle sue prime esperienze di valutazione dei parametri elettroencefalografici e vegetativi, sino alle moderne metodiche polisomnografiche.

Altro tema neurofisiologico è stato quello affidato al Prof. F. Ferrillo che ha illustrato con grande chiarezza le varie fasi di lettura del tracciato polisomnografico e le tecniche di analisi computerizzata della struttura del sonno.

I rapporti fra sonno e sistema vegetativo sono stati argomento di approfondimento del Dr. Ferini-Strambi la cui brillante relazione è apparsa ricca di implicazioni cliniche. Infatti egli ha analizzato le modificazioni della frequenza cardiaca durante il sonno REM e NREM, sia in condizioni normali che in corso di eventi parossistici notturni, riportando il dato di una frequenza cardiaca più elevata della norma tanto in pazienti con epilessia frontale quanto in soggetti con disturbo comportamentale in REM ed infine in soggetti con bruxismo.

Infine il Dr. Manni ha poi illustrato le nuove acquisizioni su alcuni disordini del comportamento alimentare correlati al sonno, tra cui la "nocturnal eating syndrome", che non essendo molto frequenti e spesso poco conosciuti, rappresentano una vera e propria sfida anche per i centri del sonno più moderni.

Il Dr. Guazzelli con l'avvincente oratoria che lo contraddistingue, ha analizzato criticamente i possibili rapporti fra alcuni fattori psicologici, in particolare ansia e depressione, e l'insonnia.

Infine il Prof. Puca, oltre al grande merito di aver organizzato un incontro perfettamente riuscito, ha quello di aver allargato gli orizzonti culturali della medicina del sonno a problematiche sociali come quella della sicurezza sul lavoro e della qualità di vita dei lavoratori, chiudendo il simposio con una relazione in cui ha esposto i risultati di una ricerca sui rapporti tra sonno e qualità di vita dei turnisti. Questa ricerca è stata effettuata in collaborazioni con i dottori V. Sciuricchio, S. Misceo, M. Palumbo, M. Guido ed A.M.P. Prudenzeno, esaminando turnisti della Marina e dell'Aeronautica Militare.

Ma il simposio non è stata l'unica occasione per parlare di sonno a Maratea: nell'ambito della sessione dedicata ai rapporti scientifici tra neurologi appulo-lucani e neurologi di altre regioni, la Dr.ssa Prudenzeno ha presentato i risultati di una ricerca sulle modificazioni del sonno e della qualità di vita in pazienti con insonnia psicofisiologica dopo trattamento con un ipnotico ad emivita breve, svolta presso il Centro del Sonno dell'Università di Bari (F.M. Puca, A.M.P. Prudenzeno, S. Perilli, V. Sciuricchio), in collaborazione con i Centri dell'Università di Pisa (M. Guazzelli, L. Palagini) e di Villa degli Ulivi di Caserta (E. Di Pietro, A. Tramontano).

Infine il Dr. Brancasi, portavoce del gruppo di lavoro composto anche da M. Savarese, L.M. Specchio, G. Pietrarossa, S. Misceo, M. Palumbo e F.M. Puca, ha segnalato l'interessante caso di una ragazza affetta da rara Sindrome di Robinson in cui era stata rilevata la presenza di apnee centrali e periferiche mal correlabili con l'assenza di lesioni encefaliche evidenziali alla risonanza magnetica encefalica e con la conformazione palatina e la presenza di lieve sovrappeso.

La varietà dei temi affrontati e la perizia degli oratori hanno fatto del Simposio di Maratea un momento di confronto e di aggiornamento che ha sicuramente arricchito le conoscenze di quanti sono intervenuti.

Maria Pia Prudenzeno

Da Marburg:

Si è tenuto a Malburg (Germania) dal 17 al 20 settembre il V World Congress on Sleep Apnea. Organizzato dal locale Laboratorio del Sonno in collaborazione con la Società Tedesca del Sonno, il congresso ha raggruppato i maggiori esperti mondiali del settore che hanno discusso sullo stato dell'arte per quanto riguarda il russamento, l'OSA e i disturbi respiratori durante il sonno. Il Congresso ha coinvolto pneumologi, fisiologi respiratori, neurologi, psichiatri, cardiologi, internisti, otorinolaringoiatri, chirurghi maxillo-facciali, pediatri e dentisti su una patologia la cui diffusione è in continuo aumento, sia secondo i dati epidemiologici che per l'affluenza nelle varie cliniche e centri specializzati. E' stata data l'opportunità ai ricercatori di nazionalità abitualmente non rappresentate nelle sedi tradizionali di discussione sulla materia, di portare il loro contributo di esperienza clinica e terapeutica inerenti a paesi in cui fino ad ora la patologia respiratoria durante il sonno non era conosciuta, come Cina, Russia e i paesi dell'ex Jugoslavia. Le sessioni più interessanti sono risultate quelle concernenti il coinvolgimento del circolo polmonare e del cuore destro delle sequenze dell'OSA, la prevalenza e il possibile trattamento con CPAP delle apnee centrali e del respiro di Cheyne-Stokes nelle miocardiopatie e negli scompensi cardiaci congestivi, le modificazioni emoreologiche nell'OSA come link fra le alterazioni cardiocircolatorie e il rischio relativo di sviluppare più frequentemente eventi vascolari acuti, sia cardiaci che cerebrali. Molto intrigante la relazione di Colin Sullivan, uno dei pionieri dell'uso della CPAP come terapia di elezione per l'OSA, che ha cercato di dimostrare l'efficacia della ventilazione positiva notturna come trattamento di tutti i disturbi respiratori durante il sonno, non solo negli ostruttivi puri, ma anche nelle malattie pneumologiche (COPD, restrittivi, etc.) e nelle patologie neuromuscolari. Da segnalare anche un simposio molto interessante sui problemi "education and training" nella medicina del sonno, con un confronto tra le varie esperienze di diverse nazioni (Germania, Francia, USA), purtroppo Italia esclusa!

Dal punto di vista della terapia non sono emerse sostanziali novità: si è confermata l'efficacia degli interventi di chirurgia maxillo facciale nelle forme molto severe con anomalie maxillo-mandibolari, mentre nei pazienti che non tollerano la CPAP i trattamenti alternativi (apparecchi ortodontici, dimagrimento, inibitori del reuptake della serotonina) stanno iniziando a prendere piede non solo come terapie sperimentali. Le uniche vere novità sono la limitazione nelle indicazioni all'UPPP, come ha sottolineato il Prof. Pirsig dimostrando che non esiste un razionale per i trattamenti chirurgici demolitivi che hanno scarsi risultati e numerosi effetti collaterali. La seconda è l'utilizzazione di nuove tecnologie chirurgiche come gli stimolatori in radiofrequenza per ridurre le dimensioni del palato molle (indicati per ora solo nel russamento senza eventi respiratori) e il futuro anche per modificare la base della lingua (incoraggianti a tal proposito i primi dati sperimentali sugli animali), con il significativo vantaggio di limitare i tempi dell'intervento e ridurre notevolmente il dolore post chirurgico.

Si è parlato, non solo fra i partecipanti ma anche in una "panel discussion" sul trattamento con ventilazione positiva dell'OSA, del recente articolo di Wright e coll., apparso sul BMJ, che critica sia gli studi trasversali di correlazione fra russamento, OSA e rischio cardio-cerebrovascolare, sia la mancanza di dati randomizzati e controllati per valutare l'efficacia della CPAP nel migliorare la qualità di vita, la sonnolenza diurna, la morbilità e la mortalità dei pazienti con OSA. E' stata ribadita la difficoltà di impostare studi in doppio cieco con placebo che coinvolgono la ventilazione positiva notturna ma anche, l'aver volontariamente ignorato, da parte degli autori, alcuni lavori importanti sia epidemiologici che di follow-up terapeutico a lungo termine. E' stata comunque sottolineata la necessità di pianificare studi longitudinali di sopravvivenza e morbilità a lungo termine condotti con metodologie più rigorose, controllando l'efficacia dei vari tipi di trattamento dell'OSA.

Se un appunto deve essere mosso all'organizzazione scientifica del Prof. Peter del suo gruppo, peraltro puntuale e rigorosa, è l'aver sistematizzato contemporaneamente in più sale su tre piani le numerose sedute di poster con presentazione orale. Ciò ha permesso a tutti di poter illustrare con una breve comunicazione il proprio lavoro, ma non ha consentito di poter assistere a molte comunicazioni orali che, anche se interessanti, erano discusse simultaneamente. A mio parere questa scelta non è stata efficace per un Congresso monotematico di quelle dimensioni (circa 700 iscritti) e, sentendo il parere di alcuni partecipanti, ha suscitato molte perplessità. Sarebbe stato meno popolare ma più razionale scegliere i poster più interessanti ed innovativi per la discussione in un'unica sessione quotidiana nella sala principale, come d'altronde era successo 3 anni fa a San Francisco.

