

volume 10
SUPPL. 1
2016 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)

XV Congresso Regionale FADOI Campania
Napoli 7-8 aprile 2016

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, *AO Univ. Bologna, Italy*
Mauro Campanini, *President of FADOI, 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, *Past 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. Sant'Antonio, Padova, Italy*

YOUNG EDITORS

Carla Araujo, *Hosp. Amato Lusitano; UBI, Castelo Branco, Portugal*
Dimitriy Arioli, *AO S. Maria Nuova, Reggio Emilia, Italy*
Francesco Corradi, *AO Univ. Careggi, Firenze, Italy*
Mariangela Di Lillo, *AO Osp. Riuniti Marche Nord, Fano (PU), Italy*
Pierpaolo Di Micco, *Osp. FBF Buonconsiglio di Napoli, Italy*
Matteo Giorgi Pierfranceschi, *Osp. Piacenza, Italy*
Paola Gnerre, *Osp. San Paolo, Savona, 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 Arnoz, 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, *Klinikum 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, *AOU. 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, *AOU. 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, *AOU. Maggiore della Carità, Novara, Italy*
Filippo Pieralli, *AO Careggi, Firenze, Italy*

Hypertension

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

Hepatology and digestive diseases

Mario Pirisi, *AOU. 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, *AOU. 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, *AO 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

Stampa: 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

XV Congresso Regionale FADOI Campania Napoli, 7-8 aprile 2016

Consiglio Direttivo FADOI Campania · Comitato Scientifico e Organizzativo

G. UOMO

Presidente

A. Fontanella	<i>Past President</i>	M. Amitrano	<i>Componente</i>
A. Gargiulo	<i>Vice Presidente</i>	F. Gallucci	<i>Componente</i>
M. D'Avino	<i>Segretario</i>	A. Ilardi	<i>Componente</i>
M.C. Mayer	<i>Consigliere onorario</i>	A. Maffettone	<i>Componente</i>
P.G. Rabitti	<i>Consigliere onorario</i>	F. Marchese	<i>Componente</i>
M. Visconti	<i>Consulente Scientifico</i>	A. Schiavo	<i>Componente</i>
T. d'Errico	<i>Componente</i>	A. Zuccoli	<i>Componente</i>

Segreteria Scientifica

G. Uomo gene.uomo@virgilio.it

M. Visconti mario.visconti1@tin.it

Segreteria

Ada Donnarumma
Medicina D'Urgenza, AORN Cardarelli
Tel.: +39.081.7472001
e-mail: fadoi.campania@yahoo.it | adadonnarumma@yahoo.it

Segreteria Organizzativa

A. Martino
Planning Congressi Srl, Via Guelfa 9, 40138 Bologna
Tel.: +91.051.300100 (int. 148) - Fax: +91.051.309477
e-mail: a.martino@planning.it | www.planning.it

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 ORGANIZATION

Michele Stornello, Siracusa, Italy

COMMISSIONE FADOI GIOVANI

Paola Gnerre, Savona, Italy

Fondazione FADOI - Organigramma

PRESIDENTE

Giorgio Vescovo, Padova, 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>

XV Congresso Regionale FADOI Campania Napoli, 7-8 aprile 2016

IL RUOLO DELLA MEDICINA INTERNA OSPEDALIERA: IL PAZIENTE COMPLESSO ACUTO

I tradizionali modelli medici, così come sono insegnati nelle nostre Università, sono fatti per essere lineari, restrittivi e super semplificati, in assoluto contrasto con la realtà dei pazienti, prevalentemente anziani, degenti nei reparti di Medicina Interna. La complessità non può essere ridotta a un insieme di patologie e di terapie, ma deve intendersi come un intreccio e sovrapposizione d'influenze reciproche, in uno stesso individuo, di due o più sistemi: patologici, terapeutici, psicologici, socio-economici, familiari, culturali ed assistenziali. Tutto ciò richiede una valutazione multidimensionale dei problemi in causa e, a tutt'oggi, non vi è ancora un sistema univoco per definire e "pesare" il paziente complesso. Questo sarà lo sforzo e l'impegno della FADOI per i prossimi anni, al fine di effettuare scelte appropriate per il trattamento del paziente e non della patologia, anche al fine di ottimizzare le risorse. Purtroppo oggi la realtà territoriale è sempre più caratterizzata da inadeguata ed insufficiente capacità assistenziale, da difficoltà economiche, da problematiche sociali, da modifiche della struttura della famiglia in cui l'anziano non è più il centro di riferimento, ma rappresenta spesso un insostenibile carico assistenziale. Si delineano, quindi, sostanzialmente tre modelli assistenziali: *acute care model*, *chronic care model* e *acute complex care model*, ed è proprio quest'ultimo modello quello attualmente prevalente nelle nostre Medicine e che rappresenta il *leitmotiv* del nostro XV Congresso Regionale.

