

volume 8
SUPPL. 1
2014 March



Italian Journal of Medicine

*A Journal of Hospital
and Internal Medicine*

Editor in Chief
Roberto Nardi

The official journal of the Federation of Associations
of Hospital Doctors on Internal Medicine (FADOI)

13^o Congresso Regionale FADOI Campania
Napoli 10-11 aprile 2014

Presidente: G. Uomo

The official journal of the Federation of Associations of Hospital Doctors on Internal Medicine (FADOI)

EDITOR-IN-CHIEF

Roberto Nardi, *Internal Medicine, Bologna, Italy*

CO-EDITORS

Giorgio Ballardini, *Osp. Rimini, Italy*
Giuseppe Chesi, *Osp. Scandiano (RE), Italy*
Francesco D'Amore, *CdA Fondazione FADOI, Roma, Italy*
Sirio Fiorino, *Osp. Budrio, Bologna, Italy*
Giovanni Scanelli, *Osp. Ferrara, Italy*

EMERITUS EDITORS

Vito Cagli, *Internal Medicine (past Director), Roma, Italy*
Sandro Fontana, *Internal Medicine (past Director), Biella, Italy*
Italo Portioli, *Internal Medicine (past Director), Reggio Emilia, Italy*
Mario Visconti, *Internal Medicine (Director), Napoli, Italy*

EDITORIAL BOARD

Giancarlo Agnelli, *Univ. Perugia, Italy*
Claudio Borghi, *A.O. Univ. Bologna, Italy*
Mauro Campanini, *A.O.U. Maggiore della Carità, Novara, Italy*
Maria D. Cappellini, *Osp. Maggiore Policlinico, Milano, Italy*
Raffaele De Caterina, *Univ. G. D'Annunzio, Chieti, Italy*
Salvatore Di Rosa, *Osp. Villa Sofia-Cervello, Palermo, Italy*
Andrea Fontanella, *Osp. FBF Buonconsiglio di Napoli, Italy*
Gianfranco Gensini, *Univ. Firenze, Italy*
Raniero Guerra, *Istituto Superiore di Sanità, Roma, Italy;*
Ambasciata d'Italia, Washington, DC, USA
Ido Iori, *Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia, Italy*
Giancarlo Landini, *Osp. S. Maria Nuova, Firenze, Italy*
Antonino Mazzone, *Osp. Civile Legnano (MI), Italy*
Carlo Nozzoli, *President of FADOI, Firenze, Italy*
Giuseppe Remuzzi, *Negri Bergamo Lab. and the Daccò Centre, Italy*
Walter Ricciardi, *Univ. Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italy*
Giorgio Vescovo, *Osp. San Bortolo, Vicenza, Italy*

YOUNG EDITORS

Carla Araujo, *Hosp. Amato Lusitano; UBI, Castelo Branco, Portugal*
Dimitriy Arioli, *A.O. S. Maria Nuova, Reggio Emilia, Italy*
Francesco Corradi, *A.O. Univ. Careggi, Firenze, Italy*
Mariangela Di Lillo, *A.O. Osp. Riuniti Marche Nord, Fano (PU), Italy*
Pierpaolo Di Micco, *Osp. FBF Buonconsiglio di Napoli, Italy*
Matteo Giorgi Pierfranceschi, *Osp. Piacenza, Italy*
Adolfo Iacopino, *Ist. Clinico Polispecialistico C.O.T., Messina, Italy*
Micaela La Regina, *Osp. S. Andrea, La Spezia, Italy*
Michele Meschi, *Osp. S. Maria, Borgotaro (PR), Italy*
Maicol Onesta, *Osp. Fabriano (AN), Italy*
Monique Slee-Valentijn, *VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands*

INTERNATIONAL BOARD

Mohamed Adnaoui, *President of SMMI; Univ. Mohamed V Souissi, Rabat, Morocco*
Inder Anand, *Veterans Admin. Medical Center, Minneapolis, MN, USA*

Stefan D. Anker, *Campus Virchow-Klinikum, Berlin, Germany*
Werner O. Bauer, *Facharzt für Innere Medizin, Kusnacht, Switzerland*
Isabelle Bourdel-Marchasson, *Centre de Gériatrie Henri Choussat, Hôpital Xavier Arnozan, France*
Vito M. Campese, *Univ. Southern California, Los Angeles, CA, USA*
Jordi Casademont i Pou, *Hosp. Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Spain*
Roberto Cataldi Amatriain, *International College of Internal Medicine, Buenos Aires, Argentina*
Antonio Ceriello, *IDIBAPS, Barcelona, Spain*
Pedro Conthe Gutiérrez, *Hosp. General Univ. Gregorio Marañon, Madrid, Spain*
Andrew Davenport, *IBM T.J. Watson Research, London, UK*
Leonidas Duntas, *Univ. Ulm, Germany; Evgenidion Hosp., Univ. Athens, Greece*
Osvaldo Ariel Estruch, *Univ. Abierta Interamericana, Buenos Aires, Argentina*
Samuel Zachary Goldhaber, *Brigham and Women's Hospital, Boston, MA, USA*
Dan Justo, *Tel-Aviv Medical Center, Tel Aviv, Israel*
Manuel Monreal, *Hosp. Univ. Germans Trias i Pujol, Badalona, Spain*
Marco Pahor, *Univ. Florida, Gainesville, USA*
Cornel C. Sieber, *Kilnikum Nürnberg, Germany*
Astrid Stuckelberger, *Univ. Geneva, Switzerland*
Bernardo Tanur, *American British Cowdary Hosp., Mexico City, Mexico*

CHAIRMEN/WOMEN-SECTION EDITORS

Complex patient, health care management
Ivan Cavicchi, *Univ. Tor Vergata, Roma, Italy*
Antonio Greco, *Osp. San Giovanni Rotondo (FG), Italy*

Gender medicine
Cecilia Politi, *Osp. Isernia, Italy*

Pneumology and respiratory diseases
Leonardo Fabbri, *Univ. Modena e Reggio Emilia, Italy*
Maurizio Marvisi, *Osp. Cremona, Italy*

Cardiovascular diseases-stroke care
Marco Masina, *Geriatrics, San Giorgio Di Piano; Bentivoglio (BO), Italy*
Simone Meini, *Osp. S. Maria Maddalena, Volterra (PI), Italy*

Diabetes, metabolic, nutritional and endocrine diseases
Giampietro Beltramello, *Osp. Bassano del Grappa (VI), Italy*
Lenka Bosanka, *Charité - Univ. Hospital Berlin, Germany*
Ezio Ghigo, *Univ. Torino, Italy*
Luigi Magnani, *Osp. Civile, Voghera, Italy*

Blood diseases
Antonio De Vivo, *Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna, Italy*
Gianluca Gaidano, *A.O.U. Maggiore della Carità, Novara, Italy*

Venous thromboembolic diseases
Francesco Dentali, *Osp. di Circolo, Varese, Italy*

Italian Journal of Medicine

*A Journal of Hospital
and Internal Medicine*



The official journal of the Federation of Associations of Hospital Doctors on Internal Medicine (FADOI)

Roberta Re, *Osp. Maggiore della Carità, Novara, Italy*
Mauro Silingardi, *Osp. Civile Guastalla (RE), Italy*

Nephro-urological diseases

Filippo Salvati, *Osp. Ortona (CH), Italy*
Antonio Santoro, *Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna, Italy*
Piero Stratta, *A.O.U. Maggiore della Carità, Novara, Italy*

Infectious diseases

Matteo Bassetti, *O.U. S. Maria della Misericordia, Udine, Italy*
Ercole Concia, *Univ. Verona, Italy*

Critical care

Francesco Dellacorte, *A.O.U. Maggiore della Carità, Novara, Italy*
Filippo Pieralli, *A.O. Careggi, Firenze, Italy*

Hypertension

Dario Manfellotto, *Osp. Fatebenefratelli, Isola Tiberina, Roma, Italy*
Michele Stormello, *P.O. "Umberto I", Siracusa, Italy*
Paolo Verdecchia, *Osp. Assisi (PG), Italy*

Hepatology and digestive diseases

Mario Pirisi, *A.O.U. Maggiore della Carità, Novara, Italy*
Claudio Puoti, *Osp. San Giuseppe di Marino (RM), Italy*
Generoso Uomo, *Osp. Cardarelli, Napoli, Italy*
Maurizio Ventrucci, *Osp. Bentivoglio (BO), Italy*

Osteoporosis and metabolic bone diseases

Paolo Leandri, *Osp. Maggiore, Bologna, Italy*
Andrea Montagnani, *Osp. Misericordia, Grosseto, Italy*
Fabio Vescini, *A.O.U. Santa Maria della Misericordia, Udine, Italy*

Rheumatic diseases

Paola Faggioli, *Osp. Civile, Legnano (MI), Italy*
Palle Holck, *Aalborg Univ., Denmark*
Carlo Salvarani, *Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia, Italy*

Geriatric medicine

Raffaele Antonelli Incalzi, *Univ. Campus Bio-Medico, Roma, Italy*
Afro Salsi, *Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna, Italy*

Clinical and practical pharmacology

Gianluca Airoidi, *Osp. Maggiore della Carità, Novara, Italy*

Teresita Mazzei, *President International Society of Chemotherapy
for Infection and Cancer, Univ. Firenze, Italy*
Alessandro Nobili, *Ist. Ricerche Farmacologiche "Mario Negri",
Milano, Italy*

Clinical competence - decision making

Cristina Filannino, *Univ. Bocconi, Milano, Italy*
Runolfur Palsson, *Landspítali University of Iceland*

Clinical governance

Chiara Bozzano, *Osp. San Donato, Arezzo, Italy*
Davide Croce, *LIUC - CREMS Castellanza (VA), Italy*
Maurizia Gambacorta, *Osp. Media Valle del Tevere, Todi (PG), Italy*
Domenico Montemurro, *Osp. San Bortolo, Vicenza, Italy*

Perioperative medicine-hospital medicine

Alessandro Morettini, *A.O. Careggi, Firenze, Italy*
Eric Siegal, *Critical Care Medicine, Aurora St. Luke's Medical
Center, Milwaukee, WI, USA*

Clinical oncology, palliative care

Massimo Costantini, *IRCCS Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio
Emilia, Italy*
Giorgio Lelli, *Dip. Oncologia (past Director), Ferrara, Italy*
Danila Valenti, *AUSL, Bologna, Italy*

Clinical imaging

Francesco Cipollini, *Osp. Generale Provinciale G. Mazzoni, Ascoli
Piceno, Italy*
Maurizio Ongari, *Osp. Porretta Terme (BO), Italy*
Luigia Romano, *Osp. Cardarelli, Napoli, Italy*

Updates from new guidelines and research

Giovanni Mathieu, *Osp. E. Agnelli, Pinerolo (TO), Italy*
Domenico Panuccio, *Osp. Maggiore, Bologna, Italy*
Giuliano Pinna, *Medicina Interna (past Director), Torino, Italy*

Basic, statistical and clinical research

Gualberto Gussoni, *Centro Studi-Fondazione FADOI, Milano, Italy*

Critical appraisal of medical literature and evidence-based medicine

Franco Berti, *Osp. San Camillo Forlanini, Roma, Italy*
Antonino Cartabellotta, *GIMBE, Bologna, Italy*

Editore: PAGEPress srl, via Giuseppe Belli 7, 27100 Pavia, Italy - www.pagepress.org

Direttore Responsabile: Camillo Porta

Tipografia: Press Up srl, via La Spezia 118/C, 00055 Ladispoli (RM), Italy

Registrazione: Rivista trimestrale registrata al Tribunale di Pavia n. 11/2013 del 8/4/2013

Poste Italiane SpA, Sped. in Abb. Postale DL 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n. 46) art. 1 comma 1, DCB Milano - Taxe percue

Società Scientifica FADOI - Organigramma

PRESIDENTE NAZIONALE

Mauro Campanini, Novara, Italy

PRESIDENTE ELETTO

Andrea Fontanella, Napoli, Italy

PAST PRESIDENT

Carlo Nozzoli, Firenze, Italy

SEGRETARIO

Giuseppe Augello, Canicattì (AG), Italy

TESORIERE

Dario Manfellotto, Roma, Italy

DIRETTORE RIVISTA ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE

Roberto Nardi, Bologna, Italy

RESPONSABILE RAPPORTI SOCIETÀ SCIENTIFICHE E ISTITUZIONI

Antonino Mazzone, Legnano (MI), Italy

RESPONSABILE SISTEMA GESTIONE QUALITÀ

Franco Berti, Roma, Italy

RESPONSABILE SITO NAZIONALE

Francesco Cipollini, Ascoli Piceno, Italy

DELEGATO FADOI ITALIAN STROKE ORGANISATION

Michele Stronello, Siracusa, Italy

COMMISSIONE FADOI GIOVANI

Paola Gnerre, Savona, Italy

Fondazione FADOI - Organigramma

PRESIDENTE

Giorgio Vescovo, Vicenza, Italy

COORDINATORE

Domenico Panuccio, Bologna, Italy

DIRETTORE SCIENTIFICO

Gualberto Gussoni, Milano, Italy

DIRETTORE DIPARTIMENTO PER LA FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO

Mauro Silingardi, Guastalla (RE), Italy

DIRETTORE DIPARTIMENTO PER LA RICERCA CLINICA

Giancarlo Agnelli, Perugia, Italy

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

<i>Consigliere</i>	<i>Paolo Arullani, Roma, Italy</i>
<i>Consigliere</i>	<i>Davide Croce, Castellanza (VA), Italy</i>
<i>Consigliere</i>	<i>Francesco D'Amore, Roma, Italy</i>
<i>Consigliere</i>	<i>Salvatore Di Rosa, Palermo, Italy</i>
<i>Consigliere</i>	<i>Sandro Fontana, Biella, Italy</i>
<i>Consigliere</i>	<i>Ranieri Guerra, Roma, Italy</i>
<i>Consigliere</i>	<i>Ido Iori, Reggio Emilia, Italy</i>
<i>Consigliere</i>	<i>Giovanni Mathieu, Pinerolo (TO), Italy</i>
<i>Consigliere</i>	<i>Cecilia Politi, Isernia, Italy</i>

13° Congresso Regionale FADOI Campania Napoli, 10-11 aprile 2014

L'INTERNISTA OSPEDALIERO PER UNA MEDICINA SAGGIA E SOSTENIBILE

L'attuale condizione di crisi economica, nazionale e mondiale, impone la necessità di fare delle scelte, anche allo scopo di poter continuare a mantenere il *welfare*. Non sempre “fare di più significa fare meglio”, anzi, spesso, fare di più vuol dire: spreco di risorse, occorrenza d'*incidentalomi*, indagini inutili, effetti iatrogenici e quant'altro. È, pertanto, indispensabile ponderare le scelte, considerare le necessità del paziente, cercare modelli che rispondano ai reali bisogni di chi assistiamo. Per questo il tema centrale dell'evento è legato ad un movimento culturale che sta prendendo vita in Italia e che vuole far riflettere tutti i professionisti della salute sui propri orientamenti, indirizzandoli “verso una medicina saggia e sostenibile”.

Il logo scelto per il Congresso è il grande filosofo Bertrand Russell (1872-1970), citando una frase di uno splendido articolo, presente nel suo libro *“Portraits from Memory and Other Essays,”* che egli curò nel 1956, ma che rimane d'estrema attualità. Lo scritto si titola: *“Conoscenza e saggezza”, (Knowledge and Wisdom)*, un articolo in cui Russell espone idee tuttora condivisibili riguardo alla necessità che la saggezza, difficile equilibrio di responsabilità, altruismo, rigore, senso del limite, imparzialità, si debba accompagnare al progresso della conoscenza. La frase recita: *“Ad ogni accrescimento della conoscenza e della tecnica, la saggezza diviene più necessaria, poiché ognuno di questi accrescimenti aumenta la nostra capacità di attuare i nostri scopi, e perciò aumenta la nostra capacità di far del male, se i nostri scopi non sono saggi”*. Ovvero leggendo la frase al contrario: “il problema dei tempi attuali è che la velocità di progressione della tecnica, che si autoalimenta, è molto superiore a quella del pensiero. Il risultato è che le conoscenze aumentano e la saggezza diminuisce!”

La parola d'ordine, quindi, della Medicina del nuovo millennio è *appropriatezza*, diagnostica e terapeutica. Sarà proprio l'*appropriatezza* che, evitando gli errori in difetto ed in eccesso, permetterà di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'intervento medico e, quindi, di arginare l'inutile lievitare della spesa sanitaria e consentire, così, di ridurre i temuti e dannosi tagli indiscriminati, cui le Regioni sono costrette dai piani di rientro.

Il Congresso si svolgerà attraverso 3 letture di cui due dedicate alle novità nell'ambito della terapia e una al futuro dell'area medica in Ospedale; quattro Tavole Rotonde sull'antibiotico terapia, il diabete, i nuovi anticoagulanti orali e la profilassi e terapia del tromboembolismo venoso. In fulcro del congresso è rappresentato da 6 workshop, ognuno dedicato a tre casi clinici con interazione telematica con la platea e visualizzazione informatica delle risposte alle domande sul caso clinico, poste come quesiti a risposte multiple.

Infine molto spazio è stato lasciato alle comunicazioni scientifiche dei soci, per dare maggiore rilievo e stimolo ai più giovani. A tale proposito, per non emarginare le sessioni di comunicazioni, queste sono state inserite nel contesto dei workshop. D'analogia dignità e rilievo sarà l'area poster cui è dedicata un'ampia discussione.

Ci fa piacere sottolineare che sono state inviato ben 54 comunicazioni, d'elevato contenuto scientifico, i cui abstract saranno pubblicati su un numero dedicato ma indicizzato, della rivista societaria della FADOI, l'*“Italian Journal of Medicine”*.

In contemporanea di quello FADOI si svolgerà il Congresso Regionale ANIMO Campania, dedicato a metodi e strategie per migliorare la pratica professionale infermieristica in Medicina.

Presidente eletto della FADOI Nazionale
Andrea Fontanella

Presidente della FADOI Campania
Generoso Uomo

ABSTRACT BOOK - Indice

La terapia con farmaci antivirali diretti nelle epatiti croniche da virus C genotipo 1: l'esperienza del gruppo degli epatologi ospedalieri della Campania (CLEO)	1
<i>Ascione A, Citro V, Claar E, D'Adamo G, De Vita G, Di Costanzo GG, Di Sarno R, Filippini P, Fimiani B, Fontanella L, Iovinella V, Izzi A, Lampasi F, Messina V, Perrella A, Sciambra A</i>	
Case report: paraparesi flaccida di N.D.D.	1
<i>Asti A, Nardi S, Mirone G, Maresca G, Tirelli P, Perrone GF, Villano M, D'Alessandro G</i>	
Autoimmunità e linfomi. Considerazioni su due casi clinici	1
<i>Boni R, Bernaudo D, De Simone R, Martinelli A</i>	
Prima descrizione di associazione tra angiopatia amiloide cerebrale e trombocitopenia	2
<i>Boni R, Bernaudo D, Suozzo R, Martinelli A</i>	
Complicanze correlate ad angiografia coronarica: un insolito caso	2
<i>Borgia M, Ciaramella F, Maffettone A, Ussano L</i>	
Quando due malattie entrambe rare coesistono: segnalazione di un caso di teleangiectasia emorragica ereditaria associata a cirrosi biliare secondaria	3
<i>Buono R, Carnovale A, Ferrara L, Gallucci F, Valentino U, Uomo G</i>	
Risposta ai farmaci biologici in reumatologia: valutazioni su di una ampia casistica in un centro di riferimento ospedaliero della Regione Campania	3
<i>Buono R, Gallucci F, Parisi A, Ronga I, Russo R, Uomo G</i>	
La ribellione di un'ulcera: quando le lesioni cutanee ulcerative vanno assecondate	3
<i>Cannavacciuolo F, Mangiacapra S, Amitrano M</i>	
Uso dei prostanoidi nei pazienti con arteriopatia ostruttiva periferica: follow-up a lungo termine	4
<i>Cannavacciuolo F, Mangiacapra S, Amitrano M</i>	
Prevalenza delle iponatremie in ambito ospedaliero: dimensioni del fenomeno	4
<i>Colao A, Di Minno G, Pivonello R, Di Somma C, Lo Calzo F, Ventre I, Marchese F, De Maria C, De Blasio E, Piro A</i>	
Risk Management: "La prevenzione delle cadute dei pazienti ricoverati" un obiettivo perseguibile per migliorare la qualità dell'assistenza	5
<i>d'Errico T, D'Avino M, Ilardi A, Italiano G, Maffettone A, Nuzzo V, Visconti M</i>	
Aspetti ecografici differenziali tra ictus cardio-embolico ed aterosclerotico. Il ruolo della ecografia trans-cranica	6
<i>de Campora P, Fontanella A, Sangiuolo R, Malferrari G</i>	
Haemorrhagic disorders are the most common complications of oncological patients with deep venous thrombosis in Italy: data from RIETE registry	6
<i>Di Micco PP, Amitrano M, Niglio A, Lebaro R, Fontanella L, Di Micco G, de Campora P, Fontanella A, Monreal M</i>	
Acrodermatite enteropatica acquisita da deficit di Ione zinco in corso di alcolismo cronico e malnutrizione	6
<i>Di Nuzzo A, Bassano P, Ferrara L, Gallucci F, Valentino U, Uomo G</i>	
Esperienza di applicazione di un modello organizzativo per l'assistenza infermieristica nel reparto di medicina	7
<i>Fiscale M, Iannuzzo M, Fontanella A, Iannuzzo D, Pentella G</i>	
Neovangiogenesi del circolo capillare in pazienti ipotiroidici: valutazione mediante videocapillaroscopia ungueale	7
<i>Gallucci F, Ferrara L, Ronga I, Russo R, Valentino U, Uomo G</i>	
Il colesterolo non-HDL e l'apolipoproteina B versus il colesterolo LDL: chi predice meglio gli aventi cardiovascolari nel diabetico di tipo 2?	8
<i>Gatti A.</i>	

ABSTRACT BOOK - Indice

Indice di steatosi e ecografia epatica: diverse prevalenze in una popolazione di diabetici di tipo 2 ospedalizzati <i>Gatti A.</i>	8
L'indice di steatosi può prevedere il rischio di eventi vascolari o misura solo la NAFLD? <i>Gatti A, Nuzzo V</i>	8
L'indice di steatosi: un nuovo marker di cardiopatia ischemica in anziani diabetici di tipo 2? <i>Gatti A, Nuzzo V</i>	9
Una catastrofica sequenza di eventi avversi farmaco-correlati <i>Gente R, Ilardi A, D'Avino M, Lionello F, Rabitti PG</i>	9
Sincope in paziente affetto da displasia aritmogena del ventricolo destro (ARVD) <i>Giorgio R, Gargiulo A, Schettino M, Guida I, Nuzzo MG</i>	9
Uno strano scompenso cardiaco <i>Giorgio R, Gargiulo A, Schettino M, Guida I, Nuzzo MG</i>	10
Incidenza di disfunzione diastolica in una coorte italiana di pazienti con diabete mellito tipo 2 studiato in relazione alla durata della malattia, il controllo metabolico e complicanze micro vascolari <i>Iazzetta N, Ambrosca C, Cristiano C, Iovinella V, Costa S, Tassinario S, Varriale M, Creso B, Visconti M</i>	10
Il rischio nutrizionale nel paziente geriatrico cronicamente allettato <i>Ilardi A, D'Avino M, Capasso F, Muscherà R, Rabitti PG</i>	11
Valutazione del delirio acuto nell'anziano ospedalizzato <i>Ilardi A, D'Avino M, Capasso F, Muscherà R, Rabitti PG</i>	11
Lessico "familiare": le parole dell'internista <i>Ilardi A, Rabitti PG</i>	12
Valutazione delle dimensioni spleniche e del numero delle piastrine come ipotesi di valido semplice e ripetibile strumento di documentazione della riduzione dell'ipertensione portale nei pazienti con cirrosi HBV correlata in trattamento con NUCs <i>Iovinella V, Iazzetta N, Visconti M</i>	12
INFONDEre ILOPROST con un nuovo device: sicurezza e tollerabilità <i>Italiano G, d'Errico T, Giannetti G, Chirico A, Raimondo M, Gargiulo A</i>	13
La riorganizzazione del day hospital di Medicina Interna <i>Italiano G, d'Errico T, Maffettone A, Nuzzo V, D'Avino M, Ilardi A, Gargiulo A</i>	13
Una insolita paraparesi <i>Italiano G, Femiano C, Giorgio R, Lupoli S, Reale P, Schettino M, Vinciguerra A, Gargiulo A</i>	14
Analisi di concordanza tra capillaroscopia e pattern anticorpale in una minicoorte di pazienti con fenomeno di Raynaud <i>Italiano G, Raimondo M, Gargiulo A</i>	14
Sindrome Tako-tsubo recidivante <i>La Mura L, Renis M, Schiavo A, Salvatore V, La Mura G</i>	15
Ipokaliemia grave in corso di Sindrome da iperincrezione di ACTH da Microcitoma polmonare <i>Laccetti M, Cannavale A, Catzola A, Mayer MC</i>	15
Leucoencefalopatia multifocale progressiva e AIDS <i>Liguori M, Iannuzzi R, Pannone B, Diano A, Mayer MC</i>	15