Comunque complimenti ai colleghi tedeschi anche per la possibilità di visitare Marburg elegante cittadina, con una famosa e antica Università (una delle 4-5 più ambite dell'intera Germania), posta nel cuore del paese dove si incontrano solo giovani e studenti (circa 25.000 studenti su un totale di 80.000 abitanti) e dove la simbiosi fra Università e città si avverte ad ogni angolo di strada.

Marco Zucconi

Da Berlino:

Nel corso del congresso annuale della Società Europea di Pneumologia (ERS) tenutosi a Berlino dal 20 al 24 settembre, uno spazio importante (un "major symposium", 4 sedute di comunicazioni orali e 4 di poster "discussion") è stato dedicato ai disturbi respiratori nel sonno.

Numerosa e qualificata è stata la partecipazione di studiosi provenienti da tutta l'Europa, mentre scarsa è stata la partecipazione di colleghi italiani forse distratti dal fascino di Berlino.

Il livello scientifico delle sedute non è stato altissimo e poche sono state le novità o le cose importanti. Da segnalare, se non altro per la dimensione della casistica (riferita a ben 56 centri del sonno francesi) e per la discussione che hanno generato, i due lavori retrospettivi presentati da Patrick Levy di Grenoble e da G. Krieger di Strasburgo, sulla qualità della vita e sul numero di incidenti in una popolazione di quasi 1000 pazienti OSAS sottoposti a CPAP; la comunicazione (meglio sarebbe dire il "de profundis"), per alcuni versi dissacrante e comunque accettata "dall'audience" senza battere ciglio, del gruppo di Rodenstein di Bruxelles sulla inefficacia del "Breathe right", il dilatatore nasale esterno così tanto pubblicizzato anche dai nostri calciatori, non solo nella sleep apnea ma anche nel russamento semplice; le positive variazioni ecocardiografiche sotto CPAP. Sorprendente infine è stata la presentazione di un enorme numero di lavori da parte di cinesi e giapponesi che pur con qualche problema di lingua (purtroppo non erano gli unici) hanno dimostrato che anche i soggetti magri o piccini possono avere ...l'OSAS. Infine da segnalare che "chairman" del gruppo disturbi respiratori nel sonno dell'ERS è stato nominato il francese P.Levy (subentrato all'irlandese McNicholas) e segretario è stato nominato il cardiologo tedesco Podzus che ha subito conquistato le nostre simpatie, interessandosi (era ora!) della situazione dei centri del sonno in Italia.

Prossimo appuntamento ERS il prossimo anno a Ginevra, purtroppo in concomitanza con il congresso della "European Sleep research Society" a Madrid.

Le bellezze di Madrid o la CPAP di Ginevra? Scelta veramente ardua, ma fino ad un certo punto!!!

Onofrio Resta

CORSI

II° CORSO RESIDENZIALE DI MEDICINA DEL SONNO

Centro Residenziale di Bertinoro (FO)

19-26 aprile 1998

Presidente Onorario: Elio Lugaresi

Presidente: Salvatore Smirne

Direttore: Fabio Cirignotta

Il corso è indirizzato a tutti i laureati cultori della materia, ma in particolare a medici specialisti in neurologia, psichiatria, psicologia, fisiopatologia respiratoria, pneumologia, otorinolaringoiatria, chirurgia plastica e maxillo-facciale, pediatria e geriatria, che nella loro pratica clinica trattino o siano interessati a trattare pazienti con disturbi del sonno.

Sede del Corso è il Centro Residenziale dell'Università di Bologna a Bertinoro, un piccolo borgo medioevale sulle colline del Forlivese.

Il Centro ha sede in tre grandi costruzioni storico-monumentali, poste a poca distanza una dall'altra, alla sommità dell'abitato dell'antica cittadina, dalla cui ristrutturazione sono state ricavate la foresteria (ex seminario) e la sede didattica, ubicata dentro l'avanposto, o Rivellino, della Rocca.

Il corso ha una durata di 8 giorni e prevede due indirizzi: neuropsichiatrico e cardiorespiratorio, della durata di 4 giorni ciascuno. E' possibile iscriversi ad uno solo o ad entrambi gli indirizzi.

E' previsto un numero massimo di 30 partecipanti per ogni indirizzo. Ogni giornata è organizzata "a tema". Nella mattinata è prevista una parte teorica in cui verranno affrontati i principali aspetti relativi al tema trattato, lasciando ampio spazio alla discussione. Nel pomeriggio gli iscritti divisi in gruppi utilizzeranno le basi teoriche acquisite nella mattinata per affrontare la parte pratica, che consisterà in lettura di tracciati polisomnografici, discussione di casi clinici ed esercitazioni sull'uso di apparecchiature particolari: in tutte queste attività gli iscritti verranno coinvolti personalmente.

La quota di iscrizione al Corso (lire 800.000 per ciascun corso di 4 giorni) comprende il materiale didattico che verrà fornito ad ogni iscritto e le spese di vitto e alloggio in camera doppia.

La domanda di iscrizione ed il curriculum vitae dovranno pervenire alla Segreteria organizzativa entro il 20 gennaio 1998. Non saranno prese in considerazione domande non accompagnate dal curriculum.

Nel caso il numero delle domande superi quello dei posti disponibili, le domande verranno selezionate, ad insindacabile giudizio degli organizzatori, sulla base del curriculum.

Segreteria organizzativa:

Sig.ra Anna Maria Chiessi, Centro del Sonno, H San Raffaele, via Prinetti 29, 20127 Milano tel 02/2643.3367, fax 02/2643.3394

RECENSIONI

Titolo: THE HOUSE OF SLEEP

Autore: Jonathan Coe

Casa Editrice: Viking (Penguin Books Ltd.) ; Harmondsworth, Middlesex, England ; 1997 : pagine 341.

Ashdown è una vasta casa che sorge a picco su una scogliera in una località non precisata della costa inglese. Una volta, quando era una residenza universitaria, un gruppo di studenti vi si era incontrato per un breve periodo. Dodici anni dopo, la residenza si è trasformata in una clinica del sonno, mentre una serie di strane coincidenze porta le stesse persone ad incontrarsi, ciascuna con un problema legato in qualche modo al sonno. Per Sarah, che è narcolettica, il sonno è sempre stato vissuto come uno stato confusionale ; la sua incapacità di distinguere i sogni dalla realtà della veglia è stata la causa di numerosi fraintendimenti - uno dei quali cambierà per sempre la vita di Robert nel tentativo di questo di vincere il suo amore. Per Terry, la cui carriera è stata compromessa dalla malattia di Sarah e che è diventato un disilluso critico cinematografico, il sonno è semplicemente un ricordo poichè ora è completamente insonne e rimpiange le lunghe dormite ed i sogni appassionanti di quando era studente. Per il Dr. Dudden, che ha fatto della materia un'ossessione scientifica, il sonno è nient'altro che un morbo da estirpare.

Costruito per riflettere i cinque stadi del sonno con una tecnica narrativa alternante tra passato e presente (i capitoli dispari descrivono avvenimenti accaduti negli anni 1983-84, mentre i capitoli pari descrivono gli eventi avvenuti nel giugno 1996), la storia è una commedia amara sul potere del sonno e sul potere dell'amore. Come nei romanzi che ruotano attorno ad un tema pervasivo (come ad esempio la musica o la pittura), qui il baricentro narrativo è il sonno che viene rivelato gradualmente al lettore, così come si va piano piano aprendo la disponibilità a dormire di Terry, che quando giunge alla clinica del Dr. Dudden fa appena qualche minuto di stadio 1 e che alla fine della storia riesce a raggiungere lo stadio 4 e il sonno REM. Ed ecco gli ingredienti di supporto alla narrazione : la contrapposizione tra un medico demoniaco ed esaltato e uno psicologo mite e umano ; gli ambigui confini tra realtà e attività onirica che confonde anche l'identità personale di sessualità ; la sovrapposizione di pronuncia tra l'occhio (eye), vivace protagonista nel sonno REM e nella narcolessia e l'io (I) che in qualche modo si confonde negli indistinti meandri della malattia ; l'immane interpretazione psicoanalitica; un amore grande per il cinema neorealista italiano ; il finale tragicomico di un uomo in preda al delirio che grida "none shall sleep" sulle note della romanza pucciniana Nessun Dorma. Scene da agevole trasposizione teatrale, con pochi personaggi che alla fine compiono qualcosa di importante nella storia e per la storia .

Ben lontano dalla concezione della scienza come sapere chiarificatore, l'autore si mostra spontaneamente attratto verso la giurisdizione opposta dell'irrazionale e dell'inconscio. Evidentemente quando il sonno viene vivisezionato sotto lo sguardo psicologico di un narratore laico (nel senso di non-tecnico), finisce per assumere prevalenti connotati mentali. Ed ecco allora temi narrativi permeati di idiosincrasie antiscientifiche, dove il rigore sperimentale diventa spesso caricatura e dove invece il sonniloquio e le allucinazioni ipnagogiche assurgono a certezze universali ("nel sonno non si possono dire le bugie"). Coerente a questa normativa "naturalistica", appare sincera la solidarietà per le vicissitudini dei suoi personaggi, a cui l'autore offre il diritto alla speranza ogniqualvolta i protagonisti smarriscono il senso della certezza. Una partecipazione senza retorica e senza cali di tensione fino all'ultima pagina. Un raccontare sempre agile e godibile. Un testo che speriamo possa essere tradotto presto anche in italiano.