Il Congresso si svolgerà attraverso diverse letture dedicate alle novità nell'ambito della terapia e al futuro dell'area medica in Ospedale. Vi saranno quindi specifiche Tavole Rotonde a tema: antibiotico terapia, diabete, anticoagulanti orali diretti, nuove prospettive terapeutiche nella BPCO e nell'ipercolesterolemia e profilassi e terapia del tromboembolismo venoso. Il fulcro del congresso, naturalmente, è rappresentato da 5 *workshop*, ognuno dedicato a tre casi clinici con forte interazione con la platea. 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'analoga dignità e rilievo sarà l'area poster cui è dedicata un'ampia discussione.

Ci fa piacere sottolineare che sono state inviate ben 59 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 a 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

Esperienza con empagliflozin in pazienti con diabete mellito tipo 2 scompensati	1
<i>Asti A, D'Alessandro A, Tirelli P, Maresca G, Nardi S, Perrone GF, D'Alessandro G</i>	
Caso clinico: febbre e leucopenia di n.d.d.	1
<i>Asti A, Tirelli P, Maresca G, Perrone GF, Nardi S, D'Alessandro A, D'Alessandro G</i>	
Studio retrospettivo non interventistico sul controllo glicemico con insulina degludec in pazienti ricoverati in Medicina Interna non controllati con altre insuline basali.	1
<i>Asti A, Bassi V, Sicurezza A, Mea G, Santinelli C, Zuccoli A, Ruggiero R, Nuzzo V</i>	
Dispnea+edemi declivi+deficit di pompa: non sempre "è la somma che fa il totale..."	2
<i>Basile C, Silvestri N, Magliocca A, Mastrobuoni C, Valentino U, Uomo G</i>	
Report finale dello studio TUSCAM-HF (scompenso cardiaco in Toscana-Campania)	2
<i>Biagi P, Gallucci F, Landini G, Masotti L, Panigada G, Ronga I, Verdiani V, Fontanella A, Uomo G</i>	
La spondilodiscite nel più grande ospedale del Sud Italia	3
<i>Boni R, Caccavallo S, Suozzo R, D'Ambrosio G, Rabitti PG</i>	
Considerazioni su un caso di empiema batterico spontaneo.	3
<i>Boni R, Caccavallo S, de Simone R, Liguori M, Rabitti PG</i>	
Morbo di Whipple: un paziente con manifestazioni atipiche	4
<i>Borgheresi P, De Vecchi RM, Pascale V, De Donato MT</i>	
Malattia autoimmune sistemica complessa ad incerta collocazione nosologica: case report	4
<i>Buono R, Ferrara L, Gallucci F, Parisi A, Russo R, Uomo G</i>	
Associazione tra sindrome da inappropriata secrezione di ormone antidiuretico e sindrome di DiGeorge: descrizione di un caso clinico	4
<i>Cacciapuoti M, Poggiano MR, Panico A, Ponticelli R, Barba L, Lupoli GA</i>	
Encefalopatia iperammoniemica da valproato: caso clinico	5
<i>Cannavale A, Delli Paoli V, De Ritis F, Fiorente F, Iannuzzi R</i>	
Valutazione dei fattori predittivi di inizio terapia con nuovi anticoagulanti orali vs warfarin in pazienti con fibrillazione atriale	5
<i>D'Avino M, Caruso G, Rabitti PG, Auriemma A, Guerriero F, Tari M, Menditto E</i>	
L'aderenza alle prescrizioni terapeutiche dei pazienti con patologia cardiaca cronica e ipertesi. Studio osservazionale retrospettivo su pazienti attivi nel database dei medici di Medicina Generale della sezione Società Italiana di Medicina Generale di Benevento	6
<i>D'Avino M, Buonomo G, Caruso G, Scala D, Rabitti PG, Menditto E</i>	
Fibrillazione atriale di nuova insorgenza in una popolazione ambulatoriale	6
<i>D'Avino M, Caruso G, Ilardi A, Capasso F, Muscherà R, Di Monda G, Rabitti PG</i>	
Case-report: follow-up ultrasonografico di lesione espansiva emorragica cerebrale mediante ecografia trans-cranica	7
<i>De Campora P, Sangiuolo R, Fontanella L, Di Micco P, Fontanella A</i>	
Segni ecocardiografici di dilatazione dell'atrio sinistro e di alterata funzione diastolica in giovani pazienti non ipertesi con stroke	7
<i>De Campora P, Sangiuolo R, Fontanella L, Di Micco P, Fontanella A</i>	
Frequente associazione tra aterosclerosi coronarica e intracranica nei pazienti affetti da cardiopatia ischemica	8
<i>De Campora P, Sangiuolo R, Fontanella L, Di Micco P, Fontanella A</i>	