ABSTRACT BOOK - Indice

I PDTA quale strumento di governo clinico: l'organizzazione di una Unità Operativa di diabetologia ospedaliera	16
<i>Maffettone A, d'Errico T, Italiano G, Nuzzo V, D'Avino M, Ilardi A, Rinaldi M</i>	
L'educazione e la formazione continua dell'apprendimento: utile strumento di Clinical Governance nel trattamento del diabete in ospedale. Progetto dell'AMD regione Campania, (gruppo protocolli di gestione ospedaliera)	16
<i>Maffettone A, Rinaldi M, Schettino M, Gatti A, Gargiulo A, Ussano L</i>	
MIGEDIO: Miglioramento della GESTione del Diabete in Ospedale. Esperienza e risultati di un piano formativo sul diabete nell'Azienda dei Colli	17
<i>Maffettone A, Rinaldi M, Ussano L</i>	
Il "cuore altrove": un incidentaloma ecocardiografico rivela tutt'altra patologia	17
<i>Maiolica O, Maffettone A, Rinaldi M, Ussano L</i>	
Un "legame(nte)" fastidioso: un caso strano di Sindrome di Dunbar	17
<i>Mangiacapra S, Cannavacciuolo F, Amitrano M</i>	
La ricerca dell'halo sign nella GCA: quali vasi e quali pazienti	18
<i>Mangiacapra S, Cannavacciuolo F, Amitrano M</i>	
I percorsi clinici negli ospedali italiani	19
<i>Nuzzo V, d'Errico T, Maffettone A, Italiano G, D'Avino M, Ilardi A, Creso B, Digitale L, Zuccoli A</i>	
Alterazioni della calcemia in una popolazione ospedalizzata	19
<i>Nuzzo V, Insidioso M, Azar G, Giacometti F, Creso B, Digitale L, Zuccoli A</i>	
Trombosi splancnica estesa con cavernomatosi portale in corso di pancreatite acuta necrotizzante	19
<i>Parisi A, Bassano P, Buono R, Di Nuzzo A, Russo R, Uomo G</i>	
Eventi avversi da farmaci biologici osservati in una ampia casistica ospedaliera di pazienti reumatologici	20
<i>Parisi A, Buono R, Gallucci F, Ronga I, Russo R, Uomo G</i>	
Utilizzo di farmaci antidepressivi nell'ambito della medicina generale in periodo di crisi economica	20
<i>Piantadosi M, Formisani N, Riccio F, D'Ari D, Amodio A, Piantadosi C, Fiorentino MR, De Notaris EB</i>	
Tachicardia parossistica in paziente con errata diagnosi di ipotiroidismo centrale	20
<i>Poggiano M, Martinelli A, Lupoli GA, Neri G, Verde N, Fontanella A, Lupoli G</i>	
Infezioni da patogeni XDR in Medicina Interna	21
<i>Renis M, Schiavo A, Mea EE, Stizzo R, Salvatore V</i>	
Progetto formativo per l'uso delle penne preimpilate di insulina in ospedale. Risultati di un'esperienza pilota	21
<i>Rinaldi M, Maffettone A, Ussano L</i>	
Miositi batteriche: valutazioni su di una casistica ospedaliera di 16 casi	22
<i>Ronga I, Buono R, Di Pietto F, Gallucci F, Parisi A, Uomo G</i>	
Ulcerazione necrotica infetta da <i>Pseudomonas a.</i> della cute nasale in corso di arterite a cellule giganti	22
<i>Ronga I, Carnovale A, Ferrara L, Gallucci F, Valentino U, Uomo G</i>	
Integrazione strumentale per una corretta diagnosi di forme rare di anemia sideropenica da perdita intestinale	23
<i>Ronga I, Ferrara L, Gallucci F, Parisi A, Valentino U, Uomo G</i>	
Polmonite eosinifila: un caso clinico	23
<i>Salvatore V, Renis M, Napoli G, Grieco L, Gentile M, Novarese AR, La Mura L, Schiavo A</i>	
Malattie respiratorie croniche e pratica clinica: uno studio osservazionale	23
<i>Schiavo A, Salvatore V, Del Gatto A, Casilli B, Gagliardi A, Baldi D, La Mura L, Renis M</i>	

ABSTRACTS

La terapia con farmaci antivirali diretti nelle epatiti croniche da virus C genotipo 1: l'esperienza del gruppo degli epatologi ospedalieri della Campania (CLEO)

Ascione A¹, Citro V², Claar E³, D'Adamo G², De Vita G⁴, Di Costanzo GG⁵, Di Sarno R⁶, Filippini P⁷, Fimiani B², Fontanella L¹, Iovinella V³, Izzi A⁶, Lampasi F⁵, Messina V⁷, Perrella A⁶, Sciambra A³

¹PO Fatebenefratelli, Napoli; ²PO Umberto 1°, Nocera Inferiore (SA); ³ASL Napoli 1 Centro, Napoli; ⁴PO Rummo, Benevento; ⁵PO A. Cardarelli, Napoli; ⁶PO D. Cotugno, Napoli; ⁷PO Sant'Anna e San Sebastiano, Caserta, Italy

Introduzione. La terapia con gli inibitori delle proteasi (Boceprevir e Telaprevir) è stata autorizzata in Italia nel dicembre 2012 e, in Campania, nel Gennaio del 2013. Da allora si è cominciata a usare la triplice terapia costituita da Boceprevir o Telaprevir, insieme a Peginterferone alfa 2a o 2b e ribavirina. **Metodologia.** I farmaci sono stati usati secondo le raccomandazioni previste nelle schede tecniche dei prodotti. I dati sono stati raccolti dai vari centri partecipanti su un data base dedicato, appositamente costruito.

Risultati. Fino al 6 febbraio 2014, sono stati trattati dai Centri partecipanti 148 pazienti di cui 64 cirrotici, tutti genotipo 1a o b. La terapia più utilizzata è stata quella che prevedeva il telaprevir come antivirale diretto (circa 70%). Il 13% dei pazienti trattati era naïve, mentre quelli con recidiva a precedenti trattamenti erano il 54% e i non responders (parziali o "null") il 37%. Nei 40 pazienti che hanno completato il follow up, la risposta virologica sostenuta (SVR=HCV RNA negativo a 12 settimane dalla sospensione della terapia) è globalmente del 78%, notevolmente maggiore rispetto ai dati ottenuti con la duplice. Tra chi non aveva risposto al precedente ciclo terapeutico con la duplice terapia (Peginterferone+ribavirina) quelli che hanno beneficiato di più della triplice sono i relapsers, ma anche i non responders sono passati dal 16-20%, ottenuto in passato, al 34%. Nei cirrotici, i risultati sono leggermente inferiori. Per quanto concerne gli effetti indesiderati, non ci sono stati decessi, né scompensi epatici indotti dal trattamento. L'effetto indesiderato più frequente è stato l'anemia (62%), che è stata grave nel 30% dei casi e con tre pazienti che hanno avuto necessità di trasfusioni. Prurito e rash seguono con una prevalenza del 52%, con interruzione della terapia nel 6%.

Conclusioni. La triplice terapia rappresenta un notevole avanzamento rispetto alla duplice terapia, ma con un sostanziale incremento degli effetti indesiderati. Pertanto si richiedono protocolli di controllo più stringenti e un incremento del numero dei controlli clinici e di laboratorio. I maggiori problemi sono stati causati da mancanza di adesione al programma di controllo previsto.

Case report: paraparesi flaccida di N.D.D.

Asti A, Nardi S, Mirone G¹, Maresca G, Tirelli P, Perrone GF, Villano M¹, D'Alessandro G

UOC Medicina Interna; ¹UOC Neurochirurgia, POS Maria di Loreto Nuovo, ASL Napoli 1, Napoli, Italy

E.G. di anni 45 giunge in P.S. lamentando da alcune ore dolore toracico dx, notevole difficoltà alla deambulazione e ritenzione urinaria. Riferisce a.b.s. fino a 7 giorni or sono, quando, in seguito ad uno sforzo fisico, ha lamentato mialgie agli arti inferiori trattati con FANS; riferisce, inoltre, episodio febbrile da 4-5 giorni con dolore toracico basale dx; in anamnesi nega patologie di alcun genere, riferisce modico consumo di alcolici (circa 250 ml/die di vino). Vengono praticati in P.S. un Rx torace, conclusivo per versamento pleurico basale dx, ed esami di laboratorio che evidenziano notevole leucocitosi con neutrofilia (G.B.=32.500/mm³; N=84%): il paziente viene ricoverato nel reparto Medicina e viene iniziata terapia con levofloxacina 500 mg e.v. X 1/die. Il sintomo predominante e più preoccupante, tuttavia, è la paraparesi flaccida, l'ipoestesia agli arti inferiori e la ritenzione urinaria: la cateterizzazione vescicale dà esito a circa 1700 ml di urina: già in seconda giornata viene pertanto praticata una RMN del rachide dorso-lombo-sacrale che diagnostica una "raccolta iperdensa nel canale vertebrale dorsale-inferiore che occupa lo spazio epidurale e si estende da D10 a D12, che comprime e disloca anteriormente e verso sx il cono midollare". Il paziente viene pertanto trasferito per competenza in NCH dove viene immediatamente operato e quella che si pensava fosse una raccolta ematica in realtà si dimostrò essere una raccolta purulenta: l'ascesso viene drenato e l'esame batteriologico evidenzia la presenza di *S. Pyogenes*: sulla scorta dell'ATB viene iniziata terapia con ampicillina-sulbactam 3 g x 3/die e.v. + levofloxacina 500 mg/die e.v. per circa 20 giorni. La tipizzazione delle sottopopolazione linfocitarie, il test HIV e il Quantiferon per *M. Tuberculosis* sono risultate negative. La ripresa delle funzioni motorie e sensitive degli arti inferiori sono state graduali, grazie anche alle sedute di FKT e il paziente viene dimesso, dopo circa un mese di ricovero, con "restituito ad integrum". L'ascesso epidurale spinale è, di regola, generato dalla estensione per contiguità di processi infettivi limitrofi o dalla disseminazione ematogena di agenti infettivi (a partenza polmonare, endocarditi, infezioni genitourinarie, addirittura ascessi dentari e foruncoli): fattori predisponenti sono il diabete mellito, traumi, uso di droghe, alcolismo e sindromi da immunodeficienza.

Autoimmunità e linfomi. Considerazioni su due casi clinici

Boni R, Bernaudo D, De Simone R, Martinelli A

Ospedale A. Cardarelli, Dpt. Medico-Polispecialistico, UOC Medicina 1, Napoli, Italy

Introduzione. E' noto che esiste una relazione tra la patogenesi dei linfomi e delle malattie autoimmuni, che l'autoimmunità spesso preesiste al linfoma e risente positivamente della chemioterapia immunosoppressiva antineoplastica e che talora gli stessi immunosoppressori possono slatentizzare patologie linfomatose in portatori di connettiviti. Nel 6.7-12.9% dei linfomi non Hodgkin (NHL) e nel 5-11.5% dei linfomi di Hodgkin (HL) coesiste una patologia autoimmune, mentre ANA sono presenti nel 19% dei NHL e nel 20% dei HL. Presentiamo due casi clinici emblematici e ... problematici, che ci hanno stimolato ad approfondire il rapporto tra linfonodi e autoimmunità.

Caso 1. Donna di 46 anni; fenomeno di Raynaud di vecchia data; si ricovera per febbre, calo ponderale e astenia; esibisce una PET-TAC total body che evidenzia linfoadenomegalie diffuse (diametro medio 2 cm) superficiali e profonde e falda pericardica. All'ingresso: WBC 6.020, N 60%, L 28%, RBC 2.680.000, Hb 7.5, Plt 253.000, VES 74, IgG 38 gr/l. Veniva praticata una mielobiopsia con esito negativo e una biopsia escissionale di linfonodo laterocervicale che evidenziava iperplasia linfonodale aspecifica. Ulteriori indagini: proteinuria 1.058 mg/24h (non selettiva), C3-C4 consumati, Coombs diretto ++, ANA 1:640, anti-U1RNP >240, presenti anti-RO SS-A e anti Sm. Spirometria: DLCO lievemente ridotta. EGDScopia: MRGE e incontinenza cardiaca. Videocapillaroscopia: alterazioni aspecifiche maggiori. Diagnosi: connettivite indifferenziata lupus-like (connettivite mista (MCTD) ad esordio atipico?). Terapia: cortisonici, antimalarici, ciclosporina. Alla dimissione: reperto TAC normalizzato, recupero della proteinuria e dell'emoglobina.

Caso 2. Donna di 74 anni; si ricovera per febbricola, astenia e pancitopenia. All'esame obiettivo assenza di linfonodi palpabili e di epatosplenomegalia. All'ingresso: WBC 1.900, N 52%, L 34%, RBC 2.900.000, Hb 8.9, Plt 63.000, Coombs diretto +++, ANA 1:320. TAC total body: lieve versamento pleurico sinistro e pericardico, linfoadenomegalie max 2 cm in sede mediastinica e paraortica. Mielobiopsia negativa. Biopsia linfonodale in laparoscopia: NHL B a grandi cellule.

Discussione. A conferma del rapporto autoimmunità-linfomi, nel caso #1 l'iter diagnostico, che sembrava orientarsi in senso linfoproliferativo, si è decisamente diretto verso una connettivite, mentre è avvenuto l'inverso nel caso #2. Nel caso #1 Raynaud e pattern autoanticorpale (anti-U1RNP ad alto titolo), pur in assenza di interessamento articolare e con prevalente impegno renale, ci hanno indotto a sospettare una MCTD ad esordio atipico (criteri di Kasukawa, 1987). Giova ricordare che in letteratura vengono descritti casi sporadici di linfoadenopatia d'esordio, di malattia di Kikuchi-Fujimoto, di malattia di Castleman e di linfomi in corso di MCTD. Da rimarcare nel caso #2 la totale mancanza di linfonodi superficiali e di splenomegalia, pur in presenza di NHL.

Conclusioni. Linfoadenopatia è presente in un paziente con LES su quattro (nel 5-7% dei casi come sintomo d'esordio); pur non essendo inserita tra i criteri diagnostici ACR la linfoadenopatia va sempre ricercata e mai sottovalutata. Vista la maggiore incidenza di linfomi nelle patologie autoimmuni, è opportuno praticare l'istologia linfonodale allo scopo di una corretta diagnosi differenziale. D'altro canto lo screening degli autoanticorpi nei linfomi può essere utile per riconoscere e trattare una sottostante malattia autoimmune.

Prima descrizione di associazione tra angiopatia amiloide cerebrale e trombocitopenia

Boni R, Bernaudo D, Suozzo R, Martinelli A

Ospedale A. Cardarelli, Dpt. Medico-Polispecialistico, UOC Medicina 1, Napoli, Italy

Premessa. La angiopatia amiloide cerebrale (CAA), di cui esistono una forma ereditaria e una sporadica, è caratterizzata dal deposito di sostanza amiloide nelle pareti dei piccoli vasi

cerebrali. Nella più comune CAA sporadica, tipica dell'età avanzata, vi è deposito di amiloide beta, analogamente a quanto accade nella malattia di Alzheimer cui spesso si associa. La CAA, presente in forma asintomatica o microemorragica nella metà degli ultraottantenni, è causa del 20% delle emorragie intracerebrali (ICH) negli anziani; quest'ultime si localizzano in prevalenza a livello della corteccia dei lobi posteriori e sono spesso multiple. La diagnosi di certezza è autoptica o bioptica, per la diagnosi non invasiva si ricorre ai criteri di Boston del 2001. La CAA è peraltro fattore di rischio per ICH in corso di terapia anticoagulante, trombolitica o antiaggregante.

Caso clinico. Donna di 68 anni, pregressa PTCA, fibrillazione atriale in terapia con warfarin, riferiti due TIA, lieve declino cognitivo. All'ingresso: stato confusionale, INR 2.61, piastrine 38.000/mmc, alla TAC emorragia lobare occipitale sinistra, somministrazione di vitamina K e plasma fresco congelato. Nel corso della degenza: letargia, emiplegia sinistra e amaurosi subtotale, piastrine 5.000 (nonostante cortisonici e immunoglobuline e.v.), reazione allergica al concentrato piastrinico, alla TAC e alla RMN comparsa di nuova emorragia lobare parieto-occipitale destra. **Diagnosi:** probabile CAA (Boston criteria) in corso di warfarin e trombocitopenia (TP) essenziale.

Discussione. Gli anticoagulanti orali (OAC), anche non sovradosati, sono responsabili del 15% delle ICH, ma sono spesso associati a CAA e ipertensione arteriosa, che aumentano il volume del focolaio emorragico e il rischio di mortalità. OAC e antiaggreganti vanno sospesi definitivamente in caso di ICH da CAA, a prescindere dagli score di rischio ischemico. La TP severa (<10.000/mmc) può raramente associarsi a ICH, per lo più parietale e singola, ma non sembra avere una diretta responsabilità nell'emorragia. Non è descritta in letteratura una associazione tra CAA e TP. Nel nostro caso la TP, la cui causa non è stato possibile accertare, potrebbe aver svolto un ruolo decisivo, dal momento che la seconda ICH si è verificata in concomitanza con l'ulteriore calo delle piastrine e la normalizzazione dell'INR; la nostra paziente è risultata particolarmente sfortunata in quanto non responder ai cortisonici e alle immunoglobuline e allergica al concentrato piastrinico.

Conclusioni. Vista l'elevata età media dei nostri pazienti, l'elevata frequenza della fibrillazione atriale e il crescente uso di OAC, è importante riconoscere la CAA e non confonderla con altri tipi di ICH. Quando associata a TP, la CAA sembrerebbe particolarmente temibile. Ulteriori studi sono necessari per stabilire se gli OAC sono causa o fattore di rischio per ICH, in presenza di altre patologie. Nuovi scenari si apriranno coi nuovi OAC, che sembrano avere minor rischio di ICH, ma non sono dotati di antidoto.

Complicanze correlate ad angiografia coronarica: un insolito caso

Borgia M, Ciaramella F, Maffettone A, Ussano L

UOC Medicina ad Indirizzo Cardiovascolare e Dismetabolico, AO Ospedali dei Colli, Plesso Monaldi, Napoli, Italy

Gli autori riportano il caso clinico recentemente osservato di una insolita complicanza chirurgica occorsa nel post angiografia coronarica. G.F. (maschio, 59 anni) veniva sottoposto a ricovero in virtù di un'ingravescente dispnea associata ad angina per sforzi

di modesta entità. In anamnesi: Cardiopatia dilatativa (a verosimile etiologia post-ischemica); fibrillazione atriale permanente; sindrome metabolica con obesità grave (H, W, BSA sec. Mosteller formula); BPCO (con riserva per OSAS). Nel recente passato (2010), il paziente era stato sottoposto ad impianto di endoprotesi per AAA. La presenza di familiarità per CAD ed il forte tabagismo rappresentavano gli ulteriori fattori di rischio per malattie cardiovascolari. L'esame coronarografico, praticato dopo aver sottoposto il paziente ai comuni profili ematochimici d'ingresso ed agli esami strumentali cardiologici di primo livello, non rivelò la presenza di lesioni coronariche degne di rilievo concludendo per "arterie coronarie angiograficamente indenni". Il giorno seguente alla procedura angiografica il paziente esibì una sintomatologia, dapprima larvata, caratterizzata da cefalea, nausea ed epigastralgia, quindi, in rapida sequenza, il quadro clinico si complicava con la comparsa di febbre, epigastralgia refrattaria ai comuni trattamenti farmacologici e seria compromissione dello stato generale caratterizzata da rialzo delle transaminasi, iperamilasemia, leucocitosi fino alla necessità di sostegno cardiorespiratorio avanzato. Nonostante le avverse premesse, l'etiologia della complicanza chirurgica addominale, davvero inusuale, veniva identificata rapidamente, ed il paziente veniva sottoposto ad intervento chirurgico d'urgenza. Il decorso post-operatorio non dava adito ad ulteriori complicazioni, consentendo di dimettere il paziente in sesta giornata.

Quando due malattie entrambe rare coesistono: segnalazione di un caso di teleangiectasia emorragica ereditaria associata a cirrosi biliare secondaria

Buono R, Carnovale A, Ferrara L, Gallucci F, Valentino U, Uomo G
UOSC Medicina Interna 3, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

Premessa. La teleangiectasia emorragica ereditaria (TEE, m. di Rendu-Osler-Weber) è un disordine autosomico dominante con prevalenza di 1-2 casi/10000, caratterizzato da lesioni angiodisplasiche in vari organi. Può presentare coinvolgimento epatico con ipertensione portale da shunt arterio-portali e lesioni ischemiche dei dotti biliari con sviluppo di stenosi e/o dilatazioni. Sono descritti rarissimi casi di associazione di TEE con sindromi colestatiche secondarie a cirrosi biliare primitiva o secondaria.

Caso clinico. Sesso femminile, anni 72. Pregressa calcolosi biliare (colecistectomia+un paio di disostruzioni endoscopiche per calcolosi coledocica recidiva); diagnosi di TEE con evidenza nel corso degli anni di manifestazioni cutanee, presenza di teleangiectasie intestinali con anemia da perdita, fistole artero-venose polmonari ed epatiche. Nel tempo, inoltre, sviluppo di ipertensione arteriosa con danno cardiaco e fibrillazione atriale permanente. Giunge alla nostra osservazione per dispnea, anemia ed ittero non associato a dolore addominale. Viene evidenziata la presenza di una cardiopatia dilatativa con insufficienza plurivalvolare, scompenso cardiaco congestizio ed ipertensione polmonare secondaria. Indagini strumentali evidenziano una dilatazione non uniforme delle vie biliari intra ed extraepatiche senza apparente litiasi. La compromissione epatica si sostanzia per la presenza di una epatopatia evoluta in senso scleronodulare con ipertensione portale, ascite, colestasi AMA negativa e deficit funzionale di grado marcato. Te-

rapia medica tradizionale efficace sulla sintomatologia di ingresso (a parte la colestasi) e dimissione in XII° giornata.

Risposta ai farmaci biologici in reumatologia: valutazioni su di una ampia casistica in un centro di riferimento ospedaliero della Regione Campania

Buono R, Gallucci F, Parisi A, Ronga I, Russo R, Uomo G
UOSC Medicina Interna 3, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

Premessa. Nel corso degli ultimi anni l'introduzione dei cosiddetti farmaci biologici a bersaglio molecolare ha rivoluzionato il panorama del trattamento di molte affezioni reumatologiche, in primis delle artriti e spondilite croniche primarie. In Letteratura vengono riportate percentuali variabili di successo terapeutico in regimi di monoterapia o in associazione con farmaci DMARDs tradizionali; pochi sono i dati, infine, circa la necessità di cambiare farmaco biologico (*switch* con altri farmaci a medesimo meccanismo d'azione o *swap* con altri biologici a differente bersaglio molecolare).

Pazienti e Metodi. Dal gennaio 2007 al dicembre 2013 nel Centro di Riferimento Regionale per le Terapie Biologiche in Reumatologia annesso al nostro Reparto abbiamo posto indicazione al trattamento con farmaci biologici in 624 pazienti affetti da artriti/spondilite croniche primarie. 38 di questi pazienti si sono persi al *follow-up* e i dati presentati sono quindi relativi a 586 pazienti. Di questi: 244 affetti da artrite reumatoide (AR, 41.6%), 220 da artrite psoriasica (AP, 37.5%), 122 da spondilite anchilosante (SA, 20.8%). Per i casi di AR, i *responders* alla I° linea di trattamento sono stati 200 (81.9%), alla II° linea 36 (14.7%), 25 *switch*, 11 *swap*, alla III° linea 8 (3.2%, 2 *switch*, 6 *swap*). Per le AP, i *responders* alla I° linea sono stati 185 (84%), alla II° linea 32 (14.5%), alla III° 3 (1.3%). Per le SA, i *responders* alla I° linea sono stati 97 (79.5%), alla II° linea 24 (19.6%), alla III° 8 (6.5%). Globalmente si è registrata una risposta positiva alla I°, II° e III° linea di trattamento rispettivamente nel 82.2%, 15.7% e 2% dei casi. Uno *switch* si è reso necessario nel 14.1% di tutti i casi, uno *swap* nel 6.9% dei casi di AR.

Conclusioni. Nella nostra esperienza l'utilizzo dei farmaci biologici ha determinato una elevata risposta terapeutica nei pazienti affetti da AR, AP e SA non-responsivi ai DMARDs tradizionali.

La ribellione di un'ulcera: quando le lesioni cutanee ulcerative vanno assecondate

Cannavacciuolo F, Mangiacapra S, Amitrano M¹

Scuola di Specializzazione in Medicina Interna, Seconda Università degli Studi di Napoli, in formazione presso; ¹UOC Medicina Interna, Unità di Angiologia e Diagnostica Vascolare, AORN S.G. Moscati, Avellino, Italy

Si presenta alla nostra osservazione nel mese di ottobre 2013 una paziente di 65 anni in buone condizioni generali, riferendo epigastralgie, pirosi ed episodi di vomito. Su consiglio del medico di medicina generale, la paziente ha già eseguito una gastroscopia risultata negativa per patologie in atto. All'anamnesi patologica remota, ipertensione arteriosa in terapia farmacologica da circa 15aa e diabete mellito tipo II ben controllato. All'anamnesi

farmacologica, la paziente riferisce, oltre alla terapia antipertensiva (ACE-inibitore+idroclorotiazide), ed agli antidiabetici orali, l'utilizzo, nell'ultimo mese, di FANS per alleviare un dolore intenso a livello del malleolo sinistro, che disturba il riposo notturno. All'esame obiettivo, oltre ad una pressione arteriosa 190/100, si evidenzia, a livello del malleolo esterno sinistro, una piccola lesione ulcerativa del diametro di circa 1,5 cm, con fondo fibrinoso, insorta improvvisamente da qualche mese e responsabile della sintomatologia dolorosa. La nostra attenzione viene richiamata innanzitutto dalla discrepanza tra l'intensità del dolore e le dimensioni esigue dell'ulcera, nonché dalla presenza di polsi normosfigmici e dall'assenza di varicosità, dal buon controllo glicemico e dalla sede atipica per ulcera di natura diabetica. Inoltre l'ecocolordoppler degli arti inferiori risultava negativo per stenosi emodinamiche sul versante arterioso. Quale dunque la causa dell'ulcera? Essendo la pressione arteriosa della paziente mal controllata, pensiamo alla possibilità che si tratti di un'ulcera ischemica ipertensiva (Ulcera di Martorell), ipotesi suffragata anche dalla sede tipica e dalla discrepanza tra le dimensioni esigue della lesione e l'intenso dolore. Si decide dunque di ricoverare la paziente per un inquadramento diagnostico e terapia topica e sistemica dell'ulcera. Si intraprende terapia antipertensiva associando alla terapia già in atto al domicilio doxazosina 4 mg e amlodipina 10 mg. Inoltre, per il controllo del dolore, si inizia terapia endovenosa con ketorolac 10 mg+ ranitidina 300 mg e.v. e tramadolo 20 gtt al bisogno. Migliorato il controllo pressorio, ci attendiamo una riduzione della sintomatologia algica e una regressione della lesione cutanea, che però non si verificano. Al contrario, col passare dei giorni, a dispetto di un controllo pressorio discreto, compare lesione satellite con un aumento ulteriore delle dimensioni e della profondità dell'ulcera. La paziente viene dunque dimessa in XII giornata con una pressione arteriosa di 130/80 mmHg con il consiglio di tornare settimanalmente presso il nostro ambulatorio per le medicazioni ed il controllo clinico. Nonostante i controlli e l'aderenza alla terapia, l'ulcera non ha mostrato alcun segno di regressione nelle prime 6 settimane, ponendo in dubbio la correttezza della nostra diagnosi. Dopo 6 settimane le dimensioni risultavano notevolmente aumentate rispetto alla prima osservazione, con buon controllo del dolore. A partire dall'ottava settimana, però, si verifica un miglioramento clinico, con una superficializzazione della lesione e netta riduzione delle dimensioni con detersione del fondo. Alla dodicesima settimana dalla dimissione, la lesione risulta in via di guarigione, la pressione arteriosa si mantiene su valori normali e il dolore è scomparso, non rendendo più necessari gli antidolorifici. In conclusione, che l'ulcera di Martorell sia spesso un'ulcera refrattaria alle terapie è ben descritto in letteratura e molteplici sono i presidi terapeutici che vengono utilizzati. A nostro avviso piuttosto che accanirsi sulla lesione è necessario che il microcircolo riacquisti la sua omeostasi.

