

LA TUA

TAO UNITI CON AELLE

Periodico d'informazione della
Federazione Anticoagulati Lombardi

Numero 04 - Dicembre 2012



**I nuovi anticoagulanti
quando, quale, quanto**

Prof. Pier Mannuccio Mannucci

**Le responsabilità
del Medico di "fiducia"**

Dr. Paolo Galeazzi

**TAO - Giacomel
regalo sotto l'albero**

Dott. Alberto Giacomel

*Auguri di Buon Natale
e Felice Anno Nuovo!*



Registrazione al Tribunale di Milano
N° 106 del 17 Febbraio 2011

C.so P.ta Nuova 23 - 20121 Milano
Tel. 02 6363 2966
Fax 02 6363 2977

segreteria.a.l@federal.lombardia.it
segreteria@fbf.federal.lombardia.it

Direttore Responsabile
Massimo Alessandro Vercelloni

Coordinatore editoriale
Sara Caimi, Ettore Tosi

Comitato di redazione
Renzo Aimone, Sara Caimi,
Andrea Santi, Ettore Tosi,
Stefano Toso, Salvatore Virgilio

Sara Caimi
sarcaimi@libero.it

Stampa
ARTICROM S.r.l.

Hanno collaborato
Carlo Cicardi
Paolo Galeazzi
Alberto Giacomel
Giuseppe Landonio
Candida Livatino
Pier Mannuccio Mannucci
Andrea Santi
Stefano Toso
Salvatore Virgilio

- I NUOVI ANTICOAGULANTI QUANDO, QUALE, QUANTO 4
Prof. Pier Mannuccio Mannucci
- LE RESPONSABILITÀ DEL MEDICO DI "FIDUCIA" 6
Dr. Paolo Galeazzi
- IL MEDICO DI BASE E LA GESTIONE DEI PAZIENTI IN TAO 7
Dr. Carlo Cicardi
- IL CONDOMINIO E L'AMMINISTRATORE 8
Avv. Salvatore Virgilio
- LA STENTATA 9
Dott.ssa Candida Livatino
- AVVICENDAMENTI ALL'OSPEDALE DI CIRCOLO DI VARESE 9
Stefano Toso
- TAO: MANAGEMENT PERIOPERATORIO, EQUILIBRIO TRA PRESENTE E FUTURO 10
Dr. Andrea Santi
- TAO - GIACOMEL REGALO SOTTO L'ALBERO 12
Dott. Alberto Giacomel



TAO E WEB... ACCOPIATA VINCENTE!

Grazie ai Social Networks, FEDERAL è ancora più vicina ai Pazienti Anticoagulati e a chi si occupa della loro fragilità. Tramite **Facebook**, www.facebook.com/federalanticoagulatilombardi, è possibile inviare messaggi a FEDERAL che riceveranno rapidamente risposta. Su **Youtube**, www.youtube.com/AelleAnticoagulati, si trovano invece importanti video e notizie relativi all'ambito dell'Anticoagulazione.





Prof. Massimo Alessandro Vercelloni
Presidente della Federazione Anticoagulati Lombardi - Federal onlus



L'ANNO CHE VERRÀ

Cari Associati, anche il 2012 volge al termine. È stato un anno difficile, vuoi per la crisi economica globale e di riflesso di quella delle Istituzioni, ma Noi nonostante tutto abbiamo fatto sentire la nostra voce. Le patologie che costringono alla Terapia Anticoagulante Orale TAO sono sempre in aumento, e la nostra attenzione non può certo permettersi di calare. I Centri TAO sono sempre più oberati di lavoro, ma all'orizzonte stanno comparando i nuovi farmaci anti-trombotici che cambieranno le strategie terapeutiche, da farmacovigilanza a terapia anti-trombotica. **Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban ed Edoxaban**, con tempistiche EMA ed AIFA differenti, sono ormai prossimi all'impiego clinico. Duole purtroppo registrare che il nostro Paese arriva alla possibilità di utilizzo di tali farmaci per ultimo in Europa, stabilendo un non invidiabile primato. Ma tutto ciò non ci deve scoraggiare, perchè siamo davvero in dirittura d'arrivo. In Regione Lombardia l'attenzione è sempre stata elevata e l'impegno dell'Assessorato alla Sanità, attualmente guidato dal Dr. Mario

Melazzini (già Presidente ADI e che ci ha onorato di un prezioso articolo in un numero precedente della nostra rivista) non è mai venuto meno. Sappiamo che la nostra fragilità ed a volte disabilità, viene tenuta in alta considerazione dagli Organi Regionali (Ass. Sanità ed Ass. Politiche Sociali) ma anche a livello Comunale dall'Assessorato delle Politiche Sociali e della Cultura della Salute diretto dal Dr. Majorino, sempre attento al ruolo del Cittadino. Questa attenzione ci permetterà di realizzare un Convegno dal titolo "La Terapia Anticoagulante Orale TAO un viaggio tra passato e futuro dalla Farmacovigilanza alla Terapia Anti-trombotica", con il Patrocinio del Comune di Milano, che si terrà nella nostra città a Febbraio 2013. È per me, come vostro Presidente ma soprattutto come "Testimonial di FEDERAL", un grande onore poter presiedere tale manifestazione che si avvarrà della partecipazione e competenza di Medici, Rappresentanti delle Istituzioni (Regione Lombardia e Comune di Milano), Az. Ospedaliere ed Associazioni dei Pazienti TAO, tutti insieme riuniti per dare a Voi

Pazienti ed Associati, la possibilità di sentire dalla viva voce dei protagonisti quale sarà il futuro terapeutico per le vostre patologie. Le risposte alle vostre domande ma soprattutto alle vostre richieste sul miglioramento delle strategie terapeutiche, vi saranno fornite direttamente dai Relatori che interverranno.

Nell'augurare a Voi ed alle vostre famiglie Buon Natale e Felice Anno Nuovo, a nome del Direttivo, un invito personale a credere fortemente in un futuro migliore nel quale echeggi il nostro motto "far del bene aiuta a stare bene".

Per chiudere questo mio saluto un "GRAZIE" davvero speciale a tutti i nostri Donatori Liberali, che ci sostengono così generosamente, ed a tutti coloro che con il loro contributo hanno permesso la realizzazione del N° 4 della nostra Newsletter.

IL CITTADINO TRA FRAGILITÀ E DISABILITÀ

Oggi un numero crescente di cittadini è costretto a far uso della Terapia Anticoagulante Orale per la complessità delle indicazioni cliniche che la rendono necessaria. Il suo uso, del resto, ha determinato un miglioramento significativo delle prognosi e una netta riduzione delle complicanze cliniche legate alle trombosi. Si può calcolare in svariate decine di migliaia il numero di cittadini milanesi che vi fanno ricorso, nella nostra sola città. Purtroppo questo comporta, per gli interessati, un carico notevole di sacrifici, per la necessità di controlli clinici frequenti e indispensabili, per il monitoraggio della terapia, legato ai problemi del range terapeutico, della sua efficacia, del rischio di interazioni con altri farmaci o alimenti. Una necessità che, nonostante il miglioramento dei molti centri che, a Milano, garantiscono il controllo, è causa di spreco di tempo, disagi, e costi rilevanti legate alla perdita di ore lavoro, o anche solo al peggioramento della qualità della vita dovuto alle attese, alle ansie, allo stress. A queste problematiche il Comune di Milano, che pure non ha competenze dirette in materia sanitaria, è sicuramente interessato e ne farà oggetto del piano di sviluppo del welfare, messo a punto dall'Assessorato alle politiche sociali e alla cultura della salute, al quale collaboro. Si tratta, d'intesa con Regione, Asl, Aziende ospedaliere e cliniche e laboratori privati,

di definire modalità di accesso e di controlli efficienti e agevolati, per ridurre il più possibile i disagi e i tempi di attesa cui facevo prima riferimento, coinvolgendo in maniera crescente i Medici di Medicina generale e le farmacie (una buona parte delle quali comunali) in una assunzione di responsabilità diretta e di vicinato. Ma oggi un'altra frontiera si prospetta, tale da cambiare alla radice le prospettive della TAO: la disponibilità di nuovi farmaci, già largamente diffusi in altri paesi, che minimizzano le necessità di controlli e le complicanze cliniche legate al loro uso. Sono farmaci evidentemente più costosi degli attuali, ma il cui rapporto costo/benefici risulta essere largamente favorevole sul piano clinico e sociale. Una opportunità che, mi auguro, sia messa presto a disposizione dei nostri cittadini, una volta superati gli scogli dei controlli della vigilanza farmacologica e delle autorizzazioni ministeriali. Il prossimo anno dovrebbe essere quello buono per l'avvio dell'utilizzo. Mi auguro che anche il convegno sulla TAO che il Comune di Milano patrocinerà nel prossimo mese di febbraio sia l'occasione per una spinta efficace e positiva su questa problematica e le altre che ho indicato.

Dr. Giuseppe Landonio
Direzione Centrale Politiche Sociali
e Cultura della Salute del Comune di Milano





I NUOVI ANTICOAGULANTI QUANDO, QUALE, QUANTO

Questi farmaci sono attesi con grande interesse e aspettative dai nostri assistiti. Purtroppo, al momento di scrivere questo articolo (ottobre 2012), non sono ancora registrati in Italia (siamo gli ultimi in Europa!), almeno per la più frequente indicazione della terapia anticoagulante: la fibrillazione atriale.

Sono attualmente in esame nella commissione responsabile dell'**Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)**, per cui spero che presto il mio attuale pessimismo sarà superato dai fatti. Perché c'è tanta attesa per questi farmaci? Perché dovrebbero oviare ai limiti degli anticoagulanti tradizionali e in particolare dei dicumarolici che si utilizzano nella fibrillazione atriale (**Coumadin** e **Sintrom**). Il limite principale di questi farmaci, che tutti noi verremmo oviare, è il rischio di emorragia. I nuovi farmaci [(i cui nomi commerciali sono **Pradaxa** (nome del principio attivo dabigatran), **Xarelto** (rivaroxaban) e **Eliquis** (apixaban)] non annullano completamente il rischio emorragico, perché per definizione

l'azione anticoagulante antitrombotica non può non essere accompagnata dal rischio di emorragia. Ma quale emorragia? Ciò che preoccupa i Medici e coloro che sono curati con gli anticoagulanti non sono tanto le emorragie minori, come i lividi, il sangue dal naso (epistassi) e il sangue nelle urine (ematuria): ciò che preoccupa, soprattutto nei nostri Pazienti più anziani (oltre i 75-80 anni) sono le emorragie nel sistema nervoso centrale, e in particolare le emorragie cerebrali. Che sono per fortuna rare, ma che quando si verificano causano gravi conseguenze, talvolta fatali e quasi sempre invalidanti. Possiamo dire con certezza che per tutti e tre i nuovi anticoagulanti il rischio di emorragie cerebrali è sostanzialmente più basso

che con gli anticoagulanti tradizionali. Si spera quindi che i tanti anziani con fibrillazione atriale, che non vengono attualmente trattati con i dicumarolici per il timore delle emorragie ma che sono quindi esposti ad un elevato rischio di ictus, possano ora considerare favorevolmente una terapia che ha meno rischio di emorragie gravi e che previene l'ictus almeno altrettanto efficacemente che gli anticoagulanti tradizionali. E solo questo il vantaggio dei nuovi anticoagulanti? Come sicuramente già sapete, un altro vantaggio è quello di non richiedere di recarsi continuamente al **Centro TAO** per misurare con l'**INR** il grado di anticoagulazione, e regolare così il dosaggio dei dicumarolici. Perché non c'è bisogno di controllo di laboratorio con i nuovi farmaci? Perché danno un effetto anticoagulante molto più omogeneo e costante dei dicumarolici: che, come tutti sapete, hanno un effetto molto variabile da Persona a Persona e che varia nel tempo anche per la stessa Persona. I nuovi anticoagulanti sono quindi somministrabili a dosaggio fisso (con variazione solo per valori estremi di peso), e sono assai meno influenzati dei dicumarolici dall'assunzione di altri farmaci. Sono anche scarsamente influenzati dalle abitudini alimentari: anche se questo aspetto è spesso troppo enfatizzato con gli anticoagulanti tradizionali! Alcuni di voi mi dicono



di essere stati diffidati dal mangiare verdure come gli spinaci, il cavolfiore, l'insalata e in generale la verdura a foglie verdi. Mangiate pure ciò che volete anche se assumete gli anticoagulanti tradizionali: evitando certamente di passare da una dieta sanamente mista, che non esclude quantità ragionevoli dei cibi di cui sopra, a una dieta basata, che so io, solo sugli spinaci o sui cavolfiori!

Mi chiederete: possibile che questi farmaci ci permettano di evitare i controlli di laboratorio presso il **Centro TAO**? Non esistono problemi, al di fuori del rischio di emorragia? Dobbiamo tutti passare ai nuovi farmaci? Ciò è sicuramente prematuro. Anche se non se ne conosce ancora il prezzo, è certo che non sarà minore di 2 o 3 euro al giorno e quindi 60-90 euro al mese. Se considerate che l'attuale terapia costa al **Sistema Sanitario Regionale** meno di 20 euro al mese (comprese visita al centro, costo del farmaco e dell'**INR**), sarà difficile che la maggior parte di coloro che

Possiamo dire con certezza che per tutti e tre i nuovi anticoagulanti il rischio di emorragie cerebrali è più basso che con gli anticoagulanti tradizionali





utilizzano gli anticoagulanti tradizionali possano passare a quelli nuovi nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale. È probabile anche che l'AIFA introduca dei limiti e delle condizioni, che non conosciamo ancora. Chi avrà priorità per usare i nuovi farmaci? A mio avviso, coloro che non fanno attualmente alcuna terapia antitrombotica, o che fanno una terapia poco efficace come l'aspirina, per paura delle emorragie cerebrali. Si calcola che in Italia questi individui ad alto rischio di ictus per fibrillazione atriale non curati con farmaci antitrombotici siano almeno 200.000! Un altro gruppo di individui in cui vedo il vantaggio della prescrizione dei nuovi anticoagulanti sono quelli veramente instabili nella regolazione dei dicumarolici con l'INR, nonostante un adeguato monitoraggio presso il Centro TAO. Nel complesso, non vedo invece particolari motivi per cambiare terapia a coloro che sono stabili con il loro INR, che sono relativamente giovani e quindi a basso

L'efficacia antitrombotica e il diminuito rischio di emorragie cerebrali si applica a tutti, con piccole e non sostanziali differenze dal punto di vista pratico

rischio di emorragie, e che non hanno particolari difficoltà logistiche per recarsi al Centro TAO. Quale farmaco scegliere, ammesso che tutti e tre siano contemporaneamente disponibili in Italia? L'efficacia antitrombotica e il diminuito rischio di emorragie cerebrali si applica a tutti, con piccole e non sostanziali differenze dal punto di vista pratico. Il Pradaxa è poco adatto

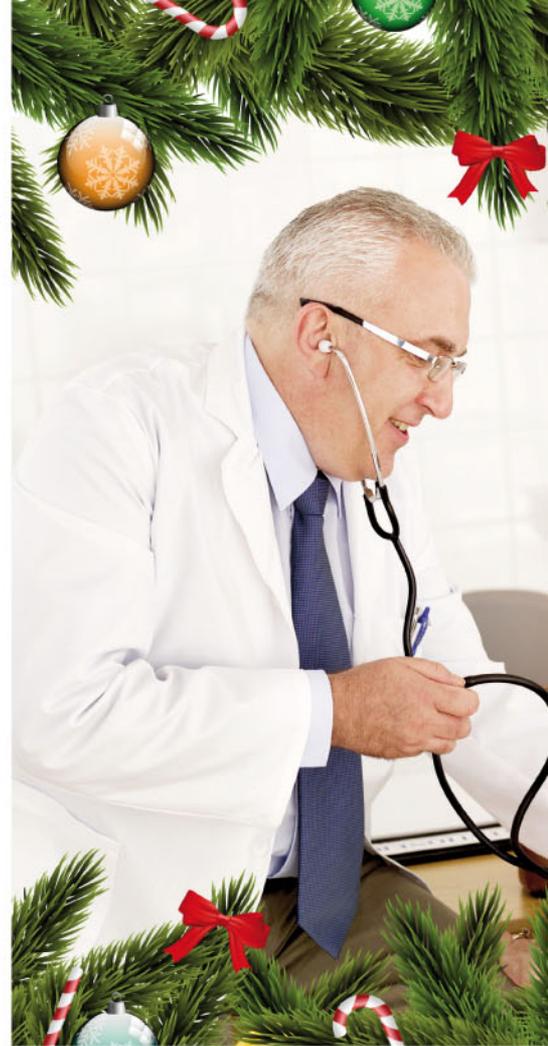


a coloro che hanno un certo grado di insufficienza renale (espressa da valori elevati di creatinina serica). D'altra parte l'Eliquis è da evitare in Pazienti con insufficienza epatica, mentre Xarelto si trova in una situazione intermedia. Xarelto viene somministrato una volta al giorno come gli anticoagulanti tradizionali, mentre Pradaxa e Eliquis sono somministrati due volte al giorno. Per tutti questi farmaci è importante (più che per i dicumarolici) non dimenticare nessuna dose giornaliera o bigiornaliera, perché l'effetto anticoagulante viene rapidamente perduto. Per questo motivo, non sono particolarmente preoccupato per la mancanza di antidoti capaci di neutralizzare rapidamente l'azione anticoagulante, in caso di emorragia o se fosse necessario eseguire urgentemente una manovra

invasiva come chirurgia o estrazione dentaria. In questi casi basta arrestare l'assunzione del farmaco e la coagulazione del sangue torna normale in poche ore, al contrario dei dicumarolici! In conclusione, non vi è dubbio alcun che questi farmaci rappresentino una sostanziale e vantaggiosa novità per coloro che devono fare terapia anticoagulante. Il maggior vantaggio è per coloro che sono affetti da fibrillazione atriale, e che quindi si devono trattare indefinitamente. Anche se i nuovi farmaci sono efficaci nella terapia di coloro che hanno avuto una trombosi e/o un'embolia polmonare, in genere questi Pazienti sono trattati per un periodo di tempo limitato (raramente superiore a 6 mesi), per cui il loro vantaggio sui dicumarolici in termini di evitare i controlli INR è assai minore. Sono efficaci per prevenire la trombosi venosa in Pazienti ad alto rischio per interventi di chirurgia ortopedica, ma il vantaggio rispetto alle eparine è solo quello della somministrazione orale. Non sono per ora indicati nei portatori di valvole meccaniche, né in coloro che hanno avuto una sindrome coronarica acuta. **Gli anticoagulanti tradizionali, conosciuti da quasi un secolo, hanno e continuano ad avere un ruolo importante.**