ABSTRACT BOOK - Indice

La sindrome da anticorpi anti-sintetasi: descrizione di un caso con severo impegno articolare	8
<i>d'Errico T, Varriale M, Ambrosca C, Carbone S, Italiano G, Visconti M, Tassinario S</i>	
La sindrome algodistrofica: descrizione di un caso clinico simulante una monoartrite del ginocchio	8
<i>d'Errico T, Ambrosca C, Varriale M, Carbone S, Maffettone A, Italiano G, Visconti M, Tassinario S</i>	
Un caso di microangiopatia trombotica iatrogena	9
<i>Di Palo M, Sacco M, Gente R, Morella P</i>	
Indagine conoscitiva: l'educazione alla autogestione della malattia da parte del paziente diabetico adulto e del suo caregiver inizia in ospedale	9
<i>Fiscale M, Pentella G, Di Ronza G, Ianniello A, Uomo G, Iannuzzo M, Fontanella A</i>	
Come verificare l'efficacia formativa: esperienza da un corso compatto teorico-pratico di videocapillaroscopia	10
<i>Gallucci F, Buono R, Ronga I, Parisi A, Russo R, Uomo G</i>	
L'ormone paratiroideo e la vitamina D: alleati o concorrenti?	10
<i>Gatti A, Carleo D, Nuzzo V</i>	
Rara reazione avversa da flutamide: case report	11
<i>Guadagno L, Gallucci F, Magliocca A, Mastrobuoni C, Ronga I, Uomo G</i>	
Pancreatite acuta: quando le cause sono troppe!	11
<i>Guadagno L, De Ritis R, Ferrara L, Ronga I, Valentino U, Uomo G</i>	
Il diario della broncopneumopatia cronica ostruttiva: alla ricerca dell'aderenza e dell'appropriatezza	11
<i>Ilardi A, Avallone S, Rabitti PG</i>	
I disturbi del sonno nel paziente internistico	12
<i>Ilardi A, D'Avino M, Muscherà R, Russo A, Di Monda G, Rabitti PG</i>	
Il paziente con broncopneumopatia cronica ostruttiva: conoscere le criticità per progettare le soluzioni	12
<i>Ilardi A, D'Avino M, Russo A, Grieco A, Rabitti PG</i>	
Sodiemia venosa e arteriosa: sono del tutto sovrapponibili?	12
<i>Ilardi A, D'Avino M, Capasso F, Di Monda G, Russo A, Rabitti PG</i>	
I ipotesi di studio sulla rivalutazione del dosaggio dell'α-fetoproteina come indagine di prima istanza per la sorveglianza e la diagnosi precoce dell'epatocarcinoma nei pazienti con malattia cronica da epatite B e virosoppressi dalla terapia con analoghi nucleosidici-nucleotidici	13
<i>Iovinella V, Visconti M</i>	
Prevalenza di ipovitaminosi D in donne osteoporotiche di un territorio rurale-montano del Nord Campania: Alto Casertano	13
<i>Italiano G, Maffettone A, d'Errico T, Raimondo M, Gargiulo A</i>	
Acido zoledronico è sicuro ed efficace nella sindrome algodistrofica di recente insorgenza	14
<i>Italiano G, d'Errico T, Gargiulo A</i>	
Immunodeficienza comune variabile	14
<i>Laccetti M, Catzola A, Delli Paoli V, Fiorente F, Pannone B</i>	
Da una lombalgia al coma	15
<i>Luiso V, Solaro E, Marchiani C, Farinero V, Ranucci RAN, Giunta R</i>	
Prevalenza di iponatremia in pazienti ricoverati in un reparto di Medicina Interna	15
<i>Madonna P, Nuzzo V, Zuccolì A</i>	