Uso dei prostanoidi nei pazienti con arteriopatia ostruttiva periferica: follow-up a lungo termine

Cannavacciuolo F, Mangiacapra S, Amitrano M¹

Scuola di Specializzazione in Medicina Interna, Seconda Università degli Studi di Napoli, in formazione presso; ¹UOC Medicina Interna, Unità di Angiologia e Diagnostica Vascolare, AORN S.G. Moscati, Avellino, Italy

L'arteriopatia ostruttiva periferica (AOP) è caratterizzata da una progressiva ostruzione delle arterie periferiche, il cui sintomo principale è la claudicatio, che è un indice clinico di stadiazione della malattia secondo la classificazione di Fontaine. Nella maggior parte dei casi è associata ad aterosclerosi in altri distretti vascolari e aumento del rischio di MACE (Major Acute Cardiovascular Events). I pazienti in stadio 2b o maggiore di Fontaine (i.l.m. <200 m), sono candidati alla rivascolarizzazione chirurgica. Ove ciò non sia possibile, le linee guida ACCP 2012 raccomandano l'utilizzo di prostanoidi in aggiunta alle terapie farmacologiche volte al controllo dei fattori di rischio cardiovascolari e alla terapia antitrombotica. Lo studio PILOT condotto su 101 pazienti nel 2010, ha dimostrato un beneficio con l'utilizzo di cicli di Iloprost e.v. in pazienti in stadio 2b di Fontaine non candidabili a rivascolarizzazione. Tale beneficio si esplicava sia con un miglioramento della capacità di marcia misurata al treadmill, sia con una riduzione della progressione dell'AOP e dell'incidenza di MACE. Alla nostra unità di Angiologia afferiscono ogni anno circa 100 pazienti affetti da arteriopatia periferica che praticano il trattamento con prostaglandine e.v. (Iloprost o alprostadil alfa-ciclodestrina). Vengono effettuati cicli di trattamento di dieci giorni ogni 2-3 mesi rivalutando periodicamente i pazienti con anamnesi, esame obiettivo e indice ABI. Quelli meritevoli di approfondimento vengono indirizzati a indagini strumentali opportune. Nella nostra casistica trattiamo, come da linee guida, pazienti con ischemia critica non rivascolarizzabili e con AOP in stadio 2b. Inoltre, trattiamo anche pazienti che presentano Arteriopatia periferica in stadio 2a, facendo, dunque, un utilizzo off-label di questo trattamento. Abbiamo effettuato quindi un'analisi retrospettiva in questo particolare gruppo di 40 pazienti per analizzare la presenza o meno di un effettivo beneficio di questa terapia nell'AOP stadio 2a di Fontaine. Ebbene, nella nostra esperienza, circa l'80% dei pazienti di questo sottogruppo, oltre a presentare una stabilità dell'aterosclerosi agli esami strumentali, riferisce un miglioramento della sintomatologia, inteso come aumento dell'intervallo libero di marcia che ha inciso in maniera soddisfacente sulla qualità di vita. L'elemento che ci preme ancor più sottolineare è però l'azione di prevenzione degli eventi cardiovascolari maggiori, in quanto negli ultimi cinque anni nessun paziente ha avuto eventi acuti cerebro-vascolari, IMA o amputazioni maggiori. Ovviamente tale effetto è sicuramente dovuto a più fattori, in quanto i nostri ammalati vengono seguiti a 360 gradi per quanto riguarda il controllo di tutti i fattori di rischio cardiovascolari, oltre a praticare i cicli di terapia con farmaci vasoattivi. Tutti sono trattati almeno con un antiaggregante e una statina e viene consigliata una regolare attività fisica. Pertanto, sarebbe opportuno effettuare Trial Clinici Randomizzati con casistiche più ampie che prospetticamente valutino nello specifico il beneficio della terapia con prostanoidi anche nei pazienti con AOP in stadio 2a.

Prevalenza delle iponatremie in ambito ospedaliero: dimensioni del fenomeno

Colao A¹, Di Minno G², Pivonello R¹, Di Somma C¹, Lo Calzo F¹, Ventre I³, Marchese F⁴, De Maria C⁵, De Blasio E⁵, Piro A⁶

¹Dipartimento di Endocrinologia; ²Dipartimento di Medicina, Università Federico II, Napoli; ³SS di Endocrinologia; ⁴UOC di Medicina Interna;

⁵UOC di Anestesia e Rianimazione; ⁶Direzione Sanitaria, AO Rummo, Benevento, Italy

L'iponatremia (definita come concentrazione del sodio plasmatico inferiore a 135 mEq/L) è il più frequente squilibrio elettrolitico osservato nella pratica clinica, capace di determinare complicanze neurologiche potenzialmente pericolose per la vita. L'epidemiologia delle iponatremie è spesso sottostimata in quanto spesso non riportate nelle schede di dimissione ospedaliera, pertanto il presente studio si pone l'obiettivo di dimensionare il reale fenomeno partendo da una prima fotografia della problematica attraverso l'indagine di prevalenza, utilizzando come fonte di dati il flusso informativo del laboratorio analisi. Il presente studio, precursore di una successiva e più approfondita indagine delle cause correlate, ha previsto l'analisi della prevalenza giornaliera dei pazienti con iposodiemia sul totale dei pazienti sottoposti ai controlli ematici di routine. Il *cut off* scelto è stato sodiemia <135 mEq/L. Il campione di pazienti arruolati nell'arco di un mese è stato costituito da tutti i pazienti in regime di ricovero ordinario presso le unità operative dell'Azienda "G. Rummo" di Benevento, sottoposti a controlli sierici di routine, con una media di 223,10 pazienti screenati al giorno. I risultati dello studio descrivono la frequenza del riscontro di iponatremia nel paziente ospedalizzato con distribuzione distinta per unità operativa di appartenenza. Nel mese campione in cui è stata condotta l'indagine, ogni giorno una media del 4,16% di tutti i pazienti screenati presentava livelli sierici di sodio inferiori a 135 mEq/L, con maggiore percentuale nelle aree cliniche dell'emergenza (Tabella 1) ed un rapporto M/F=8/3. Il 25% dei pazienti con iposodiemia presentava ipovolemia, il 40% euvoemia ed il 35% ipervolemia. Il 22% dei pazienti iposodiemici proveniva dal territorio accedendo all'Azienda presso il nostro pronto soccorso. Considerando l'opportunità di prevenzione data dalla corretta gestione del paziente iposodiemico, una volta individuato, ed i risvolti di beneficio in termini di salute per il paziente e risparmio economico per il SSN, appare opportuno approfondire lo studio alla ricerca delle eventuali cause assistenziali correggibili al fine di prevenire l'insorgenza dello stato di iposodiemia nel paziente ospedalizzato.

Tabella 1.

Unità Operativa	% Iposodiemie
Medicina d'urgenza	15
Medicina interna	14
Cardiologia	12
Neuroranimazione	6
Malattie infettive	7
Rianimazione	4
Chirurgia	5
Nefrologia-Urologia	4
Neonatologia	2
Oncologia	5
Gastro	2
Pneumologia	2

Risk Management: "La prevenzione delle cadute dei pazienti ricoverati" un obiettivo perseguibile per migliorare la qualità dell'assistenza

d'Errico T¹, D'Avino M², Ilardi A², Italiano G³, Maffettone A⁴, Nuzzo V⁵, Visconti M⁶

¹UOC di Medicina Interna, Ambulatorio e DH di Reumatologia, Ospedale S.M.d.P. degli Incurabili, ASL Napoli 1 Centro, Napoli; ²Medicina 1, AORN Antonio Cardarelli, Napoli; ³UOC di Medicina Interna, AO S. Sebastiano, Caserta; ⁴UOC di Medicina Interna, Ospedale V. Monadi, Azienda dei Colli, Napoli; ⁵UOC di Medicina Interna PO "San Gennaro"; ⁶Primario emerito di Medicina Interna, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

Il tema dell'errore e del rischio clinico in sanità si pone come argomento di rilevante interesse e con un forte impatto sociale. Il *Risk Management* in sanità rappresenta l'insieme di varie azioni utili per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, degli operatori sanitari, di tutto il personale di supporto e dei visitatori; si configura quindi come un programma finalizzato a ridurre l'incidenza di eventi indesiderati e la perdita economica che ne deriva. La gestione del rischio è intesa con una nuova visione incentrata sull'apprendimento dall'errore. Quindi, se non si può eliminare completamente l'errore e il rischio ad esso associato, è necessario favorire condizioni lavorative che rendano difficile sbagliare attuando difese in grado di arginare le conseguenze di un errore che si può verificare. Il rischio clinico può essere contenuto attraverso iniziative di *Risk Management* messe in atto ad ogni livello del processo assistenziale. La gestione del rischio clinico può essere uno strumento efficace grazie al diretto coinvolgimento e motivazione di tutti gli operatori attraverso protocolli e procedure valide per ciascuna unità operativa. Le cadute sono classificate come EVENTI AVVERSI frequenti nelle strutture sanitarie e possono determinare conseguenze immediate e tardive, lievi ma anche gravi fino a condurre alla morte del paziente (in questo caso definite EVENTI SENTINELLA). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) individua la prevenzione delle cadute come una priorità di politica socio-sanitaria e il Ministero della Salute ha formulato la Raccomandazione n.13 sulla "prevenzione e sulla gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie" ponendo quindi l'attenzione non solo sulla prevenzione ma anche sulla gestione successiva all'evento nel caso in cui si verificasse. Le cadute rientrano all'interno delle tematiche del *Clinical Risk Management* che si occupa di rischio clinico che è definito come: "la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso e subisca un danno o disagio imputabile, anche in maniera involontaria, alle prestazioni sanitarie ricevute durante la degenza e che possano prolungarne la degenza, peggiorare la salute o causare la morte". L'obiettivo primario del *clinical risk management* è dunque la sicurezza del paziente cioè la garanzia di aver ridotto ai minimi livelli possibili, in base alle conoscenze tecniche e scientifiche attuali, il rischio di danno al paziente. Gli operatori sanitari, i pazienti e i loro familiari, devono essere coinvolti nella prevenzione e quindi nella riduzione del rischio clinico, rendendo la Sanità più sicura per tutti. La riduzione del rischio da caduta del paziente è un indicatore della qualità assistenziale.

Aspetti ecografici differenziali tra ictus cardio-embolico ed aterosclerotico. Il ruolo della ecografia trans-cranica

de Campora P¹, Fontanella A², Sangiuolo R¹, Malferrari G³

¹UOC Cardiologia-UTIC; ²UOC Medicina Interna, Ospedale Fatebenefratelli, Napoli; ³UOC Neurologia Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia, Italy

Il venti per cento degli accidenti cerebro-vascolari risulta criptogenetico. Questi pazienti, in tal modo, risultano maggiormente esposti ad una recidiva rispetto ai soggetti in cui è possibile identificare l'eziologia. Una percentuale simile di eventi trae origine da una patologia cardiaca. La diagnostica neuro-radiologica, nelle fasi acute dell'ictus, ha lo scopo di escludere la forma più grave di accidente cerebro-vascolare, l'emorragia cerebrale. Nel nostro Dipartimento, l'apporto sinergico della ecografia dei vasi epiaortici e trans-cranica consente, soprattutto nelle prime ore dall'esordio dei sintomi, di poter effettuare una diagnosi di sede, di identificare i vasi interessati dall'occlusione trombotica, di porre una diagnosi differenziale tra ictus ischemici e forme cardio-emboliche, sulla base della compromissione parietale assente in queste ultime. Negli eventi ischemici, difatti, il primum movens sembra essere costituito dalla compromissione della morfologia del vaso, aspetto dovuto all'azione lesiva sull'endotelio di vari fattori di rischio in particolare, l'ipertensione. Il mutamento della forma vascolare crea i presupposti per una condizione di "Stroke-Prone Vessel" che predispone alla trombosi. Nelle forme cardio-emboliche, è caratteristico il riscontro, particolarmente quando risulta coinvolta l'arteria cerebrale media, del pattern ad "albero potato" con una morfologia che appare conservata. In conclusione, risulta fondamentale la gestione "in team" di patologie complesse quali gli accidenti cardio-cerebro-vascolari. Riteniamo mandatorio, quindi, l'approccio diagnostico integrato tra le metodiche neuro-radiologiche e l'ecografia vascolare al fine di ridurre il numero di eventi criptogenetici.

Haemorrhagic disorders are the most common complications of oncological patients with deep venous thrombosis in Italy: data from RIETE registry

Di Micco PP, Amitrano M, Niglio A, Lezano R, Fontanella L, Di Micco G, de Campora P, Fontanella A, Monreal M

For the RIETE Investigators

Deep venous thrombosis (DVT) and pulmonary embolism (PE) are considered acute medical illness and a prompt antithrombotic treatment is always suggested in order to escape life-threatening complication. The use of NOA for treatment of VTE in Italy is starting in this year, so the aim of this study is to assess the outcomes of treatment with classic anticoagulants (i.e. LMWH and AVK) as recurrent VTE, as mortality for VTE as overall mortality as bleeding as mortality for bleeding in order to also compare these data with those with NOA in next years. The RIETE registry is an ongoing, multicenter, observational registry initiated in March 2001 with the aim to record current clinical management of VTE, initially in Spanish hospitals and

subsequently also in hospitals from other European and American countries. Treatment decisions were entirely left at the discretion of attending clinicians, and no therapeutic algorithms were provided. The SPSS software (version 15, SPSS Inc.), was used for statistical management of the data. A two-sided p-value of 0.01 was considered to be statistically significant. The rate of recurrence of venous thrombosis as DVT or pulmonary embolism or fatal pulmonary embolism was increased in patients with cancer during anticoagulation and also after 3 months of therapy although the rate of recurrent DVT seems to be more frequent during anticoagulation! a slight increase with bleedings is present in the subgroup treated with VKA while a light increase of recurrent DVT is present in the group treated for long times with LMWH. The American College of Chest Physicians (ACCP) consensus guidelines recommend a 3-month treatment duration for patients with VTE secondary to transient risk factors and indefinite treatment in patients with permanent risk factors as cancer. The rate of bleeding complication is extremely more frequent in patients with cancer compared with those without cancer as major bleeding and as fatal bleeding; moreover a similar rate of bleeding is observed during anticoagulation and also after withdrawal of anticoagulants! Italian patients enrolled in RIETE for DVT seem to be at increased haemorrhagic risk in particular if they have cancer and also because treated with anticoagulants; VKA seem to have increased haemorrhagic risk compared to heparinoids in both groups oncological and non-oncological because also a complex management of INR monitor.

Acrodermatite enteropatica acquisita da deficit di Ione zinco in corso di alcolismo cronico e malnutrizione

Di Nuzzo A, Bassano P, Ferrara L, Gallucci F, Valentino U, Uomo G
UOSC Medicina Interna 3, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

Premessa. Ione zinco (Zn) è un elemento traccia essenziale, costituente fondamentale di molte metalloproteinasi, proteine strutturali e fattori trascrizionali. Carenze in epoca fetale, neonatale ed infantile causano gravi disturbi della crescita e dello sviluppo del SNC; negli adulti si può avere una lieve carenza in corso di alcune malattie croniche. Il consumo cronico di alcol può portare a deficit di Zn per aumentata escrezione urinaria e ridotto assorbimento intestinale. Le manifestazioni cliniche sono varie con prevalente interessamento cutaneo ed intestinale fino alla acrodermatite enteropatica (AE) acquisita che è sostanzialmente simile sul piano clinico alla AE ereditaria (autosomica recessiva).

Caso clinico. Uomo di 51 anni, forte fumatore ed etilista da diversi anni; anamnesi di broncopatia cronica e null'altro di rilevante. Giunge alla osservazione per la comparsa da circa 6 settimane di dermatite, diarrea acquosa, alopecia, dimagrimento (circa in 4 mesi). Paziente defedato con BMI di 17; presenza di placche rosse, sollevate, secche, in parte erose, ben demarcate dalla cute sana circostante, a livello delle mani, regione buccale e periorificiale anale. Gli esami di laboratorio sostanziano una condizione di malnutrizione; indagini in senso infettivo e marcatori neoplastici negativi; EGDS, colonscopia e TC-tb negative. Albumina, plurivitaminici e fermenti lattici non

modificano la sintomatologia; la diarrea non risponde alla loperamide. Viene dimostrato un deficit di Zn sierico ($6.3 \mu\text{mol/l}$ -v.n. 10-18) e la successiva supplementazione con Zn per os ($15 \text{ mg} \times 4$ settimane; successivamente 30 mg a settimana) determina la scomparsa della diarrea e delle lesioni orificali con una più lenta risoluzione delle lesioni cutanee.

Esperienza di applicazione di un modello organizzativo per l'assistenza infermieristica nel reparto di medicina

Fiscale M¹, Iannuzzo M², Fontanella A¹, Iannuzzo D¹, Pentella G³

¹UOC Medicina Interna; ²UOS Epidemiologia Risk Management; ³Servizio Infermieristico e Tecnico, Osp. Buon Consiglio Fatebenefratelli, Napoli, Italy

Introduzione. L'impatto delle malattie croniche e delle loro conseguenze ha determinato un aumento della complessità dei pazienti che si rivolgono all'ospedale, a cui si aggiunge la crisi dell'attuale sistema sanitario nazionale che ha generato un groviglio di problemi anche organizzativi. Pertanto, nei reparti di Medicina Interna si avverte la necessità di contenuti innovativi per affrontare operativamente i problemi reali della health care nei diversi setting dove si realizzano cure e assistenza.

Obiettivo. Per la gestione della complessità assistenziale ed organizzativa nasce l'esigenza di costruire o adattare strumenti gestionali che possano:

- recuperare la centralità del paziente;
- coniugare i diversi ruoli professionali;
- considerare la qualità anche in termini di impatto economico con l'utilizzo di risorse non più illimitate.

Materiali e Metodi. Nel Reparto di Medicina dell'Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli si è ricercata la possibilità di integrazione tra due modelli organizzativi di erogazione delle cure infermieristiche:

1°) *modello centrato sui bisogni del paziente.* L'utente di elezione del Reparto di Medicina è l'anziano con patologia cronica riacutizzata, affetto da polipatologia, caratterizzato da complessità o fragilità, ad elevato rischio di disabilità. Per garantire un livello di assistenza uniforme e continuo per una tale tipologia di paziente abbiamo deciso di utilizzare come modello di riferimento quello di NICHE (Nurses Improving Care for Health System Elders) con scale di valutazione dei bisogni per la prevenzione e gestione delle quattro maggiori problematiche che possono portare l'anziano ospedalizzato al peggioramento delle capacità funzionali: ulcere da pressione, incontinenza, disturbo del sonno, uso della contenzione fisica, anche attraverso l'informazione e l'educazione dei caregivers;

2°) *modello centrato sull'operatore sanitario e sui rapporti tra operatore e organizzazione.* In questo modello un ruolo essenziale è svolto dalla pianificazione e gestione del tempo come variabile maggiormente critica. Lo strumento di programmazione, analisi e controllo per l'organizzazione nel tempo delle attività è il diagramma di Gantt:

- rappresentare le attività svolte, tempi e durata, numero e qualifica degli operatori;
- analizzare la situazione per individuare aspetti critici nell'impiego dei professionisti, picchi di attività o tempi

morti, attività prevalenti, legami di subordinazione delle attività;

- individuare le modifiche possibili da introdurre per il miglioramento.

Risultati. L'applicazione di un modello centrato sul paziente e sull'operatore nel nostro reparto ha implicato un incremento delle conoscenze ed abilità di cura verso i pazienti geriatrici verificati attraverso i seguenti indicatori:

- diminuzione dei tempi di degenza;
- riduzione delle riammissioni;
- riduzione dei costi;
- maggior soddisfazione dei pazienti;
- maggiore soddisfazione degli operatori sanitari.

Conclusioni. E' necessario adottare modelli professionali che mirino ad approfondire il livello di comprensione dei bisogni della persona, coordinando ed organizzando risposte soddisfacenti, in una logica di presa in carico globale e di responsabilizzazione nel processo assistenziale. Solo se l'infermieristica procede verso l'omogeneità e la validità delle misurazioni e del linguaggio, riuscirà a potenziare le fondamenta scientifiche ed a procedere nella sperimentazione di strumenti e modelli pertinenti al contesto italiano.

Neoangiogenesi del circolo capillare in pazienti ipotiroidici: valutazione mediante videocapillaroscopia ungueale

Gallucci F, Ferrara L, Ronga I, Russo R, Valentino U, Uomo G

UOSC Medicina Interna 3, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

Premessa. Il fattore di crescita vascolare endoteliale (VEGF) oltre ad essere un fondamentale fattore neo-angiogenetico è un regolatore di processi patologici sia benigni che maligni che interessano la tiroide. I tireociti sono in grado di sintetizzare e secernere il VEGF ed un suo significativo aumento nel siero è stato riscontrato in pazienti con morbo di Graves non trattato ed in quelli con tiroidite di Hashimoto (HT) rispetto ai controlli. E' stata inoltre riscontrata una correlazione significativa tra la concentrazione sierica di VEGF ed i livelli di TSH nei pazienti con HT in ipotiroidismo.

Scopo dello studio. Valutare le manifestazioni neo-angiogenetiche del circolo capillare periferico in pazienti ipotiroidici mediante videocapillaroscopia ungueale (VCP).

Materiali e Metodi. Abbiamo esaminato 20 pazienti con struma ipotiroidico (18 F e 2 M), di età compresa tra 45.7 ± 12.5 (range 16-63) e 20 controlli (17 F e 3 M) con caratteristiche demografiche sovrapponibili utilizzando un videocapillaroscopio VideoCap 3,0 con ottica di 200x. Le immagini sono state archiviate e processate con software dedicato. Espressione di neo-angiogenesi è stata considerata la presenza di tortuosità delle anse capillari (n° assoluto e rapporto tra n° di anse sane e colpite).

Risultati. Nei pazienti con ipotiroidismo rispetto ai controlli è stato osservato un numero significativamente più elevato ($p=0.0001$) di tortuosità capillari.

Conclusioni. Questi dati preliminari dimostrano che fenomeni neo-angiogenetici interessano il microcircolo periferico dei pazienti con struma ipotiroidico; se confermati su casistica più estesa potrebbero aprire interessanti prospettive di ordine clinico-terapeutico.

Il colesterolo non-HDL e l'apolipoproteina B versus il colesterolo LDL: chi predice meglio gli eventi cardiovascolari nel diabetico di tipo 2?

Gatti A

UO Malattie del Metabolismo, PO San Gennaro, ASL Napoli 1, Napoli, Italy

Obiettivo. Valutare il ruolo del colesterolo non-HDL e dell'apolipoproteina (apo) B, marcatori di tutte le lipoproteine potenzialmente aterogenetiche, come predittori di malattie cardiovascolari (CVD) in confronto con il colesterolo LDL nei pazienti con diabete di tipo 2.

Disegno dello studio e Metodi. Retrospectivo, 555 diabetici di tipo 2 seguiti nel follow-up ad una distanza media di 7,55 anni. Durante il follow-up, abbiamo accertato 36 nuovi casi di incidenti cardiovascolari. Abbiamo usato l'Odds Ratio per stimare il rischio di malattia cardiovascolare.

Risultati. I risultati indicano che il colesterolo non-HDL e l'apoB non aumentano la previsione del rischio cardiovascolare, solo il colesterolo LDL si è dimostrato essere un buon predittore (Tabella 1).

Conclusioni. Alcuni Autori affermano che colesterolo non-HDL e l'ApoB sono potenti predittori di incidenza di malattia cardiovascolare tra i diabetici di tipo 2 rispetto alle LDL. Statisticamente, il colesterolo LDL è il miglior predittore di malattia cardiovascolare in questa coorte di diabetici di tipo 2 ospedalizzati.

Tabella 1. Odds Ratio, IC e significatività statistica (P) dei 3 fattori aterogeni nella popolazione esaminata in toto, e divisa nelle due osservazioni temporali.

Fattore aterogenico	OR	IC	P=
Apolipoproteina B			
Tutti i pazienti	0,938	0,382-0,759	0,000
T0 del follow-up	0,678	0,398-1,187	0,177
T1 del follow-up	0,530	0,331-0,846	0,007
Colesterolo LDL			
Tutti i pazienti	2,389	1,462-3,904	0,000
T0 del follow-up	3,634	1,288-10,225	0,009
T1 del follow-up	2,332	1,317-4,131	0,003
Colesterolo Non-HDL			
Tutti i pazienti	0,900	0,630-1,286	0,563
T0 del follow-up	0,812	0,466-1,414	0,462
T1 del follow-up	1,076	0,671-1,724	0,762

Indice di steatosi e ecografia epatica: diverse prevalenze in una popolazione di diabetici di tipo 2 ospedalizzati

Gatti A

UO Malattie del Metabolismo, PO San Gennaro, ASL Napoli 1, Napoli, Italy

Obiettivo. Confrontare le due metodiche paragonando la prevalenza della epatosteatosi in diabetici di tipo 2 (DM2T) ospedalizzati.

Materiali e Metodi. Studio trasversale di soggetti dalla popolazione diabetica ospedalizzata negli ultimi anni, pazienti senza consumo eccessivo di alcol e senza epatite cronica aggressiva o cirrosi epatica e lesioni secondarie epatiche. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a misure antropometriche ed esami del sangue a digiuno. La valutazione del fegato grasso è stata effettuata utilizzando metodi non invasivi: l'indice di fegato grasso (FLI) e la regolare ecografia addominale. Il FLI è calcolato da un algoritmo basato sui trigliceridi, indice di massa corporea, GGT e la circonferenza della vita. (FLI <20=fegato indenne e FLI ≥60= fegato grasso).

Conclusioni. L'indice di steatosi (FLI) è un metodo pratico ed efficace e può essere usato in sostituzione dell'esame ecografico troppo operatore dipendente. Nella nostra popolazione di DM2T ricoverati ha dimostrato una maggiore capacità diagnostica (OR 56,835; IC: 17,172 - 188,110; p<0.0001) e può facilmente essere utilizzata in uno screening di popolazione per la sua facile esecuzione e per l'assoluta indipendenza dall'operatore.

L'indice di steatosi può prevedere il rischio di eventi vascolari o misura solo la NAFLD?

Gatti A¹, Nuzzo V²

¹UO Malattie del Metabolismo; ²UOC Medicina Interna, PO San Gennaro, ASL Napoli 1, Napoli, Italy

La steatosi epatica non alcolica (NAFLD) è presente in fino a un terzo della popolazione generale e in buona parte dei pazienti con fattori di rischio cardio-metabolici come il diabete tipo 2, obesità addominale e di altri componenti della sindrome metabolica; d'altra parte i pazienti con epatosteatosi (FL) hanno un alto rischio di sviluppare il diabete e le malattie cardiovascolari. Lo scopo del presente lavoro è stato valutare l'associazione tra FL e malattia cardio e cerebrovascolare in un'ampia popolazione ospedalizzata di diabetici di tipo 2.

Materiali e Metodi. In 546 diabetici di tipo 2, ricoverati due volte negli ultimi anni, abbiamo valutato compenso glicemico, enzimi epatici, lipidi e la presenza o meno di pregressi eventi cerebro e cardiovascolari. La presenza di FL è stata stimata utilizzando l'indice di steatosi (FLI >60, probabilità >78% di presenza FL; FLI <20 probabilità >91% assenza di FL), ovviamente non con l'ecografia troppo operatore dipendente. La popolazione è stata divisa in due gruppi (1° e 2° ricovero) e ciascun gruppo in due sottogruppi sulla base della presenza di un pregresso evento vascolare. La diagnosi di pregresso incidente vascolare è stato acquisito sulla base della storia clinica documentata e/o confermata con opportune indagini nel corso del ricovero. A tutti i pazienti è stato calcolato l'indice di steatosi.

Conclusioni. Il diabete mellito di tipo 2, l'arteriosclerosi, l'obesità e il riscontro di epatosteatosi sono in continua ascesa e si rende indispensabile avere un parametro che ci consenta di diagnosticare, quantizzare e monitorizzare nel tempo il grado di steatosi epatica in modo preciso ma, soprattutto, non operatore dipendente. L'indice di steatosi (FLI) è un metodo pratico ed efficace e può essere usato in sostituzione dell'esame ecografico troppo operatore dipendente, inoltre in diabetici di tipo 2 il rischio di subire un evento cerebro cardiovascolare è associato con alti valori di FLI (T0: OR=0,364; IC: 0,189-0,702; p=0,002 - T1: OR=0,344; IC=0,187-0,633; p=0,0001).

L'indice di steatosi: un nuovo marker di cardiopatia ischemica in anziani diabetici di tipo 2?

Gatti A¹, Nuzzo V²

¹UO Malattie del Metabolismo; ²UOC Medicina Interna, PO San Gennaro, ASL Napoli 1, Napoli, Italy

NAFLD e diabete mellito di tipo 2 sono patologie con un'incidenza in aumento; entrambe si manifestano nel paziente obeso. Spesso questi pazienti soffrono anche di malattie cardiovascolari. Lo scopo del presente lavoro è stato quello di valutare l'associazione tra steatosi epatica e malattia coronarica progressiva (CHD) in un'ampia popolazione ospedalizzata di diabetici di tipo 2.

Materiali e Metodi. In 845 soggetti anziani diabetici di tipo 2 (età >70 anni), ricoverati negli ultimi 5 anni, abbiamo valutato compenso glicemico, enzimi epatici, lipidi, e la presenza o meno di pregresso IMA. La presenza di NAFLD è stata stimata utilizzando l'indice di steatosi (FLI >60, probabilità >78% di presenza NAFLD; FLI <20 probabilità >91% assenza di NAFLD), ovviamente non utilizzando l'ecografia troppo operatore dipendente. La popolazione è stata divisa in tre gruppi sulla base dell'indice di steatosi: G0: FLI <20 (n=40); G1: FLI >60 (n=544), G2: gruppo intermedio (n=261). La diagnosi di CVD con pregresso IMA è stata acquisita sulla base della storia clinica documentata o confermata con opportune indagini nel corso del ricovero.

Conclusioni. L'indice di steatosi (FLI) è un metodo pratico ed efficace e può essere usato in sostituzione dell'esame ecografico troppo operatore dipendente, inoltre in diabetici di tipo 2 anziani il rischio di cardiopatia ischemica è associato con alti valori di FLI (OR 56,835; IC: 17,172 - 188,110; p<0.0001).

Una catastrofica sequenza di eventi avversi farmaco-correlati

Gente R¹, Ilardi A², D'Avino M², Lionello F³, Rabitti PG²

¹UOSD Medicina d'Urgenza; ²Medicina 1; ³UOC Pronto Soccorso e Accettazione, AORN Antonio Cardarelli, Napoli, Italy

Introduzione. Gli antipsicotici atipici sono spesso prescritti per il controllo delle manifestazioni non cognitive che possono accompagnare la demenza, perché c'è la percezione che questa classe di farmaci minimizzi gli eventi avversi (ADEs) segnalati per gli antipsicotici tipici.

Caso Clinico. Una donna di 83 anni, affetta da Ipertensione Arteriosa, Cerebrovasculopatia Cronica e Insufficienza Renale Cronica di grado moderato, viene ricoverata nel marzo 2013 in seguito ad una caduta accidentale avvenuta presso il proprio domicilio. Dimessa in terapia domiciliare senza esiti, la paziente rientra in Ospedale, tre mesi più tardi, per Stroke ischemico e trasferita, dopo 20 giorni di degenza, presso un istituto riabilitativo, con postumi emiparetici destri. Nel Settembre 2013 la paziente è nuovamente ricoverata per "stato confusionale" associato ad iponatremia severa (Na⁺ =109 mMol/L). Dal mese di febbraio 2013 la paziente assumeva olanzapina (10 mg/die).

Discussione. Una prima lista di farmaci potenzialmente inap-

propriati nell'anziano (potentially inappropriate medications= PIMs) fu sviluppata da Beer nel 1991 e in seguito ampliata, in modo da comprendere estensivamente tutti i settings dell'assistenza geriatrica. Tra i farmaci in elenco, figurano gli antipsicotici atipici spesso prescritti off-label per il controllo delle manifestazioni non-cognitive della demenza. La possibilità di caduta descritta nei pazienti in trattamento con tali farmaci può riconoscere due plausibili momenti eziopatogenetici. Uno legato all'instaurarsi di uno stato iponatremico (riscontrato nel corso dell'ultimo ricovero della nostra paziente) e l'altro ad una dispersione dei periodi di recupero ventricolare, apprezzabile all'ECG di superficie con un prolungamento dell'intervallo QT (effettivamente segnalato già nel ricovero di marzo 2013), spia di possibili aritmie ipercinetiche ventricolari. Recentemente è stato anche segnalato un aumentato rischio di Stroke ischemico. A tale rischio potrebbero concorrere: l'ipotensione ortostatica in pazienti cerebrovascolopatici (induzione di watershed stroke) e l'iperprolattinemia, che può favorire l'iperaggregabilità piastrinica.

Conclusioni. Al pari di altri PIMs gli antipsicotici atipici continuano ad essere estensivamente prescritti, nonostante l'evidenza, nel paziente geriatrico, di un peggior outcome, in termini di ADEs, ospedalizzazioni e mortalità, legato alla loro assunzione.

Sincope in paziente affetto da displasia aritmogena del ventricolo destro (ARVD)

Giorgio R, Gargiulo A, Schettino M, Guida I, Nuzzo MG

UOC Medicina Interna, Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano, Caserta, Italy

Anni 48, maschio, normopeso, modico fumatore, impiegato statale, coniugato, 3 figli; ricovero presso la nostra UOC per riferiti episodi sincopali. Anamnesi familiare e patologica remota priva di elementi significativi. Obiettività clinica: negativa; esami di laboratorio nelle norma. Esami strumentali. ECG con rilievo di BBDX (congenito? non possedeva altri tracciati), neuroimaging negativo, ECG Holter bradicardia sinusale con BBDX, Tilt test negativo. Ecocardiogramma: evidenza nella parete libera del ventricolo dx di piccola formazione ovalare nel cui interno è presente trabecola-tura di verosimile tessuto fibro-adiposo; lieve rigurgito valvolare tricuspidoale. La RMN cardiaca conferma la presenza nella summenzionata sede di una iperintensità T1 da tessuto fibro-adiposo. Il consulente aritmologo consiglia di eseguire S.E.F. che non mostra aritmia spontanea e/o farmacologicamente indotta ed alla luce di quanto evinto, dichiara che il pz al momento non necessita di alcun trattamento terapeutico, ma solo di stretto follow-up presso l'ambulatorio di Aritmologia. Segni e sintomi: 80% dei pz presenta sincope o morte improvvisa; frequenti anamnesi di cardiopalmo e rilievo di tachicardia ventricolare fino alla fibrillazione ventricolare; i sintomi spesso legati all'esercizio fisico, suggeriscono una certa sensibilità alle catecolamine. Patogenesi: per lo più sconosciuta; l'apoptosi cellulare e la infiltrazione fibro-adiposa dei miociti inizia nella regione sub-epicardica apicale sino a coinvolgere l'endocardio ed infine la frequente dilatazione aneurismatica interessa anche il ventricolo sinistro nel 50-70% dei casi con prognosi ulteriormente infausta. Esami strumentali per ARVD: ECG: frequente BBDX ed onda epsilon (coda terminale del QRS da ritardata conduzione

ventricolare). Ecocardiogramma: può rilevare VDX ipocinetico con parete libera sottile, dilatazione dell'anello valvolare della tricuspide con rigurgito. RMN; evidenza meglio la infiltrazione fibro-adiposa e la acinesia e/o discinesia del VDX. Terapia: include trattamento farmacologico, ablazione trans-catetere, impianto di defibrillatore-cardioverter destinato soprattutto per quei pazienti rianimati da un arresto cardiaco ed anche in prevenzione primaria per coloro che hanno già presentato sincope da aritmia ventricolare sostenuta e per importante deficit di pompa.

Conclusioni. La displasia aritmogena del ventricolo dx (ARVD) è una malattia genetica autosomica dominante ad espressione variabile ed è caratterizzata da aree ipocinetiche a livello della parete libera del ventricolo dx o di entrambi i ventricoli, il cui tessuto muscolare è sostituito da tessuto fibro-adiposo, causa di aritmie ventricolari nei bambini e negli adulti. Attualmente non è disponibile una indagine genetica standard; in Italia la incidenza della patologia è 40/10.000, soprattutto nelle popolazioni della bassa pianura Padana, rendendola così la causa principale di morte improvvisa nei giovani.

Uno strano scopenso cardiaco

Giorgio R, Gargiulo A, Schettino M, Guida I, Nuzzo MG

UOC Medicina Interna, Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano, Caserta, Italy

E' ricoverato un paziente di aa. 55, maschio, fumatore, coniugato, due figli; in anamnesi recente rilievo di ipertensione arteriosa. Da circa un mese alcuni accessi presso più di un P.S. per dolore addominale sordo, talvolta febbricola e due episodi di verosimile colica renale. Dopo circa due settimane comparsa di edemi improntabili a carico degli arti inferiori, astenia, oliguria; valori pressori di poco superiori alla norma. E.O.: all'ingresso la obiettività clinica è positiva per la presenza di edemi moderati a carico degli arti inferiori, l'addome è lievemente dolente alla palpazione profonda su tutti i quadranti, la manovra di Giordano positiva bilateralmente. I dati di laboratorio mostrano le seguenti alterazioni: creatinina 2,5 mg/dl, azotemia 77 mg/dl, G.R. 3.500.000, VES 70, PCR 15; l'ecografia dell'addome completo, richiesta in urgenza, evidenzia idronefrosi bilaterale di II-III grado, ureteri filiformi con moderata dislocazione; il consulto urologico decide per rapida inserzione di stents ureterali; dopo ciò rapidamente si normalizzarono gli indici di funzionalità renale ed eseguita TC total body con mdc, si evidenziò una massa di tessuto fibrotico che avvolgeva l'aorta addominale fino alla biforcazione iliaca, la vena cava inferiore e dislocante gli ureteri; al paziente è stata poi eseguita una RMN con gadolinio che confermava la presenza della massa retroperitoneale (ipointensa per enhancement della fase infiammatoria); alla luce di questi dati la diagnosi fu suggestiva per fibrosi retroperitoneale (FRP) e per la sua etiologia (Malattia di Ormond -idiopatica- o secondaria immuno-mediata ovvero da neoplasia), furono richiesti esami immunologici, oncomarkers, esami endoscopici; tutto risultò negativo. Pertanto è stata fatta diagnosi di forma idiopatica. Terapia: come da protocollo, Metilprednisolone 20 mg e.v. per 3 volte al dì di più aggiunta di inibitori della pompa protonica ed ACE-inibitori. Si assisteva a rapido miglioramento clinico e labora-

toristico; il paziente è stato dimesso con la seguente terapia domiciliare: Prednisone 10 mg 1 cp/die e stretto follow-up ambulatoriale con nuovo controllo a tre mesi degli indici di funzionalità renale, nuova valutazione sia ecografica, che radiologica (TC, RMN). E' stata evitata, vista la rapida conclusione diagnostica, la biopsia, spesso di non facile esecuzione

Conclusioni. La FRP colpisce prevalentemente gli uomini nella terza e quarta decade di vita; la etiologia è ignota; è stata ipotizzata una origine autoimmune-vasculitica; formazione anticorpi contro le placche aterosclerotiche (ricche di VLDL ossidate) della parete aortica addominale; l'esame isotologico evidenzia infiltrato di macrofagi ed eosinofili, nonché iperproduzione di fibroblasti. Prognosi: buona per la FRP idiopatica (la recidiva talvolta è dopo circa un anno); è sfavorevole per le forme secondarie a neoplasia.

Incidenza di disfunzione diastolica in una coorte italiana di pazienti con diabete mellito tipo 2 studiato in relazione alla durata della malattia, il controllo metabolico e complicanze micro vascolari

lazzetta N¹, Ambrosca C², Cristiano C³, Iovinella V¹, Costa S⁴, Tassinario S², Varriale M², Cresco B⁵, Visconti M⁶

¹PSP Loreto Crispi; ²UOC di Medicina Interna, Ospedale S.M.d.P degli Incurabili; ³Dirigente Medico Ospedale Loreto Mare, ASL Napoli 1 Centro, Napoli; ⁴Scuola di Specializzazione Anestesia e Rianimazione, Seconda Università degli Studi, Napoli; ⁵Laureanda in Oncologia, Università Federico II, Napoli; ⁶Primario emerito di Medicina Interna, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

Contesto. L'incidenza di Disfunzione Diastolica Ventricolare sinistra, nota anche come Scopenso Cardiaco Diastolico (SCD) con funzione sistolica ventricolare sinistra conservata è alta nei soggetti diabetici, anche in assenza di ipertensione e malattia coronarica. La prevalenza di SCD è in aumento in Italia come nel resto del mondo e, nonostante che i progressi terapeutici abbiano migliorato il decorso clinico della malattia, c'è ancora un forte impatto di questa condizione sulla qualità della vita e sulla mortalità cardiovascolare nel diabete. Nel DM tipo 2 si evidenzia una malattia cardiaca tipica, indipendente da malattia aterosclerotica, caratterizzata da un deficit contrattile e chiamata "cardiomiopatia diabetica" di cui lo SCD è il primo marcatore; pertanto è stato ipotizzato che tale stato possa individuare una malattia cardiovascolare indipendente. L'esatta etio-patogenesi della cardiomiopatia diabetica non è ancora chiara, così come il modello predisponente del profilo di rischio cardiometabolico. Molti meccanismi, quali la malattia microvascolare, la disfunzione autonoma, e il cattivo compenso metabolico sono stati suggeriti come fattori predisponenti.

Obiettivi. L'obiettivo del nostro studio è stato di valutare l'incidenza di SCD in una coorte di pazienti diabetici di tipo 2 e di determinare se vi fosse associazione con noti fattori di rischio cardiovascolari e, precisamente, l'età, la durata del diabete, i livelli di Hb1Ac, la circonferenza della vita e la presenza di microangiopatia.

Metodi. Sono stati arruolati 106 pazienti ambulatoriali con diabete mellito tipo 2 (57 femmine e 49 maschi) con un'età media di 62±10 anni e durata media del DM di 10,84±5,69 anni. Criterio di esclusione dallo studio è stato la presenza di malattia

cardiovascolare conclamata. In tutti i pazienti sono stati valutati i principali parametri ematochimici e antropometrici (BMI e circonferenza vita). L'ecocardiografia è stata eseguita per valutare la funzione diastolica ventricolare sinistra definita dalla presenza di:

- alterato rilassamento ventricolare ($E/A < 0,8$ e decelerazione $[DT] > 140$ ms);
- modello pseudonormale (E/A tra 1 e 2 e $DT > 40$ ms superiori al sistolica Doppler diastolica delle vene polmonari);
- di tipo restrittivo ($E/A > 2$ e $DT < 140$ ms).

Risultati. La disfunzione diastolica era presente in 57 pazienti (53,7 %) con una durata più lunga di DM (15 anni). Questo dato è risultato statisticamente significativo ($p < 0,02$). Nei soggetti con elevata circonferenza addominale ed elevato rapporto vita-fianchi la disfunzione diastolica era presente in maniera statisticamente significativa, rispettivamente con $P' = 0,001$ e $P'' = < 0,02$. I pazienti con $HbA1c > 7,5\%$ avevano una maggiore prevalenza di disfunzione diastolica rispetto a quelli con $HbA1c < 7,5\%$ ($P < 0,02$). La disfunzione diastolica era presente nella maggior parte dei pazienti con neuropatia autonoma e retinopatia.

Conclusioni. Lo studio rivela l'alta incidenza di disfunzione diastolica nei pazienti diabetici asintomatici e questa evidenza correlava con la durata della malattia, i livelli di $HbA1c$, l'aumento della circonferenza addominale, l'elevato rapporto vita-fianchi e la presenza di microangiopatia. Pertanto, un intervento terapeutico precoce mirato a migliorare il controllo glicemico e il peso e ad evitare le complicanze diabetiche microvascolari è verosimilmente in grado di ridurre la morbilità e la mortalità per Scompenso Cardiaco nella nostra coorte di pazienti diabetici di tipo 2.

Il rischio nutrizionale nel paziente geriatrico cronicamente allettato

Ilardi A, D'Avino M, Capasso F, Muscherà R, Rabitti PG

Medicina 1, AORN Antonio Cardarelli, Napoli, Italy

Premessa e Scopo dello studio. Il rischio nutrizionale al quale sono esposti gli anziani è in parte legato alla riduzione degli apporti nutrizionali, in parte alla cosiddetta *anoressia fisiologica*. I fattori concorrenti alla graduale affermazione di quest'ultima sono il disagio psico-sociale, la diminuzione della sensibilità gustativa (ipogeusia) e olfattoria (iposmia), nonché le variazioni di concentrazione di alcuni ormoni implicati nel controllo dell'appetito (colecistochinina, leptina). La gran parte dei pazienti geriatrici ospedalizzati è a rischio nutrizionale o esibisce una malnutrizione franca con ripercussioni, ben documentate in letteratura, sulla durata della degenza e conseguentemente sui costi. Il nostro studio si prefigge di verificare l'impatto della malnutrizione e della sua gravità nei pazienti di età > 65 anni con elevato Indice di dipendenza.

Materiali e Metodi. Abbiamo preso in esame 33 pazienti (18 M, 15 F; età media $79,63 \pm 5,67$ anni) ricoverati nel secondo semestre 2013 presso la nostra Unità Operativa, selezionati sulla base del punteggio attribuito alla "scala ADL" (Indice di dipendenza nelle attività della vita quotidiana). I pazienti selezionati presentavano tutti un Indice di dipendenza pari o superiore a 5. Di questi, 15 provenivano dal proprio domicilio, 18 da case di

cura o istituti di riabilitazione. Per valutarne il rischio di malnutrizione è stato adottato il Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), uno dei tanti indici nutrizionali integrati attualmente disponibili che consente, in modo semplice, rapido e riproducibile, di descrivere il rischio di malnutrizione e la sua gravità.

Risultati. Nell'ambito dei pazienti selezionati, 4 erano a basso rischio nutrizionale, 22 presentavano un rischio nutrizionale moderato, 7 un rischio nutrizionale elevato (punteggio > 2), tale da richiedere l'immediata adozione di misure terapeutiche adeguate. Tra le patologie acute che hanno precipitato il decadimento dello stato nutrizionale, le infezioni (sepsi, polmonite) e l'ictus ischemico sono risultate quelle prevalenti.

Conclusioni. L'alta percentuale di pazienti ospedalizzati a rischio nutrizionale richiede una attenzione da parte degli operatori sanitari che a più livelli devono moltiplicare i propri sforzi al fine di prevenire e/o correggere un eventuale deficit nutrizionale. Tale condizione si associa ad alterazioni nella risposta immunitaria e favorisce la formazione di decubiti e la perdita di massa muscolare, che a sua volta determina o aggrava l'inabilità motoria.

Valutazione del delirio acuto nell'anziano ospedalizzato

Ilardi A, D'Avino M, Capasso F, Muscherà R, Rabitti PG

Medicina 1, AORN Antonio Cardarelli, Napoli, Italy

Premessa e Scopo dello studio. Il delirio è una condizione comune e grave nell'anziano, ma frequentemente sottostimata. La sua prevalenza nei soggetti ospedalizzati va dall'11 al 42% e la sua affermazione causa prolungamento della degenza, elevata mortalità e un alto rischio di istituzionalizzazione. Il nostro studio si propone di verificare l'impatto di questa Sindrome nei pazienti ricoverati in Medicina Interna, con particolare riguardo per i disturbi insorti durante il ricovero.

Materiali e Metodi. Durante il 2013 sono stati ricoverati presso l'UOC di Medicina Interna 1 (ex Medicina 2) n° 1054 pazienti. Con l'esclusione di quelli con Glasgow Coma Score all'ingresso ≤ 8 , un declino acuto delle funzioni attentive e cognitive (insorto dopo almeno 48 ore dal ricovero), è stato rilevato nell'8,2% della popolazione di età pari o superiore a 65 anni. La Neecham Scale è lo strumento di valutazione da noi utilizzato per verificare la presenza della Sindrome e definirne il livello di gravità.

Risultati. La presenza di delirio è stata confermata in 61 pazienti ($M=34$; $F=27$), con riscontro di delirio severo in 8 pazienti, lieve in 53; venticinque pazienti (punteggio 25-26) venivano classificati ad alto rischio. L'affermarsi della Sindrome sembra correlarsi all'interrelazione tra fattori predisponenti (dipendenza funzionale, disidratazione, malnutrizione, assunzione di farmaci psicoattivi) e fattori precipitanti. In particolare, nei pazienti da noi esaminati, i principali fattori precipitanti erano rappresentati dalle infezioni, dal dolore, dall'ictus ischemico, dall'assunzione di farmaci anticolinergici.

Conclusioni. Il delirio è indipendentemente associato ad un maggior declino funzionale durante l'ospedalizzazione, ad una degenza più lunga ed un maggior rischio di sviluppare complicanze durante il ricovero. Tuttavia la Sindrome rimane sottodiagnosticata per almeno tre fattori: la natura fluttuante dei disturbi, la mancanza di un adeguato assessment cognitivo, la tendenza a considerare la diagnosi poco importante.

