



Editoriale

SALUTO DEL NUOVO PRESIDENTE

Ricordo bene il mio primo giorno trascorso all'Ordine dei Medici di Isernia. Era un sabato di marzo del 1993 e mio padre mi chiese di accompagnarlo ad un corso di aggiornamento. C'erano tutti i suoi amici e colleghi: l'allora Presidente Salvatore Forte, l'amico fraterno Franco Petescia e tanti medici che non conoscevo. Quella che sarebbe stata la mia professione già mi affascinava, pur essendo ancora uno studente che doveva terminare il suo percorso prima di intraprendere la carriera di medico. Quella fu l'ultima presenza di mio padre nella sede in cui, a distanza di oltre venti anni, oggi sono stato eletto Presidente. È ovvio che il mio primo pensiero o da neo-eletto vada a chi voleva insegnare tutto al proprio figlio e, purtroppo, non ha nemmeno avuto la gioia di vederlo laureato.

È per me un onore rappresentare tutti i colleghi della nostra piccola ma energica Provincia. Garantisco l'assoluto rispetto di quel Codice Deontologico che deve essere il caposaldo di ogni iscritto. Cercherò di far tesoro di quanto l'Ordine ha fatto in questi 44 anni. Eliodoro Pirone, Salvatore Forte, Franco Carugno e Sergio Tartaglione, ovvero i Presidenti che mi hanno preceduto, saranno per

me modelli da seguire, con l'aiuto di una squadra sempre compatta e pronta a percorrere questo nuovo cammino. Ringrazio di cuore tutti coloro che hanno sostenuto la mia candidatura e, in modo particolare, i componenti del nuovo Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti per l'impegno profuso al fine del conseguimento di questo importante risultato. Insieme riusciremo sicuramente a lavorare bene e in sintonia. Uno dei primi passi sarà quello di aggregare la nostra "famiglia", partendo da chi ha deciso di non prendere parte al voto.

Alla neo-eletta Commissione degli Odontoiatri, parte attiva e integrante del nostro Ordine, giunga il mio affettuoso augurio di buon lavoro. Un ultimo e sentito pensiero va al Consiglio Direttivo uscente, che ringrazio a nome di tutti, per quanto fatto in questi anni e al Presidente Sergio Tartaglione per i 15 anni trascorsi, con grinta e capacità indiscusse, alla guida dell'Ordine.

Dott. Ferdinando Carmosino

Analisi retrospettiva dei dati elettrofisiologici di 6456 mani

EPIDEMIOLOGIA DELLA SINDROME DEL **TUNNEL CARPALE** NELLA POPOLAZIONE DELLA PROVINCIA DI ISERNIA

Dr.ssa LORENA VALLETTA, dirigente medico
ANTONIO PARISI e RAFFAELLA URBANO, tecnici di Neurofisiopatologia
Servizio di Elettromiografia, Elettroencefalografia e Potenziali Evocati
U.O.C. di Neurofisiopatologia Clinica – Stroke Unit
Direttore: Dr. NICOLA IORIO

Introduzione

La sindrome del tunnel carpale (STC) è la più comune neuropatia degli arti superiori, dovuta all'intrappolamento del nervo mediano nel canale del carpo.

EPIDEMIOLOGIA

La prevalenza della STC nella popolazione generale adulta è compresa tra il 2.7% e il 5.8% (1, 2), mentre la sua incidenza annuale media è di 329 casi per 100.000 persone e l'incidenza standardizzata è di 276 casi per 100.000 persone (3). La STC è più frequente nelle femmine che nei maschi, con una ratio femmine:maschi variabile da 3:1 (4) a 5.5:1 (5).

Generalmente si presenta dopo i 30 anni di età, con il 76% di tutti i pazienti che diventano sintomatici tra 40 e i 70 anni (6). Benché nell'infanzia sia infrequente, vari casi sono stati descritti in bambini con mucopolisaccaridosi (7) e mucopolipidosi (8) o con lesioni occupanti spazio come le cisti (9). Alcuni autori hanno infine descritto casi familiari di STC pediatrica (10, 11).

ETIOPATOGENESI

La STC è la più comune neuropatia da compressione degli arti superiori, derivante dall'intrappolamento del nervo mediano nel canale del carpo, nel quale la pressione normale è stata registrata tra i 2 e i 10 mmHg (12).





Quando la pressione nel canale aumenta, il nervo mediano viene compresso. Alcuni casi di STC possono essere idiopatici (13), ma la maggior parte è causata da patologie come l'artrite reumatoide, la gotta, l'ipotiroidismo, l'ipertensione, il diabete, l'obesità, l'uremia e l'acromegalia (14). Può inoltre manifestarsi durante la gravidanza (15, 16) e l'allattamento (15) ed è attribuita alle fluttuazioni ormonali, alle variazioni dei liquidi corporei e ai cambiamenti muscolo-scheletrici (16); può essere causata da tumori benigni come i neuromi (17) e i lipomi (18), da malformazioni vascolari (17, 19) e da traumi (20). Di recente una nuova causa di STC è stata trovata nella attività lavorative con movimenti continui e ripetuti di mani e polsi (21).

QUADRO CLINICO

Nelle prime fasi della STC i pazienti lamentano sintomi dovuti al coinvolgimento della componente sensitiva del nervo mediano. Il sintomo più comune è un dolore urente associato a formicolio e intorpidimento nel territorio di distribuzione del nervo mediano distalmente al polso, e che classicamente coinvolge il pollice, l'indice, il medio e la metà radiale dall'anulare. I pazienti si svegliano spesso di notte per il dolore e riferiscono di dover appendere le mani fuori dal letto o di doverle scuotere vigorosamente per alleviare il dolore (22). Negli stadi avanzati della patologia vi è anche il coinvolgimento delle fibre motorie del nervo mediano con ipostenia e ipo-atrofia dei muscoli dell'eminanza tenar.

DIAGNOSI

La diagnosi di STC è fatta valutando i sintomi ed i segni clinici assieme all'esecuzione di test strumentali, come l'elettroencefalografia (ENG - studio della velocità di conduzione dei nervi), la risonanza magnetica (RMN) e l'ultrasonografia. Come riportato da Aroori e Spence (22), vari test sono stati descritti per poter diagnosticare

la STC, anche se la presenza o assenza di caratteristici reperti fisici ha un valore diagnostico limitato. I test clinici più comuni sono il segno di Tinel, il test di Phalen e il segno di Flick; meno comuni il segno del pugno chiuso, il diagramma della mano di Katz, il test di flessione ed estensione del polso, il test della pressione indotta e la prova del laccio emostatico (22). Tinel descrisse il segno di Tinel nel 1915 (23), quando notò che la percussione di un nervo danneggiato in sede prossimale generava una sensazione di formicolio. Il segno di Tinel è positivo quando la percussione in corrispondenza del tunnel carpale provoca sintomi nel territorio di distribuzione del nervo mediano. Il test di Phalen fu descritto da Phalen e Kendrick nel 1957 (24). La manovra di Phalen risulta positiva quando la flessione del polso a 90 gradi per 1 minuto causa la compressione del nervo tra il legamento trasverso del carpo e i tendini flessori all'interno del tunnel carpale ed elicitati sintomi nel territorio di distribuzione del nervo mediano. Il segno di Flick è caratterizzato dal ripetuto scuotimento delle mani da parte del paziente nel tentativo di ridurre il formicolio (25). Per quanto riguarda la diagnostica strumentale, essa si avvale della risonanza magnetica, della tomografia computerizzata e dell'ultrasonografia (26), ma soprattutto dell'ENG (27, 28), che misura la velocità di conduzione motoria e sensitiva del nervo mediano a livello del polso. Nelle prime fasi della STC vi è generalmente un ritardo nella velocità di conduzione sensitiva perché la componente sensitiva del nervo mediano è affetta molto prima della componente motoria. Per determinare la severità della patologia, vari autori hanno cercato di standardizzare i normali valori di ampiezza e latenza distale dei potenziali sensitivi e motori del nervo mediano come pure i normali valori di velocità di conduzione sensitiva e motoria. In particolare nel mio lavoro ho considerato i valori normali riportati da Kimura (29) e da Pawar et al. (30). Per quanto riguarda la RMN, nella STC essa mostra un'aumentata intensità del segnale del nervo mediano nelle sequenze in T2, indice di sofferenza del nervo stesso (31). Lo sviluppo degli ultrasuoni ad alta risoluzione (7-15 MHz) ha permesso di valutare il nervo mediano e i tendini vicini. Nelle scansioni ultrasonografiche trasversali il nervo mediano sano è di forma ellittica e si appiattisce progressivamente decorrendo distalmente. La STC, all'ultrasonografia, mostra la classica triade di appiattimento del nervo nel tratto distale del tunnel, rigonfiamento del nervo in corrispondenza del tratto distale del radio (meno frequentemente nella parte prossimale del tunnel) e incurvamento palmare del retinacolo dei flessori (32).

PREVENZIONE

Nella prevenzione della STC è necessario: 1) avere un adeguato stile di vita; 2) ridurre il quantitativo di lavoro svolto con mani e dita; 3) usare strutture ergonomiche; 4) fare pause brevi e frequenti; 5) fare esercizi con mani e polsi come quelli di allungamento isometrico che allungano i muscoli del polso e della mano, come pure esercizi con collo e spalle per migliorare il flusso ematico in queste aree (33).