Prof. Pier Mannuccio Mannucci
Direttore Scientifico
Fondazione IRCCS Cà
Granda Ospedale Maggiore
Policlinico, Milano



LE RESPONSABILITÀ DEL MEDICO DI "FIDUCIA"

Si è già discusso (cfr articolo precedente) sull'importanza della sinergia tra le tre entità coinvolte nella gestione del Paziente in terapia anticoagulante orale, vale a dire: il Medico di Medicina generale, la struttura ospedaliera ed il Paziente stesso. Orbene, come già indicato, ognuno dei tre soggetti anzi esposti detiene responsabilità Medico-legali nell'ambito dell'iter terapeutico. Iniziando con l'analizzare, in queste poche righe, la figura professionale che funge da trait-d'union e coordinatore tra il Paziente e la struttura ospedaliera, vale a dire il Medico di Medicina generale, occorre precisare che proprio su quest'ultimo grava, in maggior misura, un'eventuale responsabilità. Quando, infatti, il sanitario di fiducia si trova a dover gestire, sulla base di una (talvolta assai scarna) lettera di dimissione ospedaliera, l'iter terapeutico di un proprio assistito, è posto di fronte, sovente, ad un bivio decisionale: assecondare ciecamente terapia, dosaggi, somministrazioni e controlli indicati dallo specialista

La responsabilità delle decisioni assunte, indipendentemente dal percorso intrapreso, grava sempre e comunque sul Medico di Medicina generale



ematologo, ovvero reimpostarla secondo le proprie conoscenze, qualora individui incongruenze ad esempio legate a possibili interazioni farmacologiche con terapie già assunte dal proprio assistito. In entrambi i casi, è importante sottolinearlo, la responsabilità delle decisioni assunte, indipendentemente dal percorso intrapreso, grava sempre e comunque sul Medico di Medicina generale (talvolta in solido col sanitario ospedaliero). Orbene tre sono gli ambiti nei quali è irrinunciabile porre attenzione particolare.

Il primo aspetto è di ordine formale ed attiene a tutti quei requisiti indispensabili alla gestione di ogni situazione clinica; dalla corretta raccolta anamnestica alla compilazione puntigliosa dei certificati e delle prescrizioni farmacologiche. Proprio in questi atti, erroneamente considerati "esclusivamente formali" sta il primo (e talvolta "unico") fortilizio in grado di opporsi ad un'accusa di "malpractice". Ecco perché ogni certificazione, come noto, deve essere comprensibile, collocabile temporalmente e dimostrare non solo un corretto inquadramento diagnostico ma, soprattutto, una logica procedurale. Infinitamente più difficile appare, infatti, il compito del legale e del Medico-legale chiamati alla difesa del sanitario, nel caso debbano sostenere una prescrizione non motivata o, peggio ancora, illeggibile o priva di data, rispetto ad un accurato processo prescrittivo pur a fronte d'errata diagnosi. Talvolta, a chi scrive viene espressa da parte del clinico, la convinzione che una certificazione redatta in modo sommario e confuso possa non dimostrare l'errore perché non esprime un preciso giudizio: è falso; la miglior difesa del Medico risiede nella possibilità della dimostrazione di aver seguito un logico flusso di pensiero, pur errato, ma rigoroso. Per quanto attiene al secondo aspetto, esso concerne ambiti

prettamente tecnici comuni ad ogni specialità clinica ed, in particolare, è insito nell'effetto del farmaco sull'organismo. Nell'utilizzo di anticoagulanti orali, in particolare, occorre considerare che, in una percentuale considerevole di casi, il Medico interagisce con Pazienti affetti da altre patologie e, per questo, già consumatori di altre preparazioni farmacologiche. Ferma restando quindi l'indicazione dello specialista ematologo, il Medico di Medicina generale dovrebbe non limitarsi alla prescrizione di un farmaco il cui principio attivo sia, evidentemente, quello indicato ma, soprattutto, utilizzare preparazioni già conosciute ed ampiamente sperimentate; questa regola, che dovrebbe valere come precetto generalizzato estensibile ad ogni strategia terapeutica, oltre a garantire un'efficacia propria della preparazione utilizzata, è teso a prevenire le temibili, ed oggi sempre meno giustificabili, reazioni avverse da interazioni tra eccipienti, non testati con la medesima attenzione che si riserva al principio attivo stesso.

Infine, ma non certo per importanza, trova rilievo l'aspetto comportamentale e d'interazione tra il Medico di base



(altrimenti chiamato, non per un vezzo semantico, "di fiducia") ed il proprio Paziente (anche in questo caso così definito non casualmente); orbene, proprio dall'interazione tra un soggetto nel quale dovrebbe essere riposta la nostra fiducia ed un secondo attore che dovrebbe dimostrare comprensione, nei confronti di un professionista che svolge una mansione assolutamente complessa e rischiosa, dovrebbe nascere un rapporto di rispetto e continuo confronto. È esperienza ormai consolidata che, al di là di meri e pretestuosi comportamenti estremi, la massima parte dei contenziosi sarebbe evitabile se intercorresse un maggior dialogo tra Medico e Paziente e prevalesse, ancora una volta, il fine di curare, ed essere curati, su quello di imporre e di, indebitamente, ricercare risarcimenti presunti "facili".

Dr. Paolo Galeazzi
Medico-Legale



IL MEDICO DI BASE E LA GESTIONE DEI PAZIENTI IN TAO

Di fronte all'aumento delle patologie cardiache e trombotiche che comportano una terapia anticoagulante protratta o addirittura perenne, il Medico di base, alle cui cure viene riaffidato il Paziente dopo il necessario approccio specialistico ospedaliero, si trova di fronte ad una serie di problematiche prima delle quali il dominio del dosaggio del farmaco; dalla spesso scarsa compliance del Paziente nei confronti dei prelievi ematici seriati cui viene sottoposto soprattutto nei primi periodi di terapia; all'istruzione del Paziente circa le abitudini alimentari per ridurre le interferenze del cibo con l'efficacia del farmaco; alla scarsa motivazione del Paziente stesso causata dalla difficoltà di un raggiungimento del target I.N.R. stabile nel tempo (e di conseguenza la possibilità di dilatare l'intervallo tra i prelievi stessi). La mia trentennale esperienza ambulatoriale mi consente di disegnare lo stereotipo del Paziente in TAO, un Paziente che per motivi logistici non rimane praticamente mai legato agli ambulatori specifici dei centri ospedalieri, spesso lontani e comunque intasati da iperafflusso; Paziente sempre in ansia ogni volta che si presenta in studio come se attendesse una sentenza dall'esito del prelievo, spesso spazientito dai risultati mai uguali nonostante l'attenzione prestata all'alimentazione. Difficile spiegar loro tutti i fattori che possono intervenire sull'efficacia della terapia, e motivarli nella prosecuzione della stessa senza creare ulteriore ansia.



Ecco perché ritengo assolutamente indispensabile per il Medico di base la perfetta conoscenza dei "segreti" di questo tipo di cure, ed ecco perché le attese sono tutte per i nuovi farmaci da cui insieme, Medici e Pazienti, si attendono a parità di efficacia una terapia più "easy", una minore interferenza dell'alimentazione e delle terapie farmacologiche concomitanti e soprattutto l'eliminazione definitiva di quello che l'elemento più ansiogeno di questa cura, lo spauracchio e la perdita di tempo del prelievo ematico.



Dr. Carlo Cicardi
Medico Chirurgo
Spec. Chir. Toracica
e Cardiovascolare
Medico di base A.S.L. Mi 3
Monza Brianza





IL CONDOMINIO E L'AMMINISTRATORE

Diversi Associati hanno richiesto alle nostre Associazioni di risolvere alcuni problemi relativi al "Condominio" in particolare, chiedevano come comportarsi in sede di assemblea, nello specifico domandavano come esprimersi al fine di evitare spiacevoli discussioni con i propri vicini

Infatti nei rapporti quotidiani di ogni cittadino un ruolo significativo è attribuito a quello di natura condominiale.

In questo ambito si inserisce il soggetto deputato alla gestione dell'Ente, ossia l'Amministratore. A seguito dell'approvazione parlamentare della c.d. riforma del Condominio, la figura dell'Amministratore è stata oggetto di diverse puntualizzazioni. In particolare il legislatore ha inciso sui seguenti temi:

[A] REQUISITI PER LA NOMINA: possono rivestire l'incarico di Amministratore sia le Società di qualsiasi natura, di persone (semplici, in accomandita semplice o in nome collettivo) o di capitali (a responsabilità limitata, per azioni o in accomandita per azioni); sia le persone fisiche. Si parla in generale di:

A) requisiti di "onorabilità", quali:

- 1 avere il godimento dei diritti civili;
- 2 non essere stati condannati per delitti contro la Pubblica Amministrazione, l'Amministrazione della giustizia, la fede pubblica, il patrimonio e ogni altro delitto non colposo punito con la reclusione non inferiore, nel minimo a due anni e, nel massimo, a cinque, non essere stati sottoposti a misure di prevenzione divenute definitive (salvo riabilitazione);
- 3 non essere interdetti o inabilitati;
- 4 non essere nell'elenco dei protesti cambiari;

B) requisiti di "professionalità", come:

- 5 avere il diploma di scuola secondaria di secondo grado;
- 6 avere frequentato corsi di formazione iniziale e svolgere corsi di formazione periodica in materia di amministrazione condominiale (questi due ultime condizioni non sono necessarie per coloro che gestiscono esclusivamente il Condominio ove risiedono);

[B] NOMINA: può avvenire:

- 1 attraverso il ricorso al Giudice da parte di ciascun condomino, quando non esiste alcun Amministratore, oppure su iniziativa di quello in carica, quando questi è dimissionario e in assemblea non si raggiunge il quorum necessario per la nomina di altro soggetto oppure, nonostante sussista il quorum, l'Assemblea non decida. Si precisa che il quorum per l'elezione è fissato in un numero di voti (millesimi di proprietà) che rappresenti la maggioranza dei presenti e almeno la metà del valore dell'edificio. In sede di incarico il nominando Amministratore deve specificare il proprio compenso e le proprie competenze, altrimenti la nomina diventa nulla. Il mandato del Gestore ha durata annuale e, salvo diversa decisione assembleare, si intende rinnovato per la stessa durata. Qualora in sede di rinnovo dell'incarico l'Amministratore non raggiunga le maggioranze sopra specificate, allora esso continua la gestione in regime di prorogatio per la sola gestione ordinaria;

[C] REVOCA: può avvenire:

- 1 con voto assembleare in qualsiasi momento con la

maggioranza prevista per la nomina o con le diverse modalità previste dal Regolamento di Condominio;

- 2 con provvedimento giudiziale dietro ricorso di ciascun condomino quando l'Amministratore in carica non informa l'Assemblea che il Condominio è stato citato in giudizio o riceve un provvedimento che esorbita dalle sue attribuzioni;
- 3 per "gravi irregolarità", quali:
 - I l'omessa convocazione dell'assemblea per approvare il rendiconto condominiale e/o il ripetuto rifiuto di convocarla per la revoca o per la nomina del nuovo amministratore;
 - II la mancata esecuzione dei provvedimenti imposti dal Giudice, dalle Autorità amministrative; o dalle delibere dell'Assemblea;
 - III la mancata apertura o il mancato utilizzo del conto corrente condominiale;
 - IV la gestione delle entrate e delle uscite che generi possibile confusione tra il patrimonio del condominio e quello personale dell'amministratore, di altri condòmini o condomini;
 - V l'aver permesso la cancellazione dai registri immobiliari delle formalità per un credito insoddisfatto (pignoramenti, ipoteche);
 - VI la mancata diligenza nelle azioni giudiziarie contro i condomini morosi e le conseguenti esecuzioni coattive;
 - VII non aver curato la tenuta del registro di anagrafe condominiale, del registro dei verbali di assemblee, di quello di nomina e di quello di contabilità;
 - VIII non aver fornito al condomino che ne faccia richiesta documentazione sul pagamento delle spese condominiali e su eventuali giudizi in corso;
 - IX l'omessa, incompleta o inesatta comunicazione dei dati anagrafici, professionali, fiscali dell'Amministratore, nonché dei giorni e delle ore in cui è possibile prendere visione della documentazione;
 - X non aver informato i condomini della convocazione in giudizio per la revisione dei valori millesimali.

L'intervento legislativo ha quindi migliorato l'aspetto regolatore dell'accesso dell'Amministratore alla gestione del Condominio, disciplinandone in maniera più dettagliata i requisiti, la nomina e la revoca, evitando così che l'Ente funga da patrimonio personale e finanziatore del Gestore. La scelta dell'Amministratore rimane pertanto un momento delicato della vita condominiale, in quanto una scelta azzardata potrebbe esporre lo stesso Condominio a sanzioni di natura amministrativa, oltre a gravi pregiudizi per la contabilità (ammanchi, esposizione verso fornitori e altro).



Avv. Salvatore Virgilio
Iscritto all'Albo degli Avvocati di Milano
Legale di Federal

LA STENTATA



La grafologia ci può aiutare a capire anche lo stato d'animo dello scrivente.

Il segno grafologico che ci può dare questa indicazione è LA **STENTATA**, un segno molto interessante e visibile anche ad un occhio non esperto. Per "stentata" si intende una scrittura che va avanti appunto a stento, con tremolii, inceppamenti e contorsioni. È il segnale di un forte stato emotivo, che lo scrivente non riesce a contenere ed a superare. Chi scrive cede alla tensione, di qualsiasi natura essa sia, che gli blocca lo scorrere naturale del flusso di energia. Questo tipo di grafia è spesso presente nei bambini, nel momento in cui imparano a scrivere e sono poco sicuri

delle loro capacità. Con gli anni, se il bambino prende fiducia in se stesso e cresce senza problemi, si attenua fino scomparire. Ma è un segno che caratterizza anche la scrittura di Persone anziane, in particolare se colpite da malattie croniche senili, sia cardiologiche che neurologiche che richiedano terapie croniche anticoagulanti orali (TAO). Questo segno grafologico si modifica quando tali Pazienti riescono a trovare serenità e soprattutto il conforto delle Persone che si dedicano alla loro cronicità. Un discorso diverso va fatto se il segno è presente in età

adulta: indica insicurezza nell'esprimere il proprio pensiero e lentezza nel tradurre i pensieri in azione. Chi presenta questo segno non è mai perfettamente a suo agio nelle relazioni sociali, ma vive un perenne stato d'ansia che non gli permette di svolgere al meglio le attività di cui si occupa. Si rende perfettamente conto di ciò e questo lo deprime e gli fa ulteriormente perdere

Questo segno grafologico si modifica quando i Pazienti riescono a trovare serenità e il conforto delle persone che si dedicano alla loro cronicità

fiducia in se stesso. Entra così in un circolo vizioso dal quale difficilmente riuscirà ad uscire. Qualcuno



definisce la "stentata" come il segno della collera. Una collera che però viene compressa e non si sfoga mai, con il risultato che la Persona sta male, fa ancora più fatica a relazionarsi con gli altri e vive in uno stato perenne di allarme/veglia. Se la diffidenza è la caratteristica dominante, non lo sono da meno la contraddittorietà dei comportamenti e la permalosità. Chi ha la "stentata" non riesce ad essere accomodante e pensa solo a difendersi da un mondo che vede in continuo contrasto con il suo IO. È scontroso, recrimina e polemizza su ogni cosa, si chiude in una sorta di riccio che, anziché proteggerlo, in realtà lo allontana dalla vita sociale, isolandolo.

Dott.ssa Candida Livatino
www.livatino.candida.it

Oggi ho passato una bellissima giornata in questo posto meraviglioso

AVVICENDAMENTI ALL'OSPEDALE DI CIRCOLO DI VARESE

Dal mese di Settembre 2012 il Dr. Callisto Bravi è il nuovo Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Varese. Sostituisce il Dott. Walter Bergamaschi (nominato con lo stesso incarico presso l'Ospedale Niguarda di Milano), che A.L. Varese saluta e ringrazia per il lavoro compiuto in questi anni e per la sensibilità e rispetto mostrato nei confronti dei Pazienti con le più svariate "Fragilità" che ha avuto modo di incontrare. Il 21 novembre 2012 una rappresentanza di A.L. Varese (composta dal Presidente Stefano Toso, dalla Vice Presidente Michela Casartelli e dalla Segretaria Clara Nirella), insieme a parte del Personale Medico ed Infermieristico dell'Ambulatorio di Emostasi (nelle Persone del Dr. Luigi Steidl e della

Sig.ra Emanuela Longo), è stata ricevuta dal Dr. Bravi per illustrare la propria attività e presentare i progetti futuri. L'incontro con il Dr. Bravi (che ringraziamo per la disponibilità a riceverci in breve tempo dalla richiesta nonostante i suoi svariati impegni) è stato molto interessante: ha consentito di avere risposte immediate su alcuni degli argomenti presentati e posto le basi per successivi incontri e contatti nell'interesse dei Pazienti in Terapia Anticoagulante Orale, che da tutta la Provincia si recano all'Ambulatorio di Emostasi dell'Ospedale di Circolo di Varese per il controllo dell'INR e conseguente dosaggio della Terapia.

Stefano Toso
Presidente di Aelle Varese



TAO: MANAGEMENT PERIOPERATORIO, EQUILIBRIO TRA **PRESENTE** E **FUTURO**

Tra le tante accortezze che devono seguire i Pazienti anticoagulati ed il Personale sanitario che li prende in carico in caso di procedure mini e/o invasive, vi è quello di maneggiare correttamente la loro terapia per ridurre al minimo i rischi di sanguinamento

Nel fare questo è determinante valutare il rapporto rischi-benefici tra il tipo di intervento da effettuare e le conseguenze della sospensione della TAO.

In caso di piccola chirurgia

asportazione di neoformazioni cutanee o piccoli interventi odontoiatrici, molti autori concordano nell'evitare la sospensione della terapia, poiché una buona emostasi è sufficiente ed i rischi di una sospensione dell'anticoagulazione sono più alti di una piccola emorragia che ne possa derivare, solitamente contrastabile con una adeguata compressione e crioterapia. Si tenga poi presente come l'utilizzo della strumentazione chirurgica come la pinza bipolare, possa garantire una adeguata emostasi in questo tipo di interventi.

In caso di procedure endoscopiche e chirurgia a complessità media

(sia alta che bassa), che a maggior ragione elevata, si seguono dei criteri più definiti che vanno ovviamente adattati in base al Paziente e alle circostanze, poiché ogni malato è una storia a sé.



Pazienti in TAO a basso rischio tromboembolico

(fibrillazione atriale non valvolare, trombosi venosa ricorrente, trombosi venosa o arteriosa non recente):

- Sospendere la TAO quattro giorni prima dell'intervento, iniziare dosi profilattiche (3700-5000U/die) di Eparina a basso peso molecolare nell'immediato post operatorio.

Pazienti in TAO ad alto rischio tromboembolico

(protesi valvolari meccaniche di vecchia data, portatori di due protesi valvolari, evento tromboembolico venoso o arterioso recente, fibrillazione atriale valvolare, se sottoposti ad interventi di chirurgia maggiore):

- Sospendere la TAO quattro giorni prima dell'intervento, monitorare l'INR quotidianamente e quando questo è < 2 iniziare la profilassi con dosi piene di Eparina a basso peso molecolare.
- L'eparina va sospesa 12 ore prima dell'intervento e ripresa 12 ore dopo, in assenza di sanguinamenti maggiori.
- La TAO può essere ricominciata una volta verificata l'assenza di complicanze emorragiche in atto, mantenendo l'associazione con EBPM fino al raggiungimento di un INR nel range terapeutico per almeno due giorni continui.

Qualora i Pazienti fossero ospedalizzati (ricoveri per urgenze differibili, Pazienti considerati ad altissimo



rischio trombo embolico: portatori di valvole meccaniche, FA, disturbi della coagulazione, o polipatologie che sommano dunque i rischi di una trombo embolia), spesso alla sospensione della TAO nel pre o nel post operatorio, può seguire l'infusione continua di eparina non frazionata, farmaco meno pratico rispetto a quelle a basso peso molecolare ma più manggevole (facile da monitorare poiché modifica l'INR e facile da contrastare in caso di necessità mediante solfato di protamina). In questo caso si procede nel seguente modo:

- Sospendere l'infusione con Eparina non frazionata alcune ore prima della manovra (verificare la normalizzazione dell'aPTT). In caso di anestesia peridurale, rimuovere il catetere alcune ore dopo la sospensione dell'Eparina e monitorare il Paziente. In caso di trattamento con Eparina a basso peso molecolare. Occorre un intervallo di 10-12 ore tra l'ultima dose e la manovra invasiva, la dose successiva dovrebbe essere somministrata 6-8 ore dopo l'intervento, in assenza di sanguinamenti maggiori. In caso di anestesia spinale il catetere deve essere rimosso 10-12 ore dopo l'ultima dose.

L'utilizzo della strumentazione chirurgica come la pinza bipolare, può garantire una adeguata emostasi in questo tipo di interventi

Sono in corso valutazioni sulla possibilità di utilizzare nuovi farmaci in sostituzione all'eparina a basso peso molecolare e all'eparina non frazionata, come il **Fondaparinux** (pentasaccaride-inibitore diretto del fattore Xa), questo risulterebbe molto utile in quei Pazienti con disturbi piastrinici eparina indotti, in particolare in caso di HIT (piastrinopenia indotta da eparina). Altri tipi di farmaci da poco introdotti e su cui ci sono importanti aspettative per il futuro, sono gli inibitori diretti della trombina (es. **Dabigatran**), la cui comprovata efficacia si ha soprattutto in chirurgia ortopedica, specie quella protesica e su cui numerosi studi, hanno dimostrato che **Dabigatran Etexilato**, a una dose di 110 mg due volte al giorno, non è inferiore a **Warfarin** nella prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica in soggetti con fibrillazione atriale, evidenziando inoltre un rischio ridotto di emorragie intracraniche, di sanguinamenti totali e sanguinamenti maggiori. La dose di 150 mg due volte al giorno, è risultata significativamente più efficace rispetto a warfarin nel ridurre il rischio di ictus ischemico e emorragico, di morte vascolare, di emorragie intracraniche, di sanguinamenti totali. L'incidenza del sanguinamento maggiore con questa dose era comparabile a warfarin.

Il corretto management del Paziente in TAO in caso di intervento chirurgico da eseguire in urgenza

è decisamente più complesso, mai come in queste situazioni la terapia e il modo di operare devono essere adattate al singolo ed in tempi rapidi. Solitamente in previsione dell'elevato rischio emorragico è bene che il Paziente abbia a disposizione del sangue da trasfondere in caso di necessità (Emazie e plasma fresco), si deve inoltre procedere ad una corretta ricoagulazione. Ciò si effettua mediante l'infusione di **vitamina K** ed eventualmente di plasma fresco. Ultimamente si ricorre di frequente all'utilizzo di complessi protrombinici umani (es. **Protomplex**). Quest'ultimo è da preferire quando si tratta di una condizione emorragica grave potenzialmente letale (SNC, tubo gastroenterico, traumi). Il plasma va visto come un'alternativa di seconda

battuta se non è disponibile il complesso protrombinico, in quanto la reversione è più lenta, i volumi di plasma da infondere in tempi rapidi sono notevoli e potrebbero creare problemi di scompenso cardiocircolatorio. Per le caratteristiche dei Pazienti in cui il complesso protrombinico può essere utilizzato, non sono disponibili studi clinici randomizzati e controllati sulla sua efficacia e sicurezza. Si dispone solo di dati da indagini prospettiche o retrospettive su gruppi molto limitati di Pazienti in cui il concentrato veniva somministrato in genere a dosi aggiustate in base all'INR basale (tanto maggiore era l'INR, indice di pericolosità emorragica, maggiori erano le UI/kg che venivano somministrate) ed associato alla **vitamina K**. Una potenziale complicanza correlata all'utilizzo del complesso protrombinico è il rischio di trombosi o coagulazione intravasale disseminata. Il farmaco va quindi somministrato con prudenza e attenzione, in particolare nei Pazienti in cui è più alto il rischio trombotico. Essendo un prodotto ottenuto da un pool di plasma umano, non è possibile escludere in termini assoluti la possibilità di trasmissione di agenti infettivi. Alla luce di tutto questo, in Pazienti



ad alto rischio tromboembolico, in particolare nei portatori di valvola mitralica meccanica, si effettua quando possibile, una ricoagulazione meno aggressiva, riportando l'INR a 1,8. In questi casi sarà ovviamente compito del chirurgo prodigarsi ad una attenta emostasi durante tutta la durata dell'intervento mentre nel post operatorio verrà tenuta sotto stretto monitoraggio la coagulazione e si intraprenderà la strategia più corretta per mantenere una adeguata scoagulazione come sopra descritto.

Il corretto management della TAO è dunque nel perioperatorio qualcosa di importante e relativamente complesso, continua fonte di studio e di adattamento al singolo Paziente e al tipo di chirurgia a cui deve essere sottoposto, è un tema quanto mai in evoluzione anche in virtù dei progressi farmacologici di questi anni. È quindi difficile ma opportuno definire linee guida precise, che tengano più possibile conto di numerose variabili. Proprio per questo è auspicabile una multidisciplinarietà nella loro stesura, che coinvolga varie figure specialistiche (ematologi, anestesisti e chirurghi) aventi sempre come punto di riferimento il Paziente. Qualora possibile è auspicabile un confronto interattivo con le varie aree di ricerca e sviluppo farmacologico per poter indirizzare al meglio le prospettive future e fare un corretto utilizzo di quanto possano metterci a disposizione.

Dr. Andrea Santi

Specialista chirurgia toracica
A.O. Ospedale di Circolo di Melegnano
Presidio di Vizzolo Predabissi

TAO - GIACOMEL

REGALO SOTTO L'ALBERO



La famiglia Giacomel ha accolto immediatamente l'invito di Massimo Vercelloni ed ha "sposato" la convinzione che, tutti insieme, dobbiamo collaborare per migliorare i servizi dedicati alle Persone, con particolare attenzione alle più fragili. La nostra famiglia, dal 1968, è nel campo dell'automobile e rappresenta i marchi Volkswagen, Audi e Skoda nella nostra sede di Assago. Mettiamo a disposizione tutti i nostri servizi di vendita vetture nuove ed usate, assistenza, ricambi, accessori, carrozzeria e pneumatici

e personalizzate alla categoria delle persone diversamente abili. Vi forniamo consulenza per il disbrigo di tutte le pratiche burocratiche ed amministrative legate all'automobile, personalizzando il servizio di assistenza con interventi immediati, con servizi di presa e riconsegna della vettura direttamente presso la vostra residenza. Non voglio dilungarmi troppo, voglio solo trasmetterVi il messaggio che su di noi potete contare ed è per questo che mi metto a vostra disposizione personalmente per supportarvi in qualsiasi necessità legata all'automobile. Ne approfitto per augurare a voi ed alle vostre famiglie un sereno 2013. A presto.



Dott. Alberto Giacomel
www.fratelligiacomel.it



FEDERAL

Federazione Anticoagulati Lombardi
Federal o.n.l.u.s.

Federazione Anticoagulati Lombardi Federal - o.n.l.u.s.

Sede legale Viale Premuda 10 - 20129 Milano

(c/o Avv. Salvatore Virgilio)

Sede operativa c/o A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico

C.so P.ta Nuova, 23 - 20121 Milano

www.federal.lombardia.it

info.a.l@federal.lombardia.it

segreteria.a.l@federal.lombardia.it

tel/fax 02 6363 2977

C.F.: 97543650150

Codice IBAN: IT50V050340166000000000287

Anticoagulati Lombardi A.L. Milano Fatebenefratelli - o.n.l.u.s.

c/o A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico

C.so P.ta Nuova 23 - 20121 Milano

info@fbf.federal.it

segreteria@fbf.federal.lombardia.it

tel/fax 02 6363 2966

C.F.: 97514000153

Codice IBAN:

IT72Y0503401660000000000301

Anticoagulati Lombardi A.L. Milano Centro - o.n.l.u.s.

c/o Padiglione Devoto dell'Ospedale Maggiore
di Milano Policlinico

Via della Commenda, 10 - 20122 Milano

info@fcgomp.federal.lombardia.it

tel/fax 02 55035409

C.F.: 97529310159

Codice IBAN: IT49N0504801669000000039002

Anticoagulati Lombardi A.L. Varese Ospedale di Circolo - o.n.l.u.s.

c/o Ambulatorio Emotasi

padiglione Centrale POLIAMBULATORIO

Viale Borri, 57 - 21100 VARESE

info@ocfm.federal.lombardia.it

tel. 0332 278831

fax 0332 278118

C.F.: 95066360124

CODICE IBAN: IT21J0306910800100000007938

In collaborazione con



ŠKODA



Audi



Veicoli
Commerciali



www.fratelligiacomel.it