Lessico “familiare”: le parole dell'internista

Ilardi A, Rabitti PG

Medicina 1, AORN Antonio Cardarelli, Napoli, Italy

I cambiamenti imposti dalla crescente affermazione delle malattie croniche richiamano il Medico Internista a rivestire molteplici funzioni (diagnostiche, terapeutiche, educative, gestionali); ma anche a considerare altri aspetti (condizione sociale, capacità funzionali, capacità cognitive). Il linguaggio specialistico si è necessariamente arricchito di vocaboli che dovrebbero sinteticamente descrivere specifici contesti o condizioni: complessità, criticità, disabilità, fragilità, comorbidità, comorbilità. Il concetto di *comorbidità* nasce nel 1970 [Feinstein AR. J Chronic Dis 1970; 23: 455-68]. Il termine inglese (co-morbidity) – e così pure i suoi traduttori italiani (*comorbidità*, *comorbilità*) – prevede un doppio uso [www.accademia-dellacrusca.it]: in alcuni contesti, la parola indica il fenomeno della “compresenza di patologie” definita anche *multimorbilità*, in altri denota invece la “malattia concomitante”, preesistente o coesistente rispetto alla malattia “indice”, ovvero alla malattia che determina un peggioramento dello stato di salute in un individuo e/o l'evento acuto o la malattia che ne condiziona maggiormente la prognosi. Interessante la classificazione delle *comorbidità* proposta dalle Linee guida GOLD 2011: *concausali*, quando condividono con la BPCO fattori di rischio, ad es. il fumo per la cardiopatia ischemica; *complicanti*, quando rappresentano effetti extrapolmonari della BPCO, ad es. osteoporosi; *concomitanti*, ovvero malattie croniche coesistenti senza relazione causale nota con la BPCO. Il concetto di *fragilità* individua una sindrome biologica caratterizzata da riduzione delle riserve funzionali e delle resistenze agli stressors e secondaria al declino cumulativo di più sistemi fisiologici, col concorso di fattori “ambientali”. In questo senso la *fragilità* è una condizione ben diversa dalla *disabilità*, intesa come riduzione o perdita di capacità funzionale e di autonomia personale, che si determina in seguito patologie acute o di tipo cronico-degenerativo. Il paziente disabile è, quindi, incapace di svolgere in modo autonomo le attività della vita quotidiana normali per età, sesso e ruolo sociale. Ne deriva che la persona fragile è a rischio di *disabilità* per effetto di eventi stressanti anche minimi. Similmente, non vi è alcuna equivalenza tra *fragilità* e *criticità*: indipendentemente dalla causa incidente, il paziente critico presenta o minaccia di sviluppare una o più instabilità delle funzioni vitali, tali da richiedere un supporto invasivo. Rientrano pertanto nell'ambito della criticità anche i pazienti in monitoraggio intensivo per iniziale insufficienza mono o multi-organo, ancora compensata, ma con probabilità di evolvere verso uno scompenso; come pure i pazienti in fase di svezamento dal trattamento intensivo, che non hanno ancora raggiunto una stabile autonomia delle funzioni vitali. La variabile interazione delle condizioni su dette con gli “attributi individuali non correlati alla salute” (famiglia, condizione economica e culturale), conduce all'emergenza di quadri clinici complessi: i Fenotipi o Fenomi Complessi [Il Fenoma complesso. Quaderni del Ministero della Salute. n. 23, settembre-ottobre 2013 p.33]. Lungi dall'essere una semplice sommatoria delle condizioni morbose e non-morbose che lo compongono, esso rappresenta un'entità fenomenica con ca-

ratteristiche peculiari in termini di eziopatogenesi, necessità terapeutiche e prognosi. La gestione della complessità richiede un approccio che vada al di là del semplice coordinamento delle prestazioni specialistiche, prevedendo, nella revisione dei modelli gestionali, un sempre maggior *empowerment* del paziente e della sua famiglia.

Valutazione delle dimensioni spleniche e del numero delle piastrine come ipotesi di valido semplice e ripetibile strumento di documentazione della riduzione dell'ipertensione portale nei pazienti con cirrosi HBV correlata in trattamento con NUCsIovinella V, Iazzetta N, Visconti M¹PSP Loreto Crispi; ¹Primario emerito di Medicina Interna, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

Premessa. L'ipertensione portale (IP) è la diretta conseguenza della cirrosi (nei paesi sviluppati), della schistosomiasi (nelle aree endemiche), o delle alterazioni epatiche vascolari. La vena porta fornisce circa il 75% del flusso ematico del fegato e circa il 60% del suo fabbisogno di O₂. La normale pressione del circolo portale è pari a 5-10 mm Hg (7-14 cm H₂O) e quindi superiore alla pressione della vena cava inferiore di 4-5 mm Hg (gradiente venoso portale). Valori superiori sono definiti come indicativi di IP. L'IP è dovuta ad un aumentato flusso portale o, nella maggior parte dei casi, a un'aumentata resistenza al flusso. Un'aumentata resistenza al flusso può originare dal blocco delle vene splenica e porta (raro), da una malattia del fegato (frequente – cirrosi di tutte le eziologie) o da un alterato efflusso venoso epatico (raro). L'IP è asintomatica; i quadri clinici sono causati dalle sue complicanze. Le conseguenze maggiori comprendono le varici esofagee e l'encefalopatia porto-sistemica. La dimostrazione di una IP richiederebbe la misurazione della pressione portale e la tecnica di misurazione migliore è quella che comporta la cateterizzazione transgiugulare delle vene sovraepatiche con l'incuneamento del catetere in un piccolo ramo di una vena sovraepatica (HVPG), che viene però raramente eseguita. L'evidenza clinica, di solito è sufficiente: si sospetta in un paziente affetto da un'epatopatia cronica, per la presenza dei circoli collaterali, dell'ascite, dell'encefalopatia porto-sistemica, della splenomegalia. Gli esami per immagini possono essere utili. L'ecografia o la TC spesso mostrano la splenomegalia, i circoli venosi intra-addominali dilatati e l'ecodoppler può accertare la pervietà della vena porta e la direzione del suo flusso. La splenomegalia secondaria a IP è, a sua volta, responsabile di disordini ematologici costituiti principalmente da leucoplastrinopenia e modesta anemia. La teoria ormai universalmente accettata per la piastrinopenia è rappresentata dalla teoria del sequestro splenico e susseguente emocateresi. In definitiva la presenza di splenomegalia e piastrinopenia possono definirsi, a buon titolo, segni indiretti di IP e di cirrosi epatica. Le attuali terapie per le epatiti croniche da virus B hanno evidenziato la possibile reversione della fibrosi e quindi della cirrosi. Gli studi che hanno permesso tale dimostrazione si fondano su un'indagine cruenta: l'epatobiopsia. Noi vogliamo segnalare l'ipotesi del rimodellamento delle dimensioni della milza ed il miglioramento della piastrinopenia come segnali di reversione dell'IP e quindi della

fibrosi epatica in corso di terapia per le malattie epatiche da virus B, partendo dalla descrizione di un caso clinico.

Caso clinico. S.E. di anni 78, caucasico, è venuto alla nostra osservazione nel dicembre 2007 perché affetto da malattia epatica HBV correlata, HBeAg negativa. La visita medica e gli esami dell'epoca facevano porre diagnosi clinica di cirrosi epatica. In particolare erano presenti ipertransaminasemia (GPT 4x) e una splenomegalia (diametro trasverso di 127 mm) con piastrinopenia secondaria (74000/mmc). Erano presenti, inoltre, varici esofagee e una viremia di $1,23 \times 10^7$. Sulla base di queste risultanze il paziente è stato sottoposto a trattamento con ETV al dosaggio di 0,5 mg/die. Il trattamento ha virosoppresso il paziente in circa 9 mesi e da quell'epoca sia la citolisi che la viremia risultano nella norma. Il monitoraggio della crasi ematica, funzione epatica, renale, pancreatico, viremia, aFP e coagulazione erano effettuati trimestralmente mentre l'ecografia epatica ogni semestre. Nel tempo si è assistito al rimodellamento delle dimensioni della milza (dicembre 2012 diametro trasverso splenico di 117 mm) e delle piastrine che, alla stessa data, erano pressoché normali (PLT 142000/mmc).

Conclusioni. La splenomegalia, evidenziabile con metodi incruenti come l'ecografia, e la conta delle piastrine possono rivelarsi un valido e semplice strumento di verifica del miglioramento dell'IP e, come verosimile conseguenza, anche della fibrosi epatica nei soggetti cirrotici HBV positivi, trattati con NUCs. Successive osservazioni personali sembrano dare una conferma di questa ipotesi, che appare meritevole di ulteriore approfondimento con un ampio campione per la validazione di tale metodica. Per l'ipotesi di una possibile reversione della cirrosi epatica e della sua entità si ritiene che possa essere utile associare, laddove eseguibile, il monitoraggio mediante fibroscanner.

INFONDEre ILOPROST con un nuovo device: sicurezza e tollerabilità

Italiano G, d'Errico T¹, Giannetti G, Chirico A, Raimondo M, Gargiulo A

UOC Medicina Interna, AO S. Anna e Sebastiano, Caserta;

¹UOC Medicina Interna "S.M.d.P degli Incurabili", ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

Iloprost, analogo della prostaciclina (PGI₂), è un farmaco dal ruolo fondamentale nel trattamento di molti disturbi vascolari di tipo ischemico compresi la tromboangioite obliterante, l'ischemia critica da arteriopatia periferica occlusiva, il fenomeno di Raynaud secondario a sclerosi sistemica e l'ipertensione polmonare. Il protocollo terapeutico classico prevede la somministrazione attraverso pompa peristaltica in regime di ricovero ordinario o di Day Hospital; in alternativa, recentemente, attraverso sistemi di regolatori di flusso. Abbiamo testato un nuovo device per la somministrazione di Iloprost: una pompa siringa portatile INFONDE 2 (Pompa Infonde®, Italfarmaco S.p.A. Cinisello Balsamo, Milano) in 37 pazienti affetti da Fenomeno di Raynaud, Scleroderma, Ischemia Critica Arti Inferiori, Tromboangioite Obliterante, Crioglobulinemia Mista) nel periodo agosto-dicembre 2013 per un totale di 740 infusioni. L'infusione di Iloprost attraverso il device pompa a siringa por-

tile Infonde 2 è risultata meglio tollerata e apprezzata dai pazienti e maggiormente gradita dagli infermieri. Non si sono registrate differenze sugli effetti terapeutici. Un paziente ha interrotto il trattamento per occorrenza di intervento chirurgico maggiore (amputazione di coscia). Rispetto alla infusione con pompa volumetrica si sono registrati meno effetti collaterali. Nessun paziente è stato trasferito al tradizionale metodo di infusione. Gli infermieri sembrano meglio tollerare il dispositivo registrando un minor carico di lavoro.

Conclusioni. Iloprost in pompa siringa portatile INFONDE 2 sembra essere altrettanto sicuro come il metodo tradizionale; i pazienti gradiscono e accettano volentieri il nuovo dispositivo soprattutto in funzione di una futura possibilità di utilizzo domiciliare. La nuova metodica non fa registrare riduzione di efficacia rispetto al metodo tradizionale, garantendo una riduzione del carico di lavoro e aprendo nuovi scenari di futuro utilizzo.

La riorganizzazione del day hospital di Medicina Interna

Italiano G¹, d'Errico T², Maffettone A³, Nuzzo V⁴, D'Avino M⁵, Ilardi A⁵, Gargiulo A¹

¹UOC Medicina Interna, AO S. Anna e Sebastiano, Caserta; ²UOC

Medicina Interna, S.M.d.P. degli Incurabili, ASL Napoli 1 Centro, Napoli;

³UOC Medicina Interna, Ospedale V. Monaldi, Azienda dei Colli, Napoli;

⁴UOC Medicina Interna, PO San Gennaro, ASL Napoli 1 Centro, Napoli;

⁵UOC Medicina Interna 1, AORN Antonio Cardarelli, Napoli, Italy

La medicina di fine millennio è stata stravolta dalla accelerazione di fenomeni capaci di esercitare una influenza sui sistemi di finanziamento sanitari incapaci di far fronte alla progressiva, incontenibile, dilatazione della spesa, di frequente oltre i limiti fissati annualmente in molte realtà avanzate dal punto di vista economico e sociale. Il medico moderno deve rappresentare il motore della organizzazione del processo assistenziale. Oltre alle funzioni primarie della medicina, deve conoscere e applicare la metodologia dell'organizzazione sanitaria, che rappresenta l'aspetto più recente dello sviluppo della medicina, coprendo innumerevoli settori di interesse: dalla programmazione e gestione dell'economia sanitaria, alle incombenze medico-legali e assicurative, dall'organizzazione "tecnica" delle prestazioni assistenziali all'ottimizzazione delle prestazioni stesse in termini di efficienza ed efficacia, alla verifica delle qualità delle cure. Il DL 502/92 prevede all'art. 10 e 14 la verifica e la revisione della qualità delle prestazioni come metodo adottato in via ordinaria; tuttavia l'evoluzione dell'approccio alla qualità trova ancora approssimazioni e zone d'ombra. Il DGRC 2010 ha sottolineato la necessità di ridurre la spesa sanitaria in Campania, soprattutto per la diagnostica. L'analisi delle attività diagnostiche ha mostrato come queste siano prodotte in maniera incongrua in regime di Day Hospital. Abbiamo voluto focalizzare l'attenzione e proporre uno schema di riorganizzazione nel Day Hospital della UO della Medicina Interna dell'AOC di Caserta. La riorganizzazione è avvenuta in tre passaggi:

- 1) pianificazione dei dati relativi all'analisi delle schede di dimissione ospedaliera del 2012 da cui si evince che il 57% dei ricoveri (183/321) era di tipo diagnostico e il 43% (138/321) era di tipo terapeutico. Il 43% era caratterizzato da un accesso, il 5% da 2-3 accessi; il 9% da 4-7 accessi; il 43% da più di 7 accessi;

- 2) definire le modalità operative dell'erogazione del servizio con la divisione del lavoro e la distribuzione delle responsabilità al fine di uniformare il comportamento di tutti gli operatori (tutoraggio specifico nella cartella clinica del DH, apprendimento della normativa regionale del DH, modalità di utilizzo del programma informatico di accettazione e codifica, gestione delle conoscenze biomediche, apprendimento e funzionamento apparecchiature); prevenire le possibili non conformità all'erogazione del servizio, informare gli utenti, tenere sotto controllo i processi ridurre i costi;
- 3) definire i livelli di responsabilità ed autorità, individuare le competenze di ogni singolo, definire un piano di formazione annuale volto a garantire l'adeguamento professionale di ogni singolo operatore sanitario, migliorare la cultura dell'organizzazione, migliorare la formazione; coinvolgere il paziente nella stesura di un programma di soddisfazione ed elaborazione di un questionario adatto allo scopo.

La verifica del lavoro prodotto andrà ad essere fatto nell'anno in corso.

Una insolita paraparesi

Italiano G, Femiano C, Giorgio R, Lupoli S, Reale P, Schettino M, Vinciguerra A, Gargiulo A

UOC Medicina Interna, AO S. Anna e Sebastiano, Caserta, Italy

Caso clinico. L.Z. anni 14 femmina; giunge in pronto soccorso per occorrenza di mialgie agli arti inferiori e febbre da due giorni. Consulenza neurologica evidenzia paraparesi e dispone il ricovero. In corso di ricovero: dolorabilità spontanea del rachide dorsale, artralgie ai cingoli scapolari e pelvico; dermografismo; periste paraparesi; febbre intermittente, leucocitosi neutrofila (14970 leucociti/mm³, 80% neutrofili), alterazione degli indici di flogosi VES: 80, PCR: 8,0 mg/dL. Risonanza magnetica nucleare di encefalo e midollo: negativa per lesioni acute da infezione e/o aree di demielinizzazione; esame chimico fisico e batteriologico del liquor: negativo. Elettromiografia ed elettroencefalografia nel territorio dei muscoli bicipite e vasto laterale e dei nervi mediano, ulnare, sciatico popliteo: negativi. Emocolture: assenza di crescita. Esami infettivologici: negativi. Inizia terapia con steroidi: prednisone 50 mg die in dosi refratte, riduzione della febbre, attenuazione della sintomatologia dolorosa articolare. Esami di laboratorio: leucocitosi neutrofila (17980 leucociti/mm³; 88% neutrofili) VES: 78; PCR: 6,0. Riduzione dello steroide. Esecuzione di TAC total body: moderata epatosplenomegalia. Assenza di lesioni parenchimali. Lieve micronodulia ascellare e laterocervicale. PET-TC: "notevole incremento della captazione del tracciante a carico del compartimento oste-midollare cui si associa milza megalica che appare ipercaptante rispetto al parenchima epatico; le nodulazioni linfonodali a sede laterocervicali, sottomandibolare e ascellare bilateralmente non mostrano patologica captazione del tracciante". Esami di laboratorio: leucocitosi neutrofila (28750 leucociti/mm³; 90% neutrofili); VES: 100; PCR: 11,3mg/dl. Ferritinemia: 750 mg/dl; Febbre biquotidiana con TC fino a 39,5°C; manifestazioni cutanee alla natica sinistra e ipocondrio destro (dopo somministrazione di cefalosporina?); artrite polso destro; artralgie spalle, caviglie, anche.

Mialgie dei cingoli scapolari e pelvico. Andatura antalgica. Approfondimento: il quadro clinico descritto in questa giovane donna 14 enne, caratterizzato da febbre intermittente con due cuspidi quotidiane, leucocitosi neutrofila (28750 L di cui 90% N), artrite del polso destro ed artralgie, lievi manifestazioni cutanee, negatività per fattore Reumatoide, anticorpi antinucleo; assenza di sieroamiloido A, norotransaminasemia, lieve splenomegalia soddisfa cinque criteri di cui tre maggiori della classificazione di Yagamuchi per la malattia di Still (1992). I tempi di osservazione (due settimane per le artralgie; più di una settimana per la febbre) mal si sposano con la contingentazione attuale dei tempi e delle esigenze sanitarie (degenza media, appropriatezza del ricovero, appropriatezza dei DRG, allocazione del ricovero) che fanno venir meno lo studio, l'osservazione, il ragionamento che restano gli elementi necessari per la diagnosi di una malattia rara, che non significa inesistente, come il morbo di Still.

Analisi di concordanza tra capillaroscopia e pattern anticorpale in una minicoorte di pazienti con fenomeno di Raynaud

Italiano G, Raimondo M, Gargiulo A

UOC Medicina Interna, AO S. Anna e Sebastiano, Caserta, Italy

La capillaroscopia ungueale (NC), i test di laboratorio per gli anticorpi anti nucleo (ANA) sono abitualmente utilizzati quasi contemporaneamente per la valutazione del paziente affetto da fenomeno di Raynaud (RF) secondario a malattie del connettivo. Abbiamo confrontato le alterazioni capillaroscopiche (densità ridotta, aree avascolari, megacapillari, tortuosità, emorragie, edema, ramificazioni, dilatazioni) in 33 pazienti affetti da fenomeno di Raynaud e il loro pattern anticorpale (anticorpi anti nucleo ANA e sottoinsieme ENA: anticorpi antiScl-70; anti CENP, anti U1-RNP, anti ds-DNA, anti Centromero; anti SSA, anti SSB, anti Sm, anti-Jo1). L'analisi dei dati ha mostrato in dieci pazienti alterazioni capillaroscopiche aspecifiche. Di questi otto non avevano autoanticorpi, uno era affetto da artrite reumatoide ed uno da vasculite dei piccoli vasi. Nei ventitre pazienti con alterazioni capillaroscopiche definite scleroderma pattern l'analisi autoanticorpale ha mostrato assenza di autoimmunità in due pazienti (affetti da tromboangiite obliterante) autoimmunità non significativa (ANA 1:80) in quattro pazienti di cui uno affetto da morfea e infezione cronica da HCV. Ed un'altra da epatite autoimmune. Nei restanti 17 pazienti l'analisi anticorpale mostrava una presenza di ANA positività a titolo $\geq 1:160$. L'analisi del sottoinsieme ENA ha messo in evidenza la presenza di Scl70 in quattro pazienti; anti U1-RNP in quattro pazienti; anti CENTROMERO in sette pazienti; assenza di anti ENA in due pazienti.

Conclusioni. In questa mini coorte di pazienti con fenomeno di Raynaud primitivo la presenza di alterazioni capillaroscopiche tipiche dello scleroderma pattern e la presenza di ANA a titolo $\geq 1:160$ seleziona pazienti con una maggiore probabilità di essere affetto da una malattia del connettivo definita; nei due pazienti che pur presentavano tipiche alterazioni capillaroscopiche e assenza di autoimmunità l'osservazione e l'eventuale trattamento con prostacicline possono ritardare

l'insorgenza di una malattia del connettivo o renderla meno aggressiva quando compare. Alterazioni capillaroscopiche aspecifiche e presenza di ANA a basso titolo pur consentendo di escludere, in una prima fase una qualsivoglia malattia del connettivo, devono tuttavia indurre il reumatologo clinico ad allargare lo spettro di ricerca di altre patologie soprattutto di confine (epatite autoimmune, tromboangiite obliterante, fenomeno di Raynaud secondario a infezione cronica da HCV).

Sindrome Tako-tsubo recidivante

La Mura L¹, Renis M², Schiavo A², Salvatore V², La Mura G³

¹Università di Napoli Federico II, Napoli; ²UOC Medicina Interna, PO Cava de' Tirreni, AOU "S.G. di D. e R. d'A.", Salerno; ³UOC Cardiologi, PO Nocera Inferiore, ASL Salerno, Italy

Introduzione. La cardiomiopatia Tako-tsubo è una sindrome cardiaca acuta che simula l'infarto miocardico. Gli autori ne descrivono un caso clinico con alcune peculiarità.

Caso clinico. O.A, femmina. Anamnesi: ipertensione arteriosa e dislipidemia. All'età di 56 anni: ricovero per episodio di tachicardia ventricolare non sostenuta (TVNS). In quella occasione praticava: coronarografia: coronarie angiograficamente indenni; ablazione trans-catetere di substrato (sede infundibolare sn) per TV. Terapia consigliata: amiodarone, pravastatina, ramipril, TAO. Sei mesi dopo giungeva alla ns osservazione per toracalgia comparsa in seguito a intenso stress durante un tentativo di rapina subito. Nel corso del ricovero: elevati valori della troponina (fino a 1,97), normalizzati in 5 gg; ECG: onda T "ischemica" nelle precordiali; *ecocardiogramma*: acinesia di tutto l'apice, con ridotta capacità contrattile; *coronarografia+ventricolografia*: coronarie indenni, ampia acinesia dell'apice ventricolare con discreta cinesi dei segmenti basali, FE: 35%. Diagnosi alla dimissione: *Miocardipatia ipocinetica con aspetto da Tako-Tsubo Syndrome*. Terapia: ramipril, bisoprololo, ASA. Controlli seriati successivi documentavano completa normalizzazione dei parametri ECG ed ecocardiografici, fino a 7 anni dopo, quando ricompariva toracalgia per forte stress emotivo. Dal successivo ricovero risultava decorso clinico-strumentale sovrapponibile (compresa ulteriore coronarografia negativa per lesioni coronariche significative) e nuova diagnosi di sindrome Tako-tsubo.

Discussione. La cardiomiopatia Tako-tsubo è una sindrome caratterizzata da: disfunzione del ventricolo sinistro, alterazioni ischemiche all'ECG, aumento degli indici di miocardiocitocrosi ed assenza di segni angiografici di malattia coronarica, in presenza di stress fisico e/o emozionale. Si verifica preferenzialmente nelle donne in post-menopausa. La patogenesi sembrerebbe legata ad una alterazione del microcircolo e/o alla liberazione di catecolamine dopo un evento stressante. La coronarografia (assenza di stenosi >50%) e la ventricolografia (grave discinesia antero-apicale e ipercontrattilità dei segmenti basali) rappresentano il "gold standard" per la diagnosi. L'ecocardiogramma conferma l'acinesia o la discinesia antero-apicale.

Conclusioni. La sindrome Tako-tsubo è una patologia importante e potenzialmente fatale per le possibili complicanze a breve termine, quali scompenso cardiaco e shock cardiogeno. Gli autori presentano questo caso clinico, oltre che per la rarità

della sindrome stessa (prevalenza nella popolazione generale di 1/36.000; 1,2% dei ricoveri per SCA), anche per alcune peculiarità:

- complessità del caso: presenza di questa patologia in una pz già sottoposta ad ablazione tras-catetere per TVNS;
- rarità delle recidive (solo 17,7%), ancora più rare in corso di terapia con beta-bloccanti, ACE-i ed ASA.

Ipokaliemia grave in corso di Sindrome da iperincrizione di ACTH da Microcitoma polmonare

Laccetti M, Cannavale A, Catzola A, Mayer MC

Medicina Interna 4, AORN A. Cardarelli, Napoli, Italy

SA di anni 58 di sesso F, affetta da Cardiopatia ischemica cronica (pregresso IMA trattata con stenting coronarico) è giunta alla nostra osservazione per grave astenia, polipnea e dolore toracico con rilievo già in area di PS di ipokaliemia (1.4 mEq/l) con evidenza EGA di alcalosi mista metabolica e respiratoria e grave ipossiemia (pH 7.61 pO₂ 45 mmHg Sat 87% FR 28/m') con qc di iperventilazione ed una immagine Rx di addensamento polmonare. La paziente è stata sottoposta a TC e successiva FNAB con evidenza di Microcitoma polmonare. È stato eseguito dosaggio del Cortisolo plasmatico (102mcg/dl) di ACTH (157 pg/ml) da inquadrare verosimilmente nell'ambito di una sindrome da iperincrizione ectopica. La paziente è stata sottoposta ad Ossigenoterapia con Maschera di Venturi FIO₂ 35% vel 8 l/m per correggere la ipossiemia e la conseguente iperventilazione, con lo scopo di correggere almeno la quota respiratoria dell'alcalosi. Si è assistito ad un incremento della ossiemia (pO₂ 83 mmHg Sat 97% FR 12/m') alla scomparsa della polipnea ed all'incremento della kaliemia fino a valori non più critici (3.1 mEq/l) nel giro di 4 gg. Ottenuta così la stabilizzazione la paziente è stata avviata al trattamento chemioterapico in ambiente oncologico.

Leucoencefalopatia multifocale progressiva e AIDS

Liguori M, Iannuzzi R, Pannone B, Diano A¹, Mayer MC

Medicina 4; ¹UOSC Neuroradiologia, AORN A. Cardarelli, Napoli, Italy

Pz maschio di 46 anni. Sei mesi prima in seguito a comparsa di emiplegia faciobrachiorurale sin. riscontro di dissezione carotidea dx trattata con impianto di stent. Durante la degenza in reparto di fisioterapia sviluppa febbre non rispondente a terapia con amoxicillina. Dopo una settimana di terapia viene trasferito presso la nostra struttura. All'ingresso si osserva: emiplegia sinistra, ambliopia, rantoli crepitanti alla base sinistra, soffio sistolico 1/6 alla punta. EGA: Alcalosi mista. RX Torace: addensamento polmonare base di sinistra. Nell'ipotesi di sepsi a partenza dallo stent vengono avviate emocolture ed effettuata angioTC. degli assi carotidei che non evidenzia malfunzionamenti e/o localizzazioni settiche ed una TC cranio che evidenzia multiple aree di ipodensità parenchimale. L'assenza di evidenze settiche suggerisce di approfondire l'aspetto cerebrale con RMN che evidenzia aree di alterazioni di segnale a carico della sostanza bianca in sede fronto-temporo-parieto-occipitale destra e parietooccipitale sinistra da verosimile pro-

cesso infiammatorio encefalitico della sostanza bianca con quadro di leucoencefalopatia multifocale progressiva. La diagnosi viene avvalorata dalla positività di HIV.

Conclusioni. La leucoencefalopatia multifocale progressiva (PML) è una malattia rara e per lo più fatale caratterizzata da un processo di infiammazione della sostanza bianca a carattere progressivo, a localizzazione multipla. L'agente etiologico è un poliomavirus definito JCV dalle iniziali del primo paziente trattato. Questo virus è presente nell'86% della popolazione, sebbene rimanga latente nella maggior parte dei casi mentre la malattia insorge quasi esclusivamente in pazienti immunocompromessi con particolare frequenza nei pazienti affetti da AIDS. La particolare frequenza in tale patologia è dovuta verosimilmente all'effetto che l'HIV determina sulle cellule cerebrali potenziando l'effetto demielinizzante del JCV. Anche farmaci ad azione immunodepressiva come il natalizumab, l'infliximab, il rituximab ed i corticosteroidi sono stati associati a PML. Secondo le attuali conoscenze non vi sono cure per questa malattia; tuttavia i sintomi possono migliorare e la malattia può arrestarsi se migliora il sistema immunitario del paziente; alcuni pazienti affetti da AIDS che avevano sviluppato la PML sono stati in grado di sopravvivere, anche per anni, grazie all'avvento delle terapie con farmaci antiretrovirali.

I PDTA quale strumento di governo clinico:

l'organizzazione di una Unità Operativa di diabetologia ospedaliera

Maffettone A¹, d'Errico T², Italiano G³, Nuzzo V⁴, D'Avino M⁵, Ilardi A⁵, Rinaldi M¹

¹UOC Medicina Interna, Ospedale V. Monaldi, Azienda dei Colli, Napoli; ²UOC Medicina Interna, Ambulatorio e DH di Reumatologia, Ospedale S.M.d.P. degli Incurabili, ASL Napoli 1 Centro, Napoli; ³UOC Medicina Interna, AO S. Anna e S. Sebastiano, Caserta; ⁴UOC Medicina Interna, PO San Gennaro, ASL Napoli 1 Centro, Napoli; ⁵Medicina 1, AORN Antonio Cardarelli, Napoli, Italy

Le patologie croniche non comunicabili rappresentano una delle sfide più difficili per tutti i sistemi sanitari a causa della loro continua ed inesorabile crescita. L'esempio più paradigmatico è rappresentato dal diabete mellito. Esso è sempre più frequentemente diagnosticato nei pazienti ospedalizzati ed è, quindi, necessario che in quasi ogni istituto di ricovero sia presente una struttura operativa costituita da professionisti dedicati a valenza interdipartimentale, interdisciplinare, polispecialistica. Le strutture possono essere sia complesse (UOC) che semplici (UOS) ed aggregate in tal caso a reparti di Endocrinologia, Malattie del Metabolismo, Medicina Interna. La legge n. 9 del 22 luglio 2009 emanata dalla Regione Campania prevede il ruolo degli Ospedali come centri di 3° livello per il ricovero dei pazienti diabetici complicati. Abbiamo immaginato quali potrebbero essere gli specifici compiti di una struttura Diabetologica Ospedaliera e quale ne potrebbe essere la sua organizzazione. L'Unità Operativa di Diabetologia o meglio l'Unità Metabolica, potrebbe essere autonoma, affidata ad un Dirigente Medico di II Livello quale Responsabile oppure, una Unità Operativa intra o interdipartimentale (UOD) o Unità Operativa Semplice (UOS) aggregata ad una UOC di Medicina Interna o di Endocrinologia. La dotazione dei posti letto per ciclo di breve ricovero ordinario potrebbe

essere tra i 2 e i 6 da utilizzare essenzialmente in caso di complicanze acute con rischio per la vita. I ricoveri programmabili (in regime ordinario o di Day Hospital) dovrebbero essere proposti dal MMG per: diagnosi diabete all'esordio, scompenso metabolico cronico, follow-up della malattia e delle sue complicanze, gravidanza in donna diabetica o diabete gestazionale, avvio utilizzo microinfusori, studio e cura del piede diabetico (eccetto ricovero di urgenza), esecuzione di procedure diagnosticoterapeutiche invasive, terapia del piede diabetico infetto e stato tossi-infettivo per gangrena. La dotazione dei posti letto da dedicare al DH ed al Day Service potrebbe essere di 2 p.l. per inquadramento diagnostico e terapeutico di un Diabete all'esordio con stadiazione di eventuali complicanze, per terapia del piede Diabetico non complicato, diabete gestazionale, esecuzione di procedure diagnosticoterapeutiche invasive, valutazione e stadiazione di più complicanze in un paziente diabetico anziano e/o fragile o con difficoltà motorie. Strumento di lavoro della UO Metabolica sono i PDTA: piani multiprofessionali e interdisciplinari di assistenza costruiti per diabetici tipo 1, tipo 2, donne con diabete gestazionale etc. e predisposti e utilizzati da chi eroga prestazioni sanitarie; essi identificano la migliore sequenza di azioni da effettuare al fine di raggiungere obiettivi di salute definiti a priori, con un'efficienza e un'efficacia ottimali. L'assistenza al paziente diabetico deve prevedere l'integrazione con la Medicina generale e quella del territorio.

L'educazione e la formazione continua

dell'apprendimento: utile strumento di Clinical Governance nel trattamento del diabete in ospedale. Progetto dell'AMD regione Campania, (gruppo protocolli di gestione ospedaliera)

Maffettone A¹, Rinaldi M², Schettino M³, Gatti A⁴, Gargiulo A³, Ussano L¹

¹UOC Medicina Interna ad Indirizzo Cardiovascolare e Dismetabolico, AO Ospedali dei Colli-Plesso Monaldi, Napoli; ²UOD Metabolica, AO Ospedali dei Colli-Plesso Monaldi, Napoli; ³UOC Medicina, Ospedale S. Anna e S. Sebastiano, Caserta; ⁴UOC Diabetologia, PO San Gennaro, ASL Napoli 1, Napoli, Italy

In Italia oltre il 60% della spesa sanitaria correlata a diabete è dovuto a costi diretti attribuibili all'ospedalizzazione per complicanze acute e croniche: il diabete determina un aumento di spesa per assistito di circa 2000 €/anno. In ospedale, il diabete costituisce una realtà trasversale a tutti i reparti: è presente in almeno 1 paziente su 4 nei reparti di degenza e in 1 paziente su 2/3 in terapia intensiva cardiologica; è oramai acclarato che la condizione diabetica è sempre un fattore sfavorevole ai fini dell'outcome ospedaliero, interventi chirurgici compresi. La gestione ottimale del paziente diabetico in ospedale richiede per questo una formazione continua, rivolta a tutti gli operatori sanitari, ai fini di migliorare la loro conoscenza sulle modalità di gestione, trattamento e cura delle persone con diabete. Tale formazione è uno degli strumenti di Clinical Governance a disposizione del personale sanitario. A tale fine, in collaborazione con l'AMD nella Regione Campania, abbiamo organizzato e partecipato (quali relatori) ad un Gruppo di Lavoro interprovinciale che,

attraverso corsi che hanno coinvolto tutto il personale Medico ed Infermieristico delle strutture ospedaliere campane, ha implementato l'utilizzo di protocolli di trattamento definiti dalle linee guida nazionali sul trattamento del diabete e dell'iperglicemia in ospedale in condivisione con gli operatori afferenti alla branche specialistiche di Diabetologia ed Endocrinologia, Cardiologia, Medicina d'urgenza e Medicina Interna. Sono stati effettuati 5 incontri tra il settembre ed il dicembre 2013 che hanno coinvolto 5 ospedali della Campania (Avellino, Salerno, Caserta e Napoli). Hanno partecipato 182 persone nei vari incontri, con una media di circa 40 discenti a corso. Nell'elaborazione del questionario di gradimento finale sono stati presi in considerazione: rilevanza degli argomenti trattati, qualità educativa dell'evento formativo, utilità dell'evento ai fini formativi. L'analisi dei dati ha evidenziato: rilevanza degli argomenti: molto rilevante nel 90% ad Avellino, 98% a Caserta, 85% a Salerno, 95% a Napoli (Monaldi) e 98% al San Paolo. La qualità educativa del programma è risultata essere: eccellente/ottima nel 98% ad Avellino, Caserta, Salerno, nel 90% al Monaldi, nel 97% al S. Paolo; l'utilità dell'evento ai fini formativi è stata molto rilevante per l'85% dei partecipanti ad Avellino, per il 96% dei discenti a Caserta, il 97% a Salerno e 96% al Monaldi e 99% al S. Paolo. Dato il notevole gradimento da parte degli operatori sanitari delle varie strutture ospedaliere coinvolte, tale corso itinerante verrà ripetuto nel 2014 ed ha confermato l'importanza dell'apprendimento continuo da parte del personale sanitario, utile strumento di Clinical Governance.

MIGEDIO: Miglioramento della Gestione del Diabete in Ospedale. Esperienza e risultati di un piano formativo sul diabete nell'Azienda dei Colli

Maffettone A, Rinaldi M¹, Ussano L

UO Medicina Cardiovascolare e Dismetabolica, ¹UOD Metabolica, AO Ospedali dei Colli, Plesso Monaldi, Napoli, Italy

La Campania è la regione con la più alta prevalenza di diabete (7.2%), di conseguenza altrettanto elevata è la presenza di pazienti con diabete (pwd) negli Ospedali Campani. Come raccomandano gli Standard di Cura per il diabete le pwd devono essere considerate con particolare attenzione durante il ricovero da parte di tutto il personale sanitario ospedaliero al fine del buon esito del ricovero stesso. Pertanto è indispensabile che medici ed infermieri siano costantemente aggiornati sulle procedure gestionali e terapeutiche del diabete in ambito ospedaliero secondo i principi del Governo Clinico. A tale scopo abbiamo intrapreso nella ns AO un percorso formativo capillarizzato coinvolgendo sistematicamente tutto il personale addetto all'assistenza dei tre Ospedali (Monaldi, CTO, Cotugno). Il percorso prevedeva un questionario di valutazione pre e post apprendimento e consisteva in un percorso didattico di 6 ore con brevi presentazioni frontali, coinvolgimento in soluzioni di casi clinici e role playing. I docenti erano medici specialisti, dietiste e una psicologa. Ai partecipanti è stato anche sottoposto il questionario FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score) atto a valutare il proprio rischio di sviluppare diabete. Sono state effettuate complessivamente nove sessioni forma-

tive, tre per ogni ospedale. Hanno partecipato n° 142 tra medici ed Infermieri. La rilevanza dell'argomento è risultata essere: molto elevata nell'80 % dei partecipanti, rilevante nel 20%. L'intervento formativo è risultato molto efficace nel 70% dei partecipanti, efficace nel restante 30%. La qualità formativa è risultata: eccellente per l'80%, ottima nel restante 20% Lo score del FINDRISC ha evidenziato che il rischio di sviluppare il diabete nei prossimi 10 anni è elevato per il 30% dei partecipanti al corso. In conclusione l'apprendimento continuo del personale sanitario è strumento valido di miglioramento della qualità e, se associato a semplici campagne di informazione della malattia, permette di fare anche prevenzione "sociale".

Il "cuore altrove": un incidentaloma ecocardiografico rivela tutt'altra patologia

Maiolica O¹, Maffettone A, Rinaldi M², Ussano L

UO Medicina Cardiovascolare e Dismetabolica; ¹UOS Scopenso Cardiaco; ²UOD Metabolica, AO Ospedali dei Colli, Plesso Monaldi, Napoli, Italy

P.A. sesso M, anni 51, di professione verniciatore delle FFSS, manifesta epistassi e, su suggerimento del MMG, effettua ecocardiogramma ambulatoriale che evidenzia massa in atrio dx; durante ricovero c/o altro nosocomio il pz presenta rialzo delle transaminasi (dati non disponibili), viene confermata all'ecocardiogramma massa in atrio dx. Giunge nella ns UO per trasferimento in Cardiocirurgia. In data 10/1 nuovo ecocardiogramma ribadisce la presenza di formazione rotondeggiante atrio dx 30x23 mm adesa al setto interatriale (verosimile mixoma). Esami di laboratorio mostrano HBV positività, AST 155, ALT 148, PAL 105, GGT 182. La consulenza CCH conferma mixoma atrio dx, richiede nuovo ecocardiogramma e pone il pz in lista di attesa per intervento chirurgico. In data 14/1 il pz viene sottoposto ad ulteriore ecocardiogramma che evidenzia: "massa in atrio dx a margini sfrangiati, non compatta, senza rapporti con setto interatriale e con origine nella VCI". Esegue prelievo per markers oncologici: AFP 461, TPA 290, Ca19-9 163. L'eco addome (16/1) evidenzia fegato aumentato di volume, ecostruttura disomogenea, vie biliari ectasiche con lesione focale iperecogena VIII segmento di 13 mm. La TC torace ed addome con mdc (21/1) evidenzia: "voluminosa lesione solida, disomogenea e con circoli arteriosi neofornati, di tipo eteroplastico (verosimile HCC) al IV, V e VIII segmento con sconfinamento nel lobo sn; si associa trombosi vena porta all'ilo, linfonodi aumentati di volume all'ilo epatico. Ad entrambi i polmoni numerose lesioni nodulari verosimilmente secondarie con diametro tra pochi mm e 1,5 cm". Viene affidato alle cure della UOC di Oncologia ed inizia terapia con sorafenib tosilato 200 mg/die.

Un "legame(nto)" fastidioso: un caso strano di Sindrome di Dunbar

Mangiaccapra S, Cannavacciuolo F, Amitrano M¹

Scuola di Specializzazione in Medicina Interna, Seconda Università degli Studi di Napoli, in formazione presso; ¹Responsabile, UOC Medicina Interna, Unità di Angiologia e Diagnostica Vascolare, AORN S.G. Moscati, Avellino, Italy

La sindrome di Dunbar (detta anche sindrome del legamento arcuato del diaframma) è una patologia caratterizzata da una variante anatomica del tripode celiaco che nasce dall'aorta al di sotto del legamento arcuato del diaframma. Vi presentiamo un caso clinico. Giunge alla nostra osservazione una donna di 50 anni, fumatrice di circa 10 sigarette al dì, che riferisce dolori addominali post prandiali, che durano circa un paio d'ore, accompagnati da nausea, conati di vomito e senso di fatica respiratoria. La paziente riferisce inoltre gonfiore addominale subito dopo i pasti e riduzione del peso corporeo (circa in un mese). Si decide di ricoverare la paziente in regime di DH presso la nostra struttura ospedaliera per sottoporla ad indagini laboratoristiche e diagnostiche. All'esame obiettivo, oltre ad un valore di PA di 145/95 mmHg, si riscontra un rinforzo del secondo tono sul focolaio aortico. All'esame obiettivo del torace si apprezza un murmure aspro su tutto l'ambito polmonare e all'esame obiettivo dell'addome, assenza di dolenzia alla palpazione profonda e superficiale, con organi ipocondriaci all'arco. Gli esami di laboratorio evidenziano un'alterata glicemia a digiuno (110 mg/dL) e un lieve aumento delle transaminasi (GOT: 50 U/L, GPT : 60 U/L). ECG: ritmo sinusale con frequenza cardiaca di 75 b/minuto. All'ecografia dell'addome: presenza di bright disomogeneo, in assenza di lesioni focali e versamento in addome. RX torace: incremento della trama bronco vascolare con assenza di lesioni focali. Ecografia cardiaca: nella norma. Esame EGDs: segni di gastrite aspecifica. HP negativo. Per tale motivo viene iniziata terapia con farmaci antiipertensivi: TRIATEC 5 mg una compressa al mattino, associata a terapia anti reflusso: ANTRA 20 mg e PERIDON 10 mg prima dei pasti. La paziente viene dimessa col consiglio di assumere un regime dietetico alimentare corretto, evitando cibi reflussogeni, quali caffè, menta, thè, spezie, di osservare una buona masticazione, di utilizzare cibi ben cotti. Viene consigliato inoltre di ridurre l'utilizzo del sale e l'abolizione completa dell'abitudine tabagica. Dopo tre settimane, la paziente rientra riferendo assenza di miglioramento della sintomatologia clinica, nonostante la terapia e la modifica dello stile di vita. La paziente viene rivisitata. L'esame obiettivo risulta invariato rispetto al precedente, fatta eccezione per l'evidenza di una riduzione della pressione arteriosa (130/85 mmHg). Ad un esame più accurato dell'addome si reperta all'auscultazione un soffio sistolico a livello epigastrico. La paziente viene sottoposta ad esame EcoColorDoppler (ECD) dei vasi addominali da cui emerge: stenosi emodinamica del tripode celiaco, con presenza di ectasia post-stenotica. Generalmente, nel paziente affetto da aterosclerosi pluridistrettuale, il ritrovamento all'ECD di una stenosi asintomatica del tripode celiaco è un evento abbastanza frequente. Poiché la paziente però, non presentava localizzazione di malattia aterosclerotica in nessun distretto, è stata sospettata una patologia da legamento arcuato, che ben si evidenzia all'ECD durante gli atti respiratori forzati. Viene effettuata Angio-TC addome per conferma diagnostica che ben evidenzia la costrizione del tronco celiaco da parte del legamento arcuato. La paziente avendo attualmente una sintomatologia saltuaria è in attuale controllo clinico-strumentale in previsione di un intervento chirurgico. Da questo caso si evince l'importanza di un corretto ragionamento clinico nell'indirizzare la diagnostica strumentale.

La ricerca dell'halo sign nella GCA: quali vasi e quali pazienti

Mangiacapra S, Cannavacciuolo F, Amitrano M¹

Scuola di Specializzazione in Medicina Interna, Seconda Università degli Studi di Napoli, in formazione presso; ¹Responsabile, UOC Medicina Interna, Unità di Angiologia e Diagnostica Vascolare, AORN S.G. Moscati, Avellino, Italy

L'arterite a cellule giganti (Giant Cell Arteritis, GCA) è una vasculite sistemica cronica caratterizzata da coinvolgimento delle arterie di grosso e medio calibro dotate di lamina elastica. Nella maggior parte dei casi risultano coinvolte le arterie craniali. Inoltre possono essere coinvolte le arterie extracraniche, ovvero l'aorta e i suoi rami prossimali, nonché vasi extra aortici, più frequentemente rappresentati dall'arteria ascellare, succlavia e arteria brachiale (parte prossimale). Queste forme extracraniche vengono indicate come "large vessel GCA" (LV-GCA), e presentano delle caratteristiche cliniche differenti dalle forme classiche. L'American College of Rheumatology (ACR) nel proposto criteri classificativi, che vengono tuttora utilizzati per la diagnosi. Tali criteri sono: 1) età >50aa; 2) VES>50; 3) cefalea localizzata di recente insorgenza; 4) tumefazione o ridotta pulsatilità dell'arteria temporale; 5) biopsia tipica per GCA. Sono necessari tre criteri su cinque per porre diagnosi di GCA. Tuttavia, l'utilità di questi criteri classificativi come diagnostici è stata messa in discussione, in quanto sono stati creati al fine di distinguere pazienti affetti da una specifica tipologia di vasculite tra pazienti affetti da vari tipi di vasculiti, e non per differenziare pazienti con vasculite da quelli che non hanno vasculiti. La biopsia dell'arteria temporale viene tuttora definita come il Gold Standard per la diagnosi di GCA. Tuttavia, essa presenta non pochi limiti. Innanzitutto, pur essendo una procedura abbastanza sicura, può avere complicanze. Inoltre, presenta sensibilità limitata, con una percentuale di falsi negativi riportata in letteratura variabile tra il 9 e il 44%. Da qui, l'esigenza di trovare ulteriori strumenti diagnostici che possano consentire diagnosi più tempestive di questa patologia onde prevenirne le complicanze. L'ecocolordoppler delle arterie infiammate può mostrare: 1) stenosi; 2) occlusioni; 3) halo sign: ovvero un alone ipoecogeno circonfenziale a livello della parete arteriosa, che scompare dopo trattamento steroideo. Solo l'halo sign però risulta specifico per GCA. In una metanalisi la presenza di halo sign ha una sensibilità del 68% e una specificità del 91% se unilaterale e una sensibilità del 43% e specificità del 100% se bilaterale. Studi più recenti hanno esaminato il valore diagnostico dell'halo sign in altri distretti, ovvero quello delle arterie dell'arto superiore in pazienti con sospetta GCA-LV, evidenziando come anche a livello delle arterie dell'arto superiore si poteva trovare l'halo sign (con un coinvolgimento più frequente per l'arteria ascellare), e ciò poteva risultare utile soprattutto in pazienti con LV-GCA in cui l'arteria temporale può non essere coinvolta. Dunque, estendendo l'indagine anche a questo distretto si può evitare di perdere delle diagnosi di GCA, soprattutto in quei pazienti che non hanno segni temporali. Pertanto è in corso un protocollo diagnostico che nel sospetto di Arterite a cellule giganti valuta distretti cranici ed extracranici studiabili con EcoColorDoppler che possano aumentare la specificità e sensibilità per questa non rara patologia.

I percorsi clinici negli ospedali italiani

Nuzzo V¹, d'Errico T², Maffettone A³, Italiano G⁴, D'Avino M⁵, Ilardi A⁵, Creso B¹, Digitale L¹, Zuccoli A¹

¹UOC Medicina Interna, PO San Gennaro; ²UOC Medicina Interna, PO S.M.d.P. degli Incurabili, ASL Napoli 1 Centro, Napoli; ³UOC Medicina Interna, Ospedale V. Monaldi, Azienda dei Colli, Napoli; ⁴UOC Medicina Interna, AO S. Sebastiano, Caserta; ⁵UOC Medicina Interna, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

Introduzione. I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) sono uno strumento di gestione clinica usato per definire il migliore processo assistenziale finalizzato a rispondere a specifici bisogni di salute, sulla base di raccomandazioni riconosciute, adattate al contesto locale e tenute presenti le risorse disponibili. Scopo dei PDTA è di favorire l'integrazione fra gli operatori, ridurre la variabilità clinica, contribuire a diffondere la medicina basata sulle evidenze (EBM), utilizzare in modo congruo le risorse e permettere di valutare le prestazioni erogate mediante indicatori. I PDTA possono essere ospedalieri e/o territoriali; quando descrivono un processo sia territoriale sia ospedaliero è possibile parlare di Profili Integrati di Cura (PIC), percorsi orientati all'integrazione e alla completezza della presa in carico. Il reale utilizzo di questi strumenti nelle unità operative di medicina interna italiane non è noto.

Obiettivi e Metodi. Per determinare l'utilizzo di percorsi clinici (PDTA-PIC) nei reparti di medicina interna italiani abbiamo somministrato un questionario composto da item (quantitativi e qualitativi) a 33 medici internisti, espressione di differenti unità operative. Sono state determinate le correlazioni tra l'utilizzo di percorsi e le caratteristiche delle UO.

Risultati. Le 33 UOMI (distribuzione geografica: 7 al nord, 11 al centro, 15 al sud) nel 2011 hanno ricoverato 44.700 pazienti, in media 1720 pazienti/UO e trattato in regime ambulatoriale 197.000 pazienti (durata media del ricovero: 8,76 giorni; tasso di occupazione 94,5±14,2%; DRG peso medio: 1.2). In più della metà dei centri sono stati utilizzati percorsi, in alcuni anche più di uno, in media 3,92 per i PDTA e 1,38 per i PIC. La maggior parte degli strumenti è stata utilizzata con cadenza settimanale. Il dipartimento sembra essere il propulsore dei percorsi. Nella analisi di regressione l'utilizzo dei PDTA sembra essere influenzato dalle dimensioni e dalla attività delle unità operative.

Conclusioni. I percorsi clinici sono strumenti volti a garantire e a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria. Il presente studio ha dimostrato che il loro utilizzo è diffuso negli ospedali italiani. Il 51,5% delle unità operative di Medicina Interna utilizza percorsi clinici. L'adozione di linee guida e la loro traduzione nei relativi percorsi diagnostico-terapeutici correla in maniera significativa con le risorse organizzative disponibili a livello locale. Tali dati mostrano il notevole interesse da parte degli operatori sanitari allo strumento percorsi ma la cui implementazione necessiterebbe di un'adeguato supporto a livello centrale (Aziende, Regione, SSN).

Alterazioni della calcemia in una popolazione ospedalizzata

Nuzzo V¹, Insidioso M², Azar G², Giacometti F², Creso B¹, Digitale L¹, Zuccoli A¹

¹UOC Medicina Interna; ²UOC Medicina di Laboratori, PO San Gennaro, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

Introduzione. La corretta interpretazione delle alterazioni della calcemia presuppone la conoscenza dei complessi meccanismi coinvolti nella sua regolazione e le numerose condizioni che possono alterarli. Circa il 40% del calcio plasmatico è legato all'albumina, il 15% forma complessi con molecole anioniche e il 45% è in forma libera (ionizzata). La calcemia presenta oscillazioni circadiane dovute alle variazioni della concentrazione dell'albumina. Pertanto, in ogni caso di alterazione della calcemia totale si deve valutare la possibile interferenza prodotta da variazioni della frazione legata alle proteine. Ciò può ottenersi misurando la quota ionizzata mediante metodi specifici e costosi come la potenziometria con elettrodi ionoselettivi, ovvero correggendo la calcemia totale mediante formule che tengono conto della concentrazione di albumina o delle proteine del plasma.

Obiettivi e Metodi. Per determinare la prevalenza di iper o ipocalcemia in una popolazione ospedalizzata e per valutare l'utilità della correzione della calcemia per l'albuminemia abbiamo valutato una popolazione costituita da pazienti ricoverati presso di Medicina Interna del PO San Gennaro. In 123 soggetti consecutivamente ricoverati nel secondo semestre del 2013 sono stati valutati calcemia, albuminemia e PTH.