TERAPIA

Il trattamento della STC può essere sia conservativo (uso di agopuntura che ha dato risultati contrastanti (34, 35), corticosteroidi locali e sistemici con diversa efficacia (36), diuretici, neurolisi interna, masso-terapia, esercizi per i nervi e i tendini, farmaci antinfiammatori non steroidei, ultrasuono-terapia e tutori per il polso), che chirurgico (terapia chirurgica a cielo aperto o endoscopica) (37). Per quanto riguarda la terapia chirurgica, vi è la tecnica a cielo aperto e quella endoscopica. La prima consiste nel praticare un'incisione alla base del palmo della mano, così da esporre il legamento trasverso del carpo, che viene tagliato in modo da ridurre la pressione sul nervo mediano e quindi i sintomi con ottimi risultati (38). Tuttavia alcuni autori hanno suggerito che la persistenza di ipostenia e di dolore nell'area tenar e ipotenar si manifestano frequentemente dopo la chirurgia a cielo aperto (39, 40). L'uso della chirurgia endoscopia nella terapia della STC è stato descritto per la prima volta nel 1989 da Okutsu et al. (41), che usarono un tubicino flessibile di plastica trasparente con un endoscopio standard per identificare il legamento trasverso del carpo e tagliarlo con un coltello a retrazione; tale tecnica è caratterizzata da una più piccola incisione cutanea rispetto alla chirurgia a cielo aperto e da una minore dissezione dei tessuti (42) e permette quindi un più rapido recupero. Una meta-analisi (43) sostiene che la chirurgia endoscopica della STC è migliore della chirurgia a cielo aperto sia in termini di riduzione della cicatrice cutanea che in termini di recupero della forza di presa ad un follow-up di 12 settimane.

Studio epidemiologico**OBIETTIVI**

Scopo del presente lavoro è stato quello di valutare i dati epidemiologici della STC nella popolazione della provincia di Isernia attraverso un'analisi retrospettiva dei dati elettrofisiologici di 6456 mani (3228 pazienti, di cui 2364 femmine e 864 maschi).

MATERIALI E METODI

In questo studio abbiamo analizzato retrospettivamente i risultati degli studi elettro-neurografici (ENG) di 6456

mani di 3228 pazienti (residenti esclusivamente nella provincia di Isernia) giunti alla nostra osservazione tra gennaio 2005 e dicembre 2012 con segni e sintomi suggestivi di STC.

Ogni paziente è stato sottoposto ai seguenti esami ENG per entrambe le mani:

- velocità di conduzione sensitiva (VCS) ortodromica del nervo mediano: II dito-polso e III dito-polso, distanza media: 12 cm;
- velocità di conduzione motoria (VCM) ortodromica del nervo mediano: registrazione dall'eminanza tenar, stimolazione distale al polso e prossimale in regione antecubitale, distanza media: 23 cm;
- VCS ortodromica del nervo ulnare: V dito-canale di Guyon, distanza media: 10 cm;
- VCM ortodromica del nervo ulnare: registrazione dall'eminanza ipotenar, stimolazione distale al canale di Guyon e prossimale al gomito, distanza media: 30 cm.

Sulla base dei dati ENG del nervo mediano, confrontati coi valori normali del nostro laboratorio (componente motoria del nervo mediano: ampiezza, 7.5 mV; latenza distale, 4.0 ms; velocità di conduzione motoria, 54.5 m/s; componente sensitiva del nervo mediano: ampiezza, 35.5 µV; velocità di conduzione sensitiva, 54 m/s) e con quelli riportati da Kimura (29) e da Pawar et al. (30) e in riferimento agli studi di Padua et al. (5), abbiamo diviso i pazienti con STC in sei classi di gravità: 1) STC estrema (STC-EXT), caratterizzata dall'assenza della risposta motoria del nervo mediano; 2) STC severa (STC-SEV), caratterizzata dall'assenza della risposta sensitiva e dall'aumento della latenza distale motoria (LDM) del nervo stesso (> 5 msec); 3) STC moderata (STC-MOD), caratterizzata da una riduzione della VCS (< 45 m/sec) e da un aumento della LDM (> 4 e < 5 ms); 4) STC media (STC-MED), caratterizzata da una riduzione della VCS (< 45 m/sec) e da una LDM normale (< 4 msec); 5) STC minima (STC-MIN), caratterizzata da una riduzione della VCS (compresa tra 45 e 54 m/sec); 6) STC negativa (STC-NEG): valori normali ad ogni esame.

Al fine di valutare la sola STC, sono stati esclusi dall'analisi retrospettiva i casi di STC associati a neuropatie, come quella diabetica o dialitica.

Abbiamo infine analizzato la differenza tra mano destra (MD) e mano sinistra (MS) nei maschi (M) e nelle femmine (F) nelle seguenti classi di età: < 30 anni, 30-45 anni, 45-60 anni e > 60 anni.

Risultati

La STC è risultata più frequente nelle femmine, con un ratio femmine (F=2364) : Maschi (M=864) di 2.736:1.

La maggior parte dei pazienti (40.6% del totale: 40.9%

delle F, 39.8% dei M) è risultata di età compresa tra 45 e 60 anni.

Il 32.2% dei pazienti (29.6% delle F, 39.2% dei M) è risultato ultrasessantenne.

Il 21.7% dei pazienti (23.9% delle F, 15.7% dei M) è risultato di età compresa tra 30 e 45 anni.

I pazienti con meno di 30 anni hanno rappresentato il 5.5% del totale (5.6% delle F, 5.3% dei M).

La STC-EXT è stata osservata nello 0.2% di tutte le mani analizzate (0.15% di mani femminili, 0.35% di mani maschili), nei soggetti ultrasessantenni e nella mano destra (MD) più che nella sinistra (MS), con una ratio MD/MS di 2:1.

La STC-SEV è stata osservata nel 9.9% di tutte le mani (8.6% di mani femminili, 13.4% di mani maschili) e negli ultrasessantenni più che nei pazienti di altre classi di età. La ratio MD/MS nella STC-SEV è risultata di 1.19:1.

La STC-MOD è stata riscontrata nel 20.1% di tutte le mani (19.7% di mani femminili, 21.4% di mani maschili) ed è risultata più frequente nei pazienti di età compresa tra 45 e 60 anni. La ratio MD/MS è risultata di 1.06:1.

La STC-MED è stata riscontrata nel 15% di tutte le mani (15.1% di mani femminili, 14.6% di mani maschili) e soprattutto nei pazienti di età compresa tra 45 e 60 anni. La ratio MD/MS è stata di 1.15:1.

La STC-MIN è stata osservata nel 34.7% di tutte le mani (35.85% di mani femminili e 31.5% di mani maschili); la classe di età più colpita è stata quella tra 45 e 60 anni; la ratio MD/MS è risultata di 1.07:1.

La STC-NEG è stata riscontrata nel 20.1% di tutte le mani (20.6% di mani femminili e il 18.8% di mani maschili) e più frequentemente nella classe di età tra 45 e 60 anni; la ratio MD/MS nella STC-NEG è risultata di 0.67:1.

Conclusioni

Nella popolazione della provincia di Isernia:

- 1) la STC è risultata più frequente nelle femmine che nei maschi, con una ratio F:M di 2.736:1, poco inferiore a quella osservata da Stevens et al. (4) e pari a 3:1, ma significativamente inferiore a quella riportata da Padua et al. (5) e pari a 5.5:1.
- 2) la STC è risultata più frequente nei soggetti di età > 45 anni, in analogia con i dati di Polykandriotis et al. (6); in particolare la classe di età più colpita è risultata quella tra 45 e 60 anni (40.6% di tutti i pazienti), seguita dalla classe degli ultrasessantenni (32.2%), da quella di età compresa tra 30 e 45 anni (il 21.7% di tutti i casi) ed infine dalla classe dei minori di 30 anni (5.5%);
- 3) la STC di entità più grave (STC-EXT e STC-SEV) è stata osservata negli ultrasessantenni più che nei soggetti di età inferiore;
- 4) la mano destra (MD) è risultata più colpita della mano

sinistra (MS) nei casi di STC-EXT, con una ratio MD/MS di 2:1, mentre la STC-NEG è stata osservata più nella MS che nella MD, con una ratio MD/MS di 0.67:1. Non sono emerse significative differenze tra MD e MS nelle altre classi di severità della STC (ratio MD/MS: STC-SEV=1.19:1; STC-MOD=1.06:1; STC-MED=1.15:1; STC-MIN=1.07:1);

- 5) la STC-MIN è risultata più frequente (34.7% di tutte le mani) della STC-MOD (20.1%) e della STC-MED (15%); la STC-SEV è stata più frequente (9.9% di tutte le mani) della STC-EXT (0.2%) mentre la STC-NEG è stata osservata nel 20.1% di tutte le mani; Padua et al. (5), invece, hanno trovato la STC-MOD (36%) più frequente della STC-MED (24%), della STC-MIN (21%), della STC-SEV (14%) e soprattutto della STC-EXT (3%) e della STC-NEG (3%),

