LA TUA TAO

Periodico d'informazione della
**Federazione Anticoagulati Lombardi**

# UNITI CON AELLE

Numero 05 - Luglio 2013

Fibrillazione atriale e rischio trombotico
Dott. Giuseppe Cattafi

La necessaria sinergia
Dott. Paolo Galeazzi

Ictus ischemico e trattamento anticoagulante
Dott. Stefano Jann

I nuovi farmaci: Ricerca farmacologica Stato dell'arte
Dott. Vincenzo Toschi

Volontariato: che significa?
Dott. Maurizio Bajoni

L'odontoiatra e il paziente in TAO
Dott.ssa Fernanda Negretto

# SOMMARIO

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

**Grafica**
Sara Caimi
sarcaimi@libero.it

**Stampa**
ARTICROM S.r.l.

**Hanno collaborato**
Dott. Maurizio Bajoni
Dott. Michele Brait
Dott. Giuseppe Cattafi
Dott. Carlo Cicardi
Dott. Paolo Galeazzi
Dott. Filippo Grassia
Dott. Giovanni Inghilleri
Dott. Stefano Jann
Dott. Giuseppe Landonio
Dott.ssa Candida Livatino
Prof. P. Mannuccio Mannucci
Dott. Mario Melazzini
Dott.ssa Fernanda Negretto
Dott. Fabio Pricolo
Dott.ssa Tiziana Repetto
Dott. Federico Romani
Dott. Luigi Steidl
Dott. Vincenzo Toschi
Dott.ssa Paola Tracanelli
Avv. Salvatore Virgilio


- I NUOVI ANTICOAGULANTI QUANDO, QUALE, QUANTO — 4
  Prof. Pier Mannuccio Mannucci
- PROGRAMMI FUTURI: ESPERIENZA ED ATTIVITÀ DEL CENTRO TAO DELL'A.O. FATEBENEFRATELLI E OFTALMICO DI MILANO — 6
  Dott. Giovanni Inghilleri
- IL MEDICO DI BASE E LA GESTIONE DEI PAZIENTI IN TAO — 7
  Dott. Carlo Cicardi
- PROGRAMMI FUTURI: ESPERIENZA ED ATTIVITÀ DEL CENTRO TAO OSPEDALE CIRCOLO DI VARESE — 8
  Dott. Luigi Steidl
- FIBRILLAZIONE ATRIALE E RISCHIO TROMBOTICO — 9
  Dott. Giuseppe Cattafi
- TROMBOSI VENOSA PROFONDA — 11
  Dott. Federico Romani - Dott.ssa Paola Tracanelli
- LA NECESSARIA SINERGIA — 15
  Dott. Paolo Galeazzi
- ICTUS ISCHEMICO E TRATTAMENTO ANTICOAGULANTE — 16
  Dott. Stefano Jann
- I NUOVI FARMACI: RICERCA FARMACOLOGICA STATO DELL'ARTE — 16
  Dott. Vincenzo Toschi
- DESTINO DEI CENTRI TAO PRESCRIZIONE/ACCESSIBILITÀ AI NUOVI FARMACI — 18
  Dott. Mario Melazzini
- LO SPORT E LA FRAGILITÀ: RUOLO SOCIALE E SENSIBILIZZAZIONE DEI GIOVANI — 20
  Dott. Filippo Grassia
- IL CITTADINO TRA FRAGILITÀ E DISABILITÀ — 21
  Dott. Giuseppe Landonio
- INFORMAZIONI DA AIPA - REGIONE LOMBARDIA — 22
  Dott. Fabio Pricolo
- SALUTI E RINGRAZIAMENTI DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO — 22
  Dott. Michele Brait
- VOLONTARIATO: CHE SIGNIFICA? — 24
  Dott. Maurizio Bajoni
- VALUTAZIONE DEL SEGNO GRAFOLOGICO DELL'ADDOSSATA IN PAZIENTI CON FRAGILITÀ — 25
  Dott.ssa Candida Livatino
- DOPING... NO GRAZIE!!!! — 26
  Dott.ssa Tiziana Repetto
- IL CONDOMINIO: L'ASSEMBLEA — 27
  Avv. Salvatore Virgilio
- L'ODONTOIATRA E I PAZIENTI IN TAO — 28
  Dott.ssa Fernanda Negretto

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

# IL FUTURO **CHE VERRÀ...**

Cari Associati e Care Associate, il 2013 è iniziato per Noi con un colpo a sorpresa. Dopo tante difficoltà abbiamo realizzato il nostro sogno, attirare le attenzioni di Enti ed Istituzioni sui problemi che ci affliggono. Il Convegno da Noi organizzato a Milano a Palazzo Marino il 2 Febbraio 2013, nel cuore della nostra città, grazie ai prestigiosi Relatori intervenuti, ci ha permesso di sensibilizzare l'Opinione Pubblica ed il Contesto Politico sulla terapia anticoagulante orale (TAO), i suoi limiti e le difficoltà di gestione, aprendo le frontiere ai nuovi farmaci anti-trombotici con la loro introduzione nel Prontuario Farmaceutico Nazionale e Regionale.
Siamo davvero riusciti a far sentire forte e chiara la nostra voce perorando una giusta causa. Il grande successo di pubblico, come partecipazione al Convegno, e le numerosissime richieste pervenuteci da Pazienti fisicamente non in grado, per limitazioni fisiche e funzionali( fragilità e disabilità), di presenziare ai lavori, ci hanno indotto a pubblicare gli Atti del Congresso e a dedicare pagine della nostra "Newsletter" ai riassunti dei lavori presentati, con grande soddisfazione dei Relatori e del Vostro Presidente. Oramai anche il nostro Paese avrà la possibilità di impiegare i nuovi farmaci più sicuri e privi di effetti collaterali.
Colgo l'occasione a nome della Federazione, di dare il benvenuto al nuovo Governatore della Regione Lombardia Dott. Roberto Maroni ed agli Assessori alla Sanità Dott. Mario Mantovani ed alla Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato Dott.ssa Cristina Cantù con l'augurio che sappiano interpretare al meglio fragilità e disabilità, che caratterizzano i Pazienti in TAO.
Le sfide non ci hanno mai fatto paura al pari delle difficoltà ed è per questo che il nostro impegno è stato premiato.
Che bello sarebbe realizzare un altro sogno... magari dedicare, a livello Europeo, un anno ai Pazienti in terapia anticoagulante orale confrontando esperienze e strategie, visto i numeri impressionanti dei soggetti che a vario titolo necessitano di tale terapia. Sappiamo che non sarà facile raggiungere tale obiettivo ma ci proveremo, come sempre, con tutte le nostre forze e con il sostegno di tante persone che credono nel nostro impegno e ci sostengono con passione e generosità. Sì, sono loro, i nostri "Donatori Liberali" che a volte silenziosamente, rimanendo volutamente nell'anonimato (5 x 1000) e a volte pubblicamente, con offerte economiche dirette, sostengono con grande cuore le nostre iniziative.
È un grande piacere presentarVi l'ultimo ma non ultimo nostro impegno sociale ovvero la "Partita del Cuore" tra le Nazionali degli Attori ed Artisti televisivi e la Nazionale degli Opnionisti Tv, supportati da grandi Calciatori del Passato.
Tale Kermesse si è tenuta il 10 Giugno 2013 presso il Centro Sportivo M. Casadei della Polisportiva Cimiano Galassia Milan (Pres. Dott. Agostino Malavasi) con i Patrocinii della Provincia di Milano, del Comune di Milano e della Regione Lombardia.
La manifestazione che voleva essere un festa della solidarietà, è stata preceduta da un Mini Torneo delle Scuole Calcio di Milano US Aldini Bariviera, GS Afforese, Polisportiva Cimiano, con il sostegno di numerosi Sponsor, della FIGC Regionale, della LND (Pres. Dott. Felice Belloli) e dell'AIA, che hanno voluto appoggiare tale manifestazione.
Un grazie particolare ai Media Televisivi ed alla Carta Stampata per la loro preziosa collaborazione, sicuramente utile per la buona riuscita della nostra iniziativa.
Come sempre termino l'Editoriale ricordando il nostro motto "**Fare del bene aiuta a stare bene**".
È bello aiutare chi è meno fortunato di noi senza fargli sentire il peso della diversità.

# 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 (FEBBRAIO 2013), 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 alla commissione responsabile dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), per cui spero che presto il mio attuale pessimismo sia superato dai fatti. Perché c'è tanta attesa per questi farmaci? Perché dovrebbero ovviare 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 ovviare, 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 essere disgiunta 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 anche 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. É 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 dicumaroloci 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 di 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

**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**

farmaci? Ciò è sicuramente prematuro. Anche se non se ne consoce 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 circa 20 euro al mese (comprese visita al Centro, costo del farmaco e dell'INR), sarà difficile che la maggior parte di coloro che utilizzano gli anticoagulanti tradizionali possano passare a quelli nuovi nell'ambito del Sevizio Sanitario Regionale. É 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 profilassi antitrombotica o che fanno una profilassi 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 o curati con farmaci inadeguati siano almeno 300.000! Un altro gruppo di individui in cui vedo il vantaggio della prescrizione dei nuovi anticoagulanti sono quelli 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 i loro INR, relativamente giovani e quindi a basso 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 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 con i dicumarolici) non dimenticare nessuna dose giornaliera o bi-giornaliera, 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. Basta arrestare l'assunzione del farmaco e la coagulazione del sangue torna normale in poche ore, al contrario dei dicumarolici! In conclusione, non vi é 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 a vita. 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*

# PROGRAMMI FUTURI

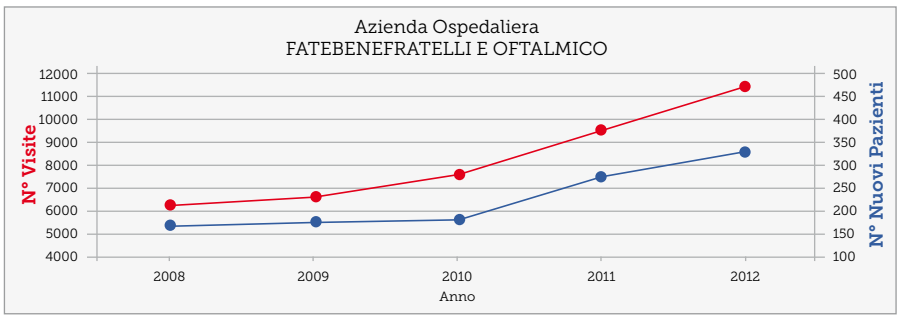
## ESPERIENZA ED ATTIVITÀ DEL CENTRO TAO DELL'A.O. FATEBENEFRATELLI E OFTALMICO DI MILANO

L'AMBULATORIO TAO DELL'A.O. FATEBENEFRATELLI E OFTALMICO È STATO ISTITUITO NEL 1995 E A PARTIRE DAL 1997 È STATO ININTERROTTAMENTE GESTITO DAL SIMT

Dall'inizio della sua istituzione il Centro ha visto un progressivo incremento della sua attività, parallelamente con il diffondersi della terapia anticoagulante orale, che è risultato estremamente significativo a partire dal 2009. Negli ultimi 4 anni, infatti, il numero di visite effettuate dall'ambulatorio si è quasi raddoppiato raggiungendo la quota di quasi 12.000 prestazioni nel corso del 2012. Altrettanto significativo, e motivo di grande soddisfazione per il Centro, è stato l'incremento del numero di nuovi Pazienti che hanno avviato il programma di monitoraggio presso il nostro Centro, anch'esso raddoppiatosi nel corso degli ultimi 4 anni. La tipologia dei Pazienti afferenti nel 2012 l'Ambulatorio TAO del Fatebenefratelli è descritta nella Tabella 1. Come atteso la principale "causa" di trattamento dei Pazienti afferenti il nostro ambulatorio è rappresentata dalla fibrillazione atriale (oltre il 50%) seguita dagli eventi trombo-embolici. Dalla tabella si rileva come, ormai, un'elevatissima quota di Pazienti sia costituita da grandi anziani (età media 74 anni) che necessitano pertanto di una "cura" di estrema attenzione per garantire un'adeguata sicurezza del trattamento. É inoltre da sottolineare come, per questi Pazienti, la visita di monitoraggio TAO rappresenti un momento di contatto con il clinico, spesso divenuto col tempo il clinico di riferimento e fiducia, vissuto dal paziente come un momento di grande importanza per il proprio stato di salute generale.