Titolo : DEPRESSION AND SLEEP

Autore : P.J. Cowen

Casa Editrice : Martin Dunitz Ltd., London ; 1997 : pagine 57.

"Al momento disponiamo di diversi farmaci di prima linea per il trattamento della depressione maggiore. Tuttavia, la scelta del composto è parte di una complessa decisione clinica che deve valutare la precedente risposta alla terapia, la tolleranza a qualche particolare effetto indesiderato e il costo dell'intervento. Anche fattori come un disturbo del sonno devono influenzare la scelta dell'antidepressivo. L'efficacia terapeutica dipende infatti dall'eventuale alterazione del sonno indotta dal farmaco nel paziente depresso già disturbato da un sonno di scarsa qualità". Si conclude così questo piccolo libro tascabile (appena 57 pagine) che affronta la grande e controversa relazione tra depressione e sonno. Dopo un primo capitolo sulla macrostruttura del sonno normale, e un secondo capitolo sui principali neuromediatori implicati nel controllo del sonno, l'autore descrive gli aspetti salienti del sonno nella depressione tentando di stabilire un raccordo tra le alterazioni macrostrutturali e le basi neurochimiche della malattia. I capitoli finali sono dedicati rispettivamente all'effetto sul sonno dei farmaci antidepressivi e alla gestione clinica dei disturbi del sonno nella depressione. Scritto secondo i canoni asciutti ed essenziali della migliore tradizione scientifica anglosassone, questo libro cerca di offrire un quadro sintetico e aggiornato dei temi trattati anche alla luce dei composti di più recente impiego. Un'attenzione particolare viene dedicata al nefazodone che, rispetto agli SSRI, migliora il sonno del paziente depresso e che, rispetto al trazodone e ai triciclici, dà meno sedazione diurna. Al di là delle preferenze espresse dall'autore per questo o quel farmaco, lodevole ci sembra il forte richiamo a tenere conto, nella scelta del presidio terapeutico, delle conseguenze che un determinato composto può avere sul sonno a parità di efficacia sul disturbo dell'umore. L'autore deve fare i conti tuttavia con una letteratura (peraltro aggiornata al 1996) che propone una serie di dati contraddittori. In particolare, la valutazione polisomnografica dei farmaci antidepressivi riguarda esclusivamente gli effetti sui parametri macrostrutturali (soprattutto le variazioni del sonno REM). Tuttavia, l'incapacità di spiegare talune anomalie (per esempio, l'assenza di azione sul sonno REM da parte di alcuni agenti efficaci) e l'impossibilità di disporre di misure precise sulla continuità del sonno usando i criteri di scoring standard, porta l'autore a concludere che "la distinzione tra i farmaci antidepressivi si ricava principalmente dalla valutazione soggettiva del sonno dei pazienti". Un libro agile ed elegante, corredato da coloratissimi grafici e tabelle, che tuttavia ripropone l'inadeguatezza dei parametri convenzionali per indagare i meccanismi neurofisiologici dell'insonnia e per monitorare adeguatamente l'impatto dei farmaci sul sonno.

NUOVO CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente Onorario:

Elio Lugaresi (Bologna)

Past President:

Salvatore Smirne (Milano)

Presidente:

Mario Giovanni Terzano

Centro di Medicina del Sonno

Strada del Quartiere, 4 - 43100 Parma

tel e fax 0521/287913

Vice Presidente:

Francomichele Puca

Centro per lo Studio dei Disturbi del Sonno

Policlinico

Piazza G. Cesare, 11 - 70100 Bari

tel 080/5478527 - fax 080/5478532

Segretario:

Fabio Cirignotta

Servizio di Neurologia

Policlinico S. Orsola Malpighi

Via Albertoni, 5 - 40138 Bologna

tel 051/6362642-1 - fax 051/6362640

Tesoriere:

Franco Ferrillo

Centro di Ipnologia

Ospedale S. Martino

Piazza Benzi - 12126 Genova

tel 010/3537460 - fax 010/3537699

Consiglieri:

Luigi Ferini-Strambi (Milano)

Gian Luigi Gigli (Udine)

Mario Guazzelli (Pisa)

Raffaele Manni (Pavia)

Giuseppe Plazzi (Bologna)

Marco Zucconi (Milano)

Revisori dei Conti:

Oliviero Bruni (Roma)

Roberto Massetani (Carrara)

Susanna Mondini (Bologna)