Risultati. Sono state riscontrate 18 ipercalcemie (15%) che dopo correzione per albumina diventavano 8 (7%) e 18 ipocalcemie (15%) che dopo correzione per albumina diventavano 4 (4%).

Conclusioni. La valutazione del calcio ionizzato è sicuramente lo strumento più importante per valutare le alterazioni della calcemia. In ogni modo molti clinici non hanno accesso a questa metodica efficace ma costosa. Pertanto, la correzione della calcemia totale per l'albuminemia si è dimostrata una metodica semplice ed efficace nel permettere di non essere ingannati da falsi aumenti o diminuzioni indotte da iper o ipoprotidemia.

Trombosi splancnica estesa con cavernomatosi portale in corso di pancreatite acuta necrotizzante

Parisi A, Bassano P, Buono R, Di Nuzzo A, Russo R, Uomo G

UOSC Medicina Interna 3, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

Premessa. Tutte le malattie del pancreas (infiammatorie e neoplastiche) possono associarsi a trombosi del distretto splancnico con interessamento della vena porta, splenica e mesenterica sup in combinazione o separatamente. Recenti valutazioni pongono intorno al 15% la incidenza di tali trombosi in corso di pancreatite acuta (PA) e di regola si tratta di forme necrotizzanti. Non si conosce bene la storia naturale di questa evenienza che si può raramente complicare con emorragie, ischemia intestinale, ipertensione portale ma che si risolve spontaneamente in circa il 30% dei casi. Incertezza vi è anche sul trattamento.

Caso clinico. Sesso maschile, anni 65, ex fumatore. Cardiopatia ischemica cronica (terapia antiaggregante in atto) e dislipidemia. Nel maggio 2013 comparsa di intenso dolore

addominale con discanalizzazione. Ricovero ospedaliero e diagnosi di pancreatite acuta. Le indagini sostanziano una forma necrotizzante estesa con coinvolgimento di più del 50% del parenchima ghiandolare e raccolte extrapancreatiche multiple; genesi ipertrigliceridemia dell'episodio acuto. Un esame TC evidenzia anche una trombosi parziale della vena splenica. Dopo 4 settimane il controllo TC mostra una evoluzione favorevole delle necrosi pancreatiche, una trombosi completa della vena porta e splenica e sub-totale mesenterica superiore. Dopo 2 settimane un esame ecocolor Doppler evidenzia cavernomatosi portale. EGDS: assenza di segni di ipertensione portale distrettuale; miglioramento costante delle condizioni cliniche; terapia cronica con enoxaparina fin dal giugno 2013 per 2 mesi e poi anticoagulanti orali. Al controllo di gennaio 2014, ricanalizzazione della vena splenica, cavernomatosi portale per esiti di trombosi completa e trombosi sub-totale della mesenterica superiore.

Eventi avversi da farmaci biologici osservati in una ampia casistica ospedaliera di pazienti reumatologici

Parisi A, Buono R, Gallucci F, Ronga I, Russo R, Uomo G

UOSC Medicina Interna 3, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

Premessa. I farmaci biologici a bersaglio molecolare hanno avuto nel corso degli ultimi anni una larga diffusione per il trattamento delle artriti e spondilite croniche primarie non-responsive ai DMARDs tradizionali. Il profilo di sicurezza di questi farmaci sembra essere abbastanza favorevole ma i dati di riferimento non sono però univoci.

Pazienti e Metodi. Dal gennaio 2007 al dicembre 2013 nel Centro di Riferimento Regionale per le Terapie Biologiche in Reumatologia annesso al nostro Reparto abbiamo posto indicazione al trattamento con farmaci biologici in 624 pazienti affetti da artriti/spondilite croniche primarie. 38 di questi pazienti si sono persi alla *follow-up* e i dati presentati sono quindi relativi a 586 pazienti. Di questi: 244 affetti da artrite reumatoide (AR, 41.6%), 220 da artrite psoriasica (AP, 37.5%), 122 da spondilite anchilosante (SA, 20.8%). I farmaci utilizzati sono stati (prima linea): etanercept 157 pazienti, adalimumab 132, infliximab 105, tocilizumab 71, golimumab 37, abatacept 32, certilzumab 26, rituximab 25. Gli eventi avversi (EA) sono stati divisi in minori (reazioni cutanee, leuco e piastrinopenia, ipertransaminasemia, ipotensione, dispnea) e maggiori (responsabili di ospedalizzazione). In totale gli EA minori sono stati riscontrati in 26 casi (4.4%): etanercept ed infliximab 7.6%, rituximab 8%, abatacept 6.2%, adalimumab 1.5%, tutti risolti alla sospensione del farmaco. Gli EA maggiori sono stati riscontrati in 11 casi (1.9%): neoplasie 9 (cute 2, intestino 2; fegato, tiroide, mammella, retina, lingua, 1 ognuno); 1 TBC linfonodale, 1 perforazione diverticolare. Questi EA maggiori si sono manifestati in corso di terapia con infliximab, etanercept, adalimumab, rituximab e tocilizumab.

Conclusioni. I farmaci biologici hanno mostrato nella nostra esperienza un numero di EA trascurabile, inferiore a quello segnalato per i DMARDs tradizionali; il loro profilo di sicurezza è alto se vengono rispettati i criteri di selezione dei pazienti reumatologici da trattare.

Utilizzo di farmaci antidepressivi nell'ambito della medicina generale in periodo di crisi economica

Piantadosi M, Formisani N, Riccio F, D'Arì D, Amodio A, Piantadosi C¹, Fiorentino MR, De Notaris EB

Facoltà di Medicina e Chirurgia, Dipartimento di Neuroscienze e Comportamento; ¹Dipartimento di Medicina Interna, Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli, Italy

Introduzione e Scopo dello studio. Negli ultimi decenni abbiamo assistito a un'aumentata incidenza e prevalenza della depressione. Un recente rapporto dell'OMS prevede che nei prossimi anni la depressione costituirà la seconda causa di disabilità della popolazione adulta dopo le malattie cardiovascolari. Parallelamente si è verificato un crescente utilizzo di farmaci antidepressivi, con dilatazione della spesa sanitaria, in particolare modo durante il periodo, ancora in corso, di grave crisi economica. È sembrato pertanto interessante andare a valutare la prevalenza/gestione della depressione nell'ambito della Medicina Generale (MMG), essendo questi gli operatori più strettamente in contatto con i pazienti e, nella stragrande maggioranza dei casi, i prescrittori finali di farmaci antidepressivi.

Materiali e Metodi. L'indagine epidemiologica è stata condotta in collaborazione con 10 MMG, scelti in maniera random, del Distretto Municipale 31 di Napoli, caratterizzato da alto tasso di disoccupazione, bassa scolarità, alta microcriminalità. I dati sono stati ottenuti mediante intervista diretta ai MMG e apposito questionario, atto ad indagare la prevalenza nonché la gestione del disturbo psichico. Inoltre sono stati ottenuti dati concernenti una popolazione complessiva di 14932 pazienti, tutti di età maggiore di 18 anni, attraverso l'analisi dei database inerenti i primi tre trimestri dell'anno 2012.

Risultati. Sintomi riconducibili a diagnosi psichiatriche sono risultati frequenti secondo la stima di tutti i MMG consultati (dal 20 al 40% dei pazienti in carico). Frequente è risultato il rifiuto della gestione specialistica relativo a: stigmatizzazione/pregiudizio/diffidenza verso gli specialisti e loro terapia (80-90%); problemi di natura economica (40-60%); difficoltà logistiche/inadeguatezza strutture di riferimento (40-60%). I farmaci antidepressivi più frequentemente prescritti sono risultati: Paroxetina, Citalopram, Escitalopram. Un'eccessiva sedazione dei pazienti è riscontrata nel 40-60%. L'80% del MMG riscontra una correlazione tra la recente crisi economica e il disagio psichico basandosi sull'aumento di nuove diagnosi e un incremento di prescrizioni psicofarmacologiche.

Conclusioni. Benché preliminare il nostro studio rileva un incremento della depressione nei trimestri considerati sostanziano l'ipotesi di una significativa relazione tra condizioni socio-economiche, disturbo psichico ed incremento delle prescrizioni di antidepressivi da parte dei MMG.

Tachicardia parossistica in paziente con errata diagnosi di ipotiroidismo centrale

Poggiano M, Martinelli A, Lupoli GA, Neri G, Verde N, Fontanella A¹, Lupoli G

Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia Federico II, Napoli; ¹Ospedale Buonconsiglio Fatebenefratelli, Napoli, Italy

L.D., 73 anni, afferiva in ambulatorio di Endocrinologia su richiesta del cardiologo curante per la comparsa di tachicardia parossistica associata a fine tremore alle mani e lieve dimagrimento, verosimilmente secondario ad ipertiroidismo iatrogeno o factitio in paziente in terapia con levotiroxina (L-T4) per riferito ipotiroidismo centrale (IC). Gli esami di laboratorio evidenziavano: TSH soppresso (0.01 µU/L), FT3 ed FT4 aumentati (5.2 pg/ml e 3.7 ng/dl rispettivamente), ab anti Tg ed anti TPO negativi. L'ecografia tiroidea non mostrava segni di infiammazione acuta e cronica a carico della ghiandola ma un quadro di gozzo multinodulare con prevalenza di lesione ipoecogena di 2.2x2.8 cm riccamente vascolarizzata, al lobo sinistro. La terapia con L-T4 veniva dunque sospesa in attesa di ridefinizione diagnostica. Sulla base del quadro clinico e del referto ecografico si procedeva dunque all'esecuzione di scintigrafia tiroidea con tecnecio che evidenziava una ipercaptazione del tracciante in corrispondenza della lesione visibile a livello ecografico con totale inibizione dell'uptake da parte del parenchima circostante. Dopo 10 giorni, alla luce del quadro scintigrafico e dei nuovi esami di funzionalità tiroidea che confermavano in atto un ipertiroidismo primitivo, veniva prescritta terapia con metimazolo. A questo punto: è verosimile che la paziente fosse affetta da un IC? Da un'attenta riesamina degli esami effettuati in precedenza emergeva che la diagnosi di IC era stata posta in occasione di un precedente ricovero ospedaliero in corso di encefalite virale. In tale occasione gli esami di laboratorio avevano evidenziato bassi valori di FT3, normali livelli di FT4 in presenza di TSH al di sotto del range di normalità, inducendo probabilmente ad una erronea interpretazione del dato clinico-laboratoristico. La paziente dunque, al momento del ricovero, presentava verosimilmente uno stato di ipertiroidismo subclinico da adenoma pretossico non noto, sviluppando inoltre, in corso di malattia sistemica, una condizione di risparmio metabolico nota come *low T3 syndrome*. Più spesso infatti l'IC associa i bassi valori di TSH ad una diminuzione lineare dei livelli di T4 piuttosto che di T3. Nel caso in questione dunque la somministrazione di carico di iodio esogeno quale la terapia con LT4 avrebbe innescato successivamente l'attivazione dell'area calda già presente nell'ambito del gozzo multi nodulare.

Conclusioni. Valori di FT3 bassi in pazienti con scadimento delle condizioni cliniche generali devono indurre il sospetto di *low T3 syndrome* anche in pazienti con soppressione del TSH, soprattutto se anziani o con gozzo nodulare di vecchia data nei quali i valori di TSH basali tendono a ridursi progressivamente nel tempo, per non incorrere nell'errore di somministrare impropria terapia sostitutiva in pazienti già di per se ad aumentato rischio cardiovascolare.

Infezioni da patogeni XDR in Medicina Interna

Renis M¹, Schiavo A¹, Mea EE², Stizzo R², Salvatore V¹

¹UOC Medicina Interna, PO Cava de' Tirreni, AOU "S.G. di D. e R. d'A.", Salerno; ²Università degli Studi di Salerno, Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Salerno, Italy

Introduzione. L'antibiotico-resistenza batterica ha rilevanti implicazioni sulla clinica e sulla salute pubblica. Recentemente sono stati individuati con la sigla XDR (*X Drug Resistance*) alcuni ceppi batterici resistenti alla maggior parte degli antibiotici, che si collocano tra i resistenti ad almeno tre classi di

antibiotici (MDR) e i pan-resistenti (insensibili a tutti). Gli XDR sono solitamente isolati nelle unità di terapia intensiva (UTI). Gli autori descrivono due casi di ceppi XDR individuati nella divisione di Medicina dell'Ospedale di Cava de' Tirreni nei primi giorni del mese di gennaio 2014.

Casi clinici. I caso. B.A., F. 51 anni, allattata da anni per sclerosi multipla, portatrice di PEG. Anemia grave (Hb: 3,7), febbre, insufficienza respiratoria. Condizioni generali molto scadute, ipotono-trofismo muscolare diffuso, decubito sacrale. *Rx torace:* velatura pleurogena sn. Nel corso del ricovero: incremento dei GB (fino a 40000; 92% N), e piastrinopenia. Malgrado antibiotico-terapia ad ampio spettro (ampicillina/sulbactam+levofloxacina prima; quindi meropenem+teicoplanina+fluconazolo), in presenza di urino- ed emocoltura negative, il quadro clinico non migliorava. Successivamente una seconda emocoltura risultava positiva per *A. Baumannii* multi-resistente (sensibile solo a colistina). Seguiva immediato miglioramento clinico-laboratoristico dopo introduzione dell'antibiotico specifico.

II caso. L.V., F. 83 anni. Anamnesi: BPCO, cardiopatia ipertensiva. Al ricovero: tosse, dispnea, grave insufficienza respiratoria. GB: 18000; *Rx torace:* accentuazione trama bronco-vascolare. Sottoposta a terapia antibiotica ad ampio spettro (ampicillina/sulbactam+levofloxacina+fluconazolo), non migliorava malgrado il successivo switch (meropenem+teicoplanina). Per veniva in seguito il risultato di colturale dell'escreato: positivo per *Ps. Aeruginosa* sensibile alla sola colistina. Rapido miglioramento clinico dopo introduzione dell'antibiotico specifico.

Discussione. L'individuazione, in così pochi giorni, di due casi di ceppi XDR, sensibili alla sola colistina, ci ha indotto ad analizzare gli antibiogrammi praticati nel 2013 su pz ricoverati nel ns. nosocomio: 6 casi di *A. baumannii* multiresistenti e 36 casi di *P. aeruginosa* di cui 7 multiresistenti. Dei 6 casi di *Acinetobacter*, 5 sono stati individuati in UTI ed uno in medicina; cinque, compreso quello isolato in medicina, sensibili alla sola colistina. I 7 casi di *P. aeruginosa* multiresistente (2 sensibili solo alla colistina), sono stati individuati tutti in UTI.

Conclusioni. Questi due casi clinici ed i dati raccolti ci portano a valutare attentamente una grave minaccia emergente per le strutture ospedaliere: la multiresistenza agli antibiotici, ed in particolare ai carbapenemi, mostrata da due patogeni gram-negativi nosocomiali *P. aeruginosa* ed *A. baumannii*. Mentre fino a pochi anni or sono la maggior parte dei casi si vedevano solo nelle UTI, ora cominciano ad interessare anche i reparti di Medicina Interna, che stanno diventando sempre più reparti ad alta intensità di cura, accogliendo spesso pazienti molto anziani e/o affetti da patologie multiple più frequentemente croniche, nei quali comorbidità, disabilità, complessità e fragilità possono coesistere. L'utilizzo di colistina, un vecchio antibiotico, sta conoscendo un indispensabile rinnovamento.

Progetto formativo per l'uso delle penne preimpilate di insulina in ospedale. Risultati di un'esperienza pilota

Rinaldi M¹, Maffettone A², Ussano L²

¹UOD Metabolica; ²UOC Medicina Cardiovascolare e Dismetabolica, AO Ospedale dei Colli, Plesso Monaldi, Napoli

La terapia insulinica viene praticata ormai dalla maggior parte dei pazienti con i device a penna precaricata mentre in ospedale la terapia insulinica viene quasi ovunque praticata con le tradi-

zionali siringhe insuliniche monouso; inoltre durante la degenza ospedaliera vengono utilizzati i sistemi pungidito per la determinazione estemporanea della glicemia e dei profili glicemici. Recentemente sono state emanate dalla CE direttive in merito rivolte all'adozione di aghi pungidito e siringhe di sicurezza (NPDs-Needlesticks Prevention Devices). Con queste premesse abbiamo ritenuto utile elaborare un PROGETTO FORMATIVO PILOTA all'interno dell'Ospedale Monaldi per promuovere l'uso dei nuovi device e fornire alla Direzione Sanitaria uno strumento di valutazione anche economica sull'uso dei nuovi dispositivi.

Metodi. In accordo con sono stati individuati 4 reparti pilota (Medicina, Cardiologia SUN, Cardiologia e Chirurgia Toracica) in cui per 2 mesi sono stati adottati, previo corso di istruzione e sotto la stretta sorveglianza diabetologica e della dirigenza infermieristica: 1) penne preimpilate di Insulina (Novorapid e Levemir), 2) aghi di sicurezza (Novofine autocover) forniti gratuitamente dalla NOVO Nordisk e 3) pungi dito di sicurezza forniti gratuitamente dalla BD.

Risultati. Nei 2 mesi dello studio sono stati reclutati 60 pazienti. L'età media dei pazienti è stata di 68,6±8,7 anni, la media dell'Emoglobina glicata dosata durante il ricovero è stata di 8.4% ±1.2. Il 6% dei pazienti osservati aveva Diabete "non noto"; il 56% dei diabetici noti praticava già terapia insulinica, il restante 34% terapia orale. Dei 36 pz che facevano già terapia insulinica il 66% utilizzava le penne. Per quanto riguarda l'autocontrollo il 48% dei pazienti praticava a domicilio dai 2 ai 3 glucotest/die. Durante la degenza il 15% dei pazienti ha effettuato 4 profili glicemici il 33% ne ha fatti 3 ed il restante 49% 1 o 2. La terapia insulinica ha previsto quasi sempre una Insulina basale (86%) e nel 85% una terapia basal/bolus con 3 o 4 somministrazioni insuliniche. Durante il periodo di osservazione non si sono verificati incidenti né punture accidentali ed il gradimento all'utilizzo delle penne da parte degli infermieri è stato elevato. Complessivamente in due mesi si sono consumati 792 pungidito di sicurezza, che hanno un costo superiore a quelli attualmente in uso, ma hanno anche una sicurezza totale rispetto alle punture accidentali. Se si considera che il costo di una puntura accidentale solo per gli screening diagnostici è di € 800, considerando anche i costi indiretti questi possono arrivare sino a 1000-1200€. Tali dati mostrano come in media con 2 penne (basale ed analogo rapido) si possa effettuare tutta la terapia insulinica di un paziente durante la degenza in reparti di medicina e/o cardiologia. In conclusione per i problemi di sicurezza e di prevenzione delle malattie infettive legate alle punture accidentali vanno adottati, indipendentemente dai costi, i device di sicurezza. Per quanto riguarda la scelta tra somministrazione dell'insulina con penna preimpilata+aghi di sicurezza o con flacone+siringhe di sicurezza non vi sono grosse differenze di ordine economico. La eventuale scelta però in favore delle penne deve prevedere un preventivo e dettagliato progetto formativo del personale infermieristico.

Miositi batteriche: valutazioni su di una casistica ospedaliera di 16 casi

Ronga I, Buono R, Di Pietto F¹, Gallucci F, Parisi A, Uomo G

UOSC Medicina Interna 3; ¹UOSS RMN-Body, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

Premessa. Le infezioni batteriche del tessuto muscolare costituiscono una patologia relativamente inusuale, difficile da diagnosticare e trattare. L'impegno muscolare può derivare da siti infettivi contigui, traumi penetranti, insufficienza vascolare o disseminazione ematogena. I batteri più di frequente in causa sono *Staph.a.*, *Strept.* gruppo A e B, Clostridi e altri germi capaci di generare forme gangrenose; i Gram neg. sono più di rado chiamati in causa, in genere se presente concomitante grave immunodepressione.

Pazienti e Metodi. Dal gennaio 2008 al febbraio 2014 abbiamo osservato 16 casi di miositi batteriche. Si è trattato di 7 donne e 9 uomini, con età media di 56.8 anni (range 27-78); in 6 pazienti vi è stato interessamento degli ileopsoas da soli, in 7 degli ileopsoas più altri muscoli (paravertebrali, coscia, glutei, retti addominali), in 2 dei muscoli della coscia, in 1 caso solo dei paravertebrali. In 13 casi (81.2%) l'infezione è risultata monomicrobica, in 3 polimicrobica. I germi isolati sono stati: *Staph.a.* 9 casi, *E.coli* 5 casi, *Acinetobacter*, *Fusobacter*, *Pseudomonas a.*, *Strept. gr A*, *Micobacterium T.* 1 caso ognuno. In 13/16 pazienti (81.2%) è stata riscontrata la presenza di artrite associata (spondilodisciti, sacroileiti, coxiti). A scopo diagnostico sono state utilizzate la RMN (14 casi), la TC (13 casi), la ecografia muscolare (7 casi); 13 pazienti sono stati sottoposti a FNAB delle lesioni per esame colturale; nei restanti 3 pazienti il germe è stato isolato su emocolture. La terapia antibiotica è stata guidata dagli antibiogrammi e protratta per lungo periodo; in 8 casi (50%) si è reso necessario uno sbrigliamento chirurgico con drenaggio. Il completo recupero funzionale si è osservato in 4 casi (25%) mentre non è stata registrata mortalità intraospedaliera.

Conclusioni. Le miositi batteriche costituiscono una patologia internistica difficile ed impegnativa soprattutto dal punto di vista terapeutico. La RMN è importante sia per la diagnosi iniziale che per il follow up; la terapia antibiotica va fatta a dosi e per periodi adeguati; la prognosi *quoad valetudinem* è quasi sempre sfavorevole.

Ulcerazione necrotica infetta da *Pseudomonas a.* della cute nasale in corso di arterite a cellule giganti

Ronga I, Carnovale A, Ferrara L, Gallucci F, Valentino U, Uomo G

UOSC Medicina Interna 3, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

Premessa. L'arterite a cellule giganti (ACG) si caratterizza clinicamente dalla comparsa di febbre, anemia, aumento della VES e cefalea in pazienti con età >50 anni; di frequente vi è storia di polimialgia reumatica, deficit visivi, perdita di peso e sudorazione. Sintomi molto più rari sono costituiti da angina masticatoria, glosso-faringite ulcerativa, alterazioni del gusto e dell'udito, arrossamento della cute del volto fino a necrosi parcellari cutanee.

Caso clinico. Paziente di sesso F, anni 66, che giunge alla osservazione per febbre elevata ed area necrotica dolente con punti di secrezione circostanti a livello della punta del naso, presenti da circa 10 gg e non responsivi a duplice terapia antibiotica domiciliare. In anamnesi, diagnosi di polimialgia reumatica trattata con steroidi per os per un periodo di circa 4 anni, osteoporosi secondaria e storia di cefalea temporale cronica. Dati patologici di laboratorio: anemia ipocromica, VES e

PCR elevate, leucocitosi neutrofila, sviluppo di colonie di *Pseudomonas a.* dal prelievo colturale dalla cute nasale. In terza giornata di ricovero perdita totale improvvisa dell'acuità visiva oculare sinistra; riscontro di occlusione dell'arteria centrale retinica. A livello temporale omolaterale si notava una modesta pulsazione lungo il decorso dell'arteria temporale lievemente serpiginosa; in sede biopsia con rilievo istologico di arterite con cellule giganti sparse ed occlusione subtotale del lume da trombosi organizzata. Terapia antibiotica mirata+bolo di metilprednisolone 500mg/ev/die per tre gg poi 1mg/kg pc/die+enoxaparina; risoluzione della sindrome settica e del dolore a livello nasale con miglioramento dei dati di laboratorio; irreversibilità della perdita del visus a sinistra aggravata poi da un distacco di retina controlaterale in 15^a giornata.

Integrazione strumentale per una corretta diagnosi di forme rare di anemia sideropenica da perdita intestinale

Ronga I, Ferrara L, Gallucci F, Parisi A, Valentino U, Uomo G

UOSC Medicina Interna 3, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

Premessa. La diagnosi eziologica in caso di anemia sideropenica da perdita intestinale offre notevoli difficoltà se la causa del sanguinamento si trova in distretti poco facilmente esplorabili quali l'ileo. Le patologie ileali responsabili sono poi poco frequenti ed in genere solo di rado associate ad altri segni e sintomi che rafforzino il sospetto clinico. La endoscopia tradizionale e la *push-enteroscopy* possono esplorare solo i tratti iniziali del piccolo intestino, la videocapsula può dare falsi negativi, la endoscopia a doppio pallone è molto indagativa ed effettuabile solo in pochissimi sedi in Italia; le possibilità diagnostiche della TC e RMN non sono ancora adeguatamente standardizzate.

Caso clinico. Sesso maschile, anni 57, ex tabagista. Anamnesi familiare e patologica negative. Nel giugno 2013 comparsa di lieve anemia con sideropenia; EGDS negativa; terapia marziale con rientro dei dati di laboratorio. Dopo due mesi, nuovo riscontro di anemia (Hb 11.5g/dl) sideropenica: sangue occulto nelle feci negativo. Terapia marziale di nuovo efficace con buona risposta reticolocitaria. Dopo un mese astenia; ai controlli Hb 11g/dl con sideremia e ferritina ridottissime; EGDS e sangue occulto negativi; pan-colonscopia, eco addome, rx torace e marcatori tumorali negativi. Nuovo ciclo di terapia marziale (e.v.) con ripristino solo temporaneo dei dati di laboratorio. Astenia ingravante con dolore addominale lieve, sordo, prevalente in mesogastrio. Viene effettuato un esame del piccolo intestino con videocapsula con evidenza a circa 30 min dal Treitz di una area iperemica con sangue vivo intraluminale; viene eseguita una TC multidetettore-clisma del tenue in ipotonia e si rileva la presenza di una ansa congesta con sospetto di anomalia vascolare in sede tipo fistola a-v. Si invia il paziente all'intervento chirurgico: asportazione di una ansa iliale sede di ulcerazione. Istologia: adenocarcinoma G3, stadio T1M0N0.