| PATOLOGIA | N° PZ | % TOT | ETÀ |
|---|---|---|---|
| Fibrillazione atriale | 1077 | 51,7 | 76±10 |
| Embolia polmonare | 174 | 8,3 | 74±14 |
| Trombosi Venosa Profonda | 162 | 7,7 | 65±18 |
| Protesi valvolari | 160 | 7,6 | 68±14 |
| Cardiopatia ischemica | 149 | 7,1 | 78±9 |
| Arteriopatie cerebrale | 119 | 5,7 | 75±13 |
| Altre | 239 | 11,4 | 73±12 |
| TOTALE | 2082 | 100 | 74±12 |

*Tabella 1 Tipologia di Pazienti afferenti l'Ambulatorio TAO nel corso del 2012.*




*Attività dell'ambulatorio TAO dell'A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico nel periodo 2008-2012*

Per il futuro, il Centro TAO della nostra Azienda si propone, oltre a proseguire nella crescita registrata nel corso degli ultimi anni, di raggiungere alcuni importanti obbiettivi. In primo luogo il nostro Centro si propone di conseguire una "assistenza senza attese". La politica adottata dal Centro di prevedere, per tutti i Pazienti programmati giornalmente per il monitoraggio, una breve ma reale visita medica (pratica che si ritiene molto importante per garantire un ottimale "cura"), espone certamente i Pazienti a un iter diagnostico-terapeutico non breve e spesso disagiato, in particolare per coloro che ancora svolgono attività lavorative. Il Centro si propone pertanto di rivedere i propri flussi operativi in modo rendere la più snella e rapida possibile la prestazione sanitaria offerta. Altro importante obbiettivo è rappresentato dall'integrazione ottimale dei trattamenti terapeutici

**La crescita qualitativa del nostro ambulatorio non può inoltre prescindere dal costante accrescimento culturale e professionale di tutto il personale**

con i nuovi farmaci anticoagulanti orali, da realizzarsi sia attraverso la selezione ottimale dei Pazienti a cui prescrivere questi nuovi importanti presidi terapeutici sia attraverso la definizioni di percorsi appropriati di monitoraggio che permettano di garantire l'indispensabile sicurezza di questi trattamenti. La crescita qualitativa del nostro ambulatorio non può inoltre prescindere dal costante accrescimento culturale e professionale di tutto il personale che con tanta dedizione vi opera ed al conseguimento degli accreditamenti istituzionali. Nella certezza che i Centri TAO non possano rappresentare solamente dei centri "specialistici" presso i quali si deve recare, spesso con disagio, il paziente ma altresì dei centri di "cultura specifica ed alta specializzazione" che possano essere di riferimento per tutti i professionisti medici, ulteriore obbiettivo del Centro è quello di sviluppare sempre di più l'integrazione con i medici di medicina generale e con tutti i clinici delle diverse specialità del nostro Ospedale. I risultati raggiunti dal nostro Centro nel corso di questi anni, tra i quali va in primo luogo riportata la soddisfazione dei Pazienti varie volte riportataci anche attraverso encomi scritti, sono il frutto del lavoro e l'impegno di molte persone alle quali va un particolare ringraziamento, in particolare:

Il Personale dell'Ambulatorio TAO:

- Dott. Gianmarco Diana;
- Sig.ra Patrizia Fabiano;
- Dott. Luca Perego;
- Sig.ra Graziella Oliverio;
- Dott. Pierfranco Rossi;
- Sig.ra Sandra Soru;
- Dott. Felice Zadra;
- Sig.ra Loredana Crescioni;
- Sig.ra Antonia De Mauro;
- Tutti i Volontari dell'AElle;
- La Direzione Aziendale dell'A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico;
- Tutti i Pazienti che ogni giorno si affidano al Centro.

*Dott. Giovanni Inghilleri*
*Direttore Servizio di Immunoematologia ed Medicina Trasfusionale*
*A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico - Milano*

# IL MEDICO DI BASE
## E LA GESTIONE DEI PAZIENTI IN TAO

Anche il medico di base si trova a dover affrontare l'aumento delle patologie cardiache e trombotiche che comportano una terapia anticoagulante protratta o addirittura perenne, quando gli viene riaffidato il paziente dopo il necessario approccio specialistico ospedaliero. Le problematiche che più frequentemente ci si trova ad affrontare sono prevalentemente due: la gestione della posologia del farmaco e la spesso scarsa compliance del paziente nei confronti dei prelievi ematici seriati cui deve essere sottoposto soprattutto nei primi periodi di terapia. Indispensabile è l'istruzione del paziente circa le abitudini alimentari (attenzione a spinaci, lattuga, broccoli, cavoli,olio d'oliva e di mais, burro) per ridurre le interferenze del cibo con l'efficacia del farmaco che può portare a una scarsa motivazione del paziente stesso causata dalla difficoltà di un raggiungimento del target INR stabile nel tempo (e di conseguenza la possibilità di dilatare l'intervallo tra i prelievi stessi). Il paziente in TAO, nella mia esperienza ambulatoriale, è un paziente che per motivi logistici spesso non può accedere agli ambulatori specifici dei centri ospedalieri, di frequente lontani e comunque intasati da iperafflusso; è un paziente sempre in ansia ogni qual volta si presenti in studio come se attendesse una sentenza dall'esito del prelievo, spesso sPazienti to da risultati mai uguali nonostante l'attenzione prestata all'alimentazione. Non è compito semplice 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 risulta essere l'elemento più ansiogeno di questa cura, lo spauracchio e la perdita di tempo del prelievo ematico.

*Dott. Carlo Cicardi*
*Medico Chirurgo*
*Specialista in Chirurgia Toracica e Cardiovascolare*
*Medico di Base ASL 3 Prov. MB*

# PROGRAMMI FUTURI

## ESPERIENZA ED ATTIVITÀ DEL CENTRO TAO OSPEDALE CIRCOLO DI VARESE

### L'AMBULATORIO PER LA SORVEGLIANZA DEI PAZIENTI ANTI-COAGULATI DELL'OSPEDALE DI CIRCOLO DI VARESE HA UNA LUNGA STORIA

Si inizia nel 1989 presso l'allora Divisione di Medicina Interna con una attività ambulatoriale estesa a poche decine di Pazienti e portata avanti da un solo medico. Nel corso degli anni il Centro è diventato sempre più grande sia in termini di numerosità dei Pazienti afferenti al Centro che per numero di medici che ivi prestano la loro opera. Per ciò che attiene al numero di Pazienti, da poche decine siamo arrivati a seguire, a tutt'oggi, quasi 1600 Pazienti in terapia anticoagulante orale (TAO) attiva. Ogni anno vengono affidati al Centro circa 300-400 Pazienti nuovi. L'organico del Centro comprende attualmente 4 medici (...part- time...), 2 infermiere professionali ed 1 segretaria. Le patologie che maggiormente incidono nell'attività sono, come noto, la profilassi del trombo-embolismo nella Fibrillazione Atriale (51 % del totale delle prestazioni), la terapia del trombo-embolismo venoso (TEV) sia come Trombosi Venosa Profonda che come Embolia Polmonare (30%), la profilassi trombo-embolica nei Pazienti portatori di valvulo-protesi cardiache mitraliche e/o aortiche, meccaniche o biologiche, queste ultime per un tempo limitato (12%), infine, in modo quantitativamente più marginale, vengono seguiti anche Pazienti con altri tipi di indicazioni più rare e bambini anche molto piccoli (7%). La gestione clinica dei dicumarolici, oltre alla farmacosorveglianza comprende il counselling al paziente peri-intervento chirurgico e/o procedura invasiva ed agli specialisti che opereranno (..."bridging therapy" ed altro...), la gestione degli eventi emorragici minori e maggiori e la valutazione della durata della TAO. A proposito di attività, il Centro, negli anni, ha esteso la sua competenza oltre alla sola sorveglianza della TAO; in particolare, si occupa della prima diagnosi e del follow-up clinico-ecografico della trombosi venosa ed embolia polmonare [ca. 1600 ECD venosi annui (2012)], del percorso diagnostico-terapeutico della trombosi venosa profonda e dell'embolia polmonare per Pronto Soccorso-DEA [ca. 400 ECD venosi e visite annue (2012)], dell'ambulatorio Trombofilie e Malattie dell'Emostasi [ca. 1000 visite annue (2012)] e della consulenza specialistica per tutte le UU.OO. dell'Azienda Ospedaliera [ca. 800 consulenze annue (2012)]. Anche dal punto di vista scientifico, il nostro Centro ha raggiunto traguardi ragguardevoli: alcuni dei Colleghi che ci lavorano, hanno posizioni di riguardo all'interno di Società Scientifiche e dei Comitati per la stesura di linee guida Nazionali ed Internazionali. L'evoluzione che ha subito il Centro nel corso degli anni ci ha preparato alle nuove sfide che verranno introdotte dai nuovi farmaci anticoagulanti orali, di prossima probabile commercializzazione. Presso il nostro Centro è infatti attivo un protocollo di somministrazione di uno dei nuovi farmaci anticoagulanti orali per la prevenzione del tromboembolismo sistemico in corso di Fibrillazione Atriale secondo il protocollo "expanded access" previsto dal D.M. 8-5-2003. Nell'ambito delle attività del Centro, si è inserita da qualche anno anche l'Associazione Anticoagulati Lombardi (FEDERAL Onlus) con una sezione di Varese che riunisce qualche centinaio di Pazienti. La collaborazione si è concretizzata nella fornitura di piccole, ma strategiche, apparecchiature collaterali (fax, numeratore in sala d'aspetto e altro speriamo venga) che hanno semplificato molto la nostra quotidiana fatica. Soprattutto, però, è l'attività, quasi quotidiana, dei Volontari, che ha permesso al Centro di mantenere alcune prerogative, forse marginali dal punto di vista strettamente sanitario, ma molto apprezzate dai Pazienti che afferiscono al Centro.

**La crescita qualitativa del nostro ambulatorio non può inoltre prescindere dal costante accrescimento culturale e professionale di tutto il personale**

*Dott. Luigi Steidl* - *Centro TAO Ospedale Circolo di Varese*

# FIBRILLAZIONE ATRIALE E RISCHIO TROMBOTICO

I PAZIENTI AFFETTI DA FA PRESENTANO UN RISCHIO DI ICTUS E DI EVENTI TROMBO-EMBOLICI SISTEMICI CIRCA 5 VOLTE SUPERIORE RISPETTO ALLA POPOLAZIONE NORMALE

La fibrillazione atriale (FA) è l'aritmia sostenuta più frequente nella pratica clinica con una prevalenza stimata nella popolazione generale che varia, a seconda degli studi presi in considerazione, dallo 0.95% (ATRIA -Study) al 2.5% (Olmested County Study) e che aumenta con l'avanzare dell'età, arrivando fino a oltre il 10% nei soggetti di età > 80 anni. I Pazienti affetti da FA presentano un rischio di ictus e di eventi trombo-embolici sistemici circa 5 volte superiore rispetto alla popolazione normale. La FA è responsabile del 20-25% di tutti gli ictus ed è la causa principale degli ictus embolici. Diversamente dai Pazienti in ritmo sinusale, gli ictus che si verificano nei Pazienti con FA sono in genere più gravi e si associano ad un tasso di mortalità e ad un livello di disabilità maggiori. Pertanto la prevenzione dell'ictus e degli eventi trombo-embolici sistemici riveste un ruolo fondamentale nella gestione clinica dei Pazienti con fibrillazione atriale. Nei Pazienti affetti da FA l'efficacia della terapia anticoagulante orale con antagonisti della vitamina K nella prevenzione a lungo termine dell'ictus correlato, è stata ampiamente dimostrata in trial clinici randomizzati. 2/3 degli ictus dovuti ad FA possono essere prevenuti mediante un'adeguata terapia anticoagulante con un antagonista della vitamina K (VKA)- In una analisi di 29 trials su 28.044 Pazienti si è dimostrato che dosi ottimali di warfarin riducono il tasso di stroke ischemico del 67% e la mortalità per tutte le cause del 26%. Il rischio emorragico rappresenta l'altra faccia della medaglia della terapia antitrombotica ed è di fondamentale importanza per la scelta del trattamento. I VKA, come il warfarin, hanno un intervallo terapeutico molto stretto (target INR fra 2.0 e 3.0) entro il quale l'attività anticoagulante fornisce una protezione sufficiente dall'ictus con un basso rischio di complicanze emorragiche. Il rischio di ictus nei Pazienti con FA varia in funzione della diversa prevalenza di co-morbilità e dipende dalla valutazione cumulativa di determinati fattori di rischio clinici. Sono stati pertanto introdotti e validati opportuni modelli di stratificazione del rischio di ictus basati sulla valutazione di semplici parametri clinici in grado di identificare differenti categorie di rischio. Le attuali linee guida raccomandano la scelta della profilassi antitrombotica sulla scorta del livello di rischio trombo-embolico stimato. Il modello di stratificazione del rischio CHADS2, oggi certamente il più adottato in tutto il mondo, è basato su un sistema cumulativo che valuta la presenza di 5

**Il rischio di ictus nei Pazienti con FA varia in funzione della diversa prevalenza di co-morbilità e dipende dalla valutazione cumulativa di determinati fattori di rischio clinici**

fattori di rischio maggiori; si assegna un punto in presenza di scompenso cardiaco cronico (Congestive heart failure), ipertensione arteriosa (Hypertension), età>75 anni (Age), o diabete mellito (Diabetes mellitus), e due punti in caso di pregresso ictus (Stroke) o attacco ischemico transitorio (TIA), in modo da rappresentare il suo maggior peso rispetto agli altri fattori di rischio. Per ogni paziente può essere totalizzato un punteggio massimo di 6: 0, rischio basso; 1, rischio intermedio; >2, rischio elevato, Sulla base del punteggio CHADS2, le precedenti linee guida ACC/AHA/ESC e ACCP raccomandavano l'impiego di aspirina (ASA) in tutti i Pazienti a basso rischio di ictus, riservando l'anticoagulante orale (VKA) ai Pazienti considerati a maggior rischio. Successivamente è stato sviluppato un punteggio CHADS2 modificato, il CHA2 DS2-VASc, che permette una valutazione più precisa del rischio trombo-embolico sulla base di fattori di rischio maggiori e fattori di rischio "non maggiori ma clinicamente rilevanti". In questo nuovo sistema di punteggio, l'età assume una rilevanza maggiore nella valutazione del rischio con un punteggio di 1 attribuito all'età fra 65 e 74 anni e di 2 oltre i 75 anni. Inoltre insieme agli altri fattori di rischio, anche la malattia vascolare aterosclerotica clinicamente manifesta (pregresso infarto miocardico, vasculopatia arteriosa periferica, vasculopatia carotidea, ma anche la presenza di placche aortiche complicate) e il sesso femminile conferiscono un rischio aumentato (1 punto). Il CHA2DS2- VASc, che consente una migliore selezione dei Pazienti a basso rischio, è stato adottato per la prima volta dalle linee guida ESC 2010 in aggiunta al sistema CHADS2 per una migliore stratificazione dei Pazienti con punteggio CHADS2 =<1. Infatti il CHA2 DS2-VASc è stato in grado, da recentissime evidenze in letteratura, di riclassificare in una categoria di rischio più elevato (punteggio di rischio CHA2 DS2-VASc=>2), e pertanto con indicazione a terapia anticoagulante, circa il 75% dei Pazienti con un punteggio CHADS2 di 1. Nel recentissimo "Focused Update" 2012 delle stesse linee guida ESC è raccomandato l'impiego esclusivo

**Gli ictus che si verificano nei Pazienti con FA sono in genere più gravi e si associano ad un tasso di mortalità e ad un livello di disabilità maggiori**

del punteggio CHA2 DS2-VASc con l'obiettivo di una più efficace stratificazione dei Pazienti "realmente" a basso rischio (tutti i Pazienti di età <65 anni con FA isolata e senza altri fattori di rischio a parte il sesso femminile), che pertanto non necessitano di terapia anticoagulante. Nonostante la chiara evidenza dei benefici prodotti dalla terapia con VKA in termini di riduzione del rischio di ictus in Pazienti con FA, vi è una scarsa aderenza alle linee guida e gli VKA sono ampiamente sottoutilizzati nella pratica clinica. Il ridotto utilizzo della terapia con farmaci VKA è imputabile in parte alle loro

numerose limitazioni e complicanze che li rendono non agevoli da usare nella pratica clinica; fra queste rivestono particolare importanza una risposta imprevedibile nel singolo paziente, una finestra terapeutica ristretta, un'azione a lenta insorgenza e cessazione, la necessità di un monitoraggio routinario della coagulazione e di frequenti aggiustamenti di dose, la farmaco resistenza e le numerose interazioni con altri farmaci e con il cibo. A causa delle limitazioni descritte è stato stimato che fino al 50% dei Pazienti eleggibili al trattamento con VKA non riceve alcun trattamento. In ragione di ciò, è più che mai necessario poter disporre di farmaci antitrombotici più maneggevoli e più sicuri. I nuovi anticoagulanti orali (NAO), di cui 4: dabigatran, rivaroxaban, apixaban ed edoxaban, hanno completato la sperimentazione di fase III, grazie ad una ridotta interazione con il cibo e con altri farmaci rispetto ai VKA, al favorevole profilo farmaco-dinamico e farmaco-cinetico, che non richiede alcun monitoraggio della coagulazione e al ridotto rischio di emorragie cerebrali soprattutto nei Pazienti anziani, rappresentano un'alternativa più sicura e con ogni probabilità globalmente anche più efficace rispetto agli VKA.

***Dott. Giuseppe Cattafi***
*SC Cardio 3 - Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione Cardiaca, Dipartimento CardioToracoVascolare "A. De Gasperis" - A.O. Niguarda Cà Granda Milano*

# TROMBOSI VENOSA PROFONDA

## DEFINIZIONE

Viene definita trombosi venosa profonda la ostruzione parziale o completa di vene del circolo venoso profondo degli arti inferiori, più frequentemente, o della pelvi o anche degli arti superiori. La presenza di un ostacolo trombotico all'interno della vena comporta un impedimento al ritorno venoso del sangue dalla periferia al Centro, determinando una situazione di stasi venosa. L'instaurasi della trombosi comporta una duplice possibilità di complicanze. La più importante, definita trombo-embolia polmonare, è conseguenza della frammentazione parziale del trombo con fenomeni di embolizzazione di materiale trombotico che, seguendo la corrente ematica, arriva sino al cuore destro e da qui al polmone dove può determinare ostruzione del circolo arterioso polmonare con conseguenze anche letali per il paziente, in caso di embolizzazioni massive. La seconda possibilità di complicanze invece, definita sindrome post - trombotica, comporta un danneggiamento a carico dei tessuti più superficiali e periferici dell'arto interessato dalla trombosi in conseguenza del impossibilitato o diminuito scarico venoso se, non correttamente trattato o se prolungato nel tempo.

**I fattori di rischio sono molteplici e di diversa natura. Occorre però differenziarli in fattori di rischio temporanei e in fattori di rischio persistenti**

## FATTORI DI RISCHIO

La comparsa dell'evento trombotico, non sempre spiegabile da punto di vista causale nel singolo individuo, è in genere associato a uno o più fattori di rischi, che hanno in comune la capacità di stimolare con modalità incontrollata i fisiologici meccanismi biochimici ed enzimatici che portano alla formazione di aggregati trombotici. Si instaura cosi uno stato detto di trombofilia.
I fattori di rischio sono molteplici e di diversa natura. Occorre però differenziarli in fattori di rischio temporanei e in fattori di rischio persistenti. Tale distinzione è molto importante perché nel primo caso lo stato di trombofilia avrà un inizio ma anche un termine nel momento in cui va a scomparire il fattore di rischio coinvolto. Viceversa se il fattore di rischio, per sua natura, perdurerà nel tempo anche lo stato di trombofilia perdurerà immutato nel tempo.

Qui sotto sono elencati alcuni **fattori di rischio persistenti**. É del tutto evidente che si tratta di quadri patologici o di situazioni fisiologiche o para fisiologiche la cui natura perdura e accompagnerà per sempre il paziente.

- Età avanzata;
- Neoplasie maligne;
- Alterazioni ematologiche (per esempio, emoglobinuria parossistica notturna, policitemia vera, mieloma);
- Lupus eritematoso sistemico e collagenopatie in generale;
- Sindrome nefrosica;
- Familiarità;
- Predisposizione genetica.

Qui sotto sono invece elencati i **fattori di rischio temporanei**, la cui azione induttiva dei meccanismi di coagulazione ha una preciso arco temporale, con un inizio e una fine.

- Interventi chirurgici, particolarmente se ortopedici;
- Pillola anticoncezionale;
- Gravidanza (soprattutto 2° trimestre e puerperio);
- Traumi (soprattutto fratture agli arti inferiori);
- Situazioni che determinano prolungata immobilizzazione (apparecchi gessati, paresi);
- Infarto miocardico e scompenso cardiaco.

## PREVENZIONE

Là dove si introduce il concetto di rischio, immediatamente si deve introdurre il concetto di prevenzione e la possibilità che una corretta prevenzione riduca il rischio di evento trombotico. Un evento trombotico non è sempre un evento obbligato, ma al contrario un evento evitabile se atteso in base a precisi fattori di rischio. Il primo approccio in tema di prevenzione riguarda i corretti stili di vita.

- Esercizio fisico. Una adeguata attività fisica, programmata e non saltuaria, consona e appropriata alle diverse età, e capacità individuali, è ormai accettato come elemento fondamentale nella prevenzione del rischio cardiovascolare in genere. L'attività dei muscoli della gamba in particolare sono un elemento importante per un buon ritorno venoso del sangue e dunque un impedimento alla stasi venosa;
- Dieta equilibrata. Naturalmente non esiste un alimento "magico" che da solo possa ridurre il rischio trombofilico. Si tratta piuttosto di assumere una abitudine dietetica quotidiana corretta, che preveda pieno utilizzo di pesce o carni bianche in alternativa a carni rosse, l'abbandono di grassi animali per cottura e di formaggi o derivati del latte, così come di insaccati, riduzione del quantitativo di zuccheri, ma introduzione di una adeguata quota di cereali;
- La somma di queste due corrette abitudini di vita è in grado di impedire l'insorgere del soprappeso, che se lasciato incontrollato porta inevitabilmente alla obesità;
- Tenere gli arti sollevati. É questo una abitudine certamente da assumere, che però prevede una sorta di contrattazione con le consuetudini sociali e relazioni interpersonali. Se è del tutto evidente che la posizione in ortostatismo o la posizione seduta prolungata comportano di per sé, a motivo della forza di gravità, un difficoltoso ritorno del sangue allora è altrettanto di evidenza che tenere sollevati gli arti per periodi prolungati nell'arco della giornata ne favorisce invece il ritorno;
- Per sopperire alla non sempre facile assunzione di posizioni con arti sollevati ecco che assume primaria importanza l'abitudine di indossare calze elastiche, che a motivo della loro modalità di fabbricazione esercitano una pressione graduata e controllata, dall'esterno all'interno dell'arto, dal piede sino alla radice della coscia opponendosi efficacemente alla stasi venosa;
- Infine e opportuno evitare stazionamento prolungato in ambienti chiusi eccessivamente caldi o in condizioni climatiche stagionali con gradazioni particolarmente elevate. Tipicamente l'esposizione al sole prolungata nella stagione estiva (non tanto per il sole ma bensì per il caldo) va evitata, o meglio alternata a frequenti immersioni in acqua fredda.

**Un evento trombotico non è sempre un evento obbligato, ma al contrario un evento evitabile se atteso in base a precisi fattori di rischio**

Determinate e più critiche situazioni che rientrano nei fattori di rischio temporanei richiedono in aggiunta una precisa prevenzione farmacologia. I farmaci attualmente utilizzati, con evidenze robuste di efficacia, sono una particolare formulazione della eparina: le eparine a basso peso molecolare, somministrate per via sottocutanea.

- Interventi chirurgici. É un tipico fattore di rischio temporaneo, ben noto e particolarmente incidente nella chirurgia ortopedica, che richiede una prevenzione farmacologia oggi ben standardizzata nei dosaggi e nella tempistica;
- Apparecchi gessati. Il confezionamento di ingessature in conseguenza di fratture ossee, particolarmente a carico degli arti inferiori e a maggior ragione se associate ad allettamento prolungato, comporta la necessita di una protezione farmacologica;

- Traumi. Traumatismi di entità medio severa comportano alterazioni individuali dell'omeostasi e degli equilibri dei meccanismi di coagulazione e pertanto richiedono una prevenzione farmacologia;
- Gravidanza e periodo peri-partum. La necessità di una prevenzione farmacologica si pone non di routine, ma solamente nei casi in cui si siano verificate complicanze acute a carico del sistema venoso (flebiti) o si sia instaurata una stasi venosa severa con comparsa di grossolane varici, edemi, distrofismi. Nei restanti casi sono sufficienti, ma con rigorosa aderenza, le abitudini di vita sopradescritte;
- Viaggi aerei. La posizione obbligata mantenuta per diverse ore durante un viaggio aereo di lungo raggio incrementa il rischio trombotico. In questi casi, se non concomitano altri fattori di rischio, potrebbe bastare l'assunzione di un antiaggregante (aspirina) e l'accortezza di ottemperare a due misure di prevenzione sopra descritte: calza elastica e movimento delle gambe, quest'ultima ovviamente nei limiti del consentito.

## SINTOMATOLOGIA E DIAGNOSI

In una buona percentuale di casi l'insorgenza di una trombosi venosa a carico degli arti inferiori può essere asintomatica o con sintomatologia aspecifica, e ciò naturalmente comporta qualche difficoltà nel controllo della successiva evoluzione clinica. Tipicamente la sintomatologia è invece rappresentata dalla comparsa di dolore alla gamba accompagnato da rigonfiamento (edema), entrambe espressioni dell'evento acuto e dell'alterato ritorno venoso reso difficoltoso dalla ostruzione trombotica. Questo quadro clinico deve immediatamente allertare il paziente, e questo di regola avviene, e il medico di riferimento che deve approntare un percorso diagnostico in urgenza. Attualmente la diagnosi, stimolata dal sospetto clinico, è molto accurata, di semplice e diffusa fattibilità, ed anche a basso costo. Infatti, basandosi sulla esecuzione di un esame Ecodoppler,

la documentazione con immagini dell'aspetto ecografico del segmento venoso e la sua non comprimibilità, a motivo della presenza del trombo, consentono risultati di altissima affidabilità. La semplicità, il basso costo e le possibili implicazioni positive di questa metodica diagnostica fanno ritenere opportuno e giustificato un suo generoso e diffuso impiego, anche per poter evidenziare quei casi di trombosi che non si presentano con sintomatologia tipica. L'evoluzione della trombosi,

**La sintomatologia è invece rappresentata dalla comparsa di dolore alla gamba accompagnato da rigonfiamento (edema)**

se correttamente diagnosticata e trattata, generalmente può essere estremamente favorevole, con completo riassorbimento del trombo e recupero della pervietà del segmento venoso interessato, senza pertanto esiti nel trofismo e nella funzionalità dell'arto. In altri casi invece la ricanalizzazione è solo parziale. Subentra un danno anatomico delle valvole predisposte al mantenimento unidirezionale del sangue dalla periferia al Centro, che determina un meccanismo di stasi venosa cronica con ristagno di sangue in periferia che confligge con il corretto afflusso di sangue arterioso, ricco di ossigeno e di elementi nutritivi. Tale situazione, a lungo andare determina una sofferenza da alterato trofismo dei tessuti più superficiali, cute e sottocute, causando il perdurare di edema dell'arto e la formazione di fastidiose ulcerazioni.

## TRATTAMENTO

Dopo che il sospetto clinico e la documentazione Ecodoppler hanno stabilito la presenza di trombosi venosa a carico di un segmento venoso dell'arto inferiore, occorre immediatamente impostare un programma terapeutico. Occorre qui segnalare come per diagnosi e trattamento non occorra altro che una buona valutazione clinica e l'esecuzione di un esame ecodoppler. Null'altro è richiesto. Il programma terapeutico ha una duplice finalità.

### Prima finalità

Prevenzione della trombo-embolia polmonare. L'eventualità di una possibile complicanza trombo-embolica a livello polmonare rappresenta l'indicazione primaria al trattamento poiché tale complicanza, in una non trascurabile percentuale di casi può essere fatale. Il meccanismo causale è rappresentato dalla possibilità che dal trombo presente in un segmento venoso periferico, trombo ancora non ben stabilizzato, possano staccarsi dei frammenti che seguendo la corrente ematica embolizzano nel cuore destro e da qui nel circolo arterioso polmonare determinandone una ostruzione più o meno estesa, e quindi con quadro clinico più o meno severo, a seconda della entità quantitativa della embolizzazione. Il rischio che tale meccanismo emboligeno si realizzi è ovviamente maggiore quanto più è instabile il trombo e quindi esiste una precisa correlazione temporale tra comparsa di trombosi periferica e rischio trombo-embolico polmonare: massima, contestualmente alla formazione del trombo, e decrescente nei successivi mesi. Il trattamento, come precisato da iniziare immediatamente, è standardizzato e prevede la anticoagulazione del paziente mediante somministrazione sempre di eparina a basso peso molecolare per via sottocutanea, come nella prevenzione, ma qui in dosaggio anticoagulante, seguita dalla somministrazione di un anticoagulante orale (dicumarolo). Dopo qualche giorno, necessario per il raggiungimento del dosaggio terapeutico, avendo come target di riferimento il raggiungimento del valore di INR della Attività Protrombinica 2.5 – 3.5, la somministrazione di eparina a basso peso molecolare viene sospesa e il paziente prosegue con la sola terapia anticoagulante orale. Questo regime farmacologico, supportato da numerose prove di evidenza, si è dimostrato altamente protettivo nei confronti della prevenzione della complicanza trombo-embolica polmonare e va prolungato per qualche mese (3 - 6 - 12 mesi) a seconda del fattore scatenante l'evento trombotico iniziale.

**Occorre segnalare come per diagnosi e trattamento non occorra altro che una buona valutazione clinica e l'esecuzione di un esame ecodoppler**

### Seconda finalità

Controllo e prevenzione delle alterazioni emodinamiche conseguenti alla ostruzione venosa. Occorre, per questo scopo, agire sia sulla sintomatologia del paziente sia sulla prevenzione di possibili alterazioni a carico dei tessuti che vengono a trovarsi in sofferenza a motivo della stasi venosa e dell'alterato scarico venoso. Ancora una volta prevenzione. Il paziente, come sopra descritto, è già in trattamento farmacologico anticoagulante. Questo regime ha un effetto anche localmente sul trombo appena formatosi, in quanto ne riduce le possibilità di estensione locale e ne favorisce la stabilizzazione.
E come necessità di supporto farmacologico null'altro serve. Esistono in commercio numerose formulazioni con effetto "veno-tropo", ma con prove di efficacia assenti o del tutto limitate.
Occorre invece aggiungere un presidio fondamentale: la calza elasto-compressiva.
Come già accennato, la capacità della compressione estrinseca graduata in senso centripeto consente una efficace contrapposizione alla stasi venosa favorendo il ritorno venoso. Tale effetto consente la progressiva risoluzione della sintomatologia dolorosa e il controllo dell'edema dell'arto interessato. La terapia farmacologia anticoagulante, unitamente al favorimento del ritorno venoso, e l'azione dei naturali e fisiologici meccanismi di riassorbimento del trombo consentono, nella maggior parte dei casi, una ricanalizzazione del segmento ostruito e pertanto una evoluzione estremamente favorevole.

*Dott. Federico Romani*
*Dott.ssa Paola Tracanelli*
*Struttura Complessa di Chirurgia Vascolare*
*Ospedale Niguarda Milano*

# LA NECESSARIA SINERGIA

La presenza in Lombardia di oltre 300.000 Pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (che ammontano ad oltre 1 milione in Italia) impone una indispensabile sinergia tra le tre figure coinvolte nella gestione del "soggetto scoagulato": il Centro Ospedaliero di Riferimento, il Medico di Medicina Generale ed il Paziente stesso. È infatti insito nella gestione della farmaco terapia anticoagulante orale una indispensabile stretta "sorveglianza" degli effetti farmacologici sul singolo paziente con, talvolta immediate indispensabili, correzioni del dosaggio farmacologico e successivo ulteriore controllo dei parametri ematici. I sempre più frequenti contenziosi medico-legali (ormai assurti a valori endemici) vedono, abitualmente, un rimpallo di responsabilità tra i tre soggetti dianzi esposti con accuse reciproche e conseguenti necessità di dimostrazione della buona fede da parte degli attori chiamati a rispondere in ambito civile o penale di un comportamento sovente non ineccepibile; se è vero infatti che lo stesso sistema sanitario nazionale non sempre agevola decisioni rapide, è altrettanto vero che ciò non potrà, in alcun modo, essere utilizzato come giustificazione di fronte ad una precisa accusa di "mal-practice", né costituire una qualsivoglia attenuante a fronte di, talvolta, ingentissime richieste risarcitorie in ambito civilistico o a ben più gravi accuse (magari di omicidio colposo o di lesioni gravissime) in sede penale. Per quanto attiene, dunque, alla personale responsabilità delle tre figure anzi citate (Paziente, Medico di Base ed Ospedale) occorre si instauri una sinergia ed una "Compliance" che permetta e porti il primo (Paziente) ad assumere scrupolosamente la terapia prescritta e ad attenersi alle indicazioni con tempestive comunicazioni al medico di medicina generale di eventuali anomalie, il secondo (Medico di famiglia) a gestire sia la routine, sia gli imprevisti con costanti aggiornamenti professionali e collaborazione col Centro TAO ospedaliero, ed il terzo (Ospedale) a mettere a disposizione, indipendentemente da disorganizzazioni interne (che, ripeto, non potranno mai essere addotte ad attenuanti), sia del Paziente, sia del Medico di base, tutta la professionalità e competenza necessarie al fine non solo di garantire l'ottimale gestione del paziente (che deve rimanere priorità assoluta) ma, allo stato attuale, di tutelarsi contro le sempre maggiori richieste risarcitorie in ambito di presunta "mal-practice". È'opinione di chi svolge la Professione Medico-Legale, infatti, che la gran parte di contenziosi in ambito sanitario sarebbero evitabili se i soggetti coinvolti in infinite "querelle" giudiziarie si attenessero ai fondamentali principi di collaborazione e comunicazione, sia scritta sia orale, tra le parti in modo da consentire al sanitario di interloquire col paziente per renderlo edotto di tutti i benefici, i rischi e le indicazioni della terapia proposta, ed al paziente di comprendere il da farsi, al fine di porre in essere ogni criterio per tutelare il bene per sé più prezioso, la propria salute.

**È insito nella gestione della farmaco terapia anticoagulante orale una indispensabile stretta "sorveglianza" degli effetti farmacologici sul singolo paziente**

*Dott. Paolo Galeazzi*
*Medico- Legale*

# ICTUS ISCHEMICO
## E TRATTAMENTO ANTICOAGULANTE

L'ICTUS RIMANE ANCORA OGGI LA PRINCIPALE CAUSA DI DISABILITÀ E LA TERZA CAUSA DI MORTE NEI PAESI OCCIDENTALI

150 mila nuovi casi ogni anno in Italia ed oltre 800 mila negli USA. Nonostante i miglioramenti nella terapia della fase acuta, la prevenzione appare avere sempre più un ruolo centrale. Vista la stretta relazione tra età avanzata, fibrillazione atriale (FA), ed insorgenza di ictus, vi è grande interesse per questa specifica popolazione di Pazienti. La FA è la più comune aritmia cardiaca. Il rischio life-time di FA al di sopra dei 40 anni è del 25% ed i Pazienti con FA hanno un rischio di ictus >5 volte alla popolazione normale. Il rischio di ictus ischemico attribuibile alla FA (detto cardio-embolico) passa da 1.5% tra i 50 ed i 59 anni al 23.5% tra 80 e 89 anni. Il rischio è indipendente dal fatto che la FA sia permanente o parossistica. L'ictus cardio-embolico ha il più elevato rischio di mortalità. Il 70% dei Pazienti con ictus cardio-embolico correlato ad FA muore o ha gravi ed invalidanti esiti neurologici. Per questa ragione si è andata affermando la terapia anticoagulante come pietra miliare nella prevenzione secondaria degli eventi cerebrovascolari in Pazienti con FA. Ancora non è chiaro il ruolo degli stessi farmaci nella prevenzione secondaria dell'ictus non di origine cardio-embolica. Il farmaco che ha dimostrato inizialmente la maggiore efficacia è stato il Warfarin, un antagonista della vitamina k. La dimostrazione definitiva dell'efficacia di tale farmaco è stato lo studio EAFT (European Atrial Fibrillation Trial) che ha mostrato una riduzione del rischio di stroke del 68% nei Pazienti trattati con Warfarin rispetto alla riduzione del 19% in quelli trattati con aspirina. I benefici di un trattamento con Warfarin vanno attentamente comparati con i rischi di eventi emorragici. Il dosaggio di tale farmaco va sempre attentamente monitorizzato in quanto l'effetto anticoagulante non è prevedibile, vi sono importanti interazioni con farmaci e cibi, ed incrementi dell'INR al di sopra del range terapeutico aumentano in modo esponenziale il rischio di sanguinamenti maggiori. L'incidenza di emorragie cerebrali associate all'uso di anticoagulanti è quintuplicata dopo l'introduzione del Warfarin nella prevenzione dell'ictus cardio-embolico. Attualmente il 20% delle emorragie cerebrali avviene a carico di Pazienti in terapia anticoagulante. Tra i Pazienti con FA in trattamento con Warfarin l'incidenza annuale di emorragia cerebrale, desunta dai trial clinici, è dello 0.3-1.0%. Fattori predittivi sono l'età

# I NUOVI FARMACI
## RICERCA FARMACOLOGICA - STATO DELL'ARTE

In questi ultimi anni la ricerca farmacologica e i risultati di trials clinici condotti su ampie casistiche hanno portato alla introduzione nella pratica clinica di una serie di farmaci anticoagulanti per uso orale (NOAC), sviluppati con la finalità di ovviare alle limitazione legate al Warfarin e, più in generale, ai farmaci anti-vitamina K (VKA). Al contrario dei VKA, i NOAC hanno la caratteristica comune di agire selettivamente su singoli fattori della coagulazione inibendone l'azione. In particolare, il Dabigatran agisce inibendo la

avanzata, pregressi stroke, ipertensione, sofferenza cronica del microcircolo (leuco-araiosi). Per questa ragione, e per la necessità dei frequenti dosaggi ematici, molti Pazienti che potrebbero trarre vantaggi da una terapia anticoagulante orale non vengono trattati. Si ipotizza che solo il 50% di coloro che ne necessitano riceva un adeguato trattamento, l'altro 50% riceve solo un trattamento antiaggregante. Vista l'efficacia della terapia con Warfarin ma i problemi connessi ad essa, vi è stato un estremo interesse a sviluppare farmaci alternativi. L'obiettivo primario di questi nuovi farmaci deve essere la non inferiorità rispetto al warfarin ed un migliore profilo di tollerabilità e sicurezza. In particolare devono avere una minore interazione con cibi e farmaci, un effetto anticoagulante più prevedibile, e quindi possono essere dati a dosi fisse non necessitando di frequenti controlli della coagulazione. Di questi nuovi anticoagulanti sono disponibili dati clinici su Dabigatran, Apixaban, Rivaroxaban, Edoxaban. I primi due (Dabigatran e Apixaban) hanno già ricevuto l'autorizzazione alla commercializzazione da parte degli enti regolatori europei ed italiani. In una recente meta-analisi su questi farmaci si è dimostrato che riducono significativamente la mortalità per eventi cardiovascolari, l'ictus e le embolie sistemiche. Inoltre si è vista una significativa tendenza alla riduzione dei sanguinamenti maggiori

ed in particolare delle emorragie intracraniche. Anche questi farmaci presentano alcuni problemi, in particolare la mancanza al momento di antidoti o altri farmaci in grado di bloccarne l'effetto quando necessario. Inoltre il costo assai elevato ne rende problematico l'utilizzo in un momento di crisi economica mondiale. La possibilità comunque di poter recuperare il 50% dei Pazienti che oggi non sono trattati e di ridurre mortalità ed esiti a lungo termine deve essere attentamente considerata quando viene valutato il rapporto costi-benefici di queste nuove terapie.

**L'incidenza di emorragie cerebrali associate all'uso di anticoagulanti è quintuplicata dopo l'introduzione del warfarin nella prevenzione dell'ictus cardio-embolico**

*Dott. Stefano Jann*
*SC Neurologia*
*Azienda Ospedaliera Niguarda*
*Cà Granda Milano*

trombina, mentre il Rivaroxaban, l'Apixaban e l'Edoxaban agiscono sul fattore XA, inibendo in questo modo, oltre che l'attività del FXA, anche la generazione della trombina stessa. I tre NOAC maggiormente studiati (Dabigatran Rivaroxaban ed Apixaban) sono inoltre caratterizzati da una breve latenza nell'inizio della loro azione (1-3 ore) e da una breve emi-vita. Studi di meta-analisi, pubblicati successivamente alla introduzione dei NOAC nella pratica clinica, hanno sostanzialmente dimostrato, nella patologia di maggiore impatto clinico e sociale, la fibrillazione atriale (FA), la superiorità del dabigatran e dell'Apixaban nella riduzione degli eventi cardio-embolici

e la non inferiorità del Rivaroxaban rispetto al Warfarin. L'incidenza delle complicanze emorragiche maggiori non era sostanzialmente diversa tra VKA e NOAC, mentre il dato che appariva più eclatante consisteva nella drammatica riduzione dell'incidenza dei sanguinamenti endocranici associati all'uso di tutti i e tre i NOAC rispetto al Warfarin. Studi con i NOAC in altri contesti clinici oltre alla FA, quali ad es., i Pazienti con protesi valvolari cardiache, sono in corso ed i risultati saranno disponibili nei prossimi mesi, così come a breve saranno pubblicati i risultati dei trials in corso con un nuovo farmaco anti-XA, l'Edoxaban. Altre molecole ad attività anti-XA e anti-trombina sono attualmente in corso di sperimentazione in studi di fase II e III.

*Dott. Vincenzo Toschi*
*Ospedale San Carlo Borromeo - Milano*

# DESTINO DEI CENTRI TAO

## PRESCRIZIONE/ACCESSIBILITÀ AI NUOVI FARMACI

LA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE (TAO) È UNA TERAPIA SALVA VITA: IN ITALIA CIRCA 800.000 - 1.000.000 PERSONE NE FRUISCONO. IN REGIONE LOMBARDIA LA STIMA È PER 200.000 CITTADINI

La somministrazione di farmaci anticoagulanti rappresenta il cardine di profilassi e terapia di un ampio spettro di patologie trombo-emboliche, tra le quali fibrillazione atriale, trombo-embolismo venoso, protesi valvolari e sindrome coronarica acuta. Storicamente, l'eparina (standard e a basso peso molecolare) congiuntamente agli antagonisti della vitamina K hanno rappresentato i farmaci anticoagulanti maggiormente utilizzati. Più recentemente, l'armamentario terapeutico si è avvalso dell'introduzione di nuovi farmaci anticoagulanti orali (NAO), che pur mantenendo le ottime caratteristiche terapeutiche dei precursori, hanno il vantaggio di non richiedere un monitoraggio stringente al fine di evitare sovra o sotto-dosaggio. Come già evidenziato dai relatori precedenti questi nuovi farmaci si caratterizzano per la ottima bio-disponibilità dopo somministrazione orale e per il rapido inizio e l'altrettanto rapida scomparsa dell'effetto, da cui il vantaggio di una risposta farmaco-cinetica e farmaco-dinamica prevedibile, inoltre non necessita di monitoraggio di laboratorio. Anche se gli studi in corso daranno prove di efficacia e sicurezza per questi nuovi farmaci resteranno comunque poi da valutare importanti aspetti clinici, gestionali e farmaco-economici: Nei Pazienti in terapia con NAO, il monitoraggio di laboratorio non è generalmente necessario, ma vanno gestite con grande attenzione alcune situazioni

- la necessità di un adeguato monitoraggio clinico a fronte della mancanza di un controllo di laboratorio, quindi il rischio di uso inappropriato per la semplificazione eccessiva della terapia;
- la tossicità e gli effetti indesiderati a lungo termine, soprattutto in alcune categorie di Pazienti più a rischio;
- la disponibilità di test di laboratorio che in caso di necessità possano valutarne l'intensità di azione (in caso di ingestione incongrua, di ingestione inappropriata ad esempio in Pazienti con insufficienza renale grave, di evento trombo-embolico in corso di terapia o di necessità di intervento chirurgico urgente); la disponibilità di adeguate misure di intervento in caso di complicanze emorragiche gravi in corso di terapia.

**Questi nuovi farmaci si caratterizzano per la ottima bio-disponibilità dopo somministrazione orale e per il rapido inizio e l'altrettanto rapida scomparsa dell'effetto**

Ci troviamo quindi con un quesito: quali sono i professionisti e le strutture adeguate a gestire questi aspetti e soprattutto a gestire il paziente in terapia anticoagulante? In termini di programmazione Regione Lombardia si è dotata di alcuni strumenti con un diverso respiro - a lungo, medio e breve termine - quali il PRS, il PSSR e le annuali DGR delle Regole. La programmazione sanitaria e socio sanitaria prende spunto e ovviamente conferma quanto previsto dal PRS della IX legislatura, approvato dal Consiglio regionale con deliberazione n. IX/0056 del 28 settembre 2010, e in particolare quanto disciplinato nell'area sociale: "Far crescere il benessere sociale e promuovere la salute: sanità d'avanguardia per garantire la salute: dalla cura al prendersi cura". In questo contesto rientrano le reti di patologia istituite al fine di consentire ai professionisti della sanità sinergie e condivisione collegiale dei protocolli di procedura sulla base

delle best practice. Costituiscono il modello di integrazione dell'offerta in grado di coniugare esigenze di specializzazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie, diffusione sul territorio di centri di eccellenza e di tecnologie ad elevato standard, sostenibilità economica, fabbisogni della collettività e dei professionisti che operano in ambito sanitario e socio sanitario. L'organizzazione in rete delle strutture e dei servizi costituisce un passaggio qualificante che garantisce omogeneità territoriale per le attività di diagnosi e di cura. La Rete favorisce la diffusione di conoscenze tra i professionisti, permettendo loro di indirizzarsi verso le opzioni terapeutiche più appropriate e consente al paziente di accedere a percorsi di cura e assistenziali standardizzati e di elevata qualità. La risposta al quesito è la rete dei professionisti. Una Rete costituita dai MMG e dagli Specialisti dei Centri TAO all'interno della quale il paziente si muove in relazione al suo stato clinico e relativa complessità degli interventi diagnostico terapeutici. I colleghi del territorio e dei Centri ci hanno ben rappresentato esperienze, attività e problematiche. I Centri di sorveglianza del paziente in terapia TAO sono una grande risorsa del Servizio Sanitario Nazionale. Attualmente in Italia i Centri di sorveglianza sono 240 e seguono circa 150.000 Pazienti, appena il 15-20 % dei Pazienti in terapia anticoagulante. Sono strutture che

## I Pazienti devono poter accedere ai percorsi di diagnosi e cura più idonei e appropriati per il loro bisogno

nella Rete possono rappresentare la risposta più funzionale e specialistica rispetto al paziente in inquadramento o complesso. I Centri TAO peraltro operano già per la gran parte in una rete altamente specialistica quale FCSA (Federazione dei Centri per la diagnosi della trombosi e la Sorveglianza delle terapie Anti-trombotiche) che ben contribuisce con le sue attività alla necessità di riferimenti altamente qualificati per tutti professionisti che trattano i nostri cittadini e Pazienti

### ATTIVITÀ FCSA

- Attività Educativa. Corsi di formazione per medici, biologi, tecnici ed infermieri;
- Attività Editoriale. Pubblicazioni rivolte al personale sanitario e ai Pazienti ;
- Attività Scientifiche. Ricerche cliniche e di laboratorio Standardizzazione e controllo (clinico e di laboratorio) delle terapie antitrombotiche;
- Coordinare e supportare i Centri per la trombosi già esistenti, armonizzandone la crescita culturale;
- Favorire la nascita di nuovi Centri con l'obiettivo di portare un Centro in ogni ospedale;
- Realizzare Guide e Raccomandazioni in proprio o in collaborazione con altre Società Scientifiche affini;
- Collaborare con il Ministero della Salute sui temi specifici della trombosi;
- Contribuire all'aggiornamento continuo del personale dei Centri;
- Favorire la Standardizzazione della diagnostica di laboratorio;
- Promuovere ed eseguire studi clinici e di laboratorio che possano coinvolgere più Centri.

Ma lasciatemi ora parlare dei Pazienti. I nostri Pazienti. Hanno diritti: diritto tra gli altri alla libera scelta, alla informazione, all'accesso, alla innovazione, al trattamento personalizzato, alla sicurezza, e al rispetto di standard di qualità. I Pazienti devono poter accedere ai percorsi di diagnosi e cura più idonei e appropriati per il loro bisogno. Percorsi che insieme – programmatori e professionisti – dobbiamo definire per rispondere ai bisogni del paziente. Prescrizione ed accessibilità sono all'interno di questo contesto che Regione Lombardia ha sempre favorito e favorirà la promozione di questi diritti e sosterrà soprattutto le Associazioni e relative Federazioni – "i promotori del Convegno odierno" – essenziali nel loro ruolo per

- aiutare i Pazienti ad affrontare la loro condizione di patologia cronica con un'adeguata e specifica assistenza medica e psicologica;
- proporre iniziative che abbiano una funzione educativa permanente, allo scopo di consentire una migliore diffusione delle informazioni sulla terapia anticoagulante ai Pazienti ed ai loro familiari;
- rappresentare i Pazienti ed i loro diritti, portando a conoscenza delle Autorità governative e delle Istituzioni sanitarie le problematiche mediche e sociali dei Pazienti Anti-coagulati. Un grazie per il lavoro che fate. Un grazie anche al Comune di Milano che ci ospita in questa prestigiosa sede.

***Dott. Mario Melazzini***
*Assessore Sanità - Regione Lombardia*

# LO SPORT E LA FRAGILITÀ

## RUOLO SOCIALE E SENSIBILIZZAZIONE DEI GIOVANI

L'ATTIVITÀ SPORTIVA INTESA COME UN GENERATORE DI BENESSERE PSICOFISICO, CHE GIOCA UN RUOLO IMPORTANTE NELL'AIUTARE A COMBATTERE LA FRAGILITÀ E A MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA

Voglio innanzitutto ringraziare, a nome di Regione Lombardia e mio personale, per l'invito a questo convegno, che mi dà modo di focalizzare l'attenzione su uno degli aspetti meno evidenti ma più interessanti legati alla pratica dello sport, ovvero, l'attività sportiva intesa come un generatore di benessere psicofisico, che gioca un ruolo importante nell'aiutare a combattere la fragilità e a migliorare la qualità della vita.
Credo, inoltre, che i passi più significativi di questo convegno si dovrebbero divulgare affinché un gran numero di persone comprendano l'importanza degli anticoagulanti orali, quali ad esempio il Sintrom e il Coumadin, come efficaci strumenti per combattere emorragie e trombosi, in grado di salvare la vita e di permettere a chi è stato vittima di ictus, di tornare a condurre un'esistenza normale. E sarebbe auspicabile che ad essere raggiunti fossero molti di coloro che vivono di sport, atleti e rappresentanti di un mondo in cui non sono pochi gli sciagurati che assumono in modo scriteriato questi farmaci per supportare o mascherare il ricorso a sostanze proibite come l'EPO. L'importanza dello sport è fondamentale per il già citato ruolo nella formazione dei ragazzi e nel combattere patologie quali l'obesità, il diabete e l'anoressia. L'elenco dei benefici del movimento, soprattutto durante l'adolescenza, è lungo: uno studio su oltre 2300 tredicenni ha dimostrato che praticare sport migliora benessere psicologico e qualità della vita dei ragazzini; ha inoltre mostrato che bastano tre settimane di esercizio fisico regolare (30 minuti di corsa al mattino, tre volte a settimana) per migliorare la qualità del sonno e la performance scolastica dei diciottenni; dati statunitensi documentano inoltre che l'attività sportiva regolare riduce l'aggressività degli adolescenti.
L'esercizio costante migliora l'attività neuromuscolare e la capacità aerobica, il senso di benessere e la capacità di affrontare gli stress. La consapevolezza delle proprie capacità, non soltanto fisiche, si traduce in ulteriori vantaggi psicologici. E non vanno sottovalutate le conseguenze sociali: il ragazzino che non fa sport, quando viene coinvolto in un'attività fisica di gruppo, si trova spesso in difficoltà, con il rischio di essere emarginato e quindi di isolarsi. Ciò innesca un circolo vizioso (solitudine, sedentarietà, aumento di peso) da cui può diventare difficile uscire.
Purtroppo, però, la scuola è uno degli anelli deboli della catena. Basti pensare che ai nostri ragazzi sono dedicate solo due ore di educazione fisica alla settimana, seguendo ancora la normativa introdotta dal ministro De Sanctis nel 1878… Cito solo un dato: anche in Bulgaria, le ore dedicate all'educazione motoria sono più del doppio! Da parte sua, il CONI ha portato avanti i progetti "Gioco Sport" e "Alfabetizzazione Motoria", dedicati ai ragazzi delle scuole Elementari, ma è troppo poco rispetto alle e spetta invece al Ministero della Pubblica Istruzione fare una legge seria.
L'intervento specifico di regione Lombardia si è invece orientato prevalentemente su due temi di straordinaria importanza. Il controllo preventivo della salute dei giovani atleti e la fruibilità, per i cittadini, degli impianti esistenti
Nel primo caso, grazie a un'azione congiunta con l'assessorato alla Sanità, sono stati reperiti i fondi necessari ad assicurare la gratuità delle visite medico-sportive per gli under 18, un servizio importantissimo, perché rappresenta l'unico check che, dopo la scomparsa della visita di leva, esiste in Italia.
Si tratta di un momento determinante non solo per indagare se esistono alcune patologie, ma anche per poterle affrontare per tempo evitando di lasciar maturare situazioni che, nel futuro, possano avere effetti accrescitivi sulla spesa sanitaria.
Nel secondo caso, alla base dell'intervento della Regione ci sono i dati scaturiti dal censimento degli impianti sportivi sul territorio lombardo, i quali dicono che, su 6000 complessi scolastici, 5.000

**L'esercizio costante migliora l'attività neuromuscolare e la capacità aerobica, il senso di benessere e la capacità di affrontare gli stress**

hanno la palestra e il 40% di queste chiude prima delle 17.30. Se si posticipasse la chiusura alle 23:30, si potrebbero garantire oltre 10.000 ore giornaliere in più di accessibilità. In questo modo, le 16.000 società lombarde, ma soprattutto le 12.000 che hanno problemi di strutture, potrebbero beneficiare di palestre per 4 ore in più la settimana.
Il progetto 'Palestre Aperte in Lombardià, sviluppato grazie a un'intesa tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale, supportati da ANCI Lombardia e UPL, è nato proprio con lo scopo di far sì che questo patrimonio impiantistico poco utilizzabile sia sottoposto a interventi di riqualificazione, messo a norma e reso autonomo e disponibile. Concludo dunque con l'auspicio che lo Sport riesca sempre più a permeare la nostra società e che lo faccia come stile di vita, capace non solo di trasmettere quei valori indispensabili per affrontare le sfide di ogni giorno con una marcia in più, ma anche di accrescere il benessere psicofisico di ciascuno e concorrere concretamente al ridimensionamento della spesa sanitaria.

***Dott. Filippo Grassia***
*Assessore allo Sport*
*Regione Lombardia*

# IL CITTADINO
## TRA FRAGILITÀ E DISABILITÀ

Ringrazio il Prof. Vercelloni per l'invito e per la qualità del convegno da lui organizzato, confermata dalla autorevolezza dei contributi e dalla numerosità dei partecipanti. Il Comune di Milano, pur non avendo dirette competenze in campo sanitario, è molto attento alle tematiche sanitarie e sociali che riguardano i propri cittadini, come sottolineato dall'Assessore Majorino, che ha richiamato il documento di sviluppo del Welfare recentemente discusso e approvato. Un documento che mette al Centro la persona, e che chiama i servizi ad adeguarsi ai bisogni dei cittadini e alle loro domande di salute. Conosciamo le difficoltà che riguardano, in particolare, la popolazione dei Pazienti in terapia anticoagulante orale (non meno di 30000 cittadini a livello del Comune di Milano): sia per le difficoltà di convivere con tale terapia, sia per la necessità di un monitoraggio continuo, quasi estenuante, presso i centri che se ne occupano. Sappiamo anche (lo posso dire per esperienza professionale, essendomi occupato di Ematologia per una parte del mio curriculum professionale) che molti miglioramenti sono intervenuti nella organizzazione del monitoraggio e dei controlli: tuttavia siamo sensibili alle richieste che vengono dai malati, indirizzate sia ad ulteriori miglioramenti, sia alla introduzione di farmaci che non necessitino di controlli altrettanto defatiganti. Questo secondo aspetto chiama in causa le responsabilità della Regione Lombardia che, anche in ragione dei costi di questi nuovi farmaci, dovrà attrezzarsi per sperimentarne l'efficacia su categorie selezionate di Pazienti, allargandone poi progressivamente l'uso sulla base di una corretta valutazione del rapporto costo/benefici. Quanto al primo problema, di maggiore attinenza con il Comune, ricordo che a Milano è stata recentemente introdotta una "Carta dei diritti del cittadino malato" che, tra gli altri punti, indica come diritto quello del rispetto dei tempi. Da questo punto di vista crediamo che, anche guardando alla situazione attuale, alcuni miglioramenti siano possibili. Ad esempio implementando i servizi per la domiciliarità (prelievo a domicilio e invio a domicilio dell'esito e dell'assestamento terapeutico necessario). Crediamo sia una strada percorribile (risolvendo le questioni organizzative e di ordine medico-legale) innanzitutto a vantaggio dei Pazienti e delle categorie più fragili. L'augurio è di poter ripetere tra qualche tempo questa iniziativa, indicando problematiche e temi più specifici, per verificare l'evoluzione della situazione e proporre soluzioni concrete. Ringrazio per l'attenzione..

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

# INFORMAZIONI DA AIPA
## REGIONE LOMBARDIA

Siamo stati invitati a partecipare nella giornata del 26 Gennaio in Regione Lombardia ad un Convegno che trattava la Fibrillazione Atriale ed i NOA (nuovi farmaci anticoagulanti) intervenendo nel pomeriggio alla Tavola Rotonda che ha permesso ad Associazioni di Pazienti provenienti da diverse strutture di conoscersi e confrontarsi con le Autorità sulle proprie aspettative ed attività svolte. Analogamente il 2 Febbraio presso il Comune di Milano si è svolta una mattinata di incontro con i Medici ed i Rappresentanti delle Istituzioni, organizzata da un'altra Associazione di Pazienti anticoagulati "FEDERAL AELLE ONLUS", per approfondire eventuali cambiamenti con l'introduzione dei NOA nella gestione dei Pazienti nei centri TAO. In queste due giornate le conclusioni sono poi state condivise da tutti e sostanzialmente concordate con gli interventi dei Medici, Autorità e Associazioni dei Pazienti .

DATI: in Italia ci sono circa 1 milione i Pazienti anticoagulati, di questi circa il 20% è seguito presso i centri TAO che sono oltre 300; i Pazienti in sorveglianza in detti Centri hanno per il 50% la FA mentre l'altro 50% TVP (trombosi venose profonde), PVM (protesi valvolari meccaniche) od altra patologia. In Italia solo il 50% dei Pazienti in Fibrillazione Atriale è in Terapia Anticoagulante, l'altra metà per svariate ragioni risulta quindi essere a rischio di TIA (attacchi ischemici transitori) o ICTUS, soprattutto i Pazienti anziani. In Lombardia ci sono oltre 200mila Pazienti anticoagulati, i Pazienti con fibrillazione atriale 125mila; nella nostra Regione ci sono più di 60 Centri TAO FSCA (con 14 Sezioni AIPA); i Pazienti seguiti presso tali Centri sono meglio gestiti (ad es. in Range Terapeutico il 70% come evidenziato dal Prof.Mannucci)

# SALUTI E RINGRAZIAMENTI
## DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Gentile Prof. Vercelloni, la ringrazio davvero per l'invito all'evento in cui si può testimoniare un buon esempio di collaborazione tra cittadini e istituzioni. Mi scuso ma motivi di "salute" mi impediscono di essere presente con Voi oggi. Ci tenevo però a manifestare con queste poche righe, che lascio a Lei decidere se leggere nel corso del convegno, come l'esempio del Centro TAO del nostro Ospedale si dimostri positivo con dati oggettivi: il numero di Pazienti è aumentato del 400% nel giro di dieci anni ed oggi sono circa 1400 le persone seguite presso l'ambulatorio. Si è passati dalle 6600 visite effettuate nel 2009 alle oltre 8000 del 2012.
Credo che, oltre all'evoluzione dei percorsi diagnostici terapeutici, tale risultato sia da ascrivere anche alla consolidata collaborazione con l'associazione di volontariato AELLE Anticoagulati Lombardi.
La sua presenza preziosa, in questo senso, risulta fondamentale perché ci permette di accompagnare "passo a passo" le persone dal momento del loro ingresso in ospedale per la terapia fino alla loro uscita.
All'attenzione per il "percorso" si aggiunge l'estrema disponibilità dei Volontari e del nostro Personale Sanitario che spesso oltrepassa i confini del mero "servizio istituzionale" adoperandosi per comprendere le

verso altre competenze e medicina sul territorio che mostravano dei dati con il 44% dei Pazienti in TAO non in Range Terapeutico. L'introduzione prossima dei NOA, che riguarda solo i Pazienti con Fibrillazione Atriale (che in Italia sono per lo più anziani, con più patologie e numerosi farmaci in assunzione); dai vari relatori e studi mostravano che solo 1/3 di questi Pazienti con FA potrebbero poi essere quelli a cui somministrare i NOA e sospendergli la TAO. Si deduce da tutto questo che per solo il 15-20% dei Pazienti in TAO presso i Centri FCSA, i nuovi farmaci potranno essere disponibili per appropriatezza terapeutica a Pazienti in FA
In conclusione il Dott.Bersani (Funzionario della Reg.Lombardia) spiegava il ruolo di sorveglianza dei Centri FCSA, che dovranno svolgere in collaborazione con altri Med. Specialisti (Cardiologi, Internisti,Chirurghi,Neurologi) per l'introduzione dei NOA e la fondamentale integrazione con i Medici di Medicina Generale dove sul territorio per i Pazienti non sono facilmente accessibili laboratori analisi ed ospedali. Nel tempo sia i Centri TAO che i MMG dovranno

pianificare e verificare che i Pazienti assumano la Terapia, quanto i Med. Specialisti dovranno evidenziare quali essere le analisi di laboratorio scegliere per il monitoraggio dei Pazienti. È stato evidenziato dall'AIPA:
**1)** la funzione di assistenza ai Pazienti (es. prelievi domiciliari, che determinano un risparmio per l'ASL sull'assistenza domiciliare o trasporto non richiesto dai malati); così come l'impiego di fax-mail Terapia TAO per i Soci che effettuano il prelievo INR, fà risparmiare le ore di attesa ai Pazienti presso gli ambulatori;
**2)** la professionalità dei medici FCSA e della SISET, da un ventennio rappresentano un esempio e modello di assistenza, sorveglianza e ricerca scientifica a favore dei Pazienti trombofilici ed in TAO.

***Dott. Fabio Pricolo***
*Presidente AIPA Regione Lombardia A.I.P.A. (Associazione Italiana Pazienti Anticoagulati) FEDER-AIPA (federazione con 70 Sezioni in Italia, Presidente Granucci)*

esigenze del paziente e calibrare al meglio la terapia (ad esempio attraverso il colloquio effettuato il giorno del prelievo di controllo che consente tra l'altro di fornire informazioni importanti riguardo stili di vita e norme dietetiche da seguire quando si ricorre alla terapia anticoagulante).
La stretta e collaborativa vicinanza di attività ed intenti di Medici, Infermieri, Amministrativi e Volontari ci consente di dare un concreto esempio attuativo di servizio integrato dal concetto di sussidiarietà. Il Centro riesce a far fronte, alle diverse esigenze dei Pazienti, ottimizzando le risorse a disposizione e gravando il meno possibile sui bilanci dell'azienda.
Gli spazi dell'ambulatorio, ad esempio - funzionali e accoglienti - sono stati ampliati e rinnovati proprio grazie anche al contributo prezioso dell'Associazione "Anticoagulati Lombardi". Il supporto concreto nelle fasi

**Gli spazi dell'ambulatorio sono stati ampliati e rinnovati proprio grazie anche al contributo prezioso dell'Associazione "Anticoagulati Lombardi"**

di accoglienza ed indirizzo offerto dai Volontari, integra e completa quanto organizzato in Azienda, incrementandone il livello qualitativo al pari risorse economiche investite.
La forza ed il valore dell'associazionismo di volontariato, oltre che nell'indubbia occasione di crescita sul piano umano e relazionale che offre, risiede nel dare un concreto segnale di energia civile indirizzata a migliorare ed a definire una via praticabile verso un welfare solidaristico basato sul reciproco aiuto tra cittadini. Questa collaborazione è certamente un bell'esempio per tutti noi. Un cordiale saluto a tutti, istituzioni e cittadini, e buon proseguimento dei lavori.

***Dott. Michele Brait***
*Direttore amministrativo Azienda ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico*

# VOLONTARIATO
## CHE SIGNIFICA?

Il vocabolario della lingua italiana prevede tre tipi di terminologie:

- prestazione di un servizio come volontario nell'ambito civile o militare;
- prestazione di lavoro volontaria al fine di acquisire una pratica necessaria ad un'attività professionale;
- attività volontaria e gratuita che gruppi di cittadini riuniti in associazione, svolgono per la collettività.

Tralasciando le prime due definizioni, la terza è quella che si avvicina maggiormente alla mia personale opinione.
Cos'è per me un volontario? Un volontario è prima di tutto una persona che ha fatto una scelta legata profondamente al proprio modo di essere, una scelta consapevole e responsabile, scaturita da una fase di riflessione e supportata da un livello di maturità, che lo porta a intraprendere azioni e a mettersi a disposizione delle necessità altrui, Questa scelta deve ovviamente essere ponderata e consapevolmente legata alle proprie capacità psico-fisiche ed intellettuali.
Altri fattori che contraddistinguono un volontario sono: la volontà, l'abnegazione, la serietà, l'altruismo, la propria competenza e le idee, allo scopo di raggiungere con il proprio lavoro risultati personali e collettivi per il presente e per il futuro.
I miei primi passi nel mondo del volontariato sono nati e si sono consolidati grazie ad una persona a me molto cara, ovvero il Professor Massimo Vercelloni, che conosco da alcuni anni e che mi ha seguito come paziente in un momento particolarmente difficile della mia vita. Egli, con la sua competenza e la sua carica umana estremamente positiva, ha contribuito a rassicurarmi su molte delle mie paure, trasformando il nostro rapporto "medico / paziente" in un rapporto di amicizia e reciproca stima.
Dopo molti incontri nel suo studio e soprattutto

**Un volontario è prima di tutto una persona che ha fatto una scelta legata profondamente al proprio modo di essere, una scelta consapevole**

considerando la mia esperienza diretta al riguardo, dato che anch'io per un certo periodo di tempo ho assunto la terapia anticoagulante orale, ho deciso di diventare socio volontario di quell'Associazione che, per brevità, quasi tutti chiamano TAO.
Cosa significa questa scelta per la mia vita?
Sicuramente un bel po' di lavoro da svolgere, a discapito del mio tempo libero, ma soprattutto l'importanza di un'associazione di volontariato in un contesto sociale e medico di questo genere. La struttura, gli altri volontari, le responsabilità, la voglia di fare del bene a delle persone malate che spesso non hanno alcun punto di riferimento o di appoggio esterno, il sentirsi vicino a loro, capirne le problematiche individuali ed aiutarle a risolvere i loro problemi, hanno contribuito in parte a modificare il mio modo di vivere.
Molti si domanderanno: "Ma chi te lo fa fare? – Cosa ci guadagni? – Che scocciatura!"
"Nossignori! Niente di tutto questo!"
Alla fine tutti gli sforzi vengono ricompensati da qualcosa di impagabile, e cioè dall'orgoglio di aiutare il prossimo, dalla gioia di vedere concretizzati concetti che dalla teoria passano alla pratica, dalla consapevolezza di avere sempre una risposta positiva o negativa alle proprie proposte dopo approfondite discussioni, dall'amicizia ed dal rispetto fra i colleghi volontari, ma soprattutto dal sentirsi dire dopo tanto lavoro un "grazie" accompagnato da un sorriso.

*Dott. Maurizio Bajoni*
*Volontario TAO*

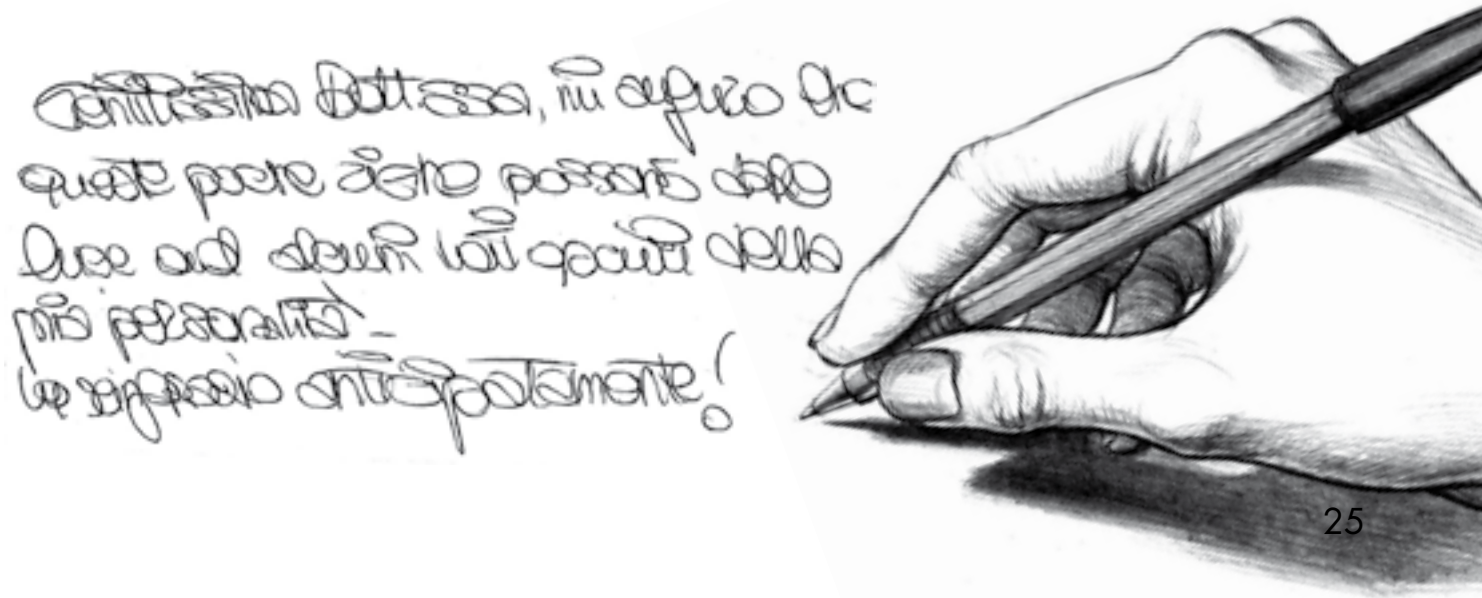
# VALUTAZIONE

## DEL SEGNO GRAFOLOGICO DELL'ADDOSSATA IN PAZIENTI CON FRAGILITÀ

L'ansia è un'emozione, come la paura e la gioia. Se si riesce a gestirla può essere uno stimolo che può aiutare la persona a superare gli ostacoli.
Come si evidenzia l'ansia in una grafia?
Il segno grafologico è l'ADDOSSATA: le lettere si addossano l'una all'altra come se cercassero un appoggio fisico.
È come se la persona cercasse un sostegno a cui aggrapparsi per andare avanti, perché da sola non ce la fa.
Chi evidenzia questo segno grafologico percepisce la realtà quasi come una minaccia e vive in uno stato ansioso che non le consente di affrontare con serenità non solo le situazioni più difficili ma anche quelle di ordinaria amministrazione, nei confronti delle quali si sente impotente.
È una persona che soffre di tristezze inspiegabili, di una malinconia di fondo, ma è anche soggetta a cali umorali, che condizionano il suo modo di vedere le cose e di giudicare gli altri.
Per questo finisce con l'avere difficoltà di relazione.
Se l'interlocutore reagisce con uguale freddezza, scatta immediatamente la suscettibilità ed il apporto si deteriora ulteriormente. Chi scrive con l'addossata non riesce a far emergere la sua intelligenza, che è come inibita da un forte stato di tensione.
Fa fatica ad affermarsi, anche in ambiti dove avrebbe la possibilità di farlo.
Se il segno è presente da molto tempo, addirittura dall'infanzia, significa che non ha ancora superato l'angoscia della separazione dalla figura materna, alla quale è legata da un rapporto possessivo.
Lo stesso vale per la persona amata nella quale cerca protezione (appunto, le lettere addossate) e che considera una cosa sua, di cui è molto gelosa.
A volte però questo segno scompare nel tempo o comunque diventa più discontinuo.
Vuol dire che sono mutate o stanno mutando le circostanze e gli eventi che hanno causato il disagio. Infatti, lo stato ansioso non è irreversibile, a patto che si agisca in maniera adeguata con l'affetto e l'appoggio da parte della famiglia che delle strutture ospedaliere alle quali alcuni Pazienti sono costretti a rivolgersi.
I Pazienti in terapia anticoagulante orale all'inizio presentano questo segno, ma con il tempo ritrovando le certezze perdute ritrovano una tranquillità che permette a noi grafologi di documentare la discontinuità del segno, ovvero, la serenità.

**È una persona che soffre di tristezze inspiegabili, di una malinconia di fondo, ma è anche soggetta a cali umorali, che condizionano il suo modo di vedere le cose e di giudicare gli altri**

*Dott.ssa Candida Livatino*
*www.livatinocandida.it*



# DOPING... NO GRAZIE!!!!

IL DOPING IN ITALIANO DOPAGGIO, È L'USO (O ABUSO) DI SOSTANZE O MEDICINALI CON LO SCOPO DI AUMENTARE ARTIFICIALMENTE IL RENDIMENTO FISICO E LE PRESTAZIONI DELL'ATLETA.

La legge n. 376 del 14 dicembre 2000 "Disciplina della tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il doping" non punisce solo l'atleta che fa uso di sostanze dopanti, come succedeva in passato, ma anche il medico che le prescrive o somministra e chi ne fa commercio.
Il concetto di sport comprende stili di vita sani, ricerca della forma fisica e del benessere, entusiasmo per la partecipazione, consapevolezza delle proprie capacità, rispetto per l'avversario ma, soprattutto rispetto per le regole.
La lista delle sostanze dopanti comprende: anabolizzanti, stimolanti, diuretici, beta-bloccanti, ormoni.
Tra gli ormoni il più quotato è **l'Eritropoietina EPO** (stimolante midollare per la produzione di globuli rossi) associata ai dicumarolici (farmaci anticoagulanti).
Questo pericoloso "mix" ha come effetto finale un maggiore ricircolo dei globuli rossi quindi una maggiore ossigenazione a livello tessutale ma nel contempo aumenta il rischio di emorragie soprattutto subaracnoidee.
Le sostanze dopanti anche se utilizzate per brevi periodi, possono compromettere il fisiologico funzionamento dell'organismo causando danni visibili solo dopo mesi o anni.
Quindi perchè farsi del male per "rubare" un risultato, ammesso che col doping ci si riesca, quando esistono dei NUOVI prodotti nel campo dell'integrazione alimentare che, in modo naturale e con una alta biodisponibilità , grazie alla tecnologia della sospensione in gel, possono migliorare la performance atletica?
Parlo dei prodotti "**AGEL**" che io definisco gli integratori del terzo millennio.
La **Agel Enterprise** nasce nel 2005 nello Utah, attualmente è presente in 55 paesi nel mondo ed ha aperto il mercato italiano nel 2010.
La tecnologia della sospensione in gel, ottenuta dall'unione della fibra di guar e xantan con acqua distillata, ha permesso di inserire micronutrienti diversi in forma pre-idratata in un'unica bustina..quindi un gel...in una bustina...strappi e assumi senza bisogno di acqua.
Questa tecnologia assicura una alta biodisponibilità e assorbimento dei nutrienti, che supera ampiamente le formulazioni in pillole, liquidi e polveri.
Chi pratica sport ha bisogno,oltre ad una alimentazione equilibrata, di integrare con vitamine e minerali MIN (non contiene vitamina K per cui può essere assunto anche da coloro che sono in terapia con dicumarolici), antiossidanti EXO e GSH, energizzanti VLT e OHM efficaci su due fronti: maggior concentrazione e aumentata resistenza.
Proteine PRO, derivate dal siero del latte e della soia unite a acidi grassi saturi ed estratto di tè verde per migliorare performance e prestazione fisica. In **Agel** troviamo tutti questi ingredienti in forma naturale e con le seguenti certificazioni che assicurano un'alta qualità e serietà del prodotto:
Halal - Kosher
NSF GMP e GMP per lo sport.

**"Il doping è il primo nemico delle regole agonistiche, anche se, costituendo un business gigantesco, purtroppo è una piaga difficile da estirpare" (Pietro Mennea)**

**Le bustine sono:**
- monodose;
- dolcificate con il fruttosio granulare di mais IG 32;
- a basso contenuto di grassi;
- a basso contenuto di calorie;
- prive di glutine (escluso Glo).

Oggi il mondo dello Sport ha un'alternativa in più per supportare naturalmente gli atleti avendo a cuore la loro salute e non solo i risultati.

*Dott.ssa Tiziana Repetto*
*Dirigente Medico SerD Ausl della VDA*
*Membro del Scientific Advisory Board Agel*
*Specialista Malattie Infettive*
*Agopuntore*

# IL CONDOMINIO
# L'ASSEMBLEA

LA RUBRICA "IL CONDOMINIO" INTRODOTTA NELLA SCORSA EDIZIONE SI ARRICCHISCE, QUEST'OGGI, DI UN ASPETTO DI FONDAMENTALE RILEVANZA NELLA VITA DELL'ENTE RELATIVO AGLI ASPETTI DECISIONALI: L'ASSEMBLEA

Le considerazioni che seguono si pongono il proposito di rispondere agli interrogativi degli Associati e prendono le mosse dalla riforma condominiale entrata in vigore lo scorso 18 giugno in attuazione della Legge 220/2012. In particolare meritano rilievo i seguenti aspetti:

a) convocazione l'Amministratore ha il compito di inviare la convocazione almeno cinque giorni antecedenti la data fissata per la prima adunanza, indicando contestualmente l'eventuale giorno della seconda riunione, la quale non può tenersi lo stesso giorno della prima ma deve avvenire entro dieci. Qualora la discussione dei punti previsti all'ordine del giorno si fosse esaurita è sempre possibile rinviare l'adunanza ad altra data, purché il giorno di rinvio sia previsto e indicato nella prima convocazione. Questa deve indicare, pertanto, il giorno, l'ora e il luogo della prima riunione, di quella della seconda e dell'eventuale rinvio. Ai fini della prova della ricezione, la convocazione deve essere spedita a mezzo raccomandata, pec (posta elettronica certificata), fax oppure a mani con firma per ricevuta (art. 66 disp. att. del c.c.). Va escluso ogni altro mezzo di invio, e si precisa che incombe sull'Amministratore l'onere di provare l'avvenuta consegna della convocazione o conoscenza dell'adunanza da parte del condomino;

b) delega il condomino può delegare qualsiasi persona, anche estranea al Condominio, purché il conferimento avvenga per iscritto. Non può in ogni caso essere delegato l'Amministratore dell'ente. Se i condomini sono più di venti il delegato non può rappresentare più di un quinto delle persone e più di un quinto del valore millesimale. Il delegato ha tutti i poteri stabiliti nella delega, salve le limitazioni ivi specificate;

c) Presidente e Segretario i nuovi articoli del codice civile non fanno più cenno al Presidente e al Segretario dell'Assemblea. Tuttavia la prassi condominiale vuole che entrambi vengano nominati in sede di riunione con funzioni di garante di validità dell'assemblea il primo e di redattore del verbale il secondo;

d) oggetto all'ordine del giorno si distingue tra Assemblee Ordinarie o Straordinarie a seconda del tema di cui trattano, o meglio, in relazione della rilevanza della decisione sia in termini di importanza economica, sia in ragione dell'uso del bene o servizio comune. Ne discende che saranno considerate decisioni del primo tipo quelle relative all'approvazione del bilancio consuntivo e di quello preventivo, alla nomina dell'Amministratore e all'uso dei beni e servizi condominiali che non comportino una modifica sostanziale degli stessi, mentre del secondo genere quelle che implicano un notevole esborso economico e che incidano profondamente sull'uso o sul servizio condominiale. Un approfondimento sui quorum costituivi e deliberativi su specifici temi condominiali (contenimento del consumo energetico e contabilizzazione del calore; cambio della caldaia; rifacimento impianto elettrico; rifacimento e coibentazione del tetto; istallazione di antenna; imbiancature delle parti comuni, installazione dell'ascensore; rifacimento del giardino o del parcheggio e altro), sarà oggetto di successiva pubblicazione, attesa la numerosa casistica e le copiose sentenze della Corte di Cassazione in merito;

e) verbale in esso vanno indicati i condomini presenti personalmente o per delega (quorum costitutivo), le decisioni assunte, il quorum raggiunto dalle varie deliberazioni (quorum deliberativo) con specificazione dei dissenzienti e astenuti, nonché vanno annotate le persone che subentrano ad assemblea iniziata e coloro che l'abbandonano prima della fine, ciò ai fini dei quorum prima specificati. Una copia del verbale deve essere spedita ai condomini con le medesime modalità di cui al punto relativo alla convocazione;

f) impugnazione le delibere assembleari possono essere: **a)** definite nulle: e sono impugnabili da qualsiasi condomino (anche se presente e favorevole) senza limiti di tempo quando le decisioni sono contrarie a norme imperative di legge, alle norme costituzionali e quando sono prese fuori dai poteri dell'Assemblea (esempio: mettere in opera un abuso edilizio o vietare l'acquisto di alcuni appartamenti a determinate persone); **b)** considerate annullabili: ad esempio le decisioni prese in assemblee illegittimamente convocate o con maggioranze non qualificate, oppure che riguardano temi non compresi nell'ordine del giorno. Nel caso delle delibere annullabili i termini di 30 giorni per l'impugnazione (da effettuarsi con atto di citazione o con ricorso), decorrono per i dissenzienti e per gli astenuti, dal giorno decisione (assemblea), mentre per gli assenti dalla ricezione del verbale.

La riforma in discussione ha, quindi, fatto propri alcuni indirizzi giurisprudenziali e attualizzato specifici aspetti della vita quotidiana (abolizione del divieto di tenere animali domestici), divenuta oramai diversa da quella prevista nella fattispecie astratta delle norme condominiali sino ad ora in vigore.
Ne discende che l'Assemblea, quale unico organo decisionale dell'ente di gestione, potrebbe rendere la gestione e la vita condominiale molto più semplice di quella passata.
In ogni caso sarà cura della Federal Onlus assorbire eventuali richieste di chiarimenti in tema di regole condominiali che potranno essere oggetto di futuri incontri e/o articoli.

*Avv. Salvatore Virgilio*
*Legale Federal*

# L'ODONTOIATRA E IL PAZIENTE IN TAO

L'aumento delle patologie in cui si rende necessario l'uso di una terapia anticoagulante comporta per l'odontoiatra approfondire le nozioni che consentano la gestione di un tale paziente, pur essendo purtroppo ancora abitudine consolidata di alcuni colleghi consigliare di rivolgersi a centri ospedalieri. È evidente quanto sia necessaria un'anamnesi approfondita e accurata (frequenti sono coloro che omettono di menzionare terapie antiaggreganti o anticoagulanti); un contatto coi medici curanti per avere conferme sulle terapie in atto, e un controllo diretto del valore I.N.R. per non incontrare complicanze durante gli interventi e nel post-operatorio. Partendo dal presupposto che ogni medico dovrebbe essere in grado di gestire e comprendere la terapia anticoagulante, la possibilità di un contatto col medico di base o con uno specialista non deve essere considerata uno sminuire la propria professionalità, ma un dovere nei confronti del paziente. La mia esperienza suggerisce che un valore di INR tra 2 e 2,5 garantisce la possibilità di un intervento odontoiatrico scevro da particolari problemi di sanguinamento. È ovvio che in ogni caso bisognerà prestare particolare attenzione all'emostasi; prassi comune l'utilizzo di emostatici riassorbibili (spugnette di fibrina) dopo le estrazioni, suture mucose particolarmente ravvicinate e crioterapia più prolungata. L'acido tranexamico (Ugurol) è consigliato esclusivamente per toccature locali in sede di emorragia. Il concomitante uso di antibiotici, nonché di antalgici non fans da preferire (es.paracetamolo), consiglia comunque un nuovo controllo a breve del valore di INR da portare al primo controllo odontoiatrico non in urgenza. Il messaggio che mi sento di trasmettere è che il paziente scoagulato possa fidarsi ciecamente del proprio odontoiatra e che possa sentirsi sempre più… un paziente come "tutti gli altri".

*Dott.ssa Fernanda Negretto*
*Medico chirurgo – Odontoiatra*
*Cesano Maderno M.B.*

FEDERAL
Federazione Anticoagulati Lombardi

**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
**Monte dei Paschi di Siena**
Codice IBAN: IT66G0103032460000001467915
**Cassa Rurale ed Artigiana**
Codice IBAN: IT28Z0838632650000000450529

**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
**Monte Paschi di Siena**
Codice IBAN: IT65D0103032460000001468008
**Cassa Rurale ed Artigiana**
Codice IBAN: IT51Y0838632650000000450528

**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 Emostasi
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

www.fratelligiacomel.it