Bibliografia

1. Atroschi I, Gummeson C, Johnsson R, Ornstein E, Ranstam J, Rosén I. Prevalence of carpal tunnel syndrome in a general population. *JAMA*. 1999; 282(2): 153-158.
2. Ferry S, Pritchard T, Keenan J, Croft P, Silman AJ. Estimating the prevalence of delayed median nerve conduction in the general population. *Br J Rheumatol*. 1998;37(6):630-635.
3. Mondelli M, Giannini GF, Giacchi M. Carpal tunnel syndrome incidence in a general population. *Neurology* 2002 Jan 22; 58(2): 289-94.
4. Stevens JC, Sun S, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. Carpal tunnel syndrome in Rochester, Minnesota, 1961 to 1980. *Neurology* 1988 Jan;38(1):134-8.
5. Padua L, Lo Monaco M, Padua R, Gregori B, Tonali P. Neurophysiological classification of carpal tunnel syndrome: assessment of 600 symptomatic hands. *Ital J Neurol Sci*. 1997 Jun; 18(3): 145-50.
6. Polykandriotis E, Premm W, Horch RE. Carpal tunnel syndrome in young adults—an ultrasonographic and neurophysiological study. *Minim Invasive Neurosurg*. 2007 Dec; 50(6): 328-34.
7. Meyer-Marcotty MV, Kollewe K, Dengler R, Grigull L, Altintas MA, Vogt PM. [Carpal tunnel syndrome in children with mucopolysaccharidosis type 1H: diagnosis and therapy in an interdisciplinary centre]. [Article in German]. *Handchir Mikrochir Plast Chir*. 2012 Jan; 44(1): 23-8.
8. Afshar A. Bilateral carpal tunnel syndrome and multiple trigger fingers in a child with mucopolysaccharidosis Type III disease. *Indian J Plast Surg*. 2011 Sep; 44(3): 517-20.
9. Mohamed A, Rosalie S, Taylor K, Fink M, Coombs C, Ryan M, Kornberg A. Carpal tunnel syndrome secondary to ganglion cyst in a child. *J Child Neurol*. 2011 May; 26(5): 630-3.
10. Senel S, Ceylaner G, Yuksel D, Erkek N, Karacan C. Familial primary carpal tunnel syndrome with possible skipped generation. *Eur J Pediatr*. 2010 Apr; 169(4): 453-5.
11. Jimeno-Ruiz S, Martín-Molina R, García-Pérez A, Martínez-Granero M, Bueno Horcajadas A, Martínez-Pérez A. [Carpal tunnel syndrome in childhood.]. [Article in Spanish] *Neurologia* 2009 Dec; 24(10): 849-55.

12. Amirlak B, Upadhyaya K, Ahmed O, Wolff T, Tsai T, Scheker L. [Accessed: 4/10/2011]; Median Nerve Entrapment. 1-11-2010. Internet Communication. 2011
13. Sternbach G. "The carpal tunnel syndrome". *Journal of Emergency Medicine* 1999; 17 (3): 519-23.
14. Balci K, Utku U. Carpal tunnel syndrome and metabolic syndrome. *Acta Neurol Scand.* 2007 Aug; 116(2): 113-7.
15. O'Donnel M, Elio R, Day D. Carpal tunnel syndrome: coping during pregnancy and breastfeeding. *Nurs Womens Health* 2010 Aug; 14(4): 318-21.
16. Osterman M, Ilyas AM, Matzon JL. Carpal tunnel syndrome in pregnancy. *Orthop Clin North Am.* 2012 Oct; 43(4): 515-20. doi: 10.1016/j.ocl.2012.07.020. Epub 2012 Sep 4.
17. Sierakowski A, Tare M, Maan Z. Co-existing neuroma of the palmar cutaneous branch of the median nerve and an arterio-venous malformation after open carpal tunnel decompression. *J Plasr Reconstr Aesthet Surg.* 2012 Apr; 65(4): 541-2.
18. Pagonis T, Givissis P, Christodoulou A. Complications arising from a misdiagnosed giant lipoma of the hand and palm: a case report. *J Med Case Rep.* 2011 Nov 15; 5(1): 552.33)
19. Hariri A, Cohen G, Masmejean EH. Venous malformation involving median nerve causing acute carpal tunnel syndrome. *J Hand Surg Eur Vol.* 2011 Jun; 36(5): 431-2.
20. Hamdi MF, Aloui I, Abid A. [Acute carpal tunnel syndrome after trauma: a series of 26 cases]. [Article in French]. *Chir Main* 2009 Sep; 28(4): 219-23. Epub 2009 May 26.
21. Slimane NB, Elleuch M, Gharbi E, Babay H, Hamdoun M. [Occupational carpal tunnel syndrome: 27 cases]. [Article in French] *Tunis Med* 2010 Sep; 88(9): 634-7.
22. Aroori S et Spence RAJ. Review: Carpal tunnel syndrome *Ulster Med J* 2008; 77(1): 6-17
23. Hoffmann P, Buck-Gramcko D, Lubahn JD. The Hoffmann-Tinel sign. 1915. *J Hand Surg [Br]* 1993; 18(6): 800-5.
24. Phalen GS. The carpal-tunnel syndrome. Seventeen years' experience in diagnosis and treatment of six hundred fifty-four hands. *J Bone Joint Surg Am* 1966; 48(2): 211-28.
25. Pryse-Phillips, WEM. Validation of a diagnostic sign in carpal tunnel syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1984; 47: 870-2.
26. Deniz FE, Oksüz E, Sarikaya B, Kurt S, Erkorkmaz U, Ulusoy H, Arslan S. Comparison of the diagnostic utility of electromyography, ultrasonography, computed tomography, and magnetic resonance imaging in idiopathic carpal tunnel syndrome determined by clinical findings. *Neurosurgery.* Mar; 2012; 70(3):610-6.
27. AAEM Quality Assurance Committee, Jablecki CK, Andary CMT, So YT, Wilkins DE, Williams FH. Literature review of the usefulness of nerve conduction studies and electromyography for the evaluation of patients with carpal tunnel syndrome. *Muscle & Nerve*, 1993; 16(12): 1392-1414
28. Megerian JT, Kong X, Gozani SN. Utility of Nerve Conduction Studies for Carpal Tunnel Syndrome by Family Medicine, Primary Care, and Internal Medicine Physicians. *J Am Board Fam Med-* January-February 2007; 20: 60-64
29. Kimura J. Principles and pitfalls of nerve conduction studies. *Ann Neurol* 1984; 16: 415-428.
30. Pawar SM, Taksande AB, Singh R. Normative data of upper limb nerve conduction in Central India. *Indian J Physiol Pharmacol.* 2011 Jul-Sep; 55(3): 241-5.
31. André Y, Zagnoli F, André M, Le Dreff P, Bellard S, Garcia JF. [Clinical, electrophysiological and MRI correlations in carpal tunnel syndrome]. [Article in French] *J Radiol.* 1999 Jul; 80(7): 721-6.
32. Wong SM, Griffith JF, Hui AC, Lo SK, FU M, Wong KS. Carpal tunnel syndrome: diagnostic usefulness of sonography. *Radiology* 2004 Jul; 232(1): 93-9.
33. Rousseau T, Mottet N, Mace G, Franceschini C, Sagot P. Practice guidelines for prevention of musculoskeletal disorders in obstetric sonography. *J Ultrasound Med.* 2013 Jan; 32(1): 157-64.
34. Yang CP, Wang NH, Li TC, Hsieh CL, Chang HH, Hwang KL, Ko WS, Chang MH. A randomized clinical trial of acupuncture versus oral steroids for carpal tunnel syndrome: a long-term follow-up. *J Pain* 2011 Feb; 12(2): 272-9. doi: 10.1016/j.jpain.2010.09.001. Epub 2010 Nov 26.
35. Yao E, Gerritz PK, Henricson E, Abresch T, Kim J, Han J, Wang K, Zhao H. Randomized controlled trial comparing acupuncture with placebo acupuncture for the treatment of carpal tunnel syndrome. *PM R.* 2012 May; 4(5): 367-73. doi: 10.1016/j.pmrj.2012.01.008. Epub 2012 Mar 7.
36. Wong SM, Hui AC, Tang A, Ho PC, Hung LK, Wong KS, Kay R, Li E. Local vs systemic corticosteroids in the treatment of carpal tunnel syndrome. *Neurology* 2001 Jun 12; 56(11): 1565-7
37. Ashworth NL. Carpal tunnel syndrome. *Clin Evid (Online).* 2011 Oct 21; 2011. pii: 1114
38. Gelberman RH. Carpal tunnel release. Open release of the transverse carpal ligament. In: Gelberman RH, editor. *Operative nerve repair and reconstruction. Volume 2.* Philadelphia: JB Lippincott; 1991. p 899-912.
39. Brown RA, Gelberman RH, Seiler JG 3rd, Abrahamson SO, Weiland AJ, Urbaniak JR, Schoenfeld DA, Furcolo D. Carpal tunnel release. A prospective, randomized assessment of open and endoscopic methods. *J Bone Joint Surg Am.* 1993; 75: 1265-75.
40. Kuschner SH, Brien WW, Johnson D, Gellman H. Complications associated with carpal tunnel release. *Orthop Rev.* 1991; 20: 346-52.
41. Okutsu I, Ninomiya S, Takatori Y, Ugawa Y. "Endoscopic management of carpal tunnel syndrome". *Arthroscopy* 1989; 5 (1): 11-8
42. Agee JM, McCarrol HR Jr, Tortosa RD, Berry DA, Szabo RM, Peimer CA. Endoscopic release of the carpal tunnel: a randomized prospective multicenter study. *J Hand Surg Am* 1992 Nov; 17(6): 987-95.
43. Thoma A, Veltri K, Haines T, Duku E. A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials Comparing Endoscopic and Open Carpal Tunnel Decompression. *Plastic & Reconstructive Surgery.* October 2004 - Volume 114 - Issue 5 - pp 1137-1146

DIFENDERE LA DEONTOLOGIA PER UN SISTEMA SANITARIO MIGLIORE

A CURA DELL'UFFICIO STAMPA FNOMCeO

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

Con provvedimento pubblicato sull'ultimo bollettino, l'Antitrust ha sanzionato la FNOMCeO per «aver posto in essere un'intesa restrittiva della concorrenza, ai sensi dell'articolo 101 de TFUE, consistente nell'adozione e diffusione del Codice di Deontologia Medica e delle Linee Guida», definendo la sanzione amministrativa in 831.816,00 euro, richiedendole di assumere misure atte a porre termine all'illecito riscontrato, e di darne comunicazione entro il 31 gennaio 2015.

