



Bollettino

03/2019

**ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI PERUGIA**

Convocazione Assemblea
Ordinaria annuale degli Iscritti
DOMENICA
15 DICEMBRE 2019

indice

3

SUSSURRI E GRIDA

12

IL RISCHIO TROMBOEMBOLICO NEL PAZIENTE "MEDICO"

29

ECM: l'Ordine incontra i propri iscritti

34

LE VACCINAZIONI IN GRAVIDANZA

BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA

Sommario

- 3 SUSSURRI E GRIDA
- 6 BIOLOGIA CON CURVATURA BIOMEDICA
- 8 A PROPOSITO DI' UN NUTRIENTE POCO
CONOSCIUTO: LA VITAMINA K2
- 12 IL RISCHIO TROMBOEMBOLICO NEL PAZIENTE
"MEDICO"
- 19 CONVOCAZIONE ASSEMBLEA
- 23 LINEE GUIDA PER L'APPROPRIATA PRESCRIZIONE
DEGLI ESAMI IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA
- 29 ECM:
L'ORDINE INCONTRA I PROPRI ISCRITTI
- 32 GARANTIRE L'ASSISTENZA SANITARIA AGLI
IMMIGRATI
- 34 LE VACCINAZIONI
IN GRAVIDANZA

Spedizione in abbonamento postale. Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 154 del 27 marzo 1954. Periodico bimestrale inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Perugia e a tutti gli Ordini d'Italia

Norme redazionali

Si invitano i Colleghi a collaborare con la Redazione del Bollettino e ad inviare i propri articoli. Al fine di favorire e razionalizzare l'elaborazione degli articoli si prega di attenersi alle seguenti norme redazionali.

Gli articoli devono:

- riguardare argomenti d'interesse generale per la categoria;
 - avere un carattere innovativo, divulgativo ed essere redatti in modo sintetico.
 - essere inediti e firmati dagli Autori, con la loro qualifica.
- La Redazione del Bollettino si riserva di pubblicare anche parzialmente il materiale inviato, secondo gli indirizzi e le esigenze redazionali. Le opinioni espresse negli articoli possono non coincidere con quelle redazionali

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Dott. Graziano Conti

Vice Presidente

Dott.ssa Verena De Angelis

Tesoriere

Dott. Andrea Donati
(Consigliere Odontoiatra)

Segretario

Dott. Stefano Lentini

Consiglieri

Dott. Mario Berardi
Dott.ssa Patrizia Bodo

Dott. Marco Caporali

Dott.ssa Cristina Cenci

Dott. Alfredo Crescenzi

Dott. Stefano Cusco

Prof. Cesare Fiore (+)

Dott.ssa Alessandra Fucà

Dott. Gian Marco Mattioli

Dott. Antonio Montanari

(Consigliere Odontoiatra)

Dott. Primo Pensi

Dott. Tiziano Scarponi

Dott. Massimo Sorbo

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Componenti

Dott. Leonardo Cancelloni

Dott. Andrea Donati

Dott. Lorenzo Olivieri

Dott. Ezio Politi

Presidente

Dott. Antonio Montanari

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Membri effettivi

Dott. Giovanni Battista Genovesi

Dott.ssa Elisa Paccamiccio

Membro supplente

Dott.ssa Claudia Giannoni

Presidente

Dott. Francesco Giorgetti

BOLLETTINO

Direttore responsabile

Dott. Tiziano Scarponi

Resp. Editoriale

Prof. Fortunato Berardi

Comitato di redazione

Dott.ssa Silvia Carsetti

Dott.ssa Cristina Cenci

Dott. Igino Fusco Moffa

Dott. Alfredo Notargiacomo

Dott. Lorenzo Olivieri

Dott.ssa Elisa Paccamiccio

Dott. Giuseppe Quintaliani

Prof. Fausto Santeusano

Dott. Massimo Sorbo

Segretaria di redazione

Sig.ra Rita Micheletti

Impaginazione e stampa

Grafiche Diemme - Bastia U.

Tel. 0755000214 Fax. 0755153012

E-mail presidente@ordinemediciperugia.it

segretario@ordinemediciperugia.it

uffici@ordinemediciperugia.it

commissioneodo@ordinemediciperugia.it

previdenza@ordinemediciperugia.it

Sito Internet www.ordinemediciperugia.it

SUSSURRI E GRIDA

DOTT. TIZIANO SCARPONI



Questo editoriale è stato scritto sotto il sole rovente dell'estate 2019 dopo aver rivisto il film di Ingmar Bergman: "Sussurri e grida" e dopo aver letto l'articolo: "Misericordia e nobiltà della medicina generale" scritto dal collega

Francesco Benincasa e pubblicato il 5 agosto u.s. nella rivista Accademia Italiana delle Cure Primarie, cui rimando la visione originale completa

<http://www.accademiaitalianacureprimarie.it/2019/08/05/misericordia-e-nobiltà-della-medicina-generale/>

Tale articolo, a mio giudizio, rappresenta un'ottima riflessione e spero che venga letto soprattutto dai medici generali giovani, perché definisce una vera cornice ontologica della medicina di famiglia oggi.

È un momento di cambio generazionale. Fra qui e quattro o cinque anni quasi il 70% dei Medici Generali attuali sarà andato in quiescenza e sarà sostituito da colleghi giovani e freschi, ma tale cambio sarà del tutto indolore? L'eredità che stiamo per lasciare sarà recepita o nella normale dialettica di contestazione fra vecchi e giovani potrebbe essere stravolta e riorientata in modo tale che la stessa dizione "medicina di famiglia" non potrà essere più usata come per molti già lo è....famiglia concetto superato e bollito.

Alcuni segnali mi preoccupano. In un comune dell'Umbria al pensionamento di due MG è subentrata una collega che dopo circa un mese ha rassegnato le dimissioni per l'eccessivo carico di lavoro e non c'era subito nessun medico che fosse disposto a trasferirsi lì come primo ambulatorio. In tutta Italia per i piccoli comuni montani non si reperiscono medici. Trovare un sostituto per le ferie o la malattia spesso è un problema. Gli informatori del farmaco in modo quasi unanime mi confessano che con il nostro pensionamento andrà in pensione anche la Medicina Generale, almeno per come la conosciamo ora. Sono molto frequenti, nel gruppo FaceBook Medici Generali dell'Umbria che amministro, i commenti di colleghi giovani che si lamentano e che desidererebbero fare i Medici Generali dipendenti e non più in convenzione.

Come interpretare tali segnali? Una collega, mia quasi coetanea, alcuni giorni orsono mi ha detto: "I nuovi medici arrivano con lo zaino. Sono presi dal computer, dalla segretaria, chiedono se c'è lo spirometro e l'elettrocardiografo... noi non eravamo così!".

E' ovvio e sacrosanto che siano diversi da noi che siamo partiti solo con lo sfigno e lo stetoscopio,

che non abbiamo avuto il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, che ci siamo dovuti disegnare il nostro ruolo e la nostra specificità con un percorso a ritroso basato sull'esperienza e sulle "battute di muso", credo però che sia opportuno fissare alcuni concetti derivanti dalla lettura dell'articolo sopracitato. Può servire da testamento morale.

"La pratica clinica rischia di rimanere subordinata alle ragioni della cultura aziendalistica.

Ci si trova schiacciati tra l'esigenza di ridurre le spese e incrementare la burocrazia, i bisogni della gente, la concorrenza della medicina commerciale-estetica, di fronte alle quali si resta come una Cenerentola senza scarpetta, con un ruolo sociale eroso dalle numerose sottoculture del senso comune. Descritto in questo modo il generalista sembra un naufrago su di un'isola deserta; sotto molti aspetti l'immagine non è lontana dalla realtà. Il senso di solitudine e di abbandono che a volte accompagna quest'attività può essere vinto attraverso lo studio, la ricerca e un'alleanza terapeutica onesta e aperta con il paziente".

E' proprio vero! Oramai viviamo fra l'incudine e il martello: i pazienti sempre più pretenziosi abbaiani dalle luci della ribalta di una medicina sempre più spettacolo, sempre pronta a spacciare scorciatoie chimiche che dovrebbero risolvere qualsiasi problema: dalla timidezza o la voglia di fare l'amore, dal far dimagrire o dall'essere intelligenti e brillanti. Un Servizio Sanitario sempre più sotto finanziato, che contrabbanda il risparmio per appropriatezza ed una Medicina sempre più impostata su percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali che poco spazio danno alla concertazione e alla relazione medico paziente.

Quando alla fine degli anni '70 iniziai il mio lavoro, si respirava un'aria diversa. Tutti avevano chiaro quali fossero i limiti e le possibilità della medicina e spesso gli obiettivi, le cure e i rimedi per le malattie venivano fissati di volta in volta dalla relazione medico-paziente dentro la cornice della propria storia, del proprio contesto, di quelle che erano le aspettative del malato e della sua famiglia e non esisteva la rincorsa del risultato ad ogni costo. *"Ci sono giorni in cui sembra di sbagliare qualunque decisione si prenda e in cui ci si sente incapaci e ignoranti. La sicurezza in Medicina Generale è sempre illusoria e momentanea; non è facile imparare a convivere professionalmente con la dimensione dell'incertezza. Nel quotidiano si deve contenere l'ansia connessa al dubbio; un'ansia che proviene dalla responsabilità del ruolo, da deleghe a volte poco chiare, dai confini sociali, dai vincoli e dai rischi legati alla presa di decisione".* Altra grande verità! Il dover imparare a gestire da soli le proprie incertezze! A differenza dell'ospedale dove sei quasi sempre comunque con qualcuno con cui condividere il peso delle proprie decisioni: un collega parigrado o più anziano ed esperto o un infermiere. Io dico sempre che quando sali le scale delle case dei tuoi pazienti e ti si apre la porta della camera con il paziente sdraiato sopra il letto sei solo tu, con la tua borsa, le tue mani e la tua testa e in pochi minuti ti si impongono delle scelte da cui può derivare la vita o la morte di un altro essere umano. L'era dell'informazione alla portata di tutti, informazione rapida quasi ossessiva. Informazione spesso recepita in modo

acritico che crea nell'ignorante presunzione, aspettative di risoluzioni veloci di qualsiasi problema. Presunzione, aspettativa, aggressività se l'aspettativa non viene soddisfatta! Come poter rispondere a questi aspetti?" *Per mantenere salda l'alleanza e la collaborazione con il paziente si devono sfruttare consapevolmente le capacità terapeutiche dell'atto medico, della prescrizione, del gesto, del rito. E' necessario trovare un giusto equilibrio tra parità, paternalismo, collaborazione, condivisione e professionalità. L'attenzione e l'ascolto devono essere massimi e autentici dal primo momento... Tuttavia, ascolto e clinica, tipici strumenti della medicina generale, sono in crisi. Ci sono situazioni in cui a tutti passa per la mente che la visita è diventata un inutile e faticoso orpello. La tendenza a non visitare va di pari passo con la tendenza ad ammutolire il paziente. Come se il messaggio (a volte esplicito) fosse: "Taci e lasciami lavorare. Posso fare a meno dei tuoi sintomi e della tua voce. La tua opinione è irrilevante, le tue impressioni superate dai fatti fornitimi dalla tecnologia". La tentazione di restare seduti e prescrivere esami è forte, così come è forte la voglia di valutare la situazione leggendo i referti o guardando le meraviglie della diagnostica per immagini sullo schermo del computer invece di aver visitato la persona. Alzarsi dalla sedia e invitare l'assistito a stendersi sul lettino viene quasi considerata una superflua attività, superata dalla potenza degli strumenti. Eppure, la semeiotica resta fondamento della medicina. Anche quando si ha la netta impressione che la tecnologia potrebbe fare di più e che le manovre semeiologiche o i segni clinici rappresentano una perdita di tempo, è necessario esaminare il paziente."*

L'esplosione dell'informatica, della tecnologia tende molto spesso a rinunciare a visitare e a toccare il paziente. Grande errore! Dovremmo conoscere tutti l'importanza della visita e della semeiologia fisica che trascende la semplice funzione diagnostica, ma che assume anche un significato rituale, quasi ancestrale rimandando ad una "valenza sciamanica" che racchiude in sé una funzione di com-partecipazione, di com-passione, del prendersi cura comunque, anche se non si può guarire.

L'ascolto silenzioso che deve accompagnare la storia e la narrazione che ci fa il paziente già da solo è terapeutico, il poter conoscere il suo mondo, quello che sa del suo problema o della sua malattia costituisce una risorsa irrinunciabile e è bene che chi comincia questo lavoro, si metta bene in testa che percorrerà tante strade quante saranno gli assistiti che avrà in cura.

Saranno strade talora in salita, altre volte in discesa e tortuose. Con poche certezze e il senso di precarietà che costituirà il *live motive* delle nostre giornate. Certo! Diventare dipendenti potrebbe per certi aspetti togliere il senso della precarietà della nostra vita: avere diritto a ferie pagate, a poter star male con "tranquillità", a partire da subito con una retribuzione dignitosa senza dover aspettare di vedere crescere giorno dopo giorno un numero di "mutuati" che ti permetta di sopravvivere e tanti altri vantaggi accessori che il medico dipendente ha e neanche immagina... ma non saremmo più il medico di Mario Rossi o di Patrizia Bianchi. Saremmo i medici di quel distretto o di quella struttura con una visione professionale completamente diversa.

Sta a noi scegliere di lavorare come Karin e Maria o come Anna al capezzale di Agnese...ma che dico? Al capezzale della Medicina Generale.

BIOLOGIA CON CURVATURA BIOMEDICA: TERMINATA LA SPERIMENTAZIONE INIZIERÀ UN NUOVO PERCORSO. EVOLUZIONE E SVILUPPI DEL PROGETTO SPERIMENTALE FNOMCEO-MIUR

DOTT.SSA CRISTINA CENCI

L'8 novembre gli "esperti" medici scendono in campo al Giordano Bruno di Perugia per l'inizio del nuovo anno scolastico che vede attivate per la prima volta, tutte e tre le classi dell'ultimo triennio del Liceo Scientifico Opzione Scienze Applicate.

Dodici i moduli di insegnamento che da novembre a maggio vedranno impegnati i colleghi che avevano dato la loro iniziale adesione al "percorso di biologia con curvatura biomedica" e quelli che si sono aggiunti in corso d'opera, compresa la sottoscritta, per garantire il regolare svolgimento delle lezioni, sempre più numerose (4 i moduli di insegnamento per ciascun anno scolastico). In qualità di medico responsabile di questo progetto, promosso nel 2017 dalla FNOMCeO e dal MIUR, sarò in grado di redigere un bilancio oggettivo dello stesso, solo alla fine di quest'anno scolastico, che concluderà il triennio sperimentale.

Mi premeva però, proprio a metà percorso, condividere con voi alcune riflessioni, per cercare di cogliere al meglio, tutte le opportunità che il progetto in questione già offre e potrebbe offrire in futuro, al nostro Ordine e quindi a tutti noi, medici ed odontoiatri. L'interesse per il progetto, da parte dei licei scientifici e classici di tutta Italia, è molto elevato: 20 le scuole che sono partite nell'anno scolastico 2017-2018; 134 quelle che si apprestano ad iniziare l'anno scolastico in corso, per un totale di 12000 studenti coinvolti, come possiamo leggere nelle pagine del Sole 24 ore Sanità nell'edizione del 2 ottobre 2019.

L'Umbria è in linea con l'andamento delle altre regioni italiane, ma per motivi organizzativi, abbiamo dovuto rifiutare l'adesione al progetto di ben 4 scuole, nonostante tale possibilità fosse prevista dalla FNOMCeO e dal MIUR, successivamente all'avvio della sperimentazione stessa.

Infatti non ce la siamo sentita, con le poche forze in campo, di coordinare in contemporanea, le attività di docenza, teorica e pratica, in 5 scuole diverse e sparse in tutta la Provincia.

L'attività di docenza degli esperti medici, lo ricordiamo, è offerta a titolo gratuito, l'impegno orario per ciascun modulo di insegnamento è di 5 ore, alle quali si aggiungono 10 ore di formazione pratica per ciascuna classe, gestite in collaborazione con



il servizio di formazione della ASL Umbria 1 e dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Per i medici dipendenti che aderiscono al progetto, c'è la possibilità di utilizzare, per la docenza, le ore di formazione e studio contrattualmente previste all'interno delle 38 ore di lavoro settimanale, senza che ciò comporti debito orario. Infatti sono riconosciute come crediti ECM, le ore di docenza tenute ai ragazzi, fino ad un massimo di 15 crediti (tre moduli di insegnamento). Ed ecco la novità che a livello centrale la FNOMCeO sta paventando: stante gli importanti risultati e le grandi aspettative per la sperimentazione in questione, è in atto uno studio, curato dalla Cabina di regia nazionale e supportato da rappresentanti dei Ministeri dell'Istruzione e della Sanità, finalizzato ad un possibile riconoscimento del "percorso di biologia con curvatura biomedica", quale titolo preferenziale per l'accesso alle facoltà scientifiche a numero chiuso in ambito medico-sanitario. Arrivo quindi alle mie conclusioni, ovvero a considerazioni che faccio ad alta voce e che riguardano la nostra professione e la nostra professionalità.

La medicina non è solo scienza ma è anche un'arte, una professione intellettuale che va anche raccontata, attraverso il vissuto di ciascuno di noi, affinché il meglio ma anche il peggio della nostra esperienza lavorativa e professionale, arrivi alle generazioni di futuri medici.

Quale migliore occasione di farlo a partire dagli ultimi anni del liceo, per provare a formare dal punto di vista culturale, professionale, deontologico ed etico, quella generazione di cittadini che potrebbero diventare gli operatori sanitari del prossimo futuro. Non solo medici se, finita la sperimentazione, partirà il nuovo percorso, ma anche le restanti figure professionali in ambito sanitario, per le cui facoltà è previsto accesso a numero chiuso.

Quale migliore occasione per utilizzare le ore che la contrattazione nazionale mette a disposizione del dirigente medico, come ore di aggiornamento e studio, proprio per essere noi stessi formatori dei medici del futuro, senza delegare ad altri questo compito e senza rinunciare, per carenze di organico di cui non siamo responsabili, ad acquisire i crediti formativi previsti dalla normativa vigente, pena azioni di rivalsa assicurative nei nostri confronti, come si sta ventilando in questi giorni. Sarebbe un bel modo per ritagliarci uno spazio dove poter riprendere quel ruolo che la medicina amministrata vuole togliere al medico, sia esso dipendente, convenzionato o libero professionista, per favorire una burocrazia non funzionale all'ottimizzazione delle risorse e al miglioramento del sistema, ma fine a se stessa. Una buona occasione per parlare ai ragazzi anche di etica, di coscienza, di libertà e di indipendenza da quelle scelte politiche che, negli ultimi decenni, hanno comportato continui tagli al SSN, che hanno riguardato quasi esclusivamente il personale e i posti letto e non i reali sprechi e le inefficienze del sistema.

Perché confrontandomi con i colleghi che in maniera spontanea hanno aderito al progetto, ho avuto modo di sperimentare che quell'orgoglio di essere medici è ancora vivo nella maggior parte di noi ed ha solo bisogno di essere alimentato dalla comunione e dalla condivisione di interessi comuni.

E quale miglior interesse se non la difesa del nostro SSN, all'interno della "casa" dell'Ordine, investendo un po' del nostro tempo, delle nostre competenze ed energie, proprio sulle future generazioni di medici e professionisti sanitari???

A PROPOSITO DI UN NUTRIENTE POCO CONOSCIUTO: LA VITAMINA K2

DOTT. FRANCESCO GAMUZZA

Sono motivato a scrivere alcune note su un Nutriente molto importante per la nostra salute denominato "Vitamina K2", purtroppo poco noto e quindi poco consigliato dai Curanti malgrado i numerosi studi clinici su di esso pubblicati negli ultimi anni su riviste scientifiche internazionali. Tale sostanza, che fa parte del gruppo delle vitamine liposolubili, è stata scoperta e successivamente isolata da due Ricercatori negli anni '40 precisamente dal danese Henrich Dam e dall'americano Edward Doisy entrambi insigniti del Premio Nobel per la Medicina nel 1943 per i loro studi sull'argomento

Prima di questa scoperta si pensava che esistesse una sola Vitamina K nota da molto tempo per la sua specifica azione su alcuni fattori favorenti la coagulazione (conosciuta sul piano commerciale come Konakion); al contrario dopo i lavori scientifici iniziali dei due Ricercatori sopracitati, peraltro continuati da altri Studiosi negli ultimi decenni del secolo scorso, è stato dimostrato che esistono due vitamine K che pur appartenendo alla stessa famiglia si differenziano per una loro specifica azione e cioè rispettivamente: la vitamina K1 (Fillochinone) pro-coagulativa e la Vitamina K2 (Menachinone-7) che ha dimostrato, sul piano clinico, di avere da una parte un'azione, insieme alla Vitamina D, sulla mineralizzazione più completa delle ossa e dei denti (riducendo in quest'ultimo caso l'insorgenza della carie) e dall'altra di ostacolare la deposizione del Calcio o favorire, se avvenuta, il suo riassorbimento nei tessuti molli (in particolare a livello delle pareti *vascolari* e delle valvole cardiache); questa anomala deposizione definita "Calcificazione Ectopica" è risultata essere, come è noto, alla base della formazione della cosiddetta "Placca arteriosclerotica" elemento anatomo-patologico tanto diffuso soprattutto in alcune patologie vascolari della terza età riguardanti in particolare il cuore, il cervello, il rene. Da alcuni anni si dà tanta importanza sul piano biochimico, per la formazione della suddetta placca, al cosiddetto colesterolo totale a tal punto che negli ultimi anni per quanto riguarda il suo valore di sicurezza si è passati da valori normali di 260 mg/dl di qualche anno fa all'attuale di 200mg/dl, dimenticando molto spesso che per i soggetti privi di affezioni cardiovascolari in atto ciò che conta non è soltanto il suo valore assoluto, ma il rapporto dello



stesso con la sua frazione cosiddetta buona e cioè con l'HDL, considerando tale rapporto patologico se supera 4,5 (Indice di rischio cardiovascolare). A tal proposito è fondamentale ricordare che il colesterolo si deposita nello spessore della parete del vaso quando viene ossidato e ciò si verifica in presenza di una carenza importante di antiossidanti nella dieta. A conferma di quanto sopraddetto bisogna ricordare che attualmente il 50% degli infarti del miocardio si verifica in pazienti con colesterolemia nella norma. Dati questi elementi si può dedurre che sicuramente esiste una concausa oggi ben conosciuta per la formazione della placca arteriosclerotica rappresentata dalla Calcificazione del vaso. Pertanto è necessario ripensare al fatto che sul piano metabolico sia soltanto il colesterolo a causare una patologia vascolare. Ecco che l'esistenza della Vit. K2 si dimostra provvidenziale. (Gast G.C. 2009) (Beulens J.W. 2009). Quale è il meccanismo d'azione di tale nutriente? Svolge la funzione di Cofattore di un enzima specifico denominato "Carbossilasi-K2 dipendente" che una volta divenuto funzionante attiva a sua volta due proteine specifiche: la prima denominata Osteocalcina o "Bone-Gla-Protein" deputata, insieme alla vit.D, alla mineralizzazione dell'osso e dello strato dentinale dei denti; la seconda proteina denominata "MPG" (Matrix-Gla-Protein) presente in molti tessuti molli, in particolare a livello della parete dell'Aorta e delle sue ramificazioni, ha la capacità specifica, una volta resa attiva, di riassorbire il calcio dalle zone in cui risulta dannoso in quanto è concausa di restringimenti del lume vascolare (Schurgens L.J.-2001), (Villa J.K.D et all.-2017). E' possibile oggi quantificare il calcio patologico nelle coronarie, il cui risultato è denominato ΔValore del CalcioΔ, mediante una Tomografia Computerizzata a Fasci di elettroni (T.C.F.E.); se tale ΔScore è alto (molto → di 10) rappresenta un elemento che può far prevedere l'insorgenza di un infarto, anche in assenza di altri dati specifici di laboratorio (Christiane A. Geluk and all.-2008). Per confermare l'importanza di questo elemento (il Calcio) in presenza di lesioni particolarmente calcifiche a carico delle Coronarie molti laboratori di emodinamica si avvalgono dell'utilizzo del Rotablator, uno strumento in grado di fresare il calcio coronarico per consentire una adeguata espansione dello Stent, successivamente impiantato, evitando una possibile dissezione dell'intima vasale (Lee M.S. et al. -2017) Un altro campo di azione della suddetta sostanza attivata (Matrix-Gla-Protein) è rappresentato dalla calcificazione delle valvole cardiache, in particolar modo della valvola aortica negli anziani e nei più giovani soprattutto se congenitamente malformata (Bicuspidе anziché Tricuspidе), dalla quale può derivare una stenosi o insufficienza valvolare (Jiang X. and all. - 2016). Secondo studi internazionali attualmente in corso un trattamento prolungato con tale nutriente decalcifica la valvola riportandola ad una funzionalità normale in un numero importante di casi evitando interventi cardiocirurgici di sostituzione valvolare non sempre privi di rischi (Peters FECM, 2017. - 2018). Pregressi tentativi di cura con le Statine a dosi importanti sono stati seguiti da assenza di risultati. Per concludere si può affermare che negli stati di carenza di tale vitamina il calcio può accumularsi dove è dannoso e non si riassorbe dove è indispensabile. (Kate Rheume-Bleue - 2012).

Perché la carenza di questa vitamina, che ha riflessi importanti sulla nostra

salute, è diventata relativamente frequente a cominciare dagli ultimi decenni del secolo scorso? Perché non si è riflettuto abbastanza che in un certo senso noi non siamo soltanto ciò che mangiamo, ma siamo anche ciò che mangiano gli animali, in quanto ci forniscono alimenti quali carni, formaggi, uova, latte che risultano importanti per rendere più completa la nostra dieta. Basti pensare che alla fine dell' '800 circa il 95% della popolazione abitava in campagna e viveva di agricoltura e già nel 1920 la popolazione rurale si era ridotta del 50%. Errato fu, almeno per il nostro benessere, l'allontanamento del bestiame (in particolare i ruminanti, gli animali da cortile) dai pascoli e l'adozione dell'allevamento intensivo in spazi ristretti. In poche parole l'erba, un alimento ricco di nutrienti essenziali per i loro metabolismo, fu sostituita dai cereali stagionati che non presentavano le prerogative di una dieta sana per gli stessi che per essere tale doveva contenere tra l'altro: caroteni, clorofilla, vit. K1, vit. K2). A questo proposito è importante sottolineare che l'animale che si nutre con erba fresca, notoriamente ricca di vit. K1, può trasformare quest'ultima in vit. K2 mediante la sua flora batterica specifica e immetterla negli alimenti da essi derivati di cui noi ci cibiamo. Purtroppo l'uomo non possedendo quest'ultima proprietà, se non in piccolissima parte, per non incorrere nella carenza della vitamina K2 e delle relative gravi conseguenze ad essa legata, dovrebbe alimentarsi con prodotti derivati dagli animali allevati in maniera idonea (ma quanto è difficile reperirli!) oppure ottenerla tramite l'uso di specifici integratori (Gelejuse S. et al. - 2004) Quali sono i presidi dietetici naturali che ci permettono di combattere tale carenza?

Prima di tutto l'utilizzazione con una certa frequenza di cibi definiti Biologici derivati da animali correttamente nutriti come: alcune carni, alcuni formaggi fermentati, in particolare, il Grana, il Gouda olandese, il Brie francese, le uova, il burro, alimenti che più sicuramente contengono la vitamina K2; in particolar modo se queste sostanze, esclusa la carne, presentano un colore giallo molto intenso in quanto ricche di Carotene legato nell'erba sempre alla Clorofilla e alla vitamina K2 (Kate Rheaume-Bleu-2012). Nell'impossibilità di reperire tali alimenti derivati da animali allevati all'aperto bisogna ricorrere ai cosiddetti integratori naturali; il più importante dei quali risulta essere una sostanza di origine vegetale prodotta dalla fermentazione dei Fagioli di Soia denominato "Natto" il cui estratto è ricco di vit. K2 (Menachinone-7) (Ikeda Y.- 2006) privo di effetti collaterali, nella quantità di almeno 100 microgrammi al dì e che, tra l'altro, è facilmente reperibile nelle nostre Farmacie con il nome di Vitamina K2. Per inciso il Natto risulta essere molto utilizzato nella dieta quotidiana in alcuni paesi dell'Estremo Oriente in particolar modo in Giappone dove la longevità insieme alla notevole riduzione delle fratture ossee, in particolare quella dell'anca nell'anziano, risultano essere una prerogativa di quelle popolazioni. Personalmente è un trattamento che seguo da qualche tempo e che consiglio come prevenzione e come cura a chi è sintomatico di malattie della terza età, in particolare l'Osteoporosi avanzata e l'arteriosclerosi multi-distrettuale, Mi convinco sempre più che si può invecchiare meglio tenendo lontane alcune malattie degenerative che tanto peso hanno nel rendere la vita più problematica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Gast G.C. et al. :A high Menaquinone intake reduces the incidence of coronary Heart disease.
Nutr. Metab. Cardiovascular Disease, 19: 504-510, 2009
- Beulens J.W. et al.: High dietary menaquinone intake is associated with Reduced coronary calcification.
Atherosclerosis: 203: 489-493, 2009
- Schurgens L. S. et al.: Role of Vit. K2 and vitamin K-dependent proteins in Vascular calcification.
Z. Kardiol.: 90. 3, 57-63, 2001
- Villa J.K.D. et al.: Effect of vit. K2 in bone metabolism and vascular Calcification. A review of mechanism of action and evidence.
Crit. Rev. Food Sci. Nutr. : 12, 57: 3959-3970, 2017
- Christiane A. Geluk: Measurement of coronary calcium scores by Electron Beam Computed Tomography as initial diagnostic tool in Risk patients with suspected coronary artery disease.
Eur. Radiol: 18: 244-252, 2008
- Lee M.S. et al. Alternative Rota-Flush solution for patients with severe coronary artery calcification who undergo rotational atherectomy.
J. Invasive Cardiol.: 29: 25-28, 2017
- Jiang X. et. al. Vit. K2 regression aortic calcification induced by Warfarin Survival pathway in rats.
Euro J. Pharmacol.: 706: 10-8- 2016
- Peters Fecm et al.: Calcific aortic valve stenosis: hard disease in the heart.
Euro Heart: 1-8, 2017
- Peters Fecm et al. : Bicuspid aortic valve stenosis and effect of vit. K2 on Calcification, using 18F-Sodium Fluoride Positron Emission Tomography Magnetic Resonance.
Nutrients: 21; 10, Mar. 2018
- Kate Rhèaume-Bleu: Vitamin K2 and the calcium paradox.
Published by Collins- 2012.
- Geleijuse S. et al. : Dietary intake of Menaquinone is associated with a Reduced risk of coronary heart disease.
J. Nutr.: 136: 3100- 3105, 2004
- Ykeda Y. et al. : Intake of fermented Soybeans Natto is associated with Reduced bone loss in post-menopausal womens.
J. Nutr.: 136: 1323-28, 2006

IL RISCHIO TROMBOEMBOLICO NEL PAZIENTE “MEDICO”

DOTT. GIOVANNI MARIA VINCENTELLI
DOTT. IGINO FUSCO MOFFA,
DOTT. MANUEL MONTI

La trombosi venosa profonda (TVP) e/o l'embolia polmonare (EP), cumulativamente indicate con il termine di tromboembolismo venoso (TEV), rappresentano una delle patologie più comuni del sistema circolatorio e riconoscono meccanismi patogenetici in larga parte coincidenti e molte analogie nel trattamento. (1)

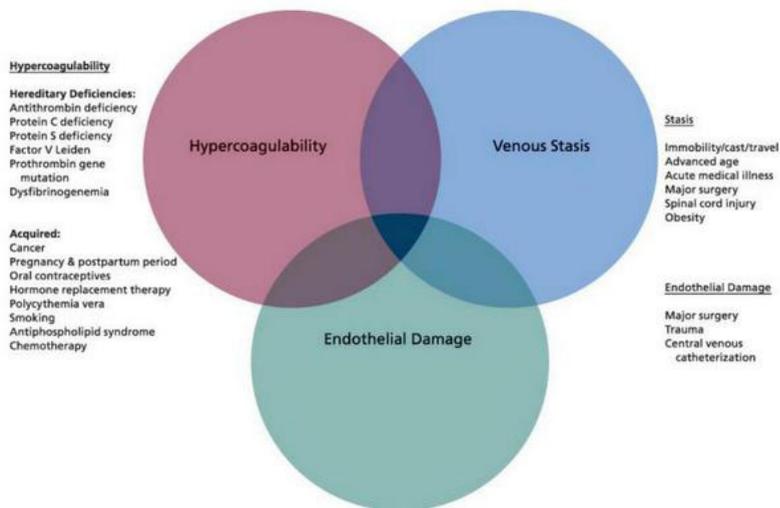
La trombosi rappresenta una delle principali cause di mortalità, essendo responsabile di circa uno su quattro decessi in tutto il mondo e l'embolia polmonare (EP), che è spesso conseguenza di una trombosi venosa profonda (TVP) asintomatica, è responsabile del 5-10% dei decessi ospedalieri e costituisce la causa più comune 'prevenibile' di morte intra-ospedaliera. Oltre al rischio immediato di mortalità, il TEV si associa anche a un rischio a lungo termine di sindrome post-trombotica e di ipertensione polmonare cronica. Poiché il TEV si può prevenire, è necessario che il suo rischio sia nullo o ridotto al minimo nel paziente ospedalizzato.(1) La patogenesi del TEV è multifattoriale. I fattori di rischio sono prevalentemente (2,3):

- Presenza di catetere venoso centrale.
- Ridotta mobilizzazione (intesa come \leftarrow 30 minuti di camminata/die per \geq 3 giorni)
- Pregressi episodi di TVP e/o EP.
- Una storia familiare di trombosi venosa profonda o embolia polmonare.
- Fratture del bacino, del femore della tibia o del perone.
- Parto negli ultimi 6 mesi.
- Obesità.
- Un intervento chirurgico recente
- La gravidanza
- Condizioni acquisite (patologie quali neoplasie o la presenza di anticorpi antifosfolipidi)



Tali condizioni possono comportare una transitoria o persistente ipercoagulabilità del sangue che può poi combinarsi con la stasi venosa e/o la lesione della parete del vaso (triade di Virchow) e portare alla formazione del trombo. (Fig.1)

Fig. 1 la triade di Virchow



Il distretto corporeo più frequentemente colpito da trombosi venosa profonda è sicuramente quello degli arti inferiori; più raramente vengono colpiti gli arti superiori ed altri distretti. (4)

L'aumentato uso di cateteri venosi centrali a dimora, finalizzati all'iperalimentazione e alla chemioterapia, così come la più frequente applicazione di pacemaker permanenti e defibrillatori cardiaci interni, hanno fatto sì che la trombosi venosa degli arti superiori stia diventando un problema di sempre più frequente riscontro. (1)

Circa la metà dei pazienti con trombosi venosa dell'area pelvica o trombosi venosa profonda degli arti inferiori presenta una trombo embolia polmonare, solitamente asintomatica; mentre circa tre quarti dei pazienti con EP sintomatica presentano, ad un'accurata ricerca, segni strumentali di TVP agli arti inferiori. L'EP può essere considerata la più temibile complicanza della TVP. (5)

La trombosi venosa profonda interessa spesso oltre il 50% dei pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia ortopedica, soprattutto all'anca o al ginocchio, nonché il 10-40% dei pazienti sottoposti a interventi toracici o addominali (6). La prevalenza di trombosi venosa profonda risulta altresì particolarmente elevata in presenza di neoplasie a carico di pancreas, polmoni, apparato urogenitale, stomaco e mammella. Circa il 10-20% dei pazienti con trombosi venosa profonda idiopatica ha un tumore o sviluppa una neoplasia successivamente; non esiste, comunque, a tutt'oggi un accordo sulla opportunità di sottoporre i pazienti con TVP a procedimenti diagnostici intensivi al fine di ricercare la eventuale presenza di un tumore occulto.(7)

Negli ultimi anni, in ambito sanitario, è stata rivolta una particolare attenzione

alla prevenzione del TEV. Tuttavia, mentre in chirurgia la stratificazione del rischio ha permesso una significativa incidenza dell'abbattimento del TEV, lo stesso risultato non è stato raggiunto per il paziente medico tanto che, attualmente, l'incidenza del TEV è più frequente nei reparti di medicina che in quelli di chirurgia.(8) Nel paziente "non chirurgico" infatti l'identificazione del rischio di TEV e la conseguente profilassi è resa spesso difficile da una serie di fattori, primi tra tutti la eterogeneità dei pazienti dovuta alla loro complessità (prevalente polipatologia ed età avanzata) ed alla frequente presenza di un elevato rischio emorragico.(9) Nel paziente medico vi sono poi altre difficoltà intrinseche quali:

- una diagnosi precoce spesso difficile;
- il fatto che i pazienti sono spesso asintomatici per TEV;
- la bassa sensibilità delle tecniche non invasive;
- il fatto che l'EP è spesso il primo segno della trombosi in atto;
- l'ampia diagnosi differenziale.

Gli studi clinici condotti su pazienti medici sono meno numerosi rispetto a quelli sui pazienti chirurgici, e i risultati sono spesso non comparabili, a causa dell'eterogeneità nel disegno degli studi e nelle tecniche utilizzate per la diagnosi di TVP. Due importanti studi clinici in doppio cieco randomizzati e controllati con placebo hanno convalidato l'uso di profilassi a breve termine (ad esempio da 6 a 14 giorni) con eparina a basso peso molecolare (LMWH) in pazienti ospedalizzati. (10,11). Una successiva meta-analisi di nove studi clinici randomizzati ha valutato gli effetti della profilassi anticoagulante nel ridurre gli outcomes clinicamente rilevanti in pazienti ospedalizzati. Durante la profilassi anticoagulante i pazienti hanno mostrato una riduzione significativa di EP (rischio relativo, 0,43 [95% IC 0,26-0,71]; riduzione del rischio assoluto, 0,29%) e EP fatali (rischio relativo, 0,38 [95% IC 0,21-0,69]; riduzione del rischio assoluto, 0,25%), una riduzione non significativa di TVP sintomatica (rischio relativo, 0,47 [95% IC 0,22-1,00] e un aumento non significativo di sanguinamenti maggiori (rischio relativo 1,32 [95% IC, 0,73 a 2,37]). Questi risultati hanno costituito la base delle più recenti linee guida dell'American College of Chest Physicians (ACCP), che raccomandano l'uso della tromboprofilassi con eparina (12).

E' importante comunque ricordare che la tromboprofilassi non ha avuto effetti sulla mortalità per tutte le cause, probabilmente a causa dell'elevato numero di decessi dovuti a qualsiasi causa non correlata al TEV rispetto al piccolo numero di decessi attribuiti a EP (13).

Per migliorare l'efficacia e la sicurezza della profilassi farmacologica in pazienti con patologie acute, le recenti linee guida dell'American College of Chest Physicians (ACCP) [12] suggeriscono l'uso di modelli di valutazione del rischio standardizzati (RAM), come ad esempio, il Padua Score per stratificare il rischio. I modelli RAM (con valori predittivi positivi di circa il 99%) indicano che solo il 35-50% della popolazione medicalmente malata ha un rischio di TEV sufficiente a garantire tromboprofilassi farmacologico, utilizzando un tasso di eventi VTE sintomatici dell'1,0% come soglia clinica suggerita dalle linee guida ACCP (14). Questo indica che solo metà della popolazione beneficia di un approccio farmacologico in grado di superare i rischi del sanguinamento. A fronte di una stra-

Bleeding risk factors	Points
Renal failure GFR 30–59 vs ≥ 60 ml/min/m ²	1
Male vs female	1
Age 40–80 vs <40 years	1.5
Current cancer	2
Rheumatic disease	2
CV catheter	2
ICU/CCU	2.5
Renal failure GFR <30 vs ≥ 60 ml/min/m ²	2.5
Hepatic failure (INR >1.5)	2.5
Age ≥ 85 vs <40 years	3.5
Platelets <50 × 10 ³ cells/l	4
Bleeding in 3 months before admission	4
Active gastroduodenal ulcer	4.5

ICU, intensive care unit; CCU, critical care unit; CV, central venous; GFR, glomerular filtration rate; INR, international normalised ratio. * A score of 7 or more constitutes high bleed risk.

del rischio trombotico, infatti, le ultime linee guida (ACCP, NICE, i¹). Ancora più incerte sono le indicazioni per il TEV nei pazienti con ictus emorragico l'indicazione non necessita di valutare l'andamento del li (13).

ificativi fattori di rischio per il san- il rischio tromboembolico, è necessario di sanguinamento in pazienti

• internazionale l'utilizzo dell' IM-

di rischio (clinici e di laboratorio) e i pazienti ad alto rischio di sanguinamento (4,1% vs 0,4%)

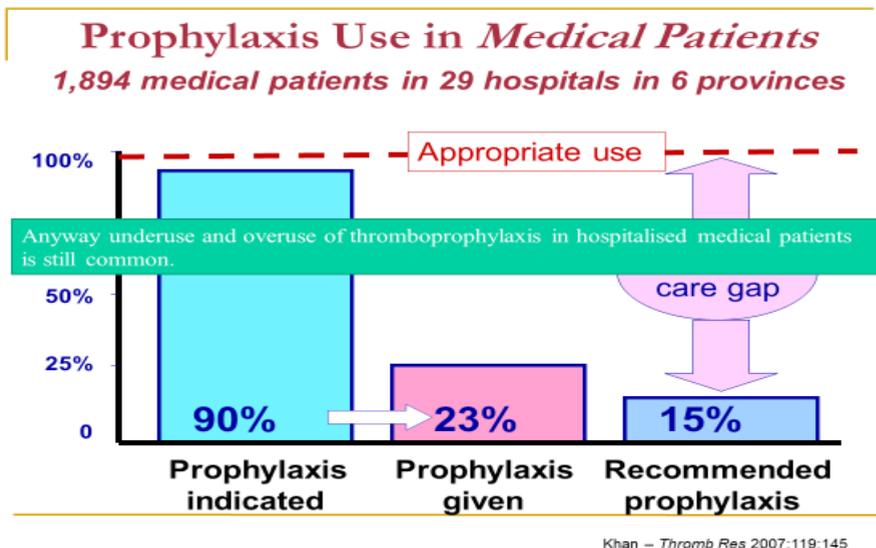
Vi è evidenza che il rischio di TEV in pazienti di pertinenza medica in fase acuta persiste anche dopo la dimissione ospedaliera, allo stesso modo del rischio riportato nei pazienti chirurgici ad alto rischio. Nello studio MEDENOX, quasi l'8% degli eventi tromboembolici venosi si sono verificati tra 15 e 110 giorni la dimissione, quindi dopo la fine del periodo di trattamento dello studio e quattro di questi erano EP fatali (10). Per tale motivo è stato effettuato lo studio APEX in cui il betrixaban, un nuovo inibitore diretto del fattore Xa, che ha valutato sicurezza ed efficacia della tromboprolifassi con betrixaban per via orale nella prevenzione del tromboembolismo venoso.

Lo studio ha studiato un totale di 7.513 pazienti ricoverati in ospedale per malattie internistiche acute. I pazienti nel gruppo betrixaban hanno assunto una dose iniziale di 160 mg per via orale nel primo giorno, seguita da 80 mg una volta al giorno per 35-42 giorni e hanno ricevuto un'iniezione di placebo una volta al giorno per 6-14 giorni. I pazienti nel gruppo enoxaparina hanno ricevuto 40 mg sottocute una volta al giorno per 6-14 giorni e hanno preso un placebo per via orale una volta al giorno per 35-42 giorni. L'efficacia è stata misurata utilizzando un outcome composito che comprendeva la comparsa di trombosi venosa profonda prossimale, asintomatica o sintomatica, embolia polmonare non-fatale, o decesso correlato al TEV. Questi eventi sono stati osservati in numero inferiore nei pazienti trattati con betrixaban (4,4%) rispetto a quelli che assumevano enoxaparina (6%) (rischio relativo, 0,75; intervallo di confidenza del 95%, 0,61 - 0,91).(15) Per tale motivo la Food and Drug Administration (FDA) statunitense ha approvato il betrixaban per la profilassi del tromboembolismo venoso (TEV) in pazienti ospedalizzati con malattia acuta e a rischio di complicanze tromboemboliche, anche successivamente alla dimissione dall'ospedale.

Ad oggi comunque l'utilizzo della tromboprolifassi in ambiente medico è ancora poco diffuso.

Gli audit globali hanno mostrato un underuse della tromboprofilassi da parte dei medici in pazienti ospedalizzati, principalmente a causa della paura del rischio sanguinamento o per un ritardo nell'inizio del trattamento (13). (Fig.3)

Fig.3 l'uso della profilassi nel paziente medico



E' stato, inoltre, messo in evidenza che, diversamente dall'area chirurgica, nell'area medica esiste una eterogeneità di comportamento circa l'identificazione del rischio trombotico, in particolar modo per i pazienti ricoverati nei reparti di medicina d'urgenza (16). Per tale motivo un recente studio italiano condotto in più di 20 centri ospedalieri con un campione statistico di oltre 1.200 pazienti ha elaborato un nuovo modello di valutazione del rischio (RAM) il TEVerE score. Questo strumento consiste in uno score di rischio che considera alcuni aspetti clinici del paziente al quale vengono assegnati punteggi specifici stimandone cumulativamente il rischio potenziale tromboembolico e la conseguente necessità di profilassi farmacologica. Il vantaggio del nuovo score è che, per la prima volta, sono stati studiati anche pazienti ricoverati nei reparti di medicina d'urgenza, che fino ad oggi non venivano considerati nei principali score attualmente utilizzati e dove era evidente l'underuse nell'utilizzo della tromboprofilassi a causa della maggiore eterogeneità del paziente ricoverato nei reparti di medicina d'urgenza rispetto ai pazienti presenti nelle unità di medicina interna (16) (Fig.4). Il punteggio è calcolabile anche on line all'indirizzo www.teverscore.com.

Fig. 4 Il TEVerE score: la tromboprofilassi è indicato con un punteggio di 4 punti o più. www.teverescore.com

Tumore	3
Precedente VTE	3
Trombofilia	3

Chirurgia maggiore(←60 gg)	2
Farmaci stimolanti l'ematopoiesi	2
Catetere Venoso Centrale	2
BMI → 30 Kg/m ²	1
Immobilizzazione (← 30 minuti/giorni di cammino per 3 o più giorni)	1
Terapia ormonale	1
Età → 70 aa	1
Ospedalizzazione recente (≥ 2 gg nei precedenti 90 gg)	1
Vene varicosi	1
Insufficienza respiratoria	1

I risultati ottenuti da questo studio mostrano che le informazioni sui fattori di rischio ambientale, sui fattori della coagulazione e sulla comorbidità portano a una maggiore accuratezza nella previsione del rischio di TEV in ambito medico.

Conclusioni

La difficoltà di eseguire una corretta profilassi, nei tempi e nei modi, nelle degenze internistiche nasce da diversi elementi: in primo luogo, dalla problematica stratificazione del rischio in classi omogenee per l'eterogeneità dei pazienti dovuta alla loro complessità, alla costante polipatologia e all'eventuale età avanzata, in secondo luogo, dalla frequente presenza contemporanea di un elevato rischio emorragico. Nel paziente internistico, oltre alle già descritte incertezze di ordine epidemiologico, vi sono poi difficoltà intrinseche quali: una diagnosi precoce di fatto difficile, l'insorgenza spesso asintomatica del TEV, la bassa sensibilità delle tecniche non invasive, ma soprattutto, l'ampia scelta di diagnosi alternative al TEV. E' fondamentale comunque applicare, di routine, un sistema di valutazione del rischio, come il Padua Score ed il TEVere Score, strategia su misura che permette di massimizzare il beneficio-rischio per la tromboprofilassi dei pazienti medici, popolazione generalmente fragile e con co-morbidità molteplici. Una corretta stratificazione del rischio in questo tipo di pazienti non dovrà mai disgiungersi dall'attenta valutazione del rischio emorragico, connesso all'età e all'insufficienza renale cronica, di frequente riscontro nel paziente internistico.

Bibliografia

1. Haas SK (2002) Venous thromboembolic risk and its prevention in hospitalized medical patients. *Semin Thromb Hemost* 28:577-584.
2. Spyopoulos AC (2005) Emerging Strategies in the Prevention of Venous Thromboembolism in Hospitalized Medical Patients. *Chest* 128:958-969
3. Ageno W, Agnelli G, Imberti D, Moia M, Palareti G, Pistelli R, Verso M (2011) Prevalence of risk factors for venous thromboembolism in the Italian population: results of a cross-sectional study from the Master Registry. *Intern Emerg Med*. (Epub ahead of print) DOI 10.1007/s11739-011-0644-1

4. Samama MM, Cohen AT, Darmon JY, et al.(1999) A comparison of enoxaparin with placebo for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients: prophylaxis in Medical Patients with Enoxaparin Study Group. *N Engl J Med.* 341:793–800.
5. White RH (2003) The epidemiology of venous thromboembolism. *Circ* 17;107(23 Suppl 1):I4-8
6. Anderson FA Jr, Decousus H, Bergmann JF, Chong B, Froehlich J, Johnson J, Kakkar A, Merli G, Monreal M, Pavanello R, Pini M, Piovella F, Spyropoulos A, Turpie AGG, Tapson V, Zotz R, for the IMPROVE investigators. (2003) A multinational observational cohort study in hospitalized medical patients of practices in prevention of venous thromboembolism and clinical outcomes: findings of the international medical prevention registry on venous thromboembolism (IMPROVE). *ISTH Congress; J Thromb Haemostasis* 1(Suppl 1): P1438.
7. Tapson VF, Decousus H, Piovella F, Zotz AB, Allegrone J, Anderson FA, for the IMPROVE Investigators.(2003) A multinational observational cohort study in acutely ill medical patients of practices in prevention of venous thromboembolism: findings of the International Medical Prevention Registry on Venous Thromboembolism (IMPROVE). *Blood (ASH Annual Meeting Abstracts)* 102: Abstract 1154.
8. Cohen AT, Tapson VF, Bergmann JF, Goldhaber SZ, Kakkar AK, Deslandes B, Huang W, Zayaruzny M, Emery L, Anderson FA Jr (2008) ENDORSE Investigators Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital care setting (ENDORSE study): a multinational cross-sectional study. *371(9610):387-394.*
9. Chopard P, Spirk D, Bounameaux H (2006), Identifying acutely ill medical patients requiring thromboprophylaxis. *J Thromb Haemost* 4:9125-9116.
10. Cohen AT¹, Zaw HM, Alikhan R Benefits of deep-vein thrombosis prophylaxis in the nonsurgical patient: The MEDENOX trial. *Semin Hematol.* 2001;38(2 Suppl 5):31-8.
11. Cohen AT, Davidson BL, Gallus AS, et al. Efficacy and safety of fondaparinux for the prevention of venous thromboembolism in older acute medical patients: randomised placebo controlled trial. *BMJ.* 2006;332:325–329.
12. Kearon C., Akl E.A., Ornelas J. et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: CHEST guideline and expert panel report 2.*Chest.*2016; 149 (2) :315-352.
13. Spyropoulos AC, Raskob GE New paradigms in venous thromboprophylaxis of medically ill patients. *Thromb Haemost.*2017; 117:1662.
14. Nendaz M, Spirk D, Kucher N, et al. Multicentre validation of the Geneva Risk Score for hospitalised medical patients at risk of venous thromboembolism. *Explicit ASsessment of Thromboembolic Risk and Prophylaxis for Medical PATients in SwitzErland (ESTIMATE).* *Thromb Haemost* 2014; 111: 531–538.
15. Cohen AT, Harrington RA, Goldhaber SZ, et al. Extended thromboprophylaxis with betrixaban in acutely ill medical patients. *N Engl J Med.* 2016;375(6):534–544.
16. Vincentelli, GM; Monti M, Pirro M.R.. et Al. Perception of the thromboembolism risk: the differences between the departments of internal and emergency medicine. *Keio J Med.* 2016;65(2):39-43.
17. Vincentelli GM, Timpone S, Murdolo Get al. A new risk assessment model for the stratification of the thromboembolism risk in medical patients: the TEVERE score. *Minerva Med.* 2018 May 31.





**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA**

06129 Perugia - Via Settevalli, 131
Tel. 075/5000214 - Fax 075/5153012
e-mail: uffici@ordinemediciperugia.it
sito internet: www.ordinemediciperugia.it

Perugia, li 23 ottobre 2019

Prot. **4628**
Rif. N.

Allegati
del

**A TUTTI GLI ISCRITTI ALL'ORDINE
PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DI PERUGIA
- LORO SEDI -**

OGGETTO: Convocazione Assemblea Ordinaria annuale degli Iscritti.

Caro Collega,
in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 23 1° comma del D.P.R. N. 221 del 05/04//50, è indetta

L'ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE

degli Iscritti all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Perugia.
Detta Assemblea si terrà nei locali dell'Ordine in Perugia Via Settevalli n. 131 il giorno sabato 14 dicembre 2019 alle ore 07.30 in prima convocazione, e

DOMENICA 15 DICEMBRE 2019 ALLE ORE 10.00 IN SECONDA CONVOCAZIONE

Verranno trattati e discussi gli argomenti di cui al seguente

ORDINE DEL GIORNO:

- 1°) Approvazione Conto Consuntivo 2018, Ratifica Assestamento Bilancio di Previsione 2019, Approvazione Bilancio Preventivo 2020 - Relazione finanziaria del Tesoriere.
- 2°) Relazione morale del Presidente.
- 3°) Cerimonia per i vecchi e nuovi iscritti all'Ordine.
- 4°) Consegna Premi di Laurea "Domenico Tazza e Cesare Fiore", "Luigi Balducci", "Fabio Giaimo", "Ugo Mercati".
- 5°) Varie ed eventuali.

Cordiali saluti.

IL PRESIDENTE

(Dott. Graziano Conti)





**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA**

06129 Perugia - Via Settevalli, 131
Tel. 075/5000214 - Fax 075/5153012
e-mail: uffici@ordinemediciperugia.it
sito internet: www.ordinemediciperugia.it

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____

DELEGA

IL/LA DOTT./DOTT.SSA _____

A PARTECIPARE ALL'ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE DEGLI

ISCRITTI ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI

PERUGIA.

DATA _____

FIRMA



LINEE GUIDA PER L'APPROPRIATA PRESCRIZIONE DEGLI ESAMI IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

DR. MASSIMO BALZANA
DR. MARIO BERARDI



Il progressivo allungamento delle liste di attesa per esami e visite specialistiche sembra essere un fiume in piena inarrestabile ed è come un macigno che impedisce spesso la possibilità di impostare percorsi diagnostici adeguati. Il sistema rao, pur condivisibile come strumento di razionalizzazione della domanda, è praticamente fallito, perché condizionato da tante variabili, non solo cliniche, che in pratica ne impediscono l'applicabilità. L'inappropriatezza della domanda potrebbe essere uno degli elementi che concorrono a determinare tale situazione. Per quanto riguarda le richieste degli esami di endoscopia digestiva, qualche mese fa, nel distretto dell'Eugubino- Gualdese si era deliberato di impedire al medico di medicina generale di richiedere direttamente l'esecuzione degli esami di questa branca, ma tutto doveva passare per una richiesta di visita specialistica gastroenterologica.

Questa delibera è stata valutata dal consiglio dell'Ordine, che l'ha considerata, per rimanere in tema, "inappropriata", con ricadute anche deontologiche significative. Più corretto è sembrato recuperare elementi di appropriatezza nell'utilizzo, nel ricorso agli esami endoscopici digestivi. Per questo abbiamo chiesto al dott. Massimo Balzana, Responsabile U.O.T. di Gastroenterologia Epatologia ed Endoscopia Digestiva Poliambulatorio Europa - Perugia - USL Umbria 1, di riproporre quelle che sono le linee guida condivise sull'argomento.

Sarebbe auspicabile che questo documento venga capillarmente diffuso nella medicina generale, anche attraverso il canale delle riunioni mensili delle AFT.

Si definisce "appropriata" un'indagine endoscopica quando il beneficio atteso supera ampiamente i rischi che la procedura comporta. L'appropriatezza prescrittiva degli esami endoscopici è uno dei principali obiettivi di tutte le aziende sanitarie, in quanto viene individuato come uno degli elementi nevralgici nel miglioramento dell'assistenza e nella razionalizzazione della spesa. Il miglioramento nell'appropriatezza prescrittiva, quindi, consente sia il migliore utilizzo delle risorse che la riduzione dei tempi di attesa. Questo significa diminuire gli esami inutili creando maggior tempo per indagini ed interventi più qualificanti, quindi, in definitiva, migliorare la qualità a scapito dell'inutile.

quantità. Idealmente l'endoscopia gastrointestinale dovrebbe essere effettuata quando migliora l'outcome in termini di:

- morbilità e morbidità
- miglioramento dei sintomi
- garantire l'assenza di malignità
- miglioramento della qualità di vita

È, quindi, necessario valutare attentamente:

- il rischio di potenziali complicanze
- la compliance del paziente
- l'impatto economico

Nasce quindi l'esigenza di identificare, su base scientifica e valutando la disponibilità di metodi diagnostici alternativi, pazienti in cui l'esame endoscopico porta ad un reale miglioramento dell'outcome in termini di:

- diagnosi di patologia
- impatto terapeutico
- benessere psico-fisico

Queste linee guida sono state redatte da una commissione di gastroenterologi umbri sulla base della letteratura internazionale e di documenti già prodotti dalle società scientifiche. Le linee guida suggeriscono gli indirizzi da seguire:

- nella valutazione diagnostica iniziale (quando prescrivere l'esame endoscopico nel paziente da studiare)
- nell'eventuale follow-up (quando vanno prescritti eventuali esami endoscopici di controllo)
- nella richiesta di procedura endoscopica operativa.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA SUPERIORE ESOFAGOASTRODUODENOSCOPIA (EGDS)

L'EGDS è genericamente indicata:

- se il risultato modifica il trattamento (es. diagnosi differenziale tra ulcera gastrica benigna e maligna)
- quando è previsto un intervento endoscopico terapeutico
- verifica o conferma di risultati di tecniche di diagnostica per immagini
- ricerca Helicobacter Pylori (solo se l'esame viene eseguito per altra indicazione).

L'EGDS è genericamente non indicata:

- se il risultato non è in grado di modificare il trattamento terapeutico
- per il follow-up periodico di malattie benigne guarite (ulcera duodenale – GERD, a meno che non si tratti di una complicanza preneoplastica, es. esofagopatia di Barrett – displasia gastrica)

L'EGDS è controindicata:

- il rischio legato alla procedura è superiore al beneficio atteso
- manca la collaborazione del paziente
- si sospetta una perforazione

L'EGDS diagnostica è indicata:

- sindrome dispeptico-dolorosa

epigastrica nei pazienti > 45 anni anche senza segni e/o sintomi di allarme

- nei pazienti < 45 anni con segni e/o sintomi di allarme o con sintomatologia persistente dopo adeguata terapia medica
- sintomi associati a segni di malattia organica (anoressia – dimagrimento – anemia – sanguinamento – disfagia – odinofagia)
- nei pazienti con GERD di durata superiore a 5 anni quale screening per l'esofagopatia di Barret
- perdita cronica di sangue quando la clinica suggerisce una causa a carico del tratto digestivo superiore o quando la colonscopia totale è negativa
- vomito persistente da causa sconosciuta
- poliposi adenomatosa familiare
- biopsia duodenale per conferma diagnostica di Celiachia (test genetico e/o test sierologico positivo)
- diagnosi e follow-up ipertensione portale
- valutazione del danno acuto da caustici

L' EGDS sequenziale o periodica è indicata:

- follow-up di esofagopatia di Barret
- poliposi adenomatosa familiare
- follow-up di ulcera esofagea, gastrica od anastomostica (no ulcera duodenale)
- follow-up di linfoma MALT
- polipi adenomatosi gastrici e/o duodenali
- follow-up dopo sclerosi o legatura elastica di varici esofagee e/o del fondo gastrico

FOLLOW-UP esofagopatia di Barret:

- ogni 3 anni in assenza di displasia
- 1 – 2 anni in caso di displasia lieve
- mucosectomia endoscopica o resezione chirurgica in caso di displasia grave

FOLLOW-UP poliposi adenomatosa familiare:

- ogni 2 anni se rilevati ed asportati adenomi
- ogni 5 anni in assenza di adenomi

FOLLOW-UP ulcere esofagee – gastriche ed anastomotiche:

- controllo a 4/8 settimane per verificare la cicatrizzazione e confermare istologicamente la benignità
- nessuno controllo per ulcera duodenale (verifica eradicazione Helicobacter Pylori con UBT)

FOLLOW-UP di polipi adenomatosi gastrici e/o duodenali:

- dopo asportazione endoscopica controllo a 2 anni (follow-up comunque dettato dalla tipizzazione istologica)
- in caso di negatività controllo a 3 – 5 anni

FOLLOW-UP gastrite cronica:

- gastrite cronica attiva H. P. positiva: eradicazione H. P. e verifica con UBT
- gastrite cronica non attiva con atrofia e metaplasia intestinale completa: EGDS a 4 anni
- gastrite cronica non attiva con atrofia e metaplasia intestinale incompleta: EGDS a 2 anni
- displasia di basso grado: EGDS ad 1 anno con eventuale cromoendoscopia
- displasia severa: mucosectomia endoscopica o chirurgica

L' EGDS sequenziale o periodica non è indicata:

- nella gastrite cronica attiva senza atrofia e/o metaplasia intestinale dopo eradicazione di H. P.
- nell'anemia perniciosa
- nella acalasia cardiaca idiopatica
- nelle malattie benigne (esofagite semplice – ulcera duodenale)
- dopo dilatazione pneumatica di stenosi benigne

L' EGDS terapeutica è indicata:

- trattamento e/o emostasi di lesioni sanguinanti
- sclerosi o legatura elastica di varici esofagee e/o del fondo gastrico
- asportazione corpi estranei
- asportazione polipi
- apposizione PEG
- dilatazione stenosi

ENDOSCOPIA DIGESTIVA INFERIORE COLONSCOPIA

LA COLONSCOPIA è genericamente indicata:

- se c'è elevata probabilità che il risultato dell'esame influenzi il trattamento terapeutico (es. diarrea ematica)
- quando si sospetta una patologia che richiede un trattamento terapeutico endoscopico (poliposi)

LA COLONSCOPIA è genericamente non indicata:

- se il risultato dell'esame non influenzerà il trattamento terapeutico

LA COLONSCOPIA è controindicata:

- quando il rischio per la vita o per la salute del paziente è giudicato essere più elevato rispetto ai potenziali benefici dell'indagine

- quando non è possibile ottenere una adeguata cooperazione da parte del paziente

- quando è nota o si sospetta una perforazione del viscere

LA COLONSCOPIA DIAGNOSTICA è indicata:

- rettorragia – ematochezia
- melena (solo dopo avere escluso patologia a carico del tratto digestivo superiore)
- anemia ferrocarenziale non spiegata
- modificazioni significative e persistenti dell'alvo, specie se di recente insorgenza
- diarrea cronica clinicamente significativa di origine sconosciuta
- calo ponderale non spiegato
- positività del sangue occulto fecale

Un capitolo particolare è costituito dallo screening per la prevenzione del cancro colo-rettale. Nei pazienti a rischio intermedio, cioè età fra 50 – 75 anni, no storia di adenoma – no storia di IBD anamnesi familiare negativa per K e/o poliposi: la colonscopia rappresenta il 2° livello di screening e si esegue solo nei pazienti risultati positivi al SOF. I soggetti ad alto rischio, cioè con familiarità positiva per K e/o poliposi, vengono suddivisi in 2 gruppi:

Categoria A:

- soggetti con parente di 1° grado (genitore – fratello o figlio) con tumore del colon-retto o adenoma diagnosticato prima dei 60 anni
- soggetti con 2 o più parenti di 1° grado con tumore del colon-retto o adenoma diagnosticato a qualsiasi età: in questo gruppo la colonscopia deve essere eseguita iniziando all'età di 40 anni o 10 anni prima dell'età

di diagnosi del più giovane parente affetto. La colonscopia può essere poi ripetuta ogni 3 – 5 anni in relazione ai reperti riscontrati

Categoria B:

- soggetti con 1 o più parenti di primo grado con tumore del colon-retto o adenoma diagnosticato ad un'età fino a 60 anni o con 2 parenti di 2° grado (nonni o zii) con tumore del colon-retto: in questo gruppo colonscopia ogni 5 – 10 anni con inizio a 45 anni

LA COLONSCOPIA sequenziale o periodica è indicata:

- sorveglianza dei pazienti affetti da IBD (rettocolite ulcerosa o malattia di Crohn): dopo 7 anni

dall'esordio della malattia in caso di pancolite. Dopo 10 anni dall'esordio in caso di colite

sinistra. La colonscopia deve essere eseguita ogni 3 anni

- soggetti con familiarità per HNPCC (carcinoma colo-rettale non poliposico ereditario): 1°

colonscopia all'età di 20 anni – successivamente colonscopia ogni 2 anni

- follow-up del colon operato per cancro: stadio Dukes A colonscopia a 12 mesi dall'intervento se

negativa controllo a 3 e 5 anni. Stadio Dukes B e C colonscopia ad 8 – 12 mesi dall'intervento se

negativa controllo ogni 3 anni

- follow-up del colon operato per cancro del retto: stadio Dukes A rettoscopia + eco transrettale a 12 mesi se negative controllo a 3 e 5 anni. Stadio Dukes B e C rettoscopia + eco transrettale ogni

6 mesi per 3 anni – colonscopia totale a 1 – 3 e 5 anni

- follow-up post polipectomia endoscopica: secondo il numero, le dimensioni e la tipizzazione istologica dei polipi asportati

FOLLOW-UP POST POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA

STRATIFICAZIONE DEI PAZIENTI IN BASE AL RISCHIO:

RISCHIO BASSO:

- 1 – 2 adenomi
- dimensioni fino a 1 cm
- tubulari (istologicamente)
- displasia di basso grado

RISCHIO INTERMEDIO:

- 3 adenomi fino a 1 cm
- almeno 1 adenoma > 1 cm ma < 2 cm
- villosi (istologicamente)
- displasia di alto grado focale

RISCHIO ELEVATO:

- 5 o più adenomi fino a 1 cm
- almeno 1 adenoma > 2 cm
- villosi (istologicamente)
- displasia di alto grado diffusa

FOLLOW-UP GRUPPO RISCHIO BASSO:

- colonscopia a 5 anni – se negativa: no sorveglianza

FOLLOW-UP GRUPPO RISCHIO INTERMEDIO:

- colonscopia a 3 anni. Se negativa a 5 anni. 2 negative consecutive: no sorveglianza
- adenomi a rischio basso o intermedio al controllo: ripetere iter
- adenomi a rischio elevato al controllo: accesso all'iter di sorveglianza specifico

FOLLOW-UP GRUPPO RISCHIO ELEVATO:

- colonscopia ad 1 anno – se negativa a 3 anni – 2 negative consecutive a 5 anni
- adenomi a rischio basso o intermedio al controllo: colonscopia a 3 anni
- adenomi a rischio elevato al controllo: ripetere l'iter

ASPORTAZIONE DI ADENOMA CANCERIZZATO:

- lesione ad alto rischio, quindi, una volta asportata, è raccomandata una sorveglianza analoga a quella del gruppo a rischio elevato

ASPORTAZIONE DI ADENOMA SERRATO:

- programma di sorveglianza analogo a quello di qualsiasi altro adenoma
- non esistono evidenze che suggeriscano programmi di sorveglianza differenziati

ASPORTAZIONE DI POLIPI IPERPLASTICI ED INFIAMMATORI:

- non c'è necessità di alcuna sorveglianza

LA COLONSCOPIA TERAPEUTICA è indicata:

- emostasi di lesioni sanguinanti

- rimozione corpi estranei
- asportazione di polipi (polipectomia semplice o con mucosectomia)
- dilatazione stenosi anastomotiche
- tatuaggio di lesioni da individuare intraoperatoriamente

LA COLONSCOPIA non è indicata:

- nel dolore e/o disconfort addominale da sindrome da colon irritabile
- nella diarrea acuta
- nella ricerca del tumore primitivo in presenza di metastasi sistemiche specie in paziente senza segni e/o sintomi riferibili al colon
- emorragia digestiva alta in cui sia già stata diagnosticata la causa alla EGDS

LA COLONSCOPIA è controindicata:

- controindicazioni previste nella parte generale
- colite acuta fulminante
- diverticolite acuta
- peritonite
- megacolon tossico

In conclusione, le linee guida sono uno strumento utilissimo per la razionalizzazione delle richieste, ma nulla può sostituire la capacità, la sensibilità e l'intuizione di un buon medico.



ECM: L'ORDINE INCONTRA I PROPRI ISCRITTI

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI
PERUGIA



In una sala convegni dell'Ordine particolarmente gremita di medici chirurghi ed odontoiatri, nei giorni scorsi, si è tenuto un importante convegno dal titolo: "ECM: come, dove, quando, perché!".

Il relatore, Dott Stefano Almini, Presidente CAO Bergamo, ha analizzato nel dettaglio e a 360° l'intero "pianeta" ECM: cosa è, a cosa serve, dove verificare il proprio "monte" crediti, quanti ne occorrono e come ottenerli, cosa si rischia se non si è in regola (**soprattutto dal punto di vista assicurativo!!!**) e tanto altro ancora.

Nelle circa tre ore di esposizione, il relatore ha saputo intercalare momenti di concreto approfondimento su nozioni impegnative, con spazi di autentica goliardia; il tutto condito da un vortice di slide precise e rigorose, accanto ad altre simpaticamente provocatorie: un'alternanza così rapida ed indovinata, che ha stimolato fino all'ultimo una continua interazione con la platea.





Al termine il Dott Almini ha ulteriormente soddisfatto le tante richieste dei presenti, **complimentandosi con L'Ordine di Perugia, che ha definito "città virtuosa per la formazione continua"**, per l'organizzazione, la sensibilità e, soprattutto, per i tantissimi appuntamenti culturali, tutti gratuiti e tutti con crediti ECM.

Nel corso del 2019, difatti, la Commissione

Aggiornamento e Cultura coordinata dalla dott.ssa Claudia Giannoni ha organizzato nella sede dell'Ordine 18 eventi culturali, spaziando su vari argomenti di interesse medico ed odontoiatrico, molti dei quali di notevole attualità.

A fare gli onori di casa ed a ringraziare il relatore, naturalmente, Graziano Conti e Verena De Angelis, Presidente e Vice Presidente dell'Ordine di Perugia, i Presidenti CAO di Perugia e Terni Antonio Montanari e Franco Borsaro, il Tesoriere dell'Ordine di Perugia Andrea Donati.



da sin: Andrea Donati, Franco Borsaro, Antonio Montanari, Claudia Giannoni, Stefano Almini, Graziano Conti, Verena De Angelis

Memo sugli obblighi nella formazione continua del professionista sanitario



La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce ai sensi dell'art. 16-quater del D. Lgs. n. 502 del 1992 requisito indispensabile per svolgere attività professionale come dipendente o libero professionista. Per il triennio 2017-2019 il monte complessivo crediti è di 150 e il professionista sanitario deve assolvere come discente di eventi erogati da

provider almeno il 40% del proprio fabbisogno formativo triennale, eventualmente ridotto sulla base di esoneri, esenzioni e altre riduzioni.

La residua parte del 60% dei crediti può essere maturata con attività di docenza in eventi ECM o attività di "Formazione individuale" quali: Pubblicazioni scientifiche, sperimentazioni cliniche, tutoraggio individuale, formazione individuale all'estero, attività di autoformazione (lettura di riviste scientifiche, di capitoli di libri e di monografie non preparati e distribuiti da provider accreditati ECM). L'obbligo di formazione continua decorre dal 1° gennaio successivo alla data di iscrizione all'Ordine.

Il professionista sanitario può richiedere al proprio Ordine di appartenenza l'attestazione del numero di crediti formativi registrati nel sistema del COGEAPS e conoscere in qualsiasi momento il numero di crediti formativi maturati e l'assolvimento o meno dell'obbligo formativo o collegandosi al link www.cogeaps.it, eseguendo la opportuna registrazione e accedendo al proprio profilo personale.

Sempre presso il proprio Ordine può inoltre, al termine del triennio formativo di riferimento, richiedere l'eventuale certificazione del pieno soddisfacimento dell'obbligo formativo.



GARANTIRE L'ASSISTENZA SANITARIA AGLI IMMIGRATI

PROF. FORTUNATO BERARDI

Sono in aumento le malattie virali, batteriche e parassitarie (TBC, HIV, AIDS, scabbia, morbillo, pediculosi, ecc.). Per tutelare la salute pubblica, quella individuale ed anche i diritti umani (Stefano Di Marzio, Doctor, n. 2, 2009) è opportuno migliorare e facilitare l'accesso ai servizi sanitari per le persone immigrate. Il diritto all'assistenza deve essere garantito anche agli stranieri non in regola con le norme di soggiorno ed ai comunitari in condizioni di fragilità sociale con accesso alle cure urgenti, alla medicina preventiva, anche per soggiorni brevi, soprattutto per le malattie trasmissibili, segnalandole tempestivamente alle strutture sanitarie. Ogni intervento sanitario non deve essere e non è, effettivamente, segnalato se non per quello obbligatorio di legge, come avviene per gli italiani. Questa norma peraltro è scolpita nella coscienza e nella deontologia dei medici da secoli. Tutto ciò anche in rapporto a quanto stabilito dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, presieduta da Salvatore Geraci. Perché la TBC, la scabbia, l'HIV l'AIDS, la pediculosi, il morbillo, ecc.?. Perché si registra un aumento di casi ne-





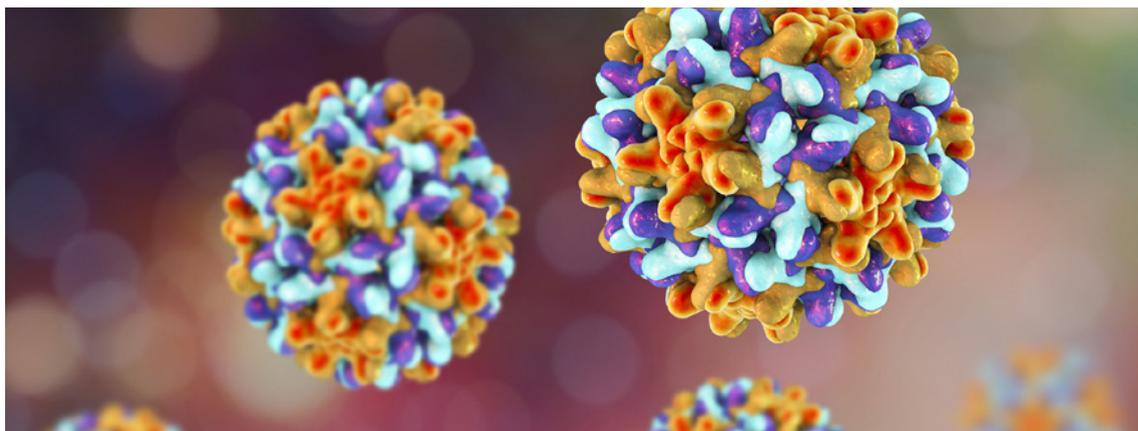
gli immigrati dai paesi ove tali malattie sono endemiche. Per quanto riguarda le cure primarie, le azioni considerate fondamentali dagli autori, dalla letteratura scientifica ed esperienze dirette, sono rivolte al trattamento di queste patologie, sia della malattia che dell'infezione (Stefano di Marzio).

Pertanto, i principali interventi devono essere rappresentati da:

- 1) Tempestivo accesso ai servizi di persone immigrate
- 2) Offrire agli immigrati la possibilità di una diagnosi precoce,
- 3) Utilizzare tutte le occasioni di contatto con i servizi sanitari per la ricerca delle affezioni e successivo trattamento in pazienti asintomatici, provenienti da paesi ad alta incidenza di immigrati in condizioni socioeconomiche svantaggiate;
- 4) Ogni operatore che svolge attività con gli immigrati dovrebbe incoraggiarli a scegliersi un medico di famiglia, all'atto di richiedere il permesso di soggiorno.

Infine, tutti gli operatori che lavorano in centri di assistenza sanitaria dedicati agli immigrati, anche irregolari, devono prevedere:

- A) Individuazione di figure dedicate alla gestione del caso specifico, avvalendosi anche di mediatori culturali per il collegamento fra le diverse strutture assistenziali,
- B) L'attuazione di interventi atti a migliorare l'adesione ai trattamenti opportuni;
- C) Misure per assicurare l'accesso ai servizi e il trattamento gratuito;
- D) Misure per identificare e contrastare la non adesione ai controlli iniziali e successivi;
- E) Terapie intraprese e, ove possibile, seguite a domicilio del paziente o in luoghi facilmente accessibili.



LE VACCINAZIONI IN GRAVIDANZA

DOTT.SSA MICHELA CARDAMONE



Introduzione

Il 7 agosto 2018 il Ministero della Salute ha emanato la circolare n. 23831 che raccomanda alcune vaccinazioni per le donne in età fertile e in gravidanza. Scopo del documento è quello di ribadire

l'importanza delle vaccinazioni come strumento di promozione della salute della donna in età fertile, in previsione e durante la gravidanza, proteggendo se stessa e il nascituro da alcune specifiche patologie infettive, come sottolineato anche nel Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019.

Schema riassuntivo delle informazioni fornite nella circolare:

Tabella 1: Vaccinazioni in donne in età fertile, in gravidanza e nel puerperio

Vaccinazioni in età fertile		Note
Raccomandate	MPR e varicella	Se non vaccinata e anamnesticamente negativa anche solo a una delle malattie elencate. Ritardare la gravidanza di 4 settimane dopo la vaccinazione
	dTpa	Richiamo ogni 10 anni
	HPV	Prima dell'inizio dell'attività sessuale, intorno al 12esimo anno di vita. Raccomandato anche recupero in caso di non vaccinazione in quella età
Vaccinazioni in gravidanza		
Raccomandate	dTpa, influenza inattivato	Idealmente intorno alla 28esima settimana e ad ogni gravidanza, indipendentemente dalla storia anamnestica clinica e vaccinale
Controindicate	Vaccini vivi attenuati (MPR, Varicella, zoster), BCG ¹ , encefalite giapponese ²	Vaccini MPR, Varicella, zoster se somministrati non comportano indicazioni all'interruzione volontaria di gravidanza.
Non raccomandate per dati non disponibili	HPV, Tifo orale (se necessario, preferire la formulazione a subunità iniettabile), pneumococco	Se somministrate non comportano indicazioni all'interruzione volontaria di gravidanza.
Possibili se beneficio maggiore del rischio	Epatite A, epatite B, IPV ³ , meningococco, TBE ⁴ , rabbia, colera, febbre gialla ⁵	Se somministrate non comportano indicazioni all'interruzione volontaria di gravidanza.
Vaccinazioni nel puerperio		
Raccomandate	MPR e varicella	Se la donna non è stata vaccinata e se anamnesticamente negativa anche solo a una delle malattie elencate
	dTpa	Se la donna non è stata vaccinata durante la gravidanza. In tale evenienza è altresì opportuna la vaccinazione dei contatti stretti.

Le vaccinazioni raccomandate in gravidanza e offerte gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale includono quella contro la pertosse (contenuta nel vaccino anti difterite-tetano- pertosse, dTpa) e quella antinfluenzale (se la gestazione si verifica durante una stagione influenzale).

Alcune vaccinazioni non sono raccomandate per motivi precauzionali, altre per mancanza di dati (HPV), molte possono essere semplicemente rimandate, mentre sono controindicate le vaccinazioni con virus vivi attenuati (MPR e VAR).

Pertosse

Il dTpa è utilizzato con successo nei programmi di immunizzazione nazionale di molti Paesi. In Paesi come il Belgio la vaccinazione per pertosse è raccomandata per ogni gravidanza. Il vaccino per la pertosse in gravidanza è utilizzato di routine nel Regno Unito da ottobre 2012. Negli USA il vaccino dTpa è uno dei vaccini regolarmente raccomandato per l'immunizzazione di donne in gravidanza.

La pertosse è una malattia respiratoria sostenuta da un cocco-bacillo Gram negativo, la *Bordetella Pertussis*. È una patologia in crescita in tutti i Paesi occidentali e se il contagio avviene in gravidanza, le conseguenze possono essere molto gravi. La mamma può, infatti, trasmettere l'infezione al feto e, secondo le stime, quasi il 2% dei bambini infettati da pertosse, entro il primo anno di vita, va incontro a morte. La pertosse è una malattia molto pericolosa nei bambini con meno di un anno ed ancor di più in quelli con meno di 6 mesi di vita, circa la metà dei bambini con meno di 1 anno che si ammala di pertosse richiede il ricovero.

Nei bambini le complicanze più frequenti sono: polmoniti e broncopolmoniti (circa nel 12% dei casi), otiti medie, crisi di apnea, convulsioni ed encefalopatia. L'encefalopatia è la complicanza più grave, si verifica in 1-3 bambini su 1000 e nella metà dei casi determina paralisi, ritardo mentale ed altri disturbi neurologici permanenti.

L'uomo è l'unico serbatoio noto del batterio, pertanto la trasmissione della malattia avviene solo tra esseri umani e nelle prime fasi di vita del nascituro, la madre rappresenta la principale fonte di infezione. Per questo motivo la vaccinazione in gravidanza è un punto cruciale nella lotta contro questa malattia infettiva che tutt'oggi rappresenta un problema di sanità pubblica in quanto causa di morbilità e mortalità a livello globale nei soggetti in età pediatrica, nonostante le elevate coperture vaccinali ormai raggiunte nell'infanzia.

La vaccinazione contro la pertosse ha portato ad un progressivo calo dei casi di malattia negli ultimi decenni. Infatti l'uso del vaccino nell'infanzia protegge la popolazione pediatrica dove l'incidenza si è ridotta, ma la malattia ora sta aumentando negli adolescenti e adulti che hanno perso la loro protezione immunitaria (la protezione conferita dal vaccino ha una durata limitata 4-12 anni e anche l'immunità acquisita in modo naturale tende a sparire nel tempo) e nei neonati che non hanno ancora iniziato o completato il ciclo primario di vaccinazione.

Poiché la prima dose di vaccino antipertosse è somministrata nel terzo mese di vita, i neonati sono privi di protezione e, infatti, la gran parte dei casi notificati e dei ricoveri ospedalieri interessano proprio le fasce d'età più piccole.

La vaccinazione contro la pertosse viene effettuata utilizzando il vaccino dTpa (difterite-tetano-pertosse). Il rationale di tale associazione risiede nella necessità, per tutte e tre le vaccinazioni, di richiami periodici da effettuare nel corso della vita.

I vaccini attualmente utilizzati nella maggior parte dei paesi occidentali, inclusa l'Italia, sono "acellulari", che contengono cioè solo alcune parti proteiche dei patogeni inattivati.

I dati di letteratura dimostrano che i vaccini con virus inattivati sono sicuri e dotati di un profilo rischio/beneficio decisamente favorevole anche in gravidanza.

Numerosi dati derivanti dalla sorveglianza (AIFA. Agenzia italiana del farmaco) e studi osservazionali sul dTpa somministrato a donne in gravidanza non hanno evidenziato alcun aumento degli esiti negativi nella madre, nel bambino o nella gravidanza.

Il periodo ideale per la somministrazione del vaccino dTpa è il terzo trimestre di gravidanza, in particolare tra la 27 e la 36 settimana. La scelta di tale periodo si basa sull'evidenza che la concentrazione degli anticorpi specifici inizia ad aumentare nella mamma circa 2 settimane dopo la vaccinazione e questo permette il passaggio di IgG specifiche attraverso la placenta, che saranno presenti alla nascita a livelli ottimali.

La vaccinazione è raccomandata anche a chi in passato ha già effettuato il vaccino o si è ammalato di pertosse perché la protezione, in qualunque modo acquisita, tende a ridursi nel tempo. Non è indicato valutare lo stato immunologico per pertosse (né per tetano e difterite) mediante il dosaggio anticorpale nella donna, poiché non è un dato che modifica la raccomandazione di vaccinare ad ogni gravidanza.

Le donne in gravidanza dovrebbero ricevere dTpa durante ogni gravidanza, in modo da trasferire gli anticorpi a ogni bambino anche se hanno già fatto il vaccino nella precedente gravidanza. La strategia di vaccinare la madre in gravidanza è certamente la più importante ma non la sola. In sintesi le strategie da adottare per un risultato ottimale sono essenzialmente tre:

- vaccinazione di tutte le donne tra la 27a e la 36a settimana di ciascuna gravidanza;
- strategia *cocoon* (o "del bozzolo") cioè vaccinazione di tutti i componenti del nucleo familiare e di coloro che saranno a stretto contatto del neonato;
- vaccinare e mantenere alte coperture vaccinali nella popolazione generale.

Sarebbe auspicabile l'applicazione contemporanea di tutte le strategie. L'ACIP (Advisory Committee on Immunization Practice) raccomanda che tutti gli adolescenti e adulti, che avranno un contatto stretto con un bambino di meno di 12 mesi (padre, madre, baby sitter, nonni ecc.), siano vaccinati, a meno che non abbiano fatto una dose di recente. In realtà la strategia *cocoon* non è di facile applicazione e finora non ha dato i risultati sperati, pertanto rimane prioritaria la raccomandazione della vaccinazione anti-pertosse in gravidanza.

In Italia il PNPV 2017-2019 include la vaccinazione anti-pertussica tra quelle raccomandate per gli operatori sanitari. Tale indicazione è estesa anche agli studenti dei corsi di laurea dell'area sanitaria.

In tutto il mondo la pertosse è endemica con picchi epidemici che si presentano ogni 3-5 anni. La maggior parte dei casi di malattia si verifica nel periodo estivo-autunnale.

Nel 2016 a livello mondiale si sono verificati 140 mila casi di pertosse, dei quali circa 40 mila solo in Europa dove la maggior parte dei casi notificati proviene da Germania, Paesi Bassi e Polonia. Negli ultimi anni, anche in Paesi con alta percentuale di copertura vaccinale come Australia, Canada, Stati Uniti e Regno Unito, si è registrato un incremento dei casi di pertosse nei neonati nei primi tre mesi di vita a cui è seguito un aumento della mortalità per pertosse.

In Italia mancano i dati epidemiologici, conseguenza di una sotto-notifica e un sistema di sorveglianza non ottimale. Rilevazioni condotte dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) hanno evidenziato che la B. Pertussis circola ampiamente nella popolazione italiana. Nel 2016 sono stati notificati 965 casi di pertosse, nel 2018 sono stati riportati 2 casi di morte in seguito ad infezione da pertosse nei primi due mesi di vita. Questi 2 casi si sommano ad altri 6 decessi neonatali relativi ad un periodo precedente: tutti avevano meno di tre mesi di età, 2 erano nati pretermine. Cinque bambini non erano vaccinati e uno aveva ricevuto la prima dose. Nessuna delle mamme aveva ricevuto il vaccino per pertosse durante la gravidanza.

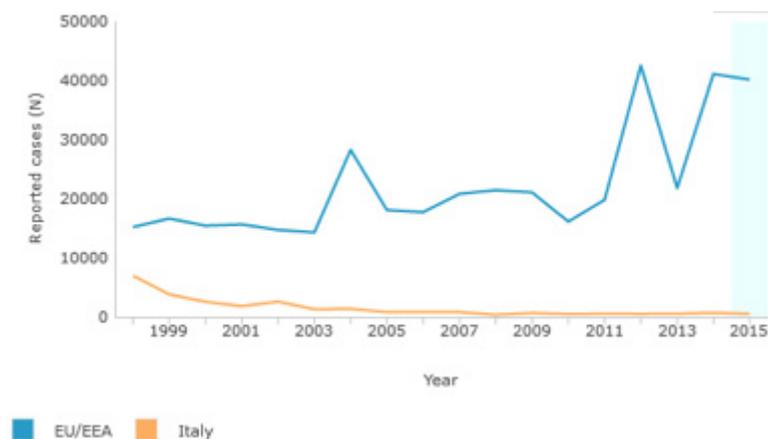


Grafico 1. Andamento dei casi di pertosse in Europa e in Italia dal 1999 al 2015 (fonte: European Centre for Disease Prevention and Control)

Influenza

Oltre al vaccino contro difterite-tetano-pertosse, viene raccomandato alle donne che si trovano nel secondo o terzo trimestre di gravidanza durante la stagione influenzale di vaccinarsi contro l'influenza. L'influenza, infatti, può essere aggressiva per le gestanti che hanno una più alta probabilità di contrarre questa infezione e di sviluppare complicanze importanti come sovrainfezioni batteriche, polmoniti, sindrome da distress respiratorio acuto, inoltre sono a maggior rischio di ospedalizzazione. Per il nascituro alcuni studi rivelano un maggior rischio di sofferenza fetale, parto pretermine, taglio cesareo, basso peso alla nascita e morte perinatale.



Le politiche nazionali dei vari Paesi differiscono molto, specialmente a causa della carenza dei dati disponibili, in particolare riguardo alla vaccinazione durante il primo trimestre.

Secondo l'attuale posizione dell'OMS, tutte le donne in gravidanza dovrebbero essere vaccinate durante la stagione influenzale. In Canada e negli Stati Uniti si consiglia la vaccinazione a donne in gravidanza sane senza tener conto del trimestre. In Australia il vaccino viene offerto alle donne in gravidanza sane che si trovano nel secondo o terzo trimestre durante la stagione influenzale. In Europa il numero degli Stati che raccomanda la vaccinazione è molto aumentato nel tempo. Ventuno Stati raccomandano la vaccinazione in ogni epoca della gravidanza e sette, tra cui l'Italia, raccomandano la vaccinazione nel secondo-terzo trimestre.

I vaccini attualmente disponibili in Italia sono i cosiddetti *split virus*, costituiti da virus frammentati, e i vaccini a subunità, in cui sono presenti solo alcune proteine di superficie della particella virale. Questi due tipi di vaccino non contengono virus vivi e danno un'ottima protezione. I vaccini influenzali inattivati possono essere impiegati in tutte le fasi della gravidanza. Data l'indicazione alla vaccinazione annuale per l'influenza, è raccomandata la ripetizione della vaccinazione in ogni gravidanza anche se ravvicinate nel tempo.

La vaccinazione in gravidanza ha un effetto protettivo sui neonati che si determina attraverso il passaggio di anticorpi protettivi dalla madre al feto dopo circa due settimane dalla vaccinazione.

Come emerge dagli studi di sorveglianza, la vaccinazione non ha alcuna correlazione con aborto, nato pretermine, piccolo per l'età gestazionale o malformazioni (Epicentro).

Conclusioni

Nonostante i vantaggi che derivano dalla immunizzazione materna per pertosse e influenza, attualmente nel nostro Paese l'adesione è ancora molto bassa e la sua attuazione non è ancora entrata nella pratica routinaria. Il Pediatra di Libera Scelta (PLS), i Medici di Medicina Generale (MMG), i ginecologi e tutte le altre figure sanitarie rivestono un ruolo strategico sia perché punto di riferimento, sia per la conoscenza della storia clinica e personale dei propri assistiti.

Dal punto di vista della donna, le vaccinazioni sono percepite come non necessarie e anzi rischiose per il feto o per il nascituro.

Quando si raccomanda una vaccinazione in gravidanza, è importante ricordare che l'obiettivo principale della donna è la salute del nascituro. Pertanto è fondamentale concentrare la comunicazione sui rischi/benefici della vaccinazione rispetto alla malattia e di come la vaccinazione protegga il neonato aiutando così la donna ad accettare in modo consapevole la vaccinazione in gravidanza. Le raccomandazioni fornite dagli operatori sanitari sono il fattore più significativo che influenza la decisione di vaccinarsi da parte delle donne. La donna in gravidanza necessita di informazioni chiare e rassicuranti. L'obiettivo comune è di "proteggere", affinché infezioni prevenibili non siano più causa di aumentata mortalità e morbosità materno/feto/neonatale.

Per dissipare dubbi e false credenze sui vaccini non si può prescindere da un ascolto attivo e attento a cogliere tutte le perplessità di una donna in gravidanza. È necessario contrapporre un'informazione completa e corretta alle opinioni personali, alle opinioni di persone non esperte o alle informazioni trovate in rete senza alcuna base scientifica provata. La barriera principale all'adesione alle vaccinazioni è, infatti, la disinformazione e le false credenze che si trasformano poi in diffidenza e rifiuto.

Fonti

Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019

Circolare del Ministero della Salute del 21 novembre 2018 "Vaccinazioni raccomandate per le donne in età fertile e in gravidanza"

www.epicentro.iss.it/influenza/

<https://www.epicentro.iss.it/pertosse/>

Ministero della Salute

Rivista di Ostetricia Ginecologia Pratica e Medicina Perinatale. Vol. XXXII N.1/2018

Safety and immunogenicity of tetanus diphtheria and acellular pertussis (Tdap) immunization during pregnancy in mothers and infants: a randomized clinical trial.

Munoz, Bond *et al.* JAMA. 2014 May 7;311(17):1760-9.

Strategies to decrease pertussis transmission to infants. Pediatrics. Forsyth, Plotkin *et al.* 2015 Jun;135(6):e1475-82.

Tdap vaccination during pregnancy to protect newborns from pertussis infection.

Mazzilli S. *et al.* Ann Ig. 2018; 30:346-363.

Maternal immunization: Where are we now and how to move forward? Vojtek I, *et al.* Annals of Medicine, 2018



*Campagna
per la difesa della salute
contro l'abusivismo medico
e odontoiatrico*

Dal 1[^] Aprile 2017 è partita la "Campagna per la **difesa della salute** contro l'abusivismo medico odontoiatrico. Siete **tutti invitati alla** massima collaborazione favorendo la diffusione di **questa iniziativa** affiggendo nei vostri studi tali manifesti e locandine. **E' stata anche** attivata una pagina FaceBook **#MEDICI VERI**. Visitatela e esprimete il vostro "mi piace" e eventuali commenti e suggerimenti.

L'ABITO non fa il MEDICO



*Se è un medico quello
di cui hai bisogno, allora affidati
a un **VERO MEDICO!***



Campagna
per la difesa della salute
contro l'abusivismo medico
e odontoiatrico

Un CAMICE non fa il DENTISTA



*Non basta sembrare
un dentista per essere
un **DENTISTA!***



Campagna
per la difesa della salute
contro l'abusivismo medico
e odontoiatrico