Conclusioni. I tumori del piccolo intestino sono rari (2-6% di tutti i tumori gastroenterici; adenocarcinomi 30%); l'ileo è interessato solo nel 16% dei casi; il ritardo diagnostico è in media di 8-12 mesi e al momento della diagnosi il 30% è localmente avanzato ed il 60% in fase metastatica. La diagnostica strumentale più appropriata non è ancora standardizzata

e va guidata da un forte sospetto clinico ai fini di raggiungere la guarigione chirurgica.

Polmonite eosinofila: un caso clinico

Salvatore V, Renis M, Napoli G, Grieco L, Gentile M, Novarese AR, La Mura L¹, Schiavo A

UOC Medicina Interna, PO Cava de' Tirreni, AOU "S.G. di D. e R. d'A." Salerno; ¹Università di Napoli Federico II, Napoli, Italy

Introduzione. L'addensamento polmonare radiografico si riscontra frequentemente; la causa principale è la polmonite batterica, ma altre condizioni devono essere considerate nella diagnosi differenziale. A sua volta l'ostruzione bronchiale con bronco-dinamicità significativa alla spirometria è caratteristica dell'asma bronchiale, ma, anche in questo caso, vanno sempre considerate anche altre opzioni diagnostiche.

Obiettivi. Richiamare l'attenzione su di una patologia non comune, la polmonite eosinofila idiopatica (ICEP), alla cui diagnosi si giunge solo adeguatamente valutando tutti i dati clinici, laboratoristici e strumentali.

Caso clinico. C.G., femmina, 46enne, fumatrice; giunge alla nostra osservazione per tosse non produttiva e febbre. Circa due anni prima: episodio di polmonite. L'Rx del torace mostra addensamento multipli, confermati dalla TC del torace. Inoltre presenta leucocitosi con eosinofilia marcata. Negativi l'autoimmunità, gli oncomarkers ed il parassitologico delle feci. La spirometria mostra alterazione ostruttiva con bronco-dinamicità significativa. Viene praticata FBS per eseguire BAL, che mostra presenza di eosinofili in percentuale patologica. Diagnosi finale: ICEP

Discussione. L'ICEP è una patologia non frequente, ad insorgenza lenta e subdola, con sintomatologia respiratoria (tosse e dispnea) solitamente modesta e possibili sintomi sistemici importanti (dimagrimento e febbre); Rx torace mostra opacità sfumate bilaterali, disomogenee, a prevalente localizzazione periferica, mentre la TAC può mostrare chiazze "a vetro smerigliato". Frequente l'eosinofilia ematica; diagnostica l'alveolite eosinofila (eosinofili >40% al BAL); alta è la percentuale dei soggetti atopici. Tende a recidivare alla sospensione del trattamento elettivo cortisonico, per cui è stato proposto anche l'utilizzo cronico di steroidi per via inalatoria. E' importante diagnosticare precocemente tale patologia, perché, anche se ha carattere di benignità, tuttavia la flogosi cronica derivante da un inadeguato controllo può produrre alterazioni dell'interstizio polmonare.

Conclusioni. L'addensamento polmonare, specie se multiplo, va sempre valutato con molta attenzione e va posta sempre la diagnosi differenziale con le diverse patologie che possono determinarlo. La adeguata rapida definizione diagnostica è necessaria per non sottrarre possibilità terapeutiche utili a prevenire la cronicizzazione di patologie che possono diventare invalidanti.

Malattie respiratorie croniche e pratica clinica: uno studio osservazionale

Schiavo A, Salvatore V, Del Gatto A, Casilli B, Gagliardi A, Baldi D, La Mura L¹, Renis M

UOC Medicina Interna, PO Cava de' Tirreni, AOU "S.G. di D. e R. d'A." Salerno; ¹Università di Napoli Federico II, Napoli, Italy

Introduzione. Le patologie respiratorie croniche sono estremamente frequenti. La BPCO diverrà nel 2020 la terza causa di mortalità nel mondo, mentre gli asmatici sono attualmente >100 milioni.

Obiettivi. *Primario:* valutare sensibilità di pazienti e medici verso prevenzione e diagnostica strumentale (spirometria) di tali malattie. *Secondario:* valutare l'affidabilità dei test di screening, l'effettivo controllo delle patologie mediante questionari validati, ed il contributo della spirometria nella diagnosi differenziale (D.D.).

Metodi. 10 medici medicina generale (MMG) vennero invitati ad inviare a visita internistica 5 pazienti respiratori ciascuno, previa raccolta di dati anagrafici, anamnestici, questionario GOLD per sospetta BPCO, questionario ECRHS per sospetta asma, COPD Assessment Test (CAT) ed Asthma Control Test (ACT). Per tutti erano previste visita e spirometria con broncodinamicità.

Risultati. Dei 50 attesi, furono valutati 30: tutti furono sottoposti a visita e spirometria. Alcuni MMG non inviarono pazienti o ne inviarono meno del previsto. Dai questionari di screening:

13% sospetta BPCO, 57% sospetta asma e 30% possibili entrambe. Dal CAT nei BPCO: impatto sulla vita moderato 50%, alto 33.3%, molto alto 16.7%. Dall'ACT negli asmatici: controllo centrato 4%, in bersaglio 40%, fuori bersaglio 56%. La diagnosi definitiva (clinica+spirometria) dei sospetti BPCO, fu: 75% BPCO e 25% non asma né BPCO. Quella dei sospetti asmatici, fu: 94,1% asma e 5,9% non asma né BPCO. Quindi conferma della validità dei questionari di screening. Diagnosi definitiva dei sospetti per entrambe le patologie: 55,6% asma, 33,3% BPCO, 11,1% non asma né BPCO, confermando il ruolo centrale della spirometria nella D.D.

Conclusioni. Lo studio, pur nell'esiguità numerica, documenta:

- non ancora sufficiente sensibilità dei medici verso le malattie respiratorie;
- utilità dei questionari di screening;
- importanza della spirometria, per la valutazione di pazienti troppo spesso sottodiagnosticati o non adeguatamente trattati (risultati di CAT ed ACT).

ABSTRACT BOOK - Indice dei nomi

Ambrosca C	10	Gatti A	8, 9, 16
Amitrano M	3, 4, 6, 17, 18	Gente R	9
Amodio A	20	Gentile M	23
Ascione A	1	Giacometti F	19
Asti A	1	Giannetti G	13
Azar G	19	Giorgio R	9, 10, 14
Baldi D	23	Grieco L	23
Bassano P	6, 19	Guida I	9, 10
Bernaudo D	1, 2	Iannuzzi R	15
Boni R	1, 2	Iannuzzo D	7
Borgia M	2	Iannuzzo M	7
Buono R	3, 19, 20, 22	Iazzetta N	10, 12
Cannavacciuolo F	3, 4, 17, 18	Ilardi A	5, 9, 11, 12, 13, 16, 19
Cannavale A	15	Insidioso M	19
Capasso F	11	Iovinella V	1, 10, 12
Carnovale A	3, 22	Italiano G	5, 13, 14, 16, 19
Casilli B	23	Izzi A	1
Catzola A	15	La Mura G	15
Chirico A	13	La Mura L	15, 23
Ciaramella F	2	Laccetti M	15
Citro V	1	Lampasi F	1
Claar E	1	Lebano R	6
Colao A	4	Liguori M	15
Costa S	10	Lionello F	9
Creso B	10, 19	Lo Calzo F	4
Cristiano C	10	Lupoli G	20
D'Adamo G	1	Lupoli GA	20
D'Alessandro G	1	Lupoli S	14
D'Ari D	20	Maffettone A	2, 5, 13, 16, 17, 19, 21
D'Avino M	5, 9, 11, 13, 16, 19	Maiolica O	17
d'Errico T	5, 13, 16, 19	Malferrari G	6
De Blasio E	4	Mangiacapra S	3, 4, 17, 18
de Campora P	6	Marchese F	4
De Maria C	4	Maresca G	1
De Notaris EB	20	Martinelli A	1, 2, 20
De Simone R	1	Mayer MC	15
De Vita G	1	Mea EE	21
Del Gatto A	23	Messina V	1
Di Costanzo GG	1	Mirone G	1
Di Micco G	6	Monreal M	6
Di Micco PP	6	Muscherà R	11
Di Minno G	4	Napoli G	23
Di Nuzzo A	6, 19	Nardi S	1
Di Pietto F	22	Neri G	20
Di Sarno R	1	Niglio A	6
Di Somma C	4	Novarese AR	23
Diano A	15	Nuzzo MG	9, 10
Digitale L	19	Nuzzo V	5, 8, 9, 13, 16, 19
Femiano C	14	Pannone B	15
Ferrara L	3, 6, 7, 22, 23	Parisi A	3, 19, 20, 22, 23
Filippini P	1	Pentella G	7
Fimiani B	1	Perrella A	1
Fiorentino MR	20	Perrone GF	1
Fiscale M	7	Piantadosi C	20
Fontanella A	6, 7, 20	Piantadosi M	20
Fontanella L	1, 6	Piro A	4
Formisani N	20	Pivonello R	4
Gagliardi A	23	Poggiano M	20
Gallucci F	3, 6, 7, 20, 22, 23	Rabitti PG	9, 11, 12
Gargiulo A	9, 10, 13, 14, 16	Raimondo M	13, 14

ABSTRACT BOOK - Indice dei nomi

Reale P	14	Tassinario S	10
Renis M	15, 21, 23	Tirelli P	1
Riccio F	20	Uomo G	3, 6, 7, 19, 20, 22, 23
Rinaldi M	16, 17, 21	Ussano L	2, 16, 17, 21
Ronga I	3, 7, 20, 22, 23	Valentino U	3, 6, 7, 22, 23
Russo R	3, 7, 19, 20	Varriale M	10
Salvatore V	15, 21, 23	Ventre I	4
Sanguuolo R	6	Verde N	20
Schettino M	9, 10, 14, 16	Villano M	1
Schiavo A	15, 21, 23	Vinciguerra A	14
Sciambra A	1	Visconti M	5, 10, 12
Stizzo R	21	Zuccoli A	19
Suozzo R	2		

Non-commercial use only

GUIDELINES FOR AUTHORS

<http://www.italjmed.org/ijm/about/submissions>

Manuscripts have to be *double-spaced* with *one-inch margins*. Headings must be used to designate the major divisions of the paper. To facilitate the review process, manuscripts should contain page and line numbering.

Manuscripts must be written in English. Authors whose native language is not English are strongly advised to have their manuscript checked by a language editing service, or by an English mother-tongue colleague prior to submission. As an option, PAGEPress offers its own professional copyediting service. Professional copyediting can help authors improve the presentation of their work and increase its chances of being taken on by a publisher. In case you feel that your manuscript needs a professional English language copyediting checking language grammar and style, PAGEPress offers a chargeable revision service in a few days. This service is available as well to authors who do not submit their manuscript to our journals. Please contact us to get more detailed information on this service.

The first page must contain: i) title (lowercase), without acronyms; ii) first name and family name of each author, separated by commas; iii) affiliation(s) of each author; iv) acknowledgments; v) full name and full postal address of the corresponding author. Phone, fax number and e-mail address for the correspondence should also be included; vi) three to five key words. The second page should contain: i) authors' contributions, e.g., information about the contributions of each person named as having participated in the study; ii) disclosures about potential conflict of interests; iii) further information (e.g., funding, conference presentation ...).

If *tables* are used, they should be double-spaced on separate pages. They should be numbered and cited in the text of the manuscript.

If *figures* are used, they must be submitted as .tiff or .jpg files, with the following digital resolution:

- i) color (saved as CMYK): minimum 300 dpi;
- ii) black and white/grays: minimum 600 dpi;
- iii) one column width (8.5 cm) or 2 column widths (17.5 cm).

A different caption for each figure must be provided at the end of the manuscript, not included in the figure file.

If *abbreviations* are used in the text, authors are required to write full name+abbreviation in brackets [e.g. Multiple Myeloma (MM)] the first time they are used, then only abbreviations can be written (apart from titles; in this case authors have to write always the full name).

Original Articles (3500 words max, abstract 180 words max, 30 references max, 3/5 tables and/or figures): In general, this kind of publication should be divided into an Abstract, Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion, Conclusions and References. A maximum of 10 authors is permitted and additional authors should be listed in an ad hoc Appendix.

Reviews (4000 words max, abstract 250 words max, minimum 40 references, 3/5 tables and/or figures): They should be introduced by a general summary of content in the form of an Abstract. Following a short introduction, putting the study into context and defining the aim, reviews will concentrate on the most recent developments in the field. A review should clearly describe the search strategy followed (key words, inclusion, exclusion criteria, search engines, ...). No particular format is required; headings should be used to designate the major divisions of the paper.

Brief Reports (about 2000 words, abstract 150 words max, 20 references max, 3 tables and/or figures): Short reports of results from original researches. They should be introduced by a general summary of content in the form of an Abstract. They must provide conclusive findings: preliminary observations or incomplete findings cannot be considered for publication.

Case Reports (about 2000 words, abstract 150 words max, 20 references max, 3 tables and/or figures): Reports describing observations on clinical cases that can be educational, including adverse effects of drugs or outcomes of a specific treatment. They should be divided into: Abstract, Introduction (optional), Case report(s), Discussion, Conclusions and References.

Letters to the Editor (800 words max): These are written on invitation, short essays that express the authors' viewpoint, may respond to published manuscripts in our journals, or deliver information or

news regarding an issue related to the Journal scope. If the letter relates to a published manuscript, the authors of the original manuscript will be given the opportunity to provide a respond. Authors of Letters to the Editor should provide a short title.

Book Reviews (no abstract, no references needed): They should be a short critical analysis and evaluation of the quality, meaning, and significance of a short book which addressed at least one of main topics of the Journal (the authors should contact the Editor-in-Chief of the journal for his/her approval before submitting a Book review).

FADOI Position Statement: Position statements are developed in response to issues relevant to and/or directly impacting on Internal Medicine practice, such as clinical, structural, organizational, management, legislative and ethical issues.

Imaging in Internal Medicine: Reports describing clinical cases that can be educational, including adverse effects of drugs or outcomes of a specific treatment, with particular emphasis on imaging important for Internal Medicine, such as: echocardiography, traditional and advanced radiology, nuclear medicine, ultrasound and bed-side sonography, etc.). They should be divided into: Abstract, Introduction (optional), Case report(s), Discussion, Conclusions, and References.

Health Organization and Clinical Governance: This section should contribute to develop a multidisciplinary debate involving policy-makers, health organizations, consumers' organizations and profit and no-profit societies, operating in the field of public health. The contents of this section must be centred on scientific argumentations even if policy, economical and ethics issue can be addressed. A box with a clear description of the organization will be included in the manuscript. Papers highly polemic, written by an author addressing his own opinion and not an organization position or with a theme of local interest will not be published. These papers are not peer reviewed and are published at the discretion of the Editor. Conclusions and opinions expressed by the authors do not necessarily reflect the policies of the Italian Journal of Medicine.

REFERENCES

References should be prepared strictly according to the Vancouver style. References must be numbered consecutively in the order in which they are first cited in the text (not alphabetical order), and they must be identified in the text by Arabic numerals in *superscript*. References in the main text must always be cited after dots and commas. References to personal communications and unpublished data should be incorporated in the text and not placed under the numbered references [Example: (Wright 2011, unpublished data) or (Wright 2011, personal communication)]. Where available, URLs for the references should be provided directly within the MS-Word document. References in the References section must be prepared as follows:

- i) more than three authors, cite 3 authors, et al. If the paper has only 4 authors, cite all authors;
- ii) title style: sentence case; please use a capital letter only for the first word of the title;
- iii) journal titles mentioned in the References list should be abbreviated according to the following websites:
 - a. ISI Journal Abbreviations Index (<http://library.caltech.edu/reference/abbreviations/>);
 - b. Biological Journals and Abbreviations (<http://home.ncicrf.gov/research/bja/>);
 - c. Medline List of Journal Titles (ftp://ftp.ncbi.nih.gov/pubmed/J_Medline.txt);
- iv) put year after the journal name;
- v) never put month and day in the last part of the references;
- vi) cite only the volume (not the issue in brackets);
- vii) pages have to be abbreviated, e.g., 351-8.

To ensure the correct citation format, please check your references in the PubMed database (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>).

Examples:

Standard journal article

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med* 2002;347:284-7.

Proceedings

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, eds. *Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming, 2002 Apr 3-5, Kinsdale, Ireland*. Berlin: Springer; 2002. pp 182-91.

Article with organization as author

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension* 2002;40:679-86.

Books

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2002.

Bjørn Lomborg, ed. *RethinkHIV - Smarter ways to invest in ending HIV in Sub-Saharan Africa*. Cambridge: Cambridge University Press; 2012.

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, eds. *The genetic basis of human cancer*. New York, NY: McGraw-Hill; 2002. pp 93-113.

PEER REVIEW POLICY

All manuscripts submitted to our journal are critically assessed by external and/or in-house experts in accordance with the principles of peer review, which is fundamental to the scientific publication process and the dissemination of sound science. Each paper is first assigned by the Editors to an appropriate Associate Editor who has knowledge of the field discussed in the manuscript. The first step of manuscript selection takes place entirely in-house and has two major objectives: i) to establish the article's appropriateness for our journals' readership; ii) to define the manuscript's priority ranking relative to other manuscripts under consideration, since the number of papers that the journal receives is much greater than it can publish. If a manuscript does not receive a sufficiently high priority score to warrant publication, the editors will proceed to a quick rejection. The remaining articles are reviewed by at least two different external referees (second step or classical peer review). Manuscripts should be prepared according to the Uniform Requirements established by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

Authorship: all persons designated as authors should qualify for authorship according to the ICMJE criteria. Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for the content. Authorship credit should only be based on substantial contributions to i) conception and design, or analysis and interpretation of data; and to ii) drafting the article or revising it critically for important intellectual content; and on iii) final approval of the version to be published. These three conditions must all be met. Participation solely in the acquisition of funding or the collection of data does not justify authorship. General supervision of the research group is not sufficient for authorship. Any part of an article critical to its main conclusions must be the responsibility of at least one author. Authors should provide a brief description of their individual contributions.

Obligation to Register Clinical Trials: the ICMJE believes that it is important to foster a comprehensive, publicly available database of clinical trials. The ICMJE defines a clinical trial as any research project that prospectively assigns human subjects to intervention or concurrent comparison or control groups to study the cause-and-effect relationship between a medical intervention and a health outcome. Medical interventions include drugs, surgical procedures, devices, behavioral treatments, process-of-care changes, etc. Our journals require, as a condition of consideration for publication, registration in a public trials registry. The journal considers a trial for publication only if it has been registered before the enrollment of the first patient. The journal does not advocate one particular regi-

stry, but requires authors to register their trial in a registry that meets several criteria. The registry must be accessible to the public at no charge. It must be open to all prospective registrants and managed by a non-profit organization. There must be a mechanism to ensure the validity of the registration data, and the registry should be electronically searchable. An acceptable registry must include a minimum of data elements. For example, ClinicalTrials.gov (<http://www.clinicaltrials.gov>), sponsored by the United States National Library of Medicine, meets these requirements.

Protection of Human Subjects and Animals in Research: when reporting experiments on human subjects, authors should indicate whether the procedures followed were in accordance with the ethical standards of the committee responsible for human experimentation (institutional and national) and with the Helsinki Declaration of 1975 (as revised in 2008). In particular, PAGEPress adopts the WAME policy on Ethics in Research (<http://www.wame.org>). Documented review and approval from a formally constituted review board (Institutional Review Board - IRB - or Ethics committee) is required for all studies (prospective or retrospective) involving people, medical records, and human tissues. When reporting experiments on animals, authors will be asked to indicate whether the institutional and national guide for the care and use of laboratory animals was followed.

SUBMISSION PREPARATION CHECKLIST

As part of the submission process, authors are required to check off their submission's compliance with all of the following items, and submissions may be returned to authors that do not adhere to these guidelines.

1. The submission has not been previously published, nor is it before another journal for consideration (or an explanation has been provided in Comments to the Editor).
2. The submission file is in Microsoft Word, or PDF document file format.
3. We fight plagiarism: please understand that your article will be checked with available tools for discovering plagiarism.
4. The text is double-spaced; uses a 12-point font; employs italics, rather than underlining (except with URL addresses); and all illustrations, figures, and tables are placed within the text at the appropriate points, rather than at the end.
5. The text adheres to the stylistic and bibliographic requirements outlined in the Author Guidelines, which is found in About the Journal.
6. Please read this advice and download associated files. The International Committee of Medical Journal Editors has recently published in all ICMJE journals an editorial introducing a new "Disclosure Form for Potential Conflict of Interest", with the aim to establish uniform reporting system, which can go over the existing differences in current formats or editors' requests. We at PAGEPress Publications welcome this initiative as a possible unifying, standardizing way to have this important disclosure authorizing the publications of manuscripts. We are therefore asking you to duly fill in the "Uniform Format for Disclosure of Competing Interests in ICMJE Journals" and upload it on the Web site of the PAGEPress journal your work is involved with or email it back to us, in mind to allow PAGEPress to peer-reviewing your work. The document is in Adobe format, it includes instructions to help authors provide the requested information and the completion procedure is user-friendly. Kindly note that the format have to be completed and signed by each author of the work. We remain waiting for the completed form to proceed with publication. Please be informed that if this Disclosure Form is missing, we will not be able to publish your work.

COPYRIGHT NOTICE

PAGEPress has chosen to apply the Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0) to all manuscripts to be published.

An Open Access Publication is one that meets the following two conditions:

1. The author(s) and copyright holder(s) grant(s) to all users a free, irrevocable, worldwide, perpetual right of access to, and a license to copy, use, distribute, transmit and display the work

publicly and to make and distribute derivative works, in any digital medium for any responsible purpose, subject to proper attribution of authorship, as well as the right to make small numbers of printed copies for their personal use.

2. A complete version of the work and all supplemental materials, including a copy of the permission as stated above, in a suitable standard electronic format is deposited immediately upon initial publication in at least one online repository that is supported by an academic institution, scholarly society, government agency, or other well-established organization that seeks to enable open access, unrestricted distribution, interoperability, and long-term archiving.

Authors who publish with this journal agree to the following terms: 1. Authors retain copyright and grant the journal right of first publication with the work simultaneously licensed under a Creative Commons Attribution License that allows others to share the work with an acknowledgement of the work's authorship and initial publication in this journal. 2. Authors are able to enter into separate, additional contractual arrangements for the non-exclusive distribution of the journal's published version of the work (e.g., post it to an institutional repository or publish it in a book), with an acknowledgement of its initial publication in this journal. 3. Authors are permitted and encouraged to post their work online (e.g., in institutional repositories or on their website) prior to and during the submission process, as it can lead to productive exchanges, as well as earlier and greater citation of published work.

PRIVACY STATEMENT

Privacy is an important concern for users of our site and is something that PAGEPress takes very seriously. Below you will find our policy for protecting users' personal information. Registration on our website is optional and voluntary. Browsing and viewing articles on our website does not require any personal information to be submitted from users. Nor do these functions require the user's

browser to be set to accept cookies. Some other services published on our website do require the use of cookies and information such as name, e-mail, etc. This is necessary for security reasons and to enable us to be able to assure standards of scientific integrity. Users may submit further personal information (e.g. details of research areas of interest) in order to take advantage of present and future personalization facilities on our website. In accordance with European Union guidelines, registrants may decline to provide the information requested. They should be advised, however, that PAGEPress may be unable to deliver its services unless at least the information necessary for security and identification purposes is provided. In order to offer the best possible service to users, PAGE Press tracks the patterns of usage of pages on the site. This enables us to identify the most popular articles and services. Where users have provided details of their research areas of interest, this information can be linked to them, helping PAGEPress to offer scientists, the most relevant information based on their areas of interest. User information will only be shared with third parties with the explicit consent of the user. Publishing a scientific manuscript is inherently a public (as opposed to anonymous) process. The name and e-mail address of all authors of a PAGEPress manuscript will be available to users of PAGEPress. These details are made available in this way purely to facilitate scientific communication. Collecting these e-mail addresses for commercial use is not allowed, nor will PAGEPress itself send unsolicited e-mails to authors, unless it directly concerns the paper they have published on PAGEPress journals. PAGEPress reserves the right to disclose members' personal information if required to do so by law, or in the good faith and belief that such action is reasonably necessary to comply with a legal process, respond to claims, or protect the rights, property or safety of PAGEPress, employees or members.

EDITORIAL STAFF

Paola Granata, Journal Manager
paola.granata@pagepress.org

Selvaggia Stefanelli, Marketing Manager
marketing@pagepress.org

Claudia Castellano, Production Editor
Filippo Lossani, Technical Support

PUBLISHED BY

PAGEPress Publications
via G. Belli 7
27100 Pavia, Italy
T. +39.0382.1751762
F. +39.0382.1750481



www.pagepress.org
info@pagepress.org

pISSN 1877-9344
eISSN 1877-9352

SUBSCRIPTIONS

Annual subscription:
€ 100,00 (Italy);
€ 180,00 (abroad);
€ 50,00 (students).
One number: € 25,00 + shipping costs

Send requests to subscriptions@pagepress.org specifying the name of the journal and the type of subscriptions.

ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE

Tutti gli articoli pubblicati su *Italian Journal of Medicine* sono redatti sotto la responsabilità degli Autori. La pubblicazione o la ristampa degli articoli della rivista deve essere autorizzata per iscritto dall'editore. Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03, i dati di tutti i lettori saranno trattati sia manualmente, sia con strumenti informatici e saranno utilizzati per l'invio di questa e di altre pubblicazioni e di materiale informativo e promozionale. Le modalità di trattamento saranno conformi a quanto previsto dall'art. 11 del D.Lgs 196/03. I dati potranno essere comunicati a soggetti con i quali PAGEPress intrattiene rapporti contrattuali necessari per l'invio delle copie della rivista. Il titolare del trattamento dei dati è PAGEPress Srl, via Belli 7 - 27100 Pavia, al quale il lettore si potrà rivolgere per chiedere l'aggiornamento, l'integrazione, la cancellazione e ogni altra operazione di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/03.

Stampato: Marzo 2014.