



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e Odontoiatri di Varese

OMCeO
Varese

2 | 2022

Il Bollettino

**Fine vita
e farmaci,
medici
in formazione**



**ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E ODONTOIATRI DI VARESE**

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente: Giovanna BERETTA
Vice Presidente: Teodora Maria GANDINI
Segretario: Carlo GRIZZETTI
Tesoriere: Cristina MASCHERONI
Consiglieri: Dino AZZALIN
Fabiola BAROSSO
Massimo Dario BIANCHI
Andrea CALBI
Giulio CARCANO
Clateo CASTELLI
Gianluca CASTIGLIONI
Alberto MAININI
Carlo NEGRI
Alessandra RUSSO
Alberto TARAS
Consigliere Odontoiatra: Jean Louis CAIROLI
Consigliere Odontoiatra: Pasquale PAONE

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente: Stefano Giovanni CASIRAGHI
Vice Presidente: Alberto CIATTI
Componenti: Jean Louis CAIROLI
Simona GIANI
Pasquale PAONE

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Presidente: Marco CAPELLINI
Componenti: Maria Cristina GIOMBELLI
Thomas ROSSI

VIALE MILANO, 27
21100 VARESE
TEL. 0332 232401
FAX 0332 235659

E-MAIL: info@omceovarese.it
PEC: protocollo@pec.omceovarese.it

2 | 2022 **Sommario**

Bollettino OMGeO Varese

DIREZIONE - REDAZIONE - AMMINISTRAZIONE

VIALE MILANO, 27
21100 VARESE
TEL. 0332 232401
FAX 0332 235659
www.omceovarese.it

Direttore Responsabile: Giovanna BERETTA
Direttore Editoriale: Dino AZZALIN
Caporedattore: Andrea GIACOMETTI
Comitato di Redazione: Stefano Giovanni CASIRAGHI
Teodora Maria GANDINI
Carlo GRIZZETTI
Cristina MASCHERONI
Segreteria di Redazione: Antonella MASCHERONI
Anna CILUMBRIELLO
Anna Maria CUNATI
Sara GILARDI
Elva GRAVINA

Progetto grafico: Maria CANTINI

Gli articoli sono pubblicati sotto l'esclusiva
responsabilità dei autori, le idee sono personali
e non impegnano la Direzione del Bollettino

I contributi per il bollettino dovranno essere
inviati a: bollettino@omceovarese.it
e verranno pubblicati secondo l'insiducabile
giudizio del Comitato di Redazione.

EDITORIALI

Martinella del Broletto all'Ordine per l'impegno all'Hub della Schiranna — 4
Fine vita e cura, camici bianchi sempre in prima fila — 6

CONVEGNO SUL FINE VITA

Il fine vita. Una riflessione morale — 8
Intervista al Professor Furio Zucco — 10
La decisione clinica nel fine vita, tra scienza ed etica — 11
Il medico e il fine vita — 13
Scienza nel fine vita. La riconciliazione terapeutica — 15

CONVEGNO SU FARMACI ANTI-COAGULANTI

Farmaci anticoagulanti, un convegno di successo — 18
Gli anticoagulanti orali diretti: dalle evidenze scientifiche alla pratica — 19
La gestione perioperatoria dei farmaci anticoagulanti diretti — 21
Strategie interventistiche per il controllo del ritmo ed indicazioni post-procedurali — 22
Stratificazione del rischio cardioembolico nella fibrillazione atriale
e le indicazioni alla terapia anticoagulante orale — 23

DIARIO DELL'ORDINE

24

MARTINELLA DEL BROLETTO ALL'ORDINE PER L'IMPEGNO ALL'HUB DELLA SCHIRANNA

Un momento intenso ed emozionante, l'aver ricevuto dal Comune di Varese la Martinella del Broletto in rappresentanza dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese e, più in generale, del mondo della sanità. Una cerimonia che si è svolta a luglio, presso le tribune *World Rowing championships*. Siamo stati insigniti della massima onorificenza cittadina insieme alle associazioni e alle realtà che hanno prestato la loro opera nell'Hub vaccinale della Schiranna.



di **Giovanna Beretta**
Presidente OMCeO Varese



Un onore e un'emozione legati a questo prestigioso riconoscimento, che ancora una volta rappresenta la conferma e l'apprezzamento di istituzioni e società nei confronti dei camici bianchi, che nei momenti più difficili si sono mobilitati rapidamente e hanno risposto con la loro opera continua all'appello delle autorità per fronteggiare la pandemia da covid. Una presenza, alla Schiranna, costata tempo e fatica, attenzione e competenza ai medici vaccinatori, che hanno mostrato, come già accaduto in passato, la loro partecipazione alla vita della comunità, ottenendo per questo un grazie non formale, per la collaborazione, dalla comunità stessa.

In questa occasione non posso non rendere un ricordo commosso al nostro presidente Dottor Roberto Stella, primo medico ad essere caduto in Italia nella battaglia contro il covid.

Così, d'ora in avanti, nel lungo albo d'onore della Martinella del Broletto a Palazzo Estense, figura, tra i tanti nomi di grande fama e notorietà, anche quello del nostro Ordine professionale. Un segnale importante, che ribadisce la

capacità dei medici di esserci soprattutto quando le difficoltà sono più grandi e appaiono quasi insormontabili, quando occorrono soggetti affidabili e pronti a scendere in campo, accanto alle tante realtà che compongono il grande esercito della solidarietà, a partire dalla Protezione civile.

Come ho sottolineato nel corso della cerimonia di consegna, vogliamo considerare l'assegnazione della Martinella proprio come un riconoscimento di un impegno senza tregua, che ha confermato come noi camici bianchi siamo sempre stati e saremo sempre figure a presidio e tutela del bene comune.

Ora che il covid, dopo due anni, mostra di avere subito colpi significativi grazie alla sinergia tra istituzioni, mondo della sanità, volontariato, pur non ancora vinto del tutto, possiamo rimarcare come a questo faticoso esito positivo i camici bianchi abbiano dato un innegabile contributo di professionalità e spirito di sacrificio, valori che la consegna della Martinella del Broletto riconosce di fronte e insieme a tutta la comunità civile. Eppure, nonostante il grande sforzo e l'importante contributo dato alla sconfitta del virus, siamo consapevoli che tutto ciò non è che un passaggio della vita e della storia del nostro Ordine professionale, che guarda al futuro, sempre pronto e disponibile ad intervenire laddove ce ne sia bisogno nell'interesse della salute del paziente. Un momento difficile, la battaglia contro il covid, che ci ricorda come i medici siano indispensabili nel garantire che, nel cammino della comunità civile, siano sempre assicurati a tutti salute e benessere, tutela e aggiornamento. La prova del covid è stata dura, ma i camici bianchi l'hanno affrontata consapevoli dell'importanza del loro ruolo, che anche in futuro sapremo svolgere al meglio, con la dedizione e la passione di sempre.



FINE VITA E CURA, CAMICI BIANCHI SEMPRE IN PRIMA LINEA

di **Dino Azzalin**
Direttore editoriale



Parlare del fine vita non è certo mio compito, ma, anche se spesso il nostro convinto, egotico e quanto più dannoso antropocentrismo ci fa credere di essere immortali, prima o poi ci troveremo quasi sicuramente a riflettere in proposito. Del resto pure l'animale, quando si sente braccato o sofferente o indebolito dalla vecchiaia, avverte che la sua ora è giunta. Sovente il medico interviene in prossimità dell'ora suprema e diventa insieme ai famigliari l'intimo testimone di eventi che si vorrebbero rimuovere durante tutta l'esistenza: la malattia, la sofferenza, e appunto la morte.

Dopo che Aiace, nell'omonima tragedia di Sofocle, in preda alla pazzia ha visto nelle pecore i nemici e li ha sterminati, punizione giustificata da un precedente atto di hybris del Telamónio, che Atena gli ha comminato per evitare la morte di Agamennone e Menelao che gli hanno negato le armi di Achille (e Aiace poi si ucciderà per la vergogna di avere sbagliato bersaglio), Odisseo, assegnatario del dono, prova nei confronti dell'eroe

un sentimento di pietà: "Provo compassione per lui anche se mi è nemico, perché è infelice, piegato da una terribile disgrazia. Nella sua sorte vedo riflessa anche la mia: vedo tutti noi che siamo vivi, siamo solo fantasmi, un'ombra vana" (vv. 121-126, traduzione di...). Ecco l'epilogo comune e collettivo di fronte al dolore: non siamo che fantasmi, ombra vana. La morte è il segno che il destino conclude il suo cammino in ciascuno di noi, la conferma che la natura non facit saltus, segue cioè il suo percorso e a poco valgono gli sforzi per deviarlo, perché esso si compie anche se l'uomo non vuole. Di lui potranno restare le opere che ha prodotto nel corso della propria esistenza.

L'unica disciplina che ci prepara a morire è la filosofia, mentre l'unico conforto che ci fa sperare è la fede. E ci viene in aiuto Seneca, che sostiene la necessità di vivere secondo natura, cioè di accettare serenamente la legge universale della vita e della morte. Per lui non esiste nessuna nobiltà di nascita né una condizione di schiavitù o di obblighi precostituiti, giacché ogni

essere umano nasce in uno stato di uguaglianza, poi saranno il fato e le occasioni a farne il paladino del bene morale o a indurlo al male. Non esistono né eccezioni né razze ma solo il prodotto continuo di mescolanze. Tutti noi siamo frutto di un meticcio, cosmopoliti, e ogni azione è in difesa dei nostri figli, dei nostri cari, e più in generale dei nostri simili. L'uomo quindi deve vivere in funzione dell'altro come insegna la natura, per esempio l'albero di ciliegie che non si nutre dei suoi frutti e non fa ombra per se stesso, o il torrente che non si abbevera alla propria acqua, cioè la Natura è al servizio della Terra, dell'uomo e di ogni vivente. Così insegna anche un grande maestro del '600, Baruch Spinoza. Nel tempo intermedio fa da sfondo sempre e in ogni caso l'arte medica, che fino all'ultimo cerca di far sopravvivere

l'individuo anche a costo di sovrumani patimenti.

Questo è oggetto di riflessione e di studio tra la filosofia e la medicina, l'accompagnamento del corpo che dopo la nascita subisce inesorabilmente la corruzione di tutti gli elementi che lo compongono. "La morte si sconta vivendo" è verso memorabile di Giuseppe Ungaretti (Sono una creatura, da Il porto sepolto, 1916), ed è vero, ma l'arte medica, lo abbiamo visto anche durante la pandemia, ha il dovere, se non di guarire, di curare bene e al meglio l'essere umano, anche a rischio dell'incolumità di chi si prodiga per i malati, e a Varese, così come in tutto il mondo, i medici si sono adoperati per difendere il diritto alla vita, pur correndo pericolo per se stessi.

La cura resta finalità irrinunciabile per il medico, sia nel tempo ordinario sia in quello segnato dall'eccezione. E dunque è altrettanto doveroso garantire la cura più aggiornata, più adeguata, più consapevole anche dei propri limiti. Prepararsi al meglio è una premessa fondamentale di tutto questo e sul terreno della formazione l'Ordine si è sempre impegnato con iniziative di alto livello, come dimostra il seminario sui medicinali anticoagulanti che qui documentiamo.

Dunque è giusto il riconoscimento della "Martinella del Broletto" al nostro Ordine, impegnato sempre in prima linea nell'assistenza sanitaria a casa e nelle corsie degli Ospedali in Terapia Intensiva. Resta un unico grande mistero e oggetto della speranza: l'immortalità dell'anima...

IL FINE VITA. UNA RIFLESSIONE MORALE

di Carlo Grizzetti
 Segretario OMCeO Varese
 e Direttore scientifico del convegno



e Coscienza che nella pratica medica il rapporto con la morte è stato per molto tempo in qualche modo eluso, vissuto come sconfitta, mentre con grandissimo impegno si tentava di prolungare a qualsiasi costo la vita. Atto considerato un dovere prima di tutto etico. Anche il rapporto con il paziente affetto da “male incurabile” ha sofferto e soffre tutt’ora della negazione e della menzogna davanti ad una prognosi infausta.

Il Congresso annuale del nostro Ordine ha voluto proporre un aspetto fondamentale della professione medica: il fine vita e la morte. Da sempre il medico si confronta con la morte. Il processo del morire è sempre stato presente nella Medicina e nella pratica medica. Nella tradizione Ippocratica il giuramento della “Clausola terapeutica” riconosceva una autorità assoluta al Medico sempre teso al bene del paziente. Riconosceva anche un ruolo indiscusso della Scienza che impegna il Medico nello studio continuo ed alla ricerca sempre sotto il vigilante controllo del senso di responsabilità e della coscienza. Ed è in Scienza

Ma la diffusione di una nuova consapevolezza, sempre più presente in molti settori della vita civile, la percezione del se’ e la necessità di autonomia propria di questa epoca moderna post-Illuminista, la necessità di verità ha rimesso in discussione molti aspetti della vita e dei rapporti interpersonali e tra questi anche il rapporto tra Medico e Paziente. Anche la morte ultimo dei grandi tabù sta lentamente cambiando nella percezione collettiva: oggi è un pò più facile parlare di malattia a prognosi infausta e ancor più di morte. Dopo il vano tentativo di nascerla, negarla, dissimularla la morte torna lentamente ad essere quello che nella

vita dell’uomo è sempre stata: un evento importante, ineludibile, collettivo e morale. Il principio di autonomia che rende il Paziente il soggetto morale della relazione terapeutica restituisce allo stesso la facoltà di compiere scelte vincolanti anche nei confronti dell’operato del Medico. E sono l’informazione ed il consenso che permettono una vera autonomia e la libertà di scegliere. E solo se è davvero libero il Paziente può partecipare attivamente all’atto Medico.



Ma l’autonomia non può che essere reciproca e non può esistere senza riconoscimento di entrambi così come non può essere illimitata. Come la libertà l’autonomia è limitata

dalla autonomia dell’Altro. Ed in questo delicato e complesso rapporto che viene chiamato il **Medico non più solo a prendersi cura della salute del proprio Paziente ma an-**

che e sopra tutto della sua Libertà.

Il fine vita rappresenta il momento estremo ed irreversibile dove queste scelte per loro natura definitive, vanno preparate e condivise. Solo così è realmente possibile sfuggire alla paura e all’angoscia.

Il Congresso ha cercato di fornire degli strumenti Clinici scientifici del processo del morire e delle scelte farmacologiche corrette ed ha voluto essere un primo passo per affrontare con competenza momenti difficili sia per la vita dei nostri pazienti e delle loro famiglie sia per la nostra vita professionale nella quale ognuno di loro lascia un segno.

INTERVISTA AL PROFESSOR FURIO ZUCCO

Furio Zucco è Professore a contratto Scuola specializzazione di Geriatria UNI Milano e Presidente Associazione di volontariato Presenza Amica Onlus



Si intende per sedazione terapeutica quella che riguarda il livello della coscienza del malato. La sedazione terapeutica interviene sulla coscienza del malato per lenire le sue sofferenze, per battere i sintomi refrattari come il dolore. Si intende per sedazione terapeutica un intervento farmacologico, che punta a lenire le sofferenze di una persona riducendone il livello di coscienza.

Veniamo ora alla differenza tra la sedazione e l'atto eutanasi.

L'atto eutanasi è un atto che intenzionalmente intende porre fine alla vita di un individuo, utilizzando presidi farma-

cologici. Da una parte quindi abbiamo una intenzione precisa, dall'altra parte l'utilizzo di una molecola in cui è chiaro il rapporto causale tra farmaci e fine vita.

Nel caso, invece, della sedazione non si tratta di un atto che punta intenzionalmente alla morte del malato.

Si tratta comunque di temi abbastanza confusi, basti pensare che esiste anche il tema della sedazione palliativa profonda.

Quanto ai sintomi refrattari, non hanno il significato di sintomi difficili. Ci può essere un dolore intenso, ma in certe terapie del dolore si può combattere quel dolore. Facciamo il caso che un sintomo refrattario sia una dispnea, ecco che su questo sintomo può intervenire la sedazione palliativa, agendo sulla coscienza della persona. Per qualcuno lo stress esistenziale legato alla sofferenza a fronte di una malattia avanzata, può portare alla liceità della sedazione palliativa.

Resta fondamentale che sia garantito al paziente il consenso informato relati-

a cura di **Andrea Giacometti**
Caporedattore



vo alle sue condizioni di malato, o nel caso ci sia qualcuno che non abbia una conoscenza perfetta del proprio stato, si deve garantire l'informazione che si sta morendo.

Ricordiamo che la sedazione palliativa è un percorso di condivisione con il malato. Si consiglia sempre di consultare e coinvolgere chi per professione fa il palliativista. Si tratta di un processo lento, tranne il caso in cui ci si trovi davanti ad un'emergenza.

Se poi parliamo di due temi come le cure palliative e la terapia del dolore, la Legge 38 del 2010 contempla due reti, una di cure palliative e una di terapia del dolore. Ma non si può dimenticare che molti malati alla fine incontrano il dolore, un tempo del dolore persistente e cronico. Esistono centri in Italia in cui si praticano le cure palliative e la terapia del dolore.

Non possiamo dimenticare che si tratta di interventi che devono essere alla portata di tutti. Interventi che sarebbe meglio si potessero svolgere all'interno di un'équipe.

LA DECISIONE CLINICA NEL FINE VITA, TRA SCIENZA ED ETICA



Il desiderio concreto e urgente di fermare l'inesorabile evoluzione verso la morte e di poter riabilitare un'infermità permanente, utilizzando organi e tessuti nuovi, sostiene da sempre la storia dei **trapianti d'organo**.

Trapianti di cuore, polmone, fegato risultano drammaticamente urgenti nelle condizioni in cui la funzione di questi organi è così compromessa da minacciare la vita del paziente stesso: l'intervento chirurgico di trapianto è allora la sola possibilità di salvare una vita!

Ancora, nella più parte dei casi la storia del trapianto inizia con una morte, una morte improvvisa: dopo i tentativi di rianimazione, il paziente viene collegato a un respiratore che consente la perfusione e la ossigenazione agli organi. Tuttavia, se nelle ore successive interviene la **morte cerebrale** il medico ha l'obbligo di richiedere il consenso per il prelievo di organi. *"Gli organi di mio figlio? Adesso me li venite a chiedere, ma perché non rispettate il mio dolore?"* In Italia la **cultura della donazione** d'organo non è del tutto sovrapposti-

di **Giulio Carcano**
Professore ordinario di Chirurgia Generale, Direttore del reparto di Chirurgia Generale d'urgenza e dei trapianti e direttore Dipartimento trapianti Asst Sette Laghi

le a quella di altri paesi. Forse perché per formazione, accettiamo più difficilmente la fisicità della morte dei nostri cari: a maggior ragione più difficilmente accettiamo la possibile deturpazione chirurgica dei loro corpi.

Preservare la dignità fisica di una persona cara defunta talora viene percepito come valore più grande rispetto ai benefici che la donazione porta all'individuo e di riflesso a tutta la società.

L'**"effetto Nicholas"** ha generato un aumento considerevole delle donazioni in un'Italia che fino ad allora aveva mostrato diffidenza e indifferenza: l'assassinio del piccolo Nicholas e il gesto dei genitori di donare i suoi organi e l'impennata delle persone che dichiararono la propria volontà di donare, e che poi effettivamente lo fecero, viene chiamato appunto "effetto Nicholas". Dai dati del Centro Nazionale Trapianti: nel 1994 i donatori erano 7,9 su un milione di abitanti, l'anno dopo si è arrivati al 10,1 fino a toccare i 24,3 donatori nel 2016.

Reginald Green, il papà di Nicholas: *"Ogni anno migliaia di famiglie in tutto il mondo donano gli organi."*



Il loro dolore è identico al nostro. Molte, comprensibilmente, dicono “no”. Viene chiesto di prendere una decisione irrevocabile su qualcosa cui magari non si è mai seriamente pensato prima. Alcuni rifiutano e se ne rammaricano per il resto della loro vita. È necessario mettere l’idea della donazione nei pensieri delle persone quando la morte è ancora un concetto distante”.

La ricerca sul significato dell’esistenza è il tema: in questo la chirurgia dei trapianti è assimilabile forse solo all’oncologia e alla cura dei malati terminali. Dai pazienti, uomini portatori di un bagaglio personale di storia, si può attingere in qualunque disciplina della medicina. Tuttavia, il trapianto si colloca in quell’attimo ultimo che richiede di riconoscerne il significato. Riconoscere che la vita è un dono rappresenta la possibilità di agire in modo assolutamente gratuito, senza prospettive di ritorno, per il genitore o per il coniuge di un paziente deceduto che accetti di donare gli organi. Le domande che riguardano **la fine della vita** hanno sempre interpellato l’umanità. Tuttavia, oggi assumono nuova importanza per l’evoluzione delle conoscenze e degli strumenti tecnici. È possibile protrarre la vita in condizioni che in un passato anche prossimo non si potevano nemmeno immaginare. Sostenere o sostituire funzioni biologiche può non equivale a promuovere la Salute. Il monito del Santo Padre alla World Medical Association è: *“occorre un supplemento di saggezza”*.
 Conviene allora indulgiare nell’evidenziare l’importanza del **fallimento**, quindi del limite e della morte, come possibile processo di apprendimento. Conviene rifarsi direttamente alle parole dell’alpinista Messner: *“la saggezza consiste soprattutto nel*

conoscere e rispettare più che le potenzialità, i limiti umani: si diventa consapevoli di questi limiti soprattutto in occasione dei fallimenti. È come un volare a ritroso”.

San Sebastiano, il giovane soldato, convertitosi al cristianesimo, ha attirato l’attenzione pittorica: la figura di un nuovo Apollo; dio della bellezza, è diventato infatti martire.

Nel torace di **San Sebastiano** denudato si conficcano le frecce: queste colpiscono il corpo, ma non scalfiscono.

Rimangono integri la bellezza, la fede, persino la fisicità e la morale come, con tratti di grande raffinatezza, dipingono i grandi artisti, dal Rinascimento al Barocco.

L’agiografia vuole che fosse proprio lui, San Sebastiano, a soccorrere i martiri della fede cristiana ovvero a provvedere alla loro sepoltura.

Ancora si ritrova San Sebastiano curato da **Irene**, in scene intime che fanno leva sul significato dell’aiuto all’altro, al più debole. Così, allo stesso modo, la cura della malattia si configura come la rimozione delle frecce da parte di Irene.

Noi, **Medici dei Trapianti**, vogliamo essere compagni in questa avventura dell’umano, non solo come sostegno professionale, ma condividendo le stesse domande ultime e la stessa voglia di esperienza.

IL MEDICO E IL FINE VITA

Il Medico di Medicina Generale ha un ruolo privilegiato nel poter seguire per anni, in molti casi per decenni, i cittadini che, secondo le vigenti normative, ne hanno potuto effettuare la libera scelta.

Il lungo rapporto professionale dovrebbe permettere al medico di apprendere i desideri del cittadino e della sua famiglia e di condividere con loro una pianificazione delle cure rispettosa dei loro desideri.

In questo contesto il periodo di fine vita risulta essere un passaggio molto delicato che dovrebbe essere la miglior conclusione possibile di un lungo ed approfondito percorso di condivisione nel rispetto del pensiero di Vittorio Ventafridda: *“ il malato è un essere umano fino agli ultimi istanti della vita, il morire è vita e deve essere la migliore vita possibile”*.

Purtroppo, per motivi culturali e per percorsi formativi inadeguati, il fine vita e la morte vengono spesso vissuti dai medici in generale con un senso di sconfitta ed affrontati in maniera poco rispettosa dei desideri dei malati. In effetti il concetto stesso di fine vita è abbastanza eterogeneo fra medici, qualunque ruolo essi ricoprano, e non

permette di definire in maniera omogenea quando inizia il fine vita o meglio quando un malato potrebbe essere definito alla fine della vita.

di Alessandro Guerroni
Medico di Medicina Generale



IL “FINE VITA”

- Periodo che precede la morte di un individuo per un processo che difficilmente potrà essere arrestato da cure mediche (Lamont)
- Periodo finale (ore, giorni, settimane, mesi) nella vita di una persona, in cui è clinicamente evidente che la morte è imminente e/o che sta entrando in uno stato terminale (Segens’s medical dictionary)
- Punto di rapido declino fisico, in generale nelle ultime settimane o mesi, prima di una morte inevitabile come risultato naturale della malattia (ESMO)

Lamont EB.
 A Demographic and Prognostic Approach to Defining the End of Life.
 Journal of Palliative Medicine, 2005

La letteratura definisce tre diversi momenti per tre diversi stadi.

In letteratura, si definiscono:

- Patients “approaching end-of-life” → 12 mesi
- Terminal (“end-of-life”) patients → 3 mesi
- Stato agonico → 48 ore

In realtà è molto difficile standardizzare l'inizio del fine vita in quanto molto differenziato a secondo delle diverse patologie e delle diverse situazioni multidimensionali. Possiamo sicuramente affermare che il fine vita è caratterizzato dalla presenza di una patologia inguaribile, progressiva ed in fase avanzata con prognosi infausta caratterizzata da segnali e sintomi definiti. Il ruolo del medico di medicina generale e dei curanti in genere, è quello di riconoscerli precocemente per poter garantire al paziente una buona qualità del vivere e del morire, ricordando che nella maggioranza dei casi la morte non è improvvisa ed inattesa.

Il compito principale del Medico di Medicina Generale è quello di porre particolare attenzione all'identificazione precoce, tra gli assistiti che ancora godono di una discreta qualità di vita ma che sono fragili, di tutti i malati con bisogni di cure palliative.

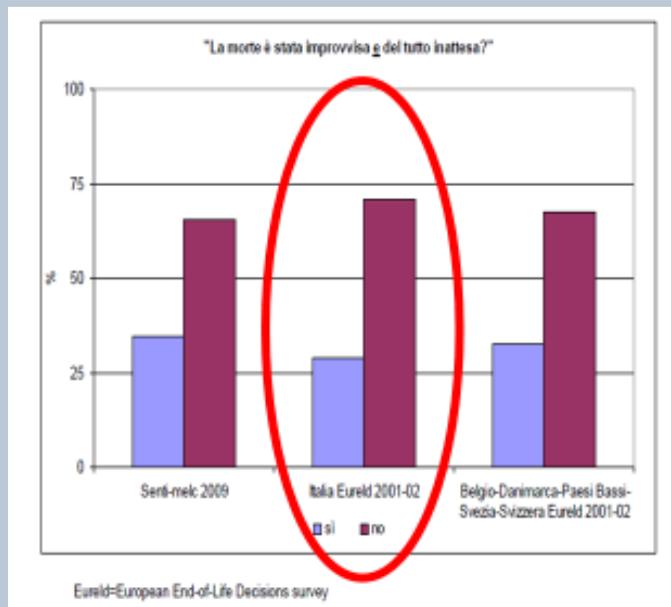
L'IDENTIFICAZIONE PRECOCE: QUANTO PRECOCE?

Le cure palliative si rivolgono a **tutte le persone portatrici di patologie croniche evolutive** senza esclusivo riferimento alle ultime fasi della vita.

Dalla recente letteratura l'orizzonte temporale di intervento delle cure palliative si è **esteso fino a 12-24 mesi prima della morte**.

OHTACR Recommendation Ontario Health Technology Advisory Committee. End-of-Life Health Care in Ontario: December, 2014

PER IL 70% LA MORTE NON È IMPROVVISA NÉ INATTESA



Bertolissi S., Miccinesi G., Giusti F., Come si muore in Italia. Storia e risultati dello studio Senti-MELC. Rivista SIMG 2012

La corretta identificazione dei malati suscettibili di cure palliative facilita l'attivazione di un supporto proattivo ai loro bisogni e conduce a un migliore coordinamento delle cure,

rispettose delle preferenze dei malati ed infine ad una migliore qualità della morte. Il Medico di Medicina Generale ha a disposizione numerosi strumenti validati che gli permettono una corretta identificazione precoce, una buona comunicazione e l'avvio di un percorso che si adatterà ai bisogni del malato sino alla sua morte e che assisterà la famiglia in tutte le fasi sino all'elaborazione del lutto.

di **Barbara Rizzi**
Direttore scientifico Centro Studi e Formazione Vidas

SCIENZA NEL FINE VITA. LA RICONCILIAZIONE TERAPEUTICA

Sintesi dell'intervento al convegno OMCeO VA del 21 maggio 2022

L'assistenza delle persone affette da patologie croniche e degenerative nell'ultimo periodo della loro esistenza ha come principale obiettivo quello del raggiungimento della migliore qualità di vita (QdV) possibile per la persona, tenuto conto del suo contesto di vita. È noto come il concetto di QdV sia estremamente soggettivo nonostante in ambito sanitario si faccia riferimento alla definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per cui per QdV si intendono le percezioni che gli individui hanno della propria collocazione nella vita in relazione al contesto culturale e al sistema di valori in cui vivono e rispetto ai propri obiettivi, aspettative, standard e interessi. Uno dei cardini per il raggiungimento di una QdV che sia accettabile per il paziente nel suo percorso di fine vita è senza dubbio quello relativo al controllo dei sintomi associati alla patologia prevalente e alle eventuali comorbidità. Seppure siano numerose le pubblicazioni che negli ultimi anni hanno posto l'ac-



cento sull'*appropriatezza prescrittiva* quale elemento capace di contribuire all'implementazione della QdV percepita dal singolo individuo, gli stessi dati di letteratura confermano l'elevata numerosità dei farmaci assunti dai pazienti nelle ultime settimane e purtroppo inevitabile compromissione della loro QdV. La definizione dei criteri di appropriatezza prescrittiva nel fine vita non si limita dunque a un esercizio teorico bensì ha un risvolto pratico molto importante: l'aderenza al piano terapeutico da parte del paziente e, più in generale, la *compliance* da

parte del nucleo paziente-famiglia al piano di cura proposto dall'équipe curante rappresentano le fondamenta su cui costruire quell'alleanza terapeutica necessaria per garantire sia elevati standard assistenziali sia la migliore QdV possibile per il paziente e i suoi familiari. Riconoscimento, riconciliazione e revisione farmacologica, quando applicati con rigore metodologico, rappresentano gli strumenti attraverso i quali anche il Medico di Medicina Generale può compiere l'intero processo decisionale che porta alla conferma o sospensione di un farmaco già prescritto



da altri medici ovvero alla prescrizione di un nuovo farmaco in maniera più consapevole e responsabile. I dati di letteratura infatti, suggeriscono che la *politerapia* (ovvero l'utilizzo contemporaneo di più farmaci prescritti dai medici) e la *polifarmacia* (ovvero l'utilizzo di più farmaci anche non prescritti dal medico) sono fenomeni molto frequenti nella popolazione di pazienti pluri-comorbidi, soprattutto se anziani. Questo porta sovente al fenomeno della *iperpolifarmacoterapia* (ovvero l'assunzione cronica di 10 o più principi attivi diversi) con conseguente aumentato rischio di declino funzionale, malnutrizione, degenerazione cognitiva e cadute. Se per appropriatezza si intende l'adeguatezza del trattamento relativamente alla condizione clinica, alla sua efficacia, alla probabilità di successo, alla capacità di ottenere un risultato duraturo, all'effettiva praticabilità, alle complicazioni ed eventi avversi previsti e ai costi economici non si può tuttavia dimenticare che la proporzionalità del trattamento è rispettata solo quando vi sia un bilanciamento

positivo tra appropriatezza e gravosità del trattamento proposto. Il concetto di gravosità è soggettivo e definisce il costo in termini di sofferenza per il paziente in relazione ai benefici attesi. Ciò significa che per garantire l'appropriatezza farmacologica è necessario che ogni decisione da parte del medico sia condivisa con il paziente nella certezza che il tempo della relazione sia tempo di cura (L 219/2017, art. 1, comma 8). La stessa legge 219 del 22 dicembre 2017 *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento* sottolinea l'importanza dell'instaurarsi di una relazione di cura e fiducia tra medico (ed équipe curante) e paziente (e familiari/ persone di fiducia del paziente) all'interno della quale il medico, mediante i processi di ricognizione, riconciliazione e revisione farmacologica, può giungere a una riduzione significativa del numero di farmaci prescritti con sospensione di quelli utilizzati a scopo preventivo e dei farmaci futili (che non abbiano alcuna ragionevole probabilità di ottenere un effetto che la persona malata possa percepire

come un beneficio ovvero che non producono un significativo vantaggio per il paziente). Quando la decisione di sospendere un farmaco che il paziente sta assumendo da «sempre» matura all'interno di una relazione di fiducia, tale sospensione può assumere il significato di cura per il paziente e non già di abbandono. Diversamente il rischio è quello che il paziente continui ad assumere i farmaci che ritiene utili per sé seguendo uno schema di terapia che può in realtà essere dannoso a lungo termine.

La Raccomandazione 17 (documento facilmente scaricabile dal sito del Ministero della Salute) pur essendo centrata sul concetto di riconciliazione della terapia in ambito ospedaliero, suggerisce alcune buone pratiche che possono essere applicate anche sul territorio dai MMG e dai PdL o dalle Farmacie di comunità: le terapie farmacologiche prescritte nelle *transizioni di cura* presentano spesso tra di loro differenze non imputabili ad una mutata condizione clinica del paziente. Tali differenze, tuttavia, dette *discrepanze non intenzionali*, possono determinare gravi danni. Per questi motivi, ad ogni transizione di cura è opportuno effettuare la cosiddetta ricognizione farmacologica ovvero il processo sistematico che consiste nella raccolta anamnestica dettagliata delle terapie che sta assumendo il paziente. Sulla base dei risultati della ricognizione terapeutica è possibile procedere alla

riconciliazione farmacologica (ovvero il processo in cui si confrontano i farmaci che il paziente sta assumendo con quelli ritenuti necessari per l'attuale circostanza) e alla revisione farmacologica (valutazione critica strutturata del profilo farmacologico di un paziente al fine di ottimizzare l'impatto dei farmaci e ridurre il rischio di problemi farmaco-correlati). Questi ultimi due processi sono da considerarsi strumenti di buone prassi anche per il MMG nella gestione dei pazienti cronici, complessi e fragili e quindi da ripetersi periodicamente.

Nell'ambito delle cure palliative di fine vita, infine, il processo di *deprescribing* è da considerarsi mandatorio. Dai dati di letteratura si evince che i farmaci sono suddivisibili in tre classi distinte: a) farmaci *preventivi* e quindi da evitare in quanto il tempo di vita medio dei pazienti è spesso inferiore al tempo necessario per osservare gli effetti del farmaco; b) farmaci *sintomatici* e quindi appropriati perché permettono di controllare il sintomo in tempi ragionevoli rispetto alla sopravvivenza attesa del paziente; c) farmaci la cui *appropriatezza prescrittiva è incerta* e per i quali occorre fare una valutazione ad personam in quanto la loro reale efficacia è in dubbio a causa della breve aspettativa di vita del paziente.

Per aiutare il medico nel processo di deprescribing è stato sviluppato uno strumento che è giunto ormai

alla seconda edizione. Si tratta del STOPPFrail-2 (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy) a cui è possibile fare riferimento nella pratica clinica.

Per ulteriori approfondimenti si segnala la seguente bibliografia di riferimento:

- American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel (2015). American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* Nov;63(11):2227-46
- Cadogan CA, Murphy M, Boland M, Bennett K, McLean S, Hughes C (2021). Prescribing practices, patterns, and potential harms in patients receiving palliative care: A systematic scoping review. *Explor Res Clin Soc Pharm.* 3:100050
- Curtin D, Gallagher P, O'Mahony D (2020). Deprescribing in older people approaching end-of-life: development and validation of STOPPFrail version 2. *Age Ageing.* 50(2):465-471
- Jyrkkä J, Enlund H, Lavikainen P, Sulkava R, Hartikainen S (2011). Association of polypharmacy with nutritional status, functional ability and cognitive capacity over a three-year period in an elderly population. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 20(5):514-22
- Lavan AH, Gallagher P, Parsons C, O'Mahony D (2017). STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): consensus validation. *Age Ageing.* 46(4):600-607
- Magaziner J, Cadigan DA, Fedder DO, Richard Hebel J (1989). Medication Use and Functional Decline among Community-Dwelling Older Women. *J Aging Health.* 1(4):470-84

- Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER (2013). Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf.* 13(1):57-6
- Pasina L, Astuto S, Nobili A (2016). La valutazione dell'appropriatezza prescrittiva nell'anziano: pubblicati i nuovi criteri di Beers. *Giornale Italiano di Farmacoecologia e Farmacoutilizzazione.* 8(1):5-15
- Pasina L, Recchia A, Agosti P, Nobili A, Rizzi B (2019). Prevalence of preventive and symptomatic drug treatments in hospice care: An Italian observational study. *Am J Hosp Palliat Care.* 36(3):216-21
- Pasina L, Recchia A, Nobili A, Rizzi B (2020). Inappropriate medications among end-of-life patients living at home: An Italian observational study. *Eur Geriatr Med.* 11(3):505-510
- Rochon PA, Gurwitz JH. The prescribing cascade revisited. *Lancet.* 2017;389(10081):1778-80
- Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, et al (2015). Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med.* 175(5):827-34
- SIAARTI. Le cure di fine vita e l'anestesista rianimatore: raccomandazioni SIAARTI per l'approccio alla persona morente - Update 2018. <https://www.sicp.it/documenti/altri/2018/07/il-nuovo-documento-siaarti-sul-fine-vita/>
- Thompson J (2019). Deprescribing in palliative care. *Clinical Medicine.* 19(4):311-4
- Waller DG (2012). The science of prescribing. *Br J Clin Pharmacol.* 74(4):599-600
- Tija J, Lund JL, Mack DS, Mbrah A, Yuan Y, Chen Q, Osundolire S, McDermott CL (2021). Methodological Challenges for Epidemiologic Studies of Deprescribing at End of Life. *Curr Epidemiol Rep.* 8(3):116-129
- Tija J, Velten SJ, Parsons C, Valluri S, Briesacher BA (2013). Studies to reduce unnecessary medication use in frail older adults: a systematic review. *Drugs Aging.* 30(5):285-307

FARMACI ANTICOAGULANTI, UN CONVEGNO DI SUCCESSO



L'Ordine dei Medici ha organizzato, in data 12 marzo 2022, un incontro formativo riguardante l'introduzione della nota 97 che regola la prescrizione di AVK e NAO/DOAC, da parte del medico di medicina generale, nei pazienti con FANV. La nota introdotta a giugno 2020 in maniera transitoria, e diventata definitiva nell'ottobre 2020, agevola il percorso di presa in carico, di una classe terapeutica finora prescrivibile solo da parte dello specialista. Introduce regole specifiche e raccomandazioni per il medico rispetto alla prescrizione e all'uso appropriato di tutti i farmaci anticoagulanti orali, dagli inibitori della vit. K, fino agli inibitori diretti della trombina o del fattore Xa (NAO/DOAC). La nota non abroga l'obbligo della compilazione dei PT informatizzati, che possono essere inseriti sulla piattaforma dedicata all'inserimento dei piani terapeutici, tramite il sistema TS. La possibilità di prescrizione di questi farmaci da parte dei MMG nasce dall'esigenza che la gestione del paziente affetto da malattie croniche, e questi pazienti sono sempre più numerosi e bisognosi di cure, sia appannaggio della medicina territoriale e si inserisce nella cogente

di Teodora Maria Gandini
Vicepresidente OMCeO Varese



necessità, anche da parte del paziente, di riferirsi sempre al medico di famiglia, sia nell'atto diagnostico che prescrittivo. Il MMG, può quindi riappropriarsi di un ruolo centrale nella prescrizione e gestione del paziente affetto da malattia cardiovascolare, in ogni suo aspetto. Il convegno si è svolto nella duplice modalità: in presenza con prenotazione e in webinar. L'interesse e la partecipazione suscitati dall'evento sono stati alti. L'intervento di colleghi estremamente competenti e preparati e la chiarezza espositiva, hanno permesso di dirimere dubbi e perplessità che sempre, con l'avvento di novità nel campo della Medicina Generale, possono generare confusione. I colleghi hanno inoltre espresso piena collaborazione e disponibilità nel coadiuvare i MMG in tutti gli atti, prescrittivi e diagnostici, propedeutici all'applicazione corretta della nota 97. Il convegno si inserisce in un percorso che da sempre vede impegnato l'Ordine a generare un stretta e proficua collaborazione tra territorio e ospedale, che ha come fine ultimo il benessere del paziente, ed è espressione di una grande professionalità da parte di tutti i medici coinvolti.

GLI ANTICOAGULANTI ORALI DIRETTI: DALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE ALLA PRATICA

La disponibilità degli anticoagulanti orali diretti (DOAC), a partire dal 2013, ha avuto un impatto significativo nella gestione della prevenzione del cardiembolismo nei pazienti con fibrillazione atriale non valvolare (FANV). Questi farmaci, con azione diretta specifica sul fattore IIa (dabigatran) o fattore Xa (apixaban, edoxaban, rivaroxaban) della coagulazione, sono caratterizzati da proprietà farmacodinamiche e farmacocinetiche prevedibili, che hanno permesso di formulare dosaggi fissi ed eliminato la necessità di monitoraggio routinario laboratoristico dei parametri coagulativi, come invece necessario per i farmaci dicumarolici, che hanno costituito l'unica possibilità terapeutica per oltre 70 anni. La prescrivibilità di tali farmaci per la FANV in regime di rimborsabilità è stata riservata per diversi anni ai soli medici specialisti ospedalieri (internisti, cardiologi, neurologi, geriatri, ematologi) tramite redazione di piano terapeutico AIFA. Dal giugno 2020, con la pubblicazione della nota 97, è stata estesa la possibilità di prescrizione anche ai Medici di Medicina Generale. Da allora, pertanto, si è reso neces-

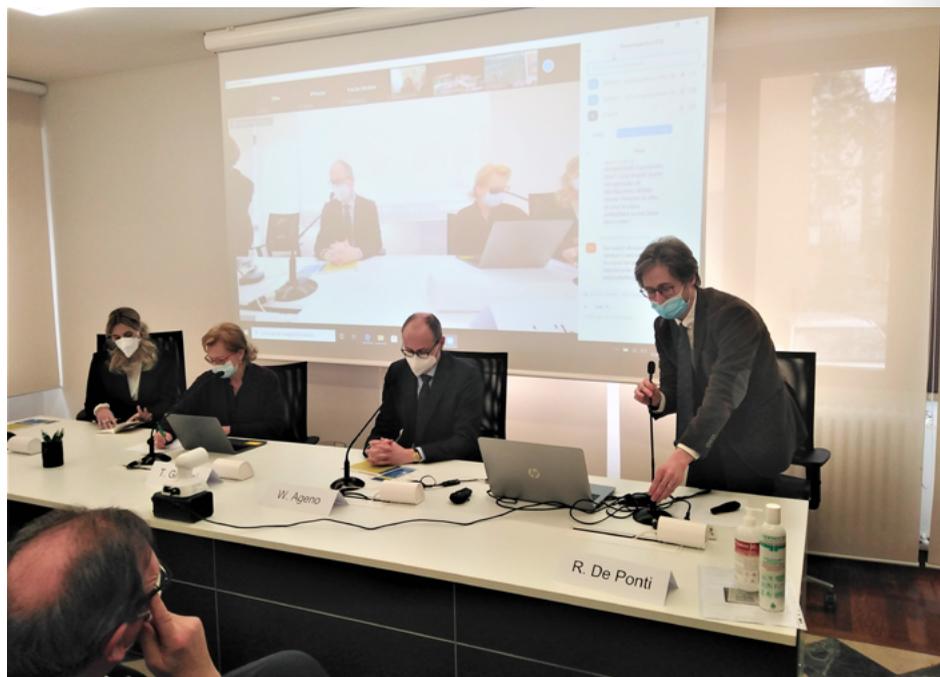
sario programmare attività formative specificatamente rivolte ad essi, in particolare in previsione della effettiva possibilità di redigere il piano terapeutico su portale regionale, realizzatasi a partire da Febbraio 2022. La conoscenza approfondita dei DOAC, infatti, è indispensabile in quanto essi sono attualmente indicati dalle linee guida basate sulle evidenze come opzione di prima scelta per la prevenzione del cardiembolismo nei pazienti con FANV. I DOAC presentano una rapida insorgenza d'azione, emivita breve ed assenza di interazioni significative con la dieta e minori interazioni con altri farmaci, rispetto ai dicumarolici. Inoltre, dai trial clinici autorizzati e dai dagli studi svolti dopo l'immissione in commercio, è emerso inequivocabilmente come i DOAC fossero associati ad una riduzione statisticamente significativa di circa il 50% del rischio di emorragia intracranica rispetto ai dicumarolici. Il loro profilo di efficacia e sicurezza è stato inoltre dimostrato anche in pazienti considerati fragili, come gli anziani ed in presenza di insufficienza renale non terminale. Tuttavia, occorre tenere presente



che la loro prescrizione non è indicata in pazienti con fibrillazione atriale valvolare (stenosi mitralica severa di natura reumatica) o portatori di protesi valvolari meccaniche; nei pazienti con insufficienza renale grave (velocità di filtrazione glomerulare < 30 mL/min per Dabigatran) o terminale (< 15 mL/min, per Apixaban, Edoxaban, Rivaroxaban) e nei pazienti con farmaci fortemente interferenti (antimicotici azolici sistemici, farmaci per HIV inibitori delle proteasi). È utile inoltre ricordare che può rendersi necessaria una condivisione di opinioni tra Medici di Medicina Generale e Specialisti per la gestione

di Marco Paolo Donadini
Professore associato
Dipartimento di Medicina e Chirurgia
Università dell'Insubria

dei DOAC in casi complessi, incluse le variazioni acute del quadro clinico, le complicanze emorragiche, la necessità di introdurre farmaci con potenziali interferenze maggiori, la gestione dell'anticoagulazione in fase perioperatoria. È fondamentale infine sottolineare l'importanza dell'educazione sanitaria del paziente in merito a qualsiasi terapia anticoagulante, inclusi i DOAC, anche se di più facile gestione rispetto ai dicumarolici, al fine di rendere consapevole il paziente dell'importanza della terapia e della segnalazione di ogni variazioni terapeutica e di eventuali eventi patologici intercorrenti, oltre ad istruirlo in merito ai comportamenti da tenere in caso di complicanze emorragiche.



In conclusione, i DOAC rappresentano attualmente i farmaci di prima scelta

per la prevenzione del cardioembolismo nei pazienti con FANV. L'applicazione della nota 97 ha consentito la loro prescrizione anche ad opera dei Medici di Medicina Generale, generando un sicuro vantaggio per la comunità medica e per i pazienti. Questo importante passaggio sottolinea ancora una volta l'importanza dell'aggiornamento continuo in medicina e della collaborazione stretta tra ospedale e territorio.



LA GESTIONE PERIOPERATORIA DEI FARMACI ANTICOAGULANTI DIRETTI

In Italia circa il 2% della popolazione totale assume farmaci anticoagulanti. Di questi pazienti, nei primi 2 anni, circa un quarto necessiterà di una sospensione della terapia, per andare incontro ad un intervento chirurgico o a manovre invasive. Ogni sospensione di terapia anticoagulante espone il paziente ad un rischio trombotico ed a un rischio emorragico.

In particolare, alle procedure invasive si associa un rischio emorragico che può essere: basso, come ad esempio per le piccole procedure odontoiatriche o per le procedure endoscopiche che non prevedano biopsie, oppure alto, come in caso di interventi di chirurgia maggiore o quando sia prevista un'anestesia spinale. Inoltre il paziente presenta un rischio emorragico individuale che può dipendere ad esempio dall'età, dalla funzione renale, dall'uso concomitante di altri farmaci (es. antiaggreganti) ed un rischio trombotico, che è poi la ragione per cui è in corso una terapia anticoagulante orale.



È fondamentale ricordare che i farmaci anticoagulanti diretti, a differenza del warfarin, presentano un'emivita molto breve che si aggira attorno alle 9-17 ore; quindi non necessitano dell'utilizzo di eparina a basso peso molecolare nel periodo perioperatorio, se non in particolari condizioni. Ove si ravveda l'indicazione ad interruzione della terapia anticoagulante, le linee guida consigliano una sospensione del farmaco circa 24-48 ore prima di una manovra invasiva o di

una procedura chirurgica (72 o 96 ore solo per determinati pazienti). Il timing di ripresa della terapia nel post-operatorio è invece meno definito; perché, se in caso di interventi minori l'assunzione del farmaco può avvenire il giorno successivo all'intervento, dopo interventi maggiori la reintroduzione dell'anticoagulante deve essere valutata attentamente tenendo conto dell'entità dell'intervento, dell'emostasi locale e delle eventuali complicanze periprocedurali.

STRATEGIE INTERVENTISTICHE PER IL CONTROLLO DEL RITMO ED INDICAZIONI POST-PROCEDURALI

Circa 20 anni fa, i dati dello studio AFFIRM mostravano che non vi era sostanziale differenza in termini di sopravvivenza se nei pazienti affetti da fibrillazione atriale si decideva di mantenere il ritmo sinusale mediante cardioversioni ed opportuna terapia farmacologica oppure si preferiva una strategia di “controllo della frequenza” che consisteva nel mantenere la fibrillazione atriale e controllare la frequenza di risposta ventricolare mediante farmaci che agissero sulle capacità conduttive del nodo atrioventricolare. Qualche anno dopo, lo studio AF-CHF dimostrò che non vi era differenza tra le due strategie di trattamento della fibrillazione atriale anche nei pazienti affetti da scompenso cardiaco in termini di mortalità, stroke e peggioramento dello scompenso cardiaco. A distanza di circa due decenni, lo studio EAST ha cambiato sostanzialmente lo scenario, dimostrando che una strategia di precoce mantenimento del ritmo sinusale dapprima con farmaci e poi anche eventualmente con il trattamento interventistico di ablazione transcateretere riduce in modo signifi-

cativo nel follow-up eventi importanti quali la mortalità da causa cardiovascolare, lo stroke e l'ospedalizzazione per scompenso cardiaco. La grande differenza rispetto al passato, messa in luce da questo studio, è la precocità di trattamento dopo la prima diagnosi e l'utilizzo non di soli farmaci ma anche dell'ablazione transcateretere per trattare casi refrattari alla terapia farmacologica. Attualmente, la procedura di ablazione transcateretere della fibrillazione atriale è una terapia consolidata in grado di eliminare la fibrillazione atriale in pazienti selezionati mantenendo il ritmo sinusale con tutti i benefici che ne derivano. Le linee guida della European Society of Cardiology la raccomandano in classe I per il trattamento sia delle forme parossistiche che persistenti qualora i farmaci antiaritmici non siano efficaci o tollerati. Nei pazienti scompensati con fibrillazione atriale, l'ablazione transcateretere, qualora sia efficace nel ripristinare il ritmo sinusale, può riportare ad una funzione cardiaca normale se l'aritmia era stata l'unica causa di scompenso cardiaco oppure migliorare le condizioni di compen-

di Roberto De Ponti
Responsabile Unità Operativa
Cardiologia ad indirizzo aritmologico
Ospedale di Circolo ASST Settelaghi



so nei pazienti con nota cardiopatia strutturale nei quali la fibrillazione atriale peggiora lo stato di compenso. Nel periodo periprocedurale ci sono due importanti indicazioni da seguire. La prima riguarda l'anticoagulazione orale che deve essere iniziata circa un mese prima della procedura e continuata anche dopo ablazione efficace qualora il valore di CHA2DS2-VASc lo indichi. La seconda sottolinea la necessità nel follow-up post-procedurale di promuovere stili di vita sani rimuovendo fattori di rischio per le recidive aritmiche quali l'eccesso ponderale e lo scarso controllo dei valori di pressione arteriosa.

STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO CARDIOEMBOLICO NELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE E LE INDICAZIONI ALLA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE

La fibrillazione atriale è un'aritmia molto frequente nella popolazione generale e si presenta con una prevalenza tra il 2 e 4% nella popolazione adulta. La fibrillazione atriale è associata in maniera indipendente ad un rischio aumentato di mortalità ed elevata morbilità. Uno degli aspetti più importanti nella gestione del paziente con FA è l'anticoagulazione. Lo score di CHA2DS2-VASC consente di stratificare il rischio tromboembolico del paziente con FA, identificando i pazienti a basso rischio trombotico che non necessitano di anticoagulazione (CHA2DS2-VASC: 0 per il sesso ma-

schile e CHA2DS2-VASC:1 per il sesso femminile). Per tutti gli altri pazienti la terapia anticoagulante orale è indicata previa valutazione del rischio emorragico. Lo score HAS BLED identifica con un punteggio ≥ 3 i pazienti ad alto rischio emorragico che necessitano di un'attenta valutazione dei fattori di rischio per sanguinamento e un follow up più stretto. I DOAC (apixaban 5 mg bid, dabigatran 150 mg bid, edoxaban 60 mg od, rivaroxaban 20 mg od) sono i farmaci anticoagulanti di prima scelta nel trattamento del paziente con fibrillazione atriale. Sono controindicati nei pazienti con severa insufficienza



di Silvia Bozzato
Unità Operativa Medicina d'urgenza
Ospedale di Circolo ASST Settelaghi



renale (EGFR sec CG < 15ml/min) e per i pazienti con insufficienza epatica severa. I DOAC possono essere utilizzati a dosaggio ridotto (apixaban 2.5 mg bid, dabigatran 110 mg bid, edoxaban 30 mg od, rivaroxaban 15 mg od) in caso di insufficienza renale con EGFR 30-50ml/min, peso < 60 kg e interferenze farmacologiche, in accordo con la scheda tecnica del singolo anticoagulante.

FA = fibrillazione atriale
DOAC = direct oral anticoagulant
EGFR = estimated glomerular filtration rate
CG = Cockcroft-Gault
bid = bis in die
od = omne in die

NUOVE ISCRIZIONI ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

● 5 APRILE 2022

ANDRONACO Riccardo di Comabbio (VA)
BALLIU Megi di Busto Arsizio (VA)
BISAZZA Lucrezia di Solbiate Olona (VA)
GALLI Rachele di Tradate (VA)
MIGLIETTA Emanuela di Varese
SEVESO Greta di Varese

Rigetto iscrizione

MANTOVANI Gabriele di San Genesio ed Uniti (PV)

● 3 MAGGIO 2022

BERTINO Giuseppe di Varese
FERRARESE Paolo di Jerago con Orago (VA)
FERRI Margherita di Gallarate (VA)
GASPAROLI Camilla di Somma Lombardo (VA)
LIZAJ Erina di Varese

● 7 GIUGNO 2022

GAINI Roberto di Luvinata (VA)
MIGLIA Irene di Varese
PIFFARETTI Gabriele di Bodio Lomnago (VA)
RUBINO Marisa di Varese
TOMASINI Chiara Giaeale di Morazzone (VA)

● 5 LUGLIO 2022

CLIVIO Bianca di Busto Arsizio (VA)
GERODIMOU Aikaterini Sofia di Varese
INTROINI Sveva di Varese
MALVESTITI Marco di Gallarate (VA)
MATTARELLI Giacomo di Varese
PEDRONI Giada di Sesto Calende (VA)
RIVA Sara di Laveno Mombello (VA)
TAFÀ Mitela di Varese
TRENTINI Mariana Emilce di Tradate (VA)
TUFANO Carolina di Varese

● 26 LUGLIO 2022

ABRAMO Michele di Cittanova (RC)
ANDREOLETTI Mirko di Cuasso al Monte (VA)
BANFI Giulia di Cassano Magnago (VA)
BARONTI Alice di Ispra (VA)
BATTAIOTTO Elena di Gallarate (VA)
BELHAJ Youssra di Castellanza (VA)
BELTRAMINI Cecilia di Golasecca (VA)
BORGHI Francesca di Cuveglio (VA)
BORGHI Silvia di Gerenzano (VA)

BUCICOVSCHI Vasile di Olgiate Olona (VA)
BUFFONI Martina di Gallarate (VA)
CAVONE Alberto Luigi di Gallarate (VA)
CIVELLI Martina di Comerio (VA)
COLOMBO Pietro di Castellanza (VA)
CORTI Elena di Casale Litta (VA)
DI MARTINO Sara Elena di Varese
FIDANZA Andrea di Cuveglio (VA)
FOTI Giuseppe di Busto Arsizio (VA)
FRANZETTI Letizia di Gavirate (VA)
GJETJA Bruna di Busto Arsizio (VA)
GRASSI Margherita di Cassano Magnago (VA)
GUARRERA Martina Rita di Busto Arsizio (VA)
LA ROSA Sara di Buguggiate (VA)
MANGINI Francesca di Varese
MARIANI Chiara di Saronno (VA)
MARSAN Giulia di Cardano al Campo (VA)
PAN Anna di Caronno Pertusella (VA)
PASSAMONTI Margherita di Luvinata (VA)
PICCINELLI Roberta di Brinzio (VA)
RICCIONI Francesca di Busto Arsizio (VA)
ROBERTO Licia di Varese
ROBI Barbara di Castellanza (VA)
SAGGIANTE Martina di Lecco
TARASCONI Elisa di Gazzada Schianno (VA)
TEVOSYANTS Nazar Ivanovych di Saronno (VA)
TOSI Elena di Bolladello di Cairate (VA)
VERRINI Gaia di Busto Arsizio (VA)
YEN Mi Mi di Gerenzano (VA)
ZECCHIN Ilaria di Gallarate (VA)

● 2 AGOSTO 2022

FANTUZZI Martina di Varese
FARHANGHI Sara di Olgiate Olona
GEROSA Silvia di Castelletto Sopra Ticino (NO)
LIUZZI Cecilia di Casciago (VA)
MASEDU Elsa di Caronno Varesino (VA)

● 13 SETTEMBRE 2022

ANDREATTA Margherita di Varese
BERENGAN Elisa di Varese
CACIOPPO Elettra di Varese
FERRARIO Cristiano di Busto Arsizio (VA)
KRIKELIS Giorgio di Thessaloniki (Grecia)
MARI Giulia di Venegono Superiore (VA)
MAGGIONI Chiara Maria di Gazzada Schianno (VA)

CANCELLAZIONI ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

● 5 APRILE 2022

Per dimissioni

ZANONI Marta Augusta di Lavena Ponte Tresa (VA)

Per trasferimento ad altro Ordine

DI LOSA Erika di Riccione (RN)
LANIA Antonino di Gallarate (VA)
LONGHI Fabiola di Jerago con Orago (VA)
WIELECKA Dominika Maria di Varese

Per morosità

GHIONZOLI Paolo di San Vittore Olona (MI)

● 3 MAGGIO 2022

Per dimissioni

LOCATELLI Ada di Varese

Per trasferimento ad altro Ordine

TENCONI Andrea Angela di Guanzate (CO)

● 7 GIUGNO 2022

Per dimissioni

FERIOLI Sergio di Gorla Minore (VA)
MARTEGANI Giulia di Cairate (VA)
NCHANKEH Sama Solange di Gallarate (VA)

Per trasferimento ad altro Ordine

COLOMBO Luca di Olgiate Olona (VA)
MOIANA Norma di Monza (MB)
PICOZZI Massimo di Como
ZACCARIN Matteo di Borgomanero (NO)

Per morosità

BALCONE GRIMALDI Gaetano di Sesto Calende (VA)

● 5 LUGLIO 2022

Per dimissioni

LIPPI Alessandra di Cuasso al Monte (VA)
MELLANA Luca di Cuasso al Monte (VA)

Per trasferimento ad altro Ordine

CONTI Valentina di Rovellasca (CO)
SALA Giorgia di Lodi
SAMBUCCI Daniele di Casale sul Sile (TV)

● 26 LUGLIO 2022

Per dimissioni

MASCHERONI Piero Franco di Varese
SALANDINI Giorgio di Daverio (VA)

● 13 SETTEMBRE 2022

Per dimissioni

PALUMBO Antonio di Massagno (Svizzera)

NUOVE ISCRIZIONI ALBO DEGLI ODONTOIATRI

● 5 APRILE 2022

ASPESI Fabio di Gallarate (VA)

Rigetto iscrizione

MANTOVANI Gabriele di San Genesio ed Uniti (PV)

● 3 MAGGIO 2022

SOLMI Andrea Massimo Marco di Besnate (VA)

● 7 GIUGNO 2022

KARIMI KOOSHK Shima di Varese

● 5 LUGLIO 2022

MULAS Jonathan Anthony di Tradate (VA)

● 26 LUGLIO 2022

GRASSI Alessia di Uboldo (VA)
QUAGLIA Alessia di Busto Arsizio (VA)

● 13 SETTEMBRE 2022

CAFORIO Francesco di Uboldo (VA)
PORRINI Camilla di Gallarate (VA)
ROSSI Federico di Cairate (VA)

CANCELLAZIONI ALBO DEGLI ODONTOIATRI

- **5 APRILE 2022**
Per morosità
GHIONZOLI Paolo di San Vittore Olona (MI)
- **5 LUGLIO 2022**
Per trasferimento ad altro Ordine
LUPARELLI Raimondo Vittorio Socrate Settimo di Roma
- **Per dimissioni**
ARNABOLDI Paolo di Caronno Pertusella (VA)
- **13 SETTEMBRE 2022**
Per dimissioni
JAKO' Eniko' Julianna di Gignese (VB)

RIEPILOGO DEGLI ISCRITTI AL 15 MARZO 2022

Nominativi iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi	5154
Nominativi iscritti solo all'Albo dei Medici Chirurghi	4729
Nominativi iscritti all'Albo degli Odontoiatri	984
Nominativi iscritti solo all'Albo degli Odontoiatri	559
Nominativi con Doppie iscrizioni	425
Totale delle iscrizioni	6138
Totale delle persone fisiche iscritte	5713

RICORDIAMO I COLLEGHI CHE CI HANNO LASCIATO

GAETA Luigi di Varese	deceduto il 03/07/2020
CARINI Roberto di Arsago Seprio (Va)	deceduto il 23/10/2020
TOIA Giovanni di Legnano (Mi)	deceduto il 25/10/2021
COZZI Giuseppe Paolo di Massarosa (Lu)	deceduto il 18/11/2021
CREMONA Marilena di Venegono Inf. (Va)	deceduta il 18/12/2021
ASTINI Gaetano di Germignaga (Va)	deceduto il 22/02/2022
AMBROSETTI Giovanni di Cairate (Va)	deceduto il 08/03/2022
FIORI Giangiacoimo di Sumirago (Va)	deceduto il 12/03/2022
MALACRIDA Vittore di Busto Arsizio (Va)	deceduto il 18/04/2022
FAGGIOLI Lodovico di Busto Arsizio (Va)	deceduto il 23/04/2022
SCHIAVI Wolfgang di Porto Valtravaglia (Va)	deceduto il 26/04/2022
CASSIOLI Davide di Gallarate (VA)	deceduto il 08/05/2022
CORBETTA Emilio di Varese	deceduto il 13/07/2022
LUSCHI Ivano di Casciago (VA)	deceduto il 20/07/2022
OLEGGINI Mario di Casorate Sempione (VA)	deceduto il 02/08/2022
CARABELLI Maurizio di Gallarate (VA)	deceduto il 23/08/2022
LOMBARDI Giuseppe di Travedona Monate (VA)	deceduto il 06/09/2022
LATEANA Francesco di Varano Borghi (VA)	deceduto il 10/09/2022

**MEDICI CON L'AFRICA:
MEETING E CONCERTO**

Quest'anno l'Annual Meeting di Medici con l'Africa Cuamm si svolgerà in modo speciale: il Cuamm si riunirà intorno a Papa Francesco a Roma, in Vaticano, sabato 19 novembre, al mattino. Un incontro tra "amici" che condividono la stessa passione per i più fragili, un momento di festa, ma soprattutto di impegno, di "resistenza", per dare voce a chi non ne ha, per denunciare la malvagità della guerra e delle sue conseguenze, anche lontane, per ribadire la volontà di costruire pace e futuro.



CONCERTO SOLIDALE
PIANOFORTE E VOCE SOPRANO

14 Dicembre 2022 - H. 21.00
Teatro di Varese

ROBERTO PLANO
uno dei più importanti pianisti italiani che vive attualmente negli Stati Uniti; vincitore del *Cleveland International Piano Competition* e di molti altri premi internazionali

SUSANNA RIGACCI
una dei più grandi Soprani Italiani che per 30 anni ha lavorato con il Musicista *Ennio Morricone*, di cui eseguirà brani tratti dai film più famosi

ANDREA BONFANTI
diplomato in Pianoforte al Conservatorio di Brescia

Seguirà programma completo e Bio-biblio dettagliati

Sempre per Medici con l'Africa Cuamm è in programma un concerto solidale il 14 dicembre al Teatro di Varese con il grande pianista Roberto Plano, il soprano Susanna Rigacci (la "voce" dei film di Morricone), il pianista Andrea Bonfanti.