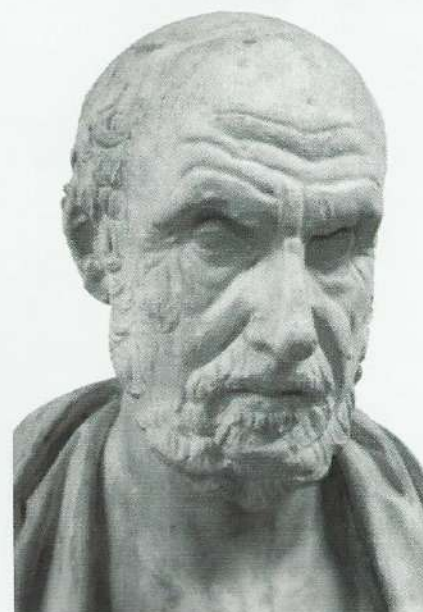
Il Comitato Centrale della FNOMCeO, riunito a Piacenza, nel prendere atto della misura adottata dall'Antitrust, ha deciso di resistere presso le sedi giurisdizionali previste dall'ordinamento. In que-

ste sedi la Federazione riproporrà i profili giuridici delle questioni già rappresentate, che poco o nulla hanno rilevato nel procedimento istruttorio e nell'esile confronto che ha preceduto la sanzione, pressoché annunciata. Vogliamo sin da subito ribadire, nel pieno rispetto dei ruoli istituzionali di ognuno e di tutti, che mai abbiamo inteso emanare un Codice *contra legem*, ma neppure accetteremmo che siano altri a scrivere il nostro Codice. Al di là dello stretto merito giuridico, questa vicenda esalta una questione fondamentale: e cioè la libertà e l'indipendenza della Deontologia professionale, che trova il suo caposaldo etico e civile nella tutela dei Diritti dei Cittadini — in questo caso con la tutela della salute — definiti fondamentali dalla Costituzione. E ciò in un contesto di Diritto comunitario che non distingue, all'interno del Mercato, le tipologie e le specificità dei diversi servizi. Crediamo invece che tale questione vada posta, non certo per difendere interessi corporativi, ma per meglio tutelare i Diritti dei Cittadini, soprattutto laddove insistono asimmetrie informative fondanti scelte consapevoli.

Non siamo ostili alla pubblicità sanitaria e alle positive ricadute nel migliorare l'offerta di servizi e la libertà di scelta. Vogliamo, però,

nello spirito e nella lettera del nostro mandato istituzionale, contrastare fenomeni e abusi di un'attività informativa e comunicativa che, come scritto nel nostro Codice 2014, sia «accessibile, trasparente, rigorosa e prudente (art. 55)», «veritiera, obiettiva, pertinente e funzionale all'oggetto dell'informazione, mai equivoca, ingannevole e denigratoria (art. 56)».

Difendendo la nostra Deontologia intendiamo difendere il diritto dei Cittadini a un sistema di cure accessibile, trasparente, efficace e sicuro.



Ippocrate



A CURA DI GIORGIO BERCHICI

l'opinione

Abbiamo voluto pubblicare queste lettere come esempio tangibile dell'interesse che l'Unione Europea nutre nei confronti della Sanità.

Il Presidente Junker desiderava abolire la DG Sanco (Dir Gen Sanità e Consumatori) e trasferire le sue competenze nell'ambito del mercato interno.

Se da un punto di vista teorico la cosa può apparire come un desiderio di snellimento della burocrazia europea, in realtà il tentativo era quello di sottoporre la Sanità al controllo dei dicasteri finanziari, esattamente come da tempo viene fatto in Italia. Questa è la nostra personale lettura, che naturalmente non è detto sia corretta. Sarà interessante avere anche le vostre opinioni.



ЕВРОПЕЙСКИ ПАРЛАМЕНТ PARLAMENTO EUROPEO EVROPSKÝ PARLAMENT EUROPA-PARLAMENTET
 EUROPAISCHES PARLAMENT EUROOPA PARLAMENT ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΙΟ EUROPEAN PARLIAMENT
 PARLEMENT EUROPÉEN PARLAMENT NA HEORPA EUROPSKI PARLAMENT PARLAMENTO EUROPEO
 EIROPAS PARLaments EUROPOS PARLAMENTAS EURÓPAI PARLAMENT IL-PARLAMENT EWROPEW
 EUROPEES PARLEMENT PARLAMENT EUROPEJSKI PARLAMENTO EUROPEU PARLAMENTUL EUROPEAN
 EURÓPSKY PARLAMENT EVROPSKI PARLAMENT EUROOPAN PARLAMENTTI EUROPAPARLAMENTET

The President

314827 26.09.2014

Mr Jean-Claude Juncker
 President-elect
 European Commission
 Rue de la Loi 200
 1049 Brussels

Dear President-elect,

In the coming weeks, the European Parliament will exercise its most fundamental right as laid down in Article 17 of the Treaty on the European Union, namely the appointment of the Members of the College of the Commission.

Following the allocation of portfolios to the Commissioners-designate and in view of the upcoming hearings in the European Parliament, I have received an urgent letter co-signed by the Chair of the Committee on the Environment, Public Health and Food Safety, Giovanni La Via, and by the coordinators of the EPP, S&D, ALDE, GUE/NGL and Greens/EFA groups in that committee, asking me to convey to you their concerns regarding the portfolios falling under the ENVI Committee's competences and the mission statements of the Commissioners-designate.

First, given the proposed new structure for decision-making in the future College, whereby Vice-Presidents are assigned a strategic and coordinating role, the ENVI Committee is concerned that the cross-cutting issue of sustainable development is not integrated into the portfolio nor the mission letter of Vice-President Katainen. This means that Vice-President Katainen is not being asked to integrate nor take into account this dimension while steering, coordinating and proposing policy choices to the College in the areas of Jobs, Growth, Investment and Competitiveness. The ENVI Committee does not challenge in any way the new structure of the Commission with the posts of Vice-Presidents. However, Commissioners Vella and Andriukaitis are meant to closely liaise, as a rule, with Vice-President Katainen for their initiatives. In the light of your commitment to "green growth" in your speech before the European Parliament in July, the ENVI Committee requests that the title of the portfolio and the mission of Vice-President Katainen be modified so as to include sustainable development accordingly.

Furthermore, the ENVI Committee considers it worrying that the 7th Environment Action Programme (EAP), which entered into force in January 2014 and provides for binding commitments in environmental policy up to 2020, is not mentioned in the mandate of the Commissioner-designate responsible, *inter alia*, for environment. Hence, the ENVI Committee would urge you to explicitly refer to the implementation of the 7th EAP in the mandate and responsibilities of Commissioner-designate Vella.

Last but not least, the ENVI Committee believes that a coherent approach in public health policy would ensure the highest level of health protection. Therefore, with regard to the reorganisation of the structure of the Commission Directorates-general, the ENVI Committee asks to keep responsibility for health technology, cosmetics, medicinal products and the European Medicines Agency in DG SANCO.

I would greatly appreciate a response to these concerns before the start of the hearings of the Commissioners-designate on Monday 29 September 2014.

Yours sincerely,



Martin Schulz





Ref. Ares(2014)3190274 - 29/09/2014

Jean-Claude JUNCKER

President-elect of the European Commission

Rue de la Loi, 200
B-1049 Brussels

T. +32 2 295 50 33

jean-claude.juncker@ec.europa.eu

Brussels, 29 September 2014

Ares (2014) 3190042

*Dear President Schulz,**Thank you for your letter of 26 September 2014.**Let me reply to the three points made in the letter:*

- *The Treaty on European Union makes it clear in its Preamble that the promotion of economic and social progress of the peoples of Europe takes into account the principle of sustainable development. Growth can only make a meaningful difference if it is able to last or continue for a long time. Acting in sustainable manner requires all of us to function outside closed silos and in a new collaborative way. This is exactly what I set out to do when presenting the new Commission. In it there are team leaders and team players working towards delivering the political priorities. I want to overcome silo-mentalities and introduce a new collaborative way of working in areas where Europe can really make a difference. Sustainable development is the simultaneous consideration of economics, life, environment and human well-being. In this sense, sustainability implies long-term and working for the benefit of future generations. I would find it too limiting to box-in sustainable development under the responsibility of a single Commissioner. Sustainable development should be taken into account by all institutions of the European Union when taking action to promote the economic and social progress of Europeans.*
- *Concerning the 7th Environment Action Programme, this programme shall contribute to a high level of environmental protection and to an improved quality of life and well-being for Europeans. The Commission shall ensure that the*

*Mr Martin SCHULZ**President of the European Parliament**E-mail: martin.schulz@europarl.europa.eu*

implementation of the relevant elements of this roadmap to "living well within the limits of our planet" is monitored in the context of the regular monitoring process of the Europe 2020 Strategy. Inside the Commission Mr Karmenu Vella, has been entrusted with this task as part of his portfolio responsibilities as Commissioner for Environment, Maritime Affairs and Fisheries.

- Following discussions with all political groups in the Parliament, I included "A Deeper and Fairer Internal Market with a Strengthened Industrial Base" as a priority in my Political Guidelines which I presented to the European Parliament on 15 July. To implement this objective, I have decided to establish a new Portfolio and a new Directorate-General which will be responsible for the whole legislation governing the internal market of products and services (apart from financial services). Health technology products, cosmetics and medicinal products will be part of this new Portfolio which is being entrusted to Ms Elzbieta Bienkowska. Public health-related issues will be under the responsibility of the Commissioner for Health and Food Safety – Mr Vytenis Andriukaitis, a former Minister of Health – and the Directorate-General responsible for Health, where two Directorates will be responsible for public health, health systems, health strategy and health technology assessment. In addition, I have transferred the competence for dealing with food waste and biocides to this portfolio.

The Commissioner for Health and Food Safety will also be responsible for ensuring within my Commission, in a horizontal and cross-cutting manner, that all policies, decisions and initiatives respect and apply the Treaty provisions on public health, in line with Article 168 TFEU.

The two-Directorates-General, the Internal Market one and the one responsible for Health and Food Safety, will work together both in the relations with the European Medicines Agency and in the implementation of the EU legislation applied to medicinal products. The representation on the Management Board of the European Medicines Agency will, as in the past, be in the hands of the two Directorates-General. All decisions taken in relation to medicinal products will be taken by the Commission on the basis of proposals prepared jointly by the Commissioner for Internal Market, Industry, Entrepreneurship and SMEs and the Commissioner for Health and Food Safety.

As President of the Commission I will make sure that public health will be at least as important in our policies as internal market considerations.

I hope this provides you with the necessary clarifications.

Yours sincerely,





Jean-Claude JUNCKER
President-elect of the European Commission

Rue de la Loi, 200
B-1049 Brussels
T. +32 2 295 50 33
jean-claude.juncker@ec.europa.eu

Brussels,
Ares (2014)3035082

Dear Sirs,

I refer to your "Open letter on the move of medicinal products and health technologies to the portfolio of the Commissioner for Internal Market, Industry, Entrepreneurship and SMEs".

Following discussions with all political groups, I included "A Deeper and Fairer Internal Market with a Strengthened Industrial Base" as a priority in my Political Guidelines which I presented to the European Parliament on 15 July. To implement this objective, I have decided to establish a new Portfolio and a new Directorate-General which will be responsible for the whole legislation governing the internal market of products and services (apart from financial services). Health technology products, cosmetics and medicinal products will be part of this new Portfolio. I have entrusted this Portfolio to Elżbieta Bieńkowska, for whose appointment I had to struggle during the whole summer in order to enhance the participation of strong, experienced women in my Commission, as requested by the European Parliament.

Public health related issues will be under the responsibility of the Commissioner for Health and Food Safety – the very competent Vytenis Andriukaitis, a former Minister of Health – and the Directorate-General responsible for Health, where two Directorates will be responsible for public health, health systems, health strategy and health technology assessment. In addition, I have transferred the competence for dealing with food waste and biocides to this Portfolio.

The Commissioner for Health and Food Safety will also be responsible for ensuring within my Commission, in a horizontal and cross-cutting manner, that all policies,

decisions and initiatives respect and apply the Treaty provisions on public health, in line with Article 168 TFEU.

The two Directorates-General, the Internal Market one and the one responsible for Health and Food Safety, will work closely together both in the relations with the European Medicines Agency and in the implementation of the EU legislation applied to medicinal products. The representation on the Management Board of the European Medicines Agency will, as in the past, be in the hands of the two Directorates-General. All decisions taken in relation to medicinal products will be taken by the Commission on the basis of proposals prepared jointly by the Commissioner for Internal Market, Industry, Entrepreneurship and SMEs and the Commissioner for Health and Food Safety.

As President of the Commission, I will make sure that public health will be at least as important in our policies as internal market considerations.

Yours sincerely,



Jean-Claude Juncker
Presidente della Commissione Europea

Brussels, 01/10/14

[Logos of supporting organisations to be added in alphabetical order ASAP]

To: Mr Martin SCHULZ
President of the European Parliament
Cc: Members of the Conference of Presidents

Re: Evaluation of the Hearings by the Conference of Presidents – Pharmaceutical policy in the public interest

Dear President Schulz,

Firstly, we would like to congratulate you on your decision to write to the President-elect on the transfer of the competence for health products and health technologies from the Commissioner in charge of Health to the Commissioner in charge of internal market and industry within the new College of Commissioners. Your commitment made it clear that the united, strong voice of EU leaders, academics, and health organisations¹ is heard by the European Parliament.

We share the concerns expressed by the ENVI Committee Chair and we think that the shift of EU pharmaceutical policy will put Europe's security at risk by promoting profit over public health and is in contradiction with how pharmaceutical policy is governed in all 28 EU Member States. With the responsibility for pharmaceutical and medical devices policies removed from Dr Andriukaitis' portfolio, he will not be able to fulfil his mandate to ensure pandemic preparedness and develop expertise on performance assessments of health systems.² This will affect the well-being of more than 500 million people living in Europe.

The main driver of EU policies concerning pharmaceuticals and health technologies should be promoting and protecting health. But the Commissioner for Industry and Internal market is mandated to promote the competitiveness of the industry and the European economy. The proposed change in the responsibilities of the new College of Commissioners unveiled by President-elect Jean-Claude Juncker is in direct contradiction to the need for a coherent and unified health policy within the European Union.

As the European Parliament is the only democratically elected institution which represents the European citizens, and it has the right and mandate to exercise a democratic control over the European Commission, refusing the legitimate demand of the European Parliament by the European Commission is not an option anymore. If the President-elect of the Commission was not ready to take seriously the concerns of the European citizens expressed by the European Parliament, it would undermine the democratic accountability of the European Commission and would put the whole hearing process into question.

We do hope the issue of pharmaceutical policy in the public interest will also be part of the Conference of Presidents' evaluation of the hearings of Commissioner-designate Bieńkowska and Commissioner-designate Dr Andriukaitis.

Logos and short description of supporting organisations to be added in alphabetical order ASAP]

1 An incomprehensible step backward

2 These items are included in the mission letter of Dr Andriukaitis.

qui Enpam

FERNANDO CRUDELE



L'ordine incontra l'ENPAM

Il 27 settembre u.s. si è svolto presso il nostro Ordine un Convegno sul tema della previdenza. Al di là della bravura dei relatori nelle persone del dott. Malagnino, Vice-Presidente vicario dell'ENPAM, del dott. Pagano, Presidente di Fondo Sanità, del dott. Pulci, Direttore Area Previdenza e del dott. Di Berardino, Dirigente Area Assistenza; erano presenti tre postazioni informatiche che hanno dato risposte esaurienti agli oltre 50 colleghi che hanno potuto porre domande ed esternare dubbi sulla scottante problematica della previdenza.

Quotidianamente sentiamo notizie allarmanti sul futuro previdenziale e ancor di più su noi medici che non abbiamo il paracadute della fiscalità statale ma dobbiamo fare i conti con noi stessi; questo è stato uno dei punti principali della relazione del dott. Malagnino che ha sottolineato l'im-

portanza del patto intergenerazionale, cioè il medico che lavora paga un contributo per la pensione del collega più anziano. È chiaro che il sistema è destinato a fallire nei prossimi anni se non si interviene con progetti a lungo termine; il problema è il blocco delle assunzioni, i contratti atipici, il blocco dei contratti e delle convenzioni. Tutto ciò sta alterando il fragile equilibrio e porterà, in tempi brevi, al collasso il sistema in quanto non vi saranno nuovi medici che potranno, in modo sostenibile, pagare un contributo per le prossime pensioni.

Un'alternativa è integrare la nostra futura pensione con un fondo pensione, per questo l'ENPAM si è dotato di un fondo specifico per noi medici: Fondo Sanità. Il progetto è valido, il problema, però, è sempre lo stesso: i giovani colleghi non hanno stipendi tali da poterne destinare una parte alla pensione integrativa, anche per-

ché con questi governi che cambiano le carte sul tavolo non sappiamo se quello che oggi conviene vale anche per domani.

Altro argomento trattato è stato l'attività assistenziale che l'ente porta avanti da anni e che lo ha visto in prima linea al fianco dei colleghi colpiti da grandi calamità, terremoti, alluvioni. Ma questa attività si esplica anche quotidianamente supportando medici in stato di fragilità con somme in denaro o con servizi, erogando borse di studio per i figli meritevoli dei medici.

In conclusione è stata una bella giornata con le sale dell'Ordine piene di medici che, per un motivo o per un altro, hanno trascorso un po' di tempo chiacchierando con amici e colleghi: cercheremo di organizzare altre giornate interessanti con l'intento di coinvolgere sempre più medici nelle attività del nostro piccolo Ordine.



ANTONIO TARTAGLIONE SEGRETARIO PROVINCIALE FIMMG ISERNIA

Novità sulla certificazione medica

CHI PUÒ FARE SPORT NON AGONISTICO?

Approvate le linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica. Il Decreto è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 18 ottobre 2014 numero 243.

Le linee guida sono volte a superare una serie di difficoltà interpretative che si sono nel tempo registrate da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, dei medici specialisti in medicina dello sport, nonché degli operatori che gestiscono le palestre, sull'ambito di applicazione delle disposizioni normative relative alla certificazione sanitaria per chi esercita attività sportiva.

Viene chiarito che l'obbligo di certificazione è riferito solo a chi pratica attività sportiva non agonistica. E le nuove Linee guida danno indicazioni su quali sono le attività sportive non agonistiche, quindi soggette ad obbligo di certificazione; definiscono quali sono i medici che possono rilasciare le certificazioni, nel rispetto delle indicazioni fornite dalla legge; ricordano che i controlli sanitari devono essere annuali e, conseguentemente, che il certificato medico ha validità annuale; indicano gli esami clinici e gli accertamenti da effettuare e danno anche specifiche indicazioni sulla conservazione della copia dei referti.

Queste le attività sportive non agonistiche alle quali si fa riferimento e per cui si deve fare il certificato: gli alunni che svolgono attività fisico-sportive parascolastiche, organizzate cioè dalle scuole al di fuori dell'orario di lezione; coloro che fanno sport presso società affiliate alle Federazioni sportive nazionali e al Coni (ma che non siano considerati atleti agonisti); chi partecipa ai Giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale.

È utile, inoltre, ribadire che non c'è più l'obbligo, precedentemente introdotto dal decreto Balduzzi, del certificato per le attività sportive occasionali, ludiche o amatoriali (palestra per ginnastica libera, piscina, scuola di ballo, pesca, bocce ecc.), e infatti sul decreto è scritto chiaramente: «Al fine di salvaguardare la salute dei cittadini promuovendo la pratica sportiva, per non gravare cittadini e Servizio sanitario nazionale di ulteriori onerosi accertamenti e certificazioni, è soppresso l'obbligo di certificazione per l'attività ludico-motoria e amatoriale previsto dall'articolo 7, comma 11, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e dal decreto del Ministro della salute 24 aprile 2013, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 169 del 20 luglio 2013».

Di seguito alcuni chiarimenti utili emanati dal Ministero della Salute.

Chi deve fare il certificato

- gli alunni che svolgono attività fisico-sportive parascolastiche, organizzate cioè dalle scuole al di fuori dall'orario di lezione
- coloro che fanno sport presso società affiliate alle Federazioni sportive nazionali e al Coni (ma che non siano considerati atleti agonisti)
- chi partecipa ai Giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale

Quali sono i medici certificatori

- il medico di medicina generale per i propri assistiti
- il pediatra di libera scelta per i propri assistiti
- il medico specialista in medicina dello sport ovvero i medici della Federazione medico-sportiva italiana del Comitato olimpico nazionale italiano

Quando fare i controlli e quanto dura il certificato

- il controllo deve essere annuale
- il certificato ha validità annuale con decorrenza dalla data di rilascio

Quali esami clinici sono necessari

- per ottenere il rilascio del certificato è necessaria l'anamnesi e l'esame obiettivo con misurazione della pressione e di un elettrocardiogramma a riposo effettuato almeno una volta nella vita.
- per chi ha superato i 60 anni di età associati ad alti fattori di rischio cardiovascolare, è necessario un elettrocardiogramma basale debitamente refertato annualmente.
- anche per coloro che, a prescindere dall'età, hanno patologie croniche conclamate che comportano un aumento del rischio cardiovascolare è necessario un elettrocardiogramma basale debitamente refertato annualmente.
- il medico può prescrivere altri esami che ritiene necessari o il consulto di uno specialista.

Vita dell'Ordine



I giorni 29, 30 novembre e 1 dicembre c.a. si è votato a Isernia per il rinnovo del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Buona la partecipazione degli iscritti che ha consentito il raggiungimento del quorum con discreto margine (medici chirurghi: quorum 220, votanti 251; odontoiatri: quorum 31, votanti 92).

Eletti nel consiglio del direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi:

nome e cognome	voti	note
Ferdinando Carmosino	222	
Giuseppina Epifanio	168	
Giovanni Pulella	158	
Rita di Pilla	157	
Rosa Sassi	155	
Donnina Pannoni	147	
Ilde Di Cristofaro	144	
Domenico Petrino	115	
Francesco Di Zazzo	105	
Giorgio Berchicci	41	(in quota agli odontoiatri)
Giovanni Angelone	38	(in quota agli odontoiatri)

Eletti per il collegio dei revisori dei conti:

Giuseppina Rocchio	230	
Laura Procaccini	206	
Maurizio Scona	194	
Maria Grazia Pirraglia	192	(membro supplente)

Eletti per il consiglio degli odontoiatri

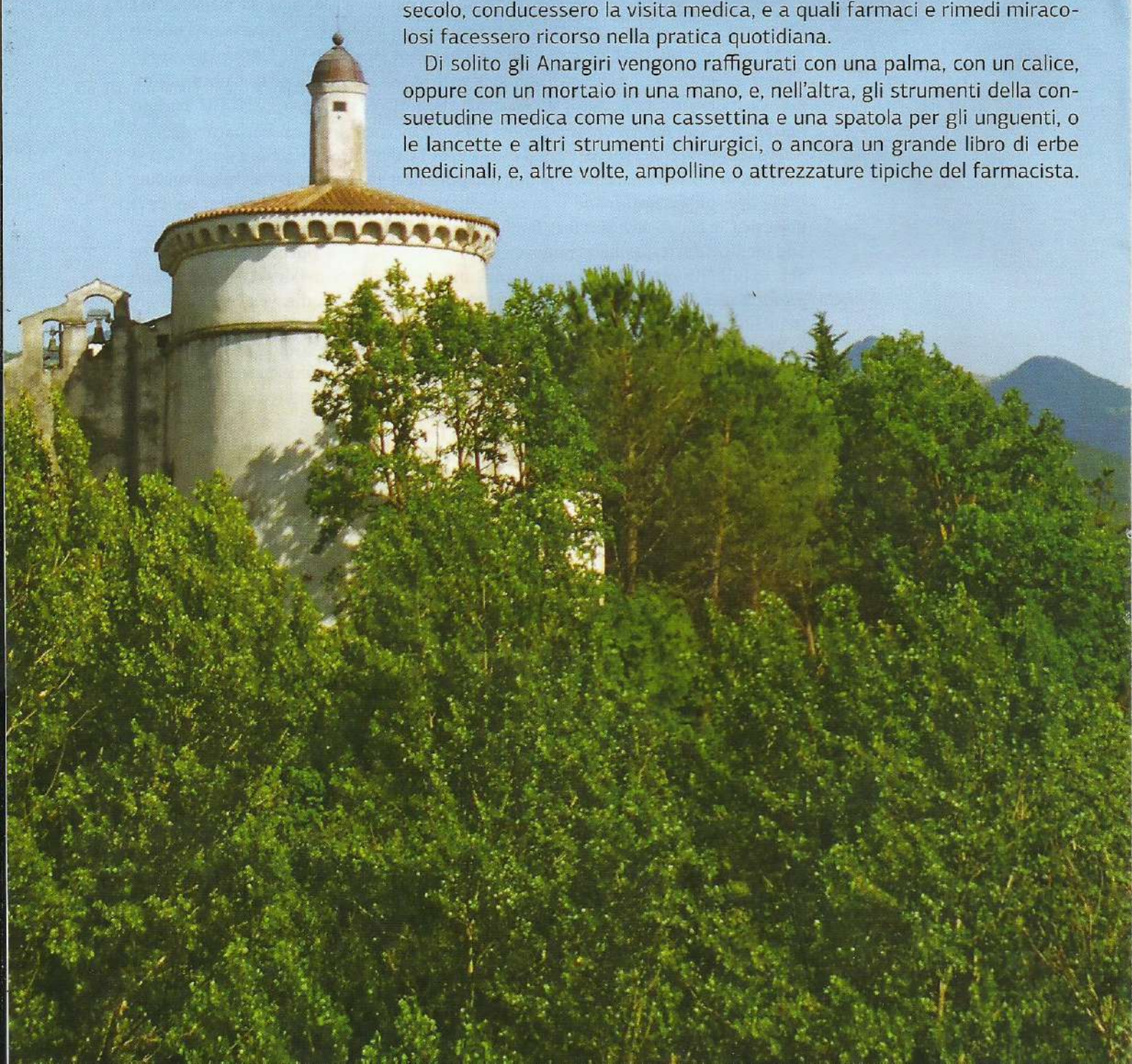
Giorgio Berchicci	41
Giovanni Angelone	38
Mario Testa	33
Danilo Canè	33
Antonio Di Cristinzi	33

L'antidotario dei SS. COSMA E DAMIANO

A fronte di una medicina ufficiale che, persino nella prima metà del XIX secolo, era gravata da elevati tassi di mortalità e affrontava le patologie con cure inadeguate, l'ars medica, proposta da Cosma e Damiano, vantava, invece, successi anche nelle situazioni più disperate.

Viene pertanto spontaneo chiedersi come i Ss. Medici, nel lontano III secolo, conducessero la visita medica, e a quali farmaci e rimedi miracolosi facessero ricorso nella pratica quotidiana.

Di solito gli Anargiri vengono raffigurati con una palma, con un calice, oppure con un mortaio in una mano, e, nell'altra, gli strumenti della consuetudine medica come una cassetina e una spatola per gli unguenti, o le lancette e altri strumenti chirurgici, o ancora un grande libro di erbe medicinali, e, altre volte, ampolline o attrezzature tipiche del farmacista.



In realtà poco è noto della terrena professione medica e dei farmaci miracolosi in loro possesso. Una testimonianza indiretta del ricorso alle loro abilità curative proviene dall'illustre concittadino Onorato Fascitelli (1502-1564), poeta del Cinquecento, benedettino e vescovo di Isola in Calabria, il quale, nella sua composizione "Ad Scipionem Capicium votum pro infirma Camilli Arcellae valetudine",¹ esprime da un lato il personale attaccamento ai Santi Medici, una devozione appresa sicuramente in famiglia, radicata nel contesto del più ampio culto che la città di Isernia riservava a questi Santi, dall'altro caratterizza le modalità di espressione del culto stesso, e sottolinea modernamente la necessità di far maturare il cuore dell'uomo nella cultura della scienza e delle Sacre Scritture.

Una specie di linea guida per le future generazioni: all'invocazione iniziale affinché i Santi Cosma e Damiano lo ascoltino, inoltra la richiesta di un farmaco che aiuti l'amico Arcella a ristabilirsi dalla profonda spossatezza e a guarire del tutto. Quindi, nel caso in cui le sue richieste fossero esaudite, sarebbe disponibile a portare in dono, ad entrambi, due tempietti di eburneo marmo, con due grandi altari. E, a voto sciolto, per molti giorni li ringrazierebbe con canti sacri, accompagnandosi con la cetra. Ancora farebbe scolpire due lapidi con la seguente incisione: *Servatoribus optimi(s) virorum*, agli splendidi amici degli uomini.² Così facendo la grazia sarebbe sicuramente accordata, vista la pronta guarigione dell'amico.

Di Cosma e Damiano sappiamo che condussero studi scientifici in Siria, a Pergamo, e forse in Alessandria d'Egitto, e che quasi certamente si rifacevano alle teorie di Galeno, che considerava il corpo costituito da una struttura dinamica ordinata e dominata da intrinseco finalismo, e che, in altri termini, definiva il corpo stesso strumento dell'anima, riferentesi al divino, identificabile per la tradizione cristiana e islamica in Dio.

Pertanto curavano,³ in ragione del principio *contraria contrariis*, ricorrendo all'uso dei "semplici",⁴ evitando le sostanze organiche ritenute responsabili di interferire con la struttura stessa dell'organismo.

Infatti, come si ricorda nel componimento di Policarpo Leyseri,⁵ i santi uomini Cosma e Damiano inventarono l'*opopira*,⁶ farmaco elettuario conte-



SANTI MEDICI COSMA E DAMIANO MARTIRI

1 Da Honorati Fascitelli, *Aeserniensis Opera, Carminum, Libri II, n. XIX*; Luigia Altopiedi in *Onorato Fascitelli poeta del Cinquecento - Ristampa e traduzione Opera*, Campobasso, Paladino editore, Ristampa 1976.

2 Tradotta dal latino da padre Franco Stano.

3 Dal I miracolo della *Legenda Aurea*, «essi, mentre vissero nel corpo, diedero salutifere medicine; e così testé, senza alcuna dilazione, curano tutti coloro che nel tempo della necessità ricorrono a loro, però ch'essi in diversa figura sé medesimi per visione si mostrano, et appa- riscono, e, secondo varia qualità d'infermità, a ciascuno infermo danno et appongono la sua propria medicina».

4 Prodotti a base di erbe medicinali o minerali semplici.

5 Polycarpi Leyser, *Historia poetarum et poematum medii aevi Sectio V Liber de virtutibus et lau- dibus compositorum medicaminum editus a Magistro Aegidio Carboilensi*, Halae Magdeb, 1721.

6 Dal I miracolo della *Legenda Aurea*, «Cosma vestito in similitudine d'uno monaco allegro, il quale io ottimamente cognobbi, però che quella non era dilusione, et io non dormiva; il quale monaco fu poi ordinato vescovo in Iscozia. E piangendo io co lui per la pestilenza della mia

140

Aegidius

O P O P Y R A.

1100 Fertur opus succus graece, pyr dicitur ignis,
Ex hoc ignitus censetur Opopyra succus,
Nam quasi pyr verus, velut ignis vera medalla
Igri contendens eius viget ignea virtus:
A sacris inventa viris Cosma, Damiano,
1105 Qui sua martyrio sacrarunt corpora Christo,
Tantis indicibus, tantis defensa patronis,
Non paganismum redolet, sed laudis honore
Pollet et auctorum se religione tueri.

da Aegidius Monachus, *Carmina medica*,
Lipsiae, Ex officina J.B. Hirschfeld II, 1826

OPOPIRA MAGNA.

Opopira dicitur a succo et igne; opos enim grece, latine succus, pir id est ignis. Inde opopira id est ignitus succus. Proprie valet contra guttam que oculum et linguam et labium distemperat, ut recte sermonem non proferat aut non loquatur. Peculiariter curat paralisis oris et gutturis et manuum et pedum atque crurum. Et totius corporis optime medetur cum vino ubi cocta sit salvia et castoreum et costum in sero in modum avellane. Prodest tremulosis cum eadem decoctione bibitum. Contractioni nervorum subvenit. Colericis cum decoctione polipodii, epilepticis melancholicis et maniacis cum decoctione thuris masculi auxiliatur. Tus-sientibus in omnibus doloribus pectoris et stomachi cum decoctione calamenti et cimini, epaticis cum apozimate apii et eupatorii, spleneticis cum decoctione capparis et absintii, pleureticis cum apozimate ysopi et pulegii, ylios cum decoctione yris et macedonici, calculosis cum apozimate saxifrage et ozimi, tipice febricitantibus cum decoctione pigami, nasturcii, piretri, prodest et multas corporis passiones facit. XV pars confecta libre .ii. Recipe opii thebaici dragmas .ii. et scrupulum .i. et grana .iiii., cinamomi, gariofilorum, nardi, galange, croci, costi, zedoarie, zinziberis, xilobalsami, reupontici, piretri, coralli albi et rubei, draganti, mirre, castorei, opoponacis, piperis nigri, albi et longi ana dragmas .ii. et grana .vi., rasura eboris, lilifagi, herbe paralisis ana dragmam .i. et grana .xiii., balsami, musci, xilaloes, squinanti, casiefistule, storacis calamite, masticis, confite rubeae, galbani, serapini, asari, melliloti, aristologie rotunde, dragontee, assari, ellimpni, meu, peonie, raphani corticis, peucedani, acori, mandragore, betonice, gentiane, camedrei, pulegii, centaureae majoris et minoris, cel-tice, absinthii, proserpinace, blactei, capillorum veneris, sponse solis, ypericon, vince-toxici, prassii, pigami, millefolii, cardamomi, calamenti, carpobalsami, anisi, seminis levistici, jusquiami, seminis lupini et pollinis orobi, alexandrini, baccarum lauri, mara-tri, sileris montani ana scrupulum .i. et grana .xviii., mel quod sufficit. Detur ut superius diximus.

Bugiardino dell'Opopyra con la composizione farmacologica e le indicazioni terapeutiche per il trattamento di paralisi, epilessia, spasmi nervosi, condizioni depressive e maniacali, dolori di petto e di stomaco, epatopatie e patologie della milza, pleuriti, calcolosi, etc.

nente circa settanta ingredienti naturali, tra cui oppio, zenzero, cumino, opo-panaco, corallo rosso ecc., per lenire una serie di patologie. Sicuramente la prescrivevano sia per assunzioni orali, sia come pomata a scopo anestetico e antidolorifico.

Nel repertorio dei farmaci dei Santi Medici era anche presente il *cerniten*, unguento a base di cera d'api, per la cura degli ascessi fistolizzati (postemi).⁷

Tradizionalmente viene tuttora loro riconosciuta anche la paternità del *miele degli Anargiri*, un composto di miele e bacche di alloro lasciate macerare per tre mesi, che veniva proposto dai Santi per la cura dei dolori reumatici e per l'«irrobustimento delle ossa» (fratture-osteoporosi).

Ai Santi Medici inoltre venivano attribuiti anche la formulazione di un col-lirio (*collirio di Teodata*), per gli offuscamenti del visus, a base di un infuso di ruta, finocchio, edera e levistico in aceto diluito, e l'uso dell'«olio regolare».⁸

Si riteneva che fossero utilizzate da Cosma e Damiano alcune polveri (proba-

infermità, esso disse a me: *Apri la bocca tua; e, come io l'apersi, egli mi diede un poco di tiriaca, e disse: Da quinci innanzi non temere d'alcuno male*».

7 Nel V miracolo della *Legenda Aurea* viene riferito di un grande postema deturpante della gota sinistra che affliggeva Placita, moglie di un tale Costantino, il quale menziona il *cerniten*, un unguento a base di cera prodotto da Cosma e Damiano.

8 Nella *Legenda Aurea* viene riportata la guarigione conseguente all'utilizzo di olio di lampada ardente davanti all'immagine dei due Santi.

Ad SCIPIONEM CAPYCIVM votum
pro infirma CAMILLI ARCELLAE valetudine.

O qui nuntius hic malus, CAPYCI,
Malus nuntius hic, gravisque tantum,
Quantum non ego sustinere possum:
Qui nostrum mihi, vocula trementi,
ARCELLAM mihi, Sirio furente,
Non belle satis attulis valere.
Quo sum iam male de repente fractus,
Ut possim prope mortuus videri,
Prae metu exanimatus, & dolore:
O qui nuntius hic malus, gravisque!
At COSMA, & DAMIANE, vos gemelli,
Vos COSMA, & DAMIANE, qui potestis,
Huc rogamus adeste, opemque ferite;
Et de piciatibus bonis benigni
Ambo, quas geritis manu sinistra,
Certae promise pharmacum salutis;
Ut langore levetur is, gravisque
E morbo recreetur; & colore
Oris egregio integer, valensque
Nobis restituantur: Id beati,
Id, si vos mihi feceritis: o quae
Reddam munera debita ipse vobis.
Aedes marmoreas utrique ponam;
Atque aras geminas, dicans gemellis,
Solemni faciam sacro quotannis;
Et votum solium, in diesque plura
Cum cantu, fidibusque consecrabo:
Inscripti lapides notas habebunt
Grandeis, conspicuasque, continentes
SERVATORIBUS OPTIMI VIRORVM.
At at se bene res habet: videtis,
Ut toto capite annuere Divi?
Iam iam convalescere noster aeger,
Iam surrexe ferebat è cubili,
Et tota volitare firmus urbe
Vatum cura vocatus, & Deorum.

A Scipione Capicio

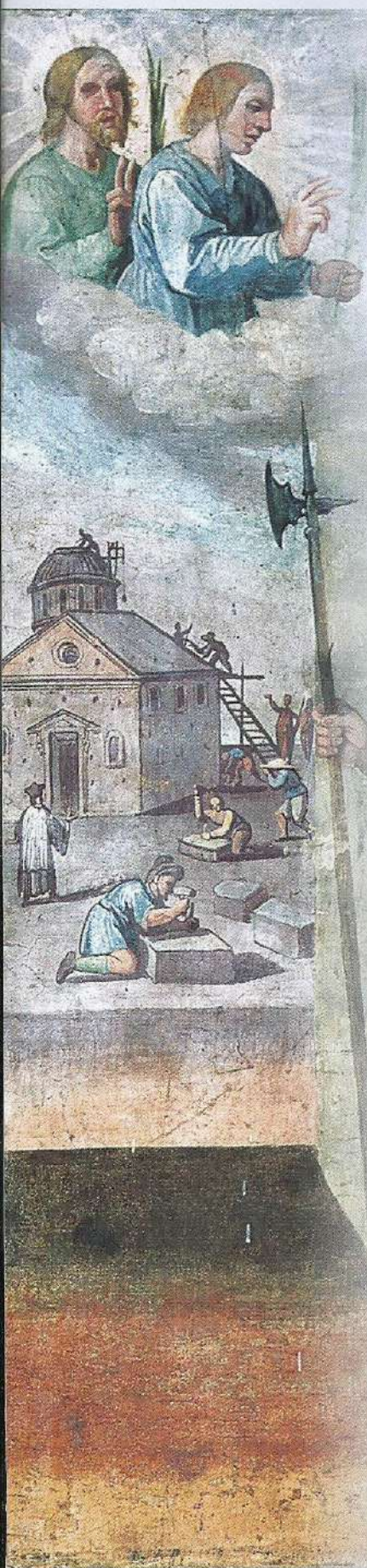
che ha fatto il voto per la guarigione
dalla malattia di Camillo Arcelli

Caro Capicio, che brutta notizia
così difficile da sopportare:
Che brutte cose ho dovuto sapere!
Nel dirle trema già rotta la voce:
Arcello, il caro amico, non sta bene!
Questa notizia m'ha così abbattuto
che avrei di certo potuto morire,
restare tramortito dal dolore.
Che impetuosa triste malattia,
che gravità, che scempio, che squallore!
Ma voi, Cosma e Damiano, miei fratelli,
vi prego d'ascoltare la mia voce:
Un miracolo chiedo a tutti e due,
dall'alto delle pissidi benigne
che nella mano strette voi tenete;
un farmaco, vi prego, preparate
per cancellar quella sua debolezza:
la spossatezza abbandoni guarito
e torni colorito come un tempo:
o miei beati, se faceste questo?
ai vostri piedi porterei dei doni,
due splendidi tempietti a tutti e due
d'eburneo marmo e con due grandi altari:
ogni anno cerimonie pie e solenni,
e, per assolvere il voto ottenuto,
per molti giorni suonerei la cetra
e vi consacrerei con la preghiera.
Due grandi lapidi farei scolpire
con delle scritte nobili e imponenti:
«Per ogni uomo i Grandi Salvatori!»
E già si vede un suo miglioramento...
Gli dei che fanno? Annuiscono col capo?
Dunque il malato è già convalescente:
nel letto, più, non vuole rimanere.
Per la città passeggia ritemprato,
così miracolato dagli dei...

bilmente argilla, cannella e altre spezie), dai diversi colori, che venivano riprodotte e poste in vendita presso le farmacie di Bisanzio per la cura di emicranie, mal di denti, geloni, irregolarità del ciclo.

Anche le guarigioni miracolose, precedute dalla sospensione delle pratiche peccaminose o dalla conversione, erano sempre sostenute dal concomitante impiego di farmaci, di solito suggeriti in sogno, dai Santi Medici all'infermo, come le pozioni di olio di cedro, in caso di ascessi, o di imprecisati unguenti sempre per la cura degli stessi, o di patologie mammarie, o di idropisia e di patologie della milza.

Secondo la tradizione, nella Basilica di Costantinopoli, gli unguenti erano distribuiti il sabato sera, all'ora sesta, e gli infermi erano soliti permanere durante la notte, in attesa che i Santi, intorno all'ora decima, si palesassero in



sogno con i loro suggerimenti terapeutici e di vita.⁹

Altre guarigioni, da gravi infermità, intervenivano, previa professione di fede cristiana, dopo l'assunzione di una semplice minestra di fave o per semplice toccatura del torace, come nel caso del signore affetto da emottisi miste a pus, o con una serie di incisioni sulle cosce, praticate per guarire da patologie neuromuscolari.

Tuttavia è acclarato che, nei tanti casi difficili, come nel trapianto di gamba nera, gli unici risultati positivi pervennero, oltre che per mezzo dei comuni rimedi atti a rinvigorire la *vis medicatrix naturae*, soprattutto per le cure speciali del Medico Celeste, con l'aiuto del quale furono possibili modalità di cura inimmaginabili per le conoscenze e le capacità tecniche dell'epoca.

A tale miracolo del trapianto Cosma e Damiano hanno anche legato messaggi di natura etica, riguardanti le necessarie riflessioni sia sui limiti da non oltrepassare in caso di interventi di difesa della vita, sia su alcune questioni morali, quali se abbiamo diritto o meno ad un'umanità di ricambio, o fino a che punto l'intervento sul corpo possa coinvolgere la totalità della persona, e se esiste anche un limite all'assimilazione dell'altro.

Questi messaggi sono corroborati anche da un deciso invito al superamento di ogni questione razziale.

Il loro metodo¹⁰ di guarigione partiva sempre dalla preghiera, e procedeva poi con la fase di ascolto attivo (anamnesi sulle *sex res non naturales* e soprattutto sulle passioni dell'anima). Quindi seguivano, in assoluta anargiria, il completamento della visita con la prescrizione della terapia medica, e il perseguimento delle finalità di conversione, a seguito delle quali intervenivano numerose guarigioni.

Anche gli insuccessi, per mancata guarigione, erano sempre forieri di senso.

Infatti per i Ss. Medici, ogni uomo, solo quando è messo alla prova, può approfondire la propria conoscenza, la sua vera natura, le sue finalità, e conseguire, così, virtù terrene dal sapore di eternità.

9 Tratto dal miracolo della guarigione del malato affetto da scrofolosi riportato in Ernst Rupprecht, *Cosmae et Damiani sanctorum medicorum vitam et miracula e codice londinensi*, Berlin, Junker und Dünnhaupt, 1935.

10 Gio.Vincenzo Ciarlanti: «Dopo l'evangelico annuncio di pace, s'informavano della qualità del male, e, avutane piena cognizione, non applicavano subito i mondani rimedi; ma con dolci parole e salutifere esortazioni loro scoprivano la radice e la cagione dell'infermità. Ai fedeli con poche parole dicevano: la causa dei morbi dei corpi e di tutte le calamità del mondo sono i peccati... e se questa non si leva, non può seguir alcun effetto... Con questi salutari medicinali purgando prima lo spirito e poi applicando i terreni, perfettamente sani resero i corpi di innumerevoli persone, con incredibile stupore di quanti ciò videro e sperimentarono».