ABSTRACT BOOK - Indice

Prima esperienza clinica sull'utilizzo di farmaci inibitori del co-trasportatore sodio-glucosio in pazienti con diabete di tipo 2 e insufficienza cardiaca	15
<i>Maffettone A, Maiolica O, Di Fraia S, Borgia M, Rinaldi M, Ussano L</i>	
Intervento formativo nutrizionale (survey before and after) in persone con diabete di tipo 2 afferenti ad ambulatorio di diabetologia ospedaliero	16
<i>Maffettone A, Fiorillo E, Campanile A, Maiolica O, Rinaldi M, Ussano L</i>	
Valutazione dell'efficacia a lungo termine (3 anni) di un intervento educativo in diabetici insulino-trattati	16
<i>Maffettone A, Campanile A, Fiorillo E, Maiolica O, Rinaldi M, Ussano L</i>	
Qualità di vita ed insufficienza cardiaca: dati preliminari in Medicina Interna	17
<i>Magliocca A, Gallucci S, Ferrara L, Guadagno L, Gallucci F, Uomo G</i>	
Pseudocisti emorragica in corso di pancreatite cronica simulante ematoma della parete duodenale. Case report	17
<i>Mastrobuoni C, Gallucci F, Magliocca A, Ronga I, Valentino U, Uomo G</i>	
Osteonecrosi della testa femorale: un nuovo orizzonte terapeutico	18
<i>Muscariello R, Rendina D, De Feo V, Strazzullo P</i>	
Follow up dei pazienti trattati con nuovi anticoagulanti orali	18
<i>Muscherà R, Covetti G, Ferrara L, Liguori M, Iannuzzi A, Mayer MC, Rabitti PG, Uomo G</i>	
La gestione delle complicanze da dabigatran con idarucizumab	18
<i>Muscherà R, Russo A, Capasso F, Di Monda G, Ilardi A, D'Avino M, Anastasio E</i>	
Il percorso diagnostico-terapeutico del nodulo tiroideo nell'ASL Napoli 1 Centro: risultati di 5 anni di attività (2009-2014)	19
<i>Nuzzo V, Ruggiero R, Asti A, Bassi V, Bruschini M, Esposito S, Giannattasio R, Graviero G, Marano I, Masone M, Molinaro G, Russo E, Sicuranza A, Spiezia S, Tovecci F, Troise R, Viola D, Zuccoli A, Conte C</i>	
Atipia di significato non determinato/lesione follicolare indeterminata (TIR.3a) al citologico tiroideo: esperienza di un network endocrinometabolico	19
<i>Nuzzo V, Coluccino V, Iannaci G, Maiello F, Montella M, Sapere P, Franco R, Asti A, Bassi V, Esposito S, Giannattasio R, Graviero G, Masone M, Molinaro G, Russo E, Ruggiero R, Spiezia S, Sicuranza A, Tovecci F, Troise R, Viola D, Zuccoli A, Conte C</i>	
Impiego di teriparatide nell'ipoparatiroidismo post-chirurgico non responsivo alla terapia con calcio e vitamina D: nostra esperienza	19
<i>Panico A, Poggiano MR, Lupoli GA, Fonderico F, Tortora LA, Cacciapuoti M, Barba L, Lupoli G</i>	
Panniculite idiopatica ricorrente: un challenge diagnostico. Case report	20
<i>Parisi A, Buono R, Ferrara L, Gallucci F, Russo R, Uomo G</i>	
Un caso di cripto-iperaldosteronismo	20
<i>Pascale AV, Finelli R, Fabbriatore D, Visco V, Giannotti R, De Donato MT, Ciccarelli M, Iaccarino G</i>	
La valutazione dell'impatto della formazione in termini operativi e relazionali nella gestione quotidiana del paziente complesso a domicilio da parte del caregiver	21
<i>Pentella G, Fiscale M, Di Ronza G, Uomo G, Iannuzzo M, Fontanella A</i>	
Misura della pressione arteriosa sistolica centrale. Un valore aggiunto	21
<i>Ranucci RAN, Luiso V</i>	
Correlazione tra stiffness carotidea ed inquinamento atmosferico da traffico automobilistico in una coorte di bambini	22
<i>Renis M, Salvatore V, Schiavo A, Verga C, Santoriello C, Licenziati MR, Iannuzzi A</i>	
Modifiche elettrocardiografiche non comuni in una paziente che assume neurolettici	22
<i>Renis M, La Mura G, La Mura L, Schiavo A</i>	

ABSTRACT BOOK - Indice

Malattia ateroembolica	23
<i>Ricci E, Ilardi A, Muscherà R</i>	
Associazione di trombofilia congenita complessa, omocistinuria con sindrome marfanoida e rottura di aneurisma arteria splenica: case report	23
<i>Ronga I, Ferrara L, Gallucci F, Guadagno L, Valentino U, Uomo G</i>	
Iperpotassiemia "spuria"	23
<i>Russo A, Ilardi A, D'Avino M, Grieco A, Rabitti PG</i>	
La spirometria in prima linea	24
<i>Schiavo A, Casilli B, La Mura G, Renis M</i>	
La spirometria: non solo patologia ostruttiva	24
<i>Schiavo A, Casilli B, La Mura L, La Mura G, Renis M</i>	
I fattori di rischio cardiovascolare: l'importanza del know-how infermieristico	25
<i>Sepe C, Gallo MT</i>	
Causa rara di pancreatite acuta	25
<i>Ventre I, Marchese F</i>	

ABSTRACTS

Esperienza con empagliflozin in pazienti con diabete mellito tipo 2 scompensati

Asti A, D'Alessandro A, Tirelli P, Maresca G, Nardi S, Perrone GF, D'Alessandro G

UOC Medicina Interna e d'Urgenza, PO S. Maria di Loreto Nuovo, ASL NA 1, Napoli, Italy

Empagliflozin è un antidiabetico orale che inibisce il cotrasportatore sodio-glucosio (SGLT2) a livello del tubulo prossimale renale, determinando così una intensa glicosuria. Nella nostra esperienza clinica abbiamo arruolato 25 pazienti (13 F, 12 M) che, in terapia con metformina ai massimi dosaggi, presentavano Hb glicata >7%. Al TO' e poi al *follow-up* dopo 6 mesi abbiamo rilevato glicemia a digiuno, peso, BMI, Hb glicata, lipidi ematici, transaminasi, PAS, PAD, eGFR, microalbuminuria. I pazienti avevano un'età media di 59,3 anni (DS± 9,8), con durata media del diabete di 10,8 anni (DS±9,5). I risultati evidenziavano, dopo 6 mesi, riduzione della glicemia da 211 mg/dL (DS±62,8) a 124,8 mg/dL (DS±27,8 p<0,0001), di Hb glicata da 9,2% (DS±1,4) a 7,0% (DS±0,9 p<0,0001), del peso corporeo da 85,8 Kg (DS±16,9) a 78,7 Kg (DS±12,4 p<0,01), del BMI da 30,6 (DS±4,4) a 29,2 (DS±2,7 p<0,01). Per quanto riguarda il profilo lipidico l'unico dato significativo è stata la riduzione del LDL colesterolo da 102,8 mg/dL (DS±29,4) a 81,7 mg/dL (DS±11 p<0,01); inoltre abbiamo osservato la riduzione della microalbuminuria da 29,8 mg/die (DS±7,05) a 12,7 mg/die (DS±5,5 p<0,0001), la riduzione della PAS e della PAD senza significatività statistica. L'eGFR media al TO' era di 73,3 mL/min e dopo 6 mesi non si è osservata variazione statisticamente significativa (70,9 mL/min). Un solo paziente ha abbandonato lo studio, lamentandosi di urinare così spesso da inficiare la sua attività lavorativa; si sono verificati 2 casi di micosi vulvare, regredite con terapia antimicotica locale, e una IVU in un uomo, regredita dopo terapia antibiotica: in tutti e 3 i casi non c'è stata sospensione della terapia. Tali dati indicano che empagliflozin rappresenta un'opzione importante nella terapia di seconda linea nel paziente non più compensato con la metformina, avendo dimostrato una potenza ipoglicemizzante superiore agli inibitori dei DPP-1, con un impatto positivo sul peso, sulla PA, sulla funzionalità renale, con un meccanismo d'azione *beyond pancreas* che lo dovrebbe rendere complementare a tutte le classi di ipoglicemizzanti.

Caso clinico: febbre e leucopenia di n.d.d.

Asti A, Tirelli P, Maresca G, Perrone GF, Nardi S, D'Alessandro A, D'Alessandro G

UOC Medicina Interna e d'Urgenza, PO S. Maria di Loreto Nuovo, ASL NA 1, Napoli, Italy

Paziente femmina di 33 anni (DCM) si ricovera per febbre persistente da oltre 20 giorni: a domicilio aveva praticato terapia con ceftriaxone 1 g/die i.m. per 10 giorni e, successivamente, claritromicina 500 mg x 2/die per altri 10 giorni senza defer-

vescenza. In reparto l'e.o. evidenzia una marcata epatosplenomegalia, gli esami di laboratorio mostrano una lieve ipertransaminasemia (GOT=82 U/L; GPT=93 U/L), ma soprattutto una leucopenia (2.200/mm³ con N=50% L=41%) e piastrinopenia (88.000/mm³) ed elevazione degli indici di infiammazione (VES=86, PCR=5,80 mg/dL). Nella norma risultano l'ECG e la Rx torace. Nei primi giorni del ricovero la temperatura corporea raggiunge anche punte di 40°C: le emocolture praticate, però, risultano sempre negative così come l'urinocoltura, mentre un'ecografia addominale conferma l'epatosplenomegalia in assenza di linfadenopatie patologiche. La paziente inizia terapia antibiotica con linezolid 600 mg x 2+amikacina 500 mg x 2 e.v. che non determinerà febbre. Pratica una TAC total body con mdc che esclude linfadenopatie patologiche, masse o raccolte ascessuali; risultano altresì nella norma anche la sierodiagnosi di Vidal-Wright, il mono-test, il dosaggio degli ANA e AMA e i markers dell'epatite. In quinta giornata pratica un aspirato midollare conclusivo per "assenza di atipie nella serie granuloblastica con presenza di linfociti maturi (8%)". In ottava giornata giunge il risultato degli anticorpi anti-Leishmania che risulta positivo (1:640); pertanto la paziente viene trasferita in reparto di malattie infettive dove viene impostata terapia con preparati antimoniali e.v. per circa 4 settimane con risoluzione della sintomatologia. La Leishmaniosi viscerale è una antropozoonosi sostenuta da *Leishmania donovani*, protozoo trasmesso da insetti ematofagi: la diagnosi differenziale si pone soprattutto con linfomi e leucemie, dato che le manifestazioni tipiche della malattia sono febbre, epatosplenomegalia e pancitopenia.

Studio retrospettivo non interventistico sul controllo glicemico con insulina degludec in pazienti ricoverati in Medicina Interna non controllati con altre insuline basali

Asti A, Bassi V, Sicuranza A, Mea G, Santinelli C, Zuccoli A, Ruggiero R, Nuzzo V

Network Endocrino-Metabolico ASL NA 1, Napoli, Italy

Premesse e Scopo dello studio. L'iperglicemia, l'ipoglicemia e la variabilità glicemica sono associate a morbilità e mortalità crescente nei pazienti diabetici ospedalizzati e i costi di ospedalizzazione sono maggiori se comparati a soggetti ricoverati non diabetici. Insulina degludec è un analogo basale dell'insulina, ottenuta con la metodica del DNA ricombinante, che ha un'emivita di circa 24 ore e una cinetica "piatta", il che determina un'incidenza bassissima di ipoglicemie. Scopo della nostra osservazione è di valutare come i pazienti ricoverati in cattivo compenso glicemico con altre insuline basali possano aver migliorato il quadro glicometabolico nel corso della loro degenza ospedaliera passando ad un trattamento con la nuova insulina basale degludec.

Materiali e Metodi. Abbiamo condotto uno studio osservazionale retrospettivo multicentrico sull'analisi di 70 cartelle cliniche di pazienti diabetici (37 F, 33 M), di età compresa tra i 51 e 85 anni, ricoverati nei reparti di medicina di 5 ospedali dell'ASL NA/1 Centro (Loreto Nuovo, Ascalesi, S. Gennaro, Pellegrini, S. Giovanni Bosco) nel periodo gennaio-giugno 2015 ai quali, già in trattamento insulinico domiciliare con lo schema *basal bolus*, ma in cattivo compenso glicemico, veniva sostituita, al mo-

mento del ricovero la sola insulina *bedtime* (glargine o detemir) con l'insulina degludec. All'ingresso venivano rilevate alcune variabili: glicemia a digiuno, Hb glicata, profilo lipidico, glicosuria, peso, BMI, VES, PCR, conta dei G.B., comorbidità e veniva rilevato il Mews score, strumento che indica il grado di criticità del paziente. Nel corso del ricovero venivano rilevate al glucometro le glicemie pre- e post-colazione, pre- e post-pranzo e pre- e post-cena al primo giorno di ricovero (quindi ancora con la precedente insulina basale) e poi dal 4° al 6° giorno di ricovero con l'insulina degludec: ciò per avere un minimo wash-out della precedente insulina basale utilizzata.

Risultati. E' in corso l'analisi statistica, ma i primi grossolani risultati ci confermano l'efficacia ipoglicemizzante dell'insulina degludec: un chiaro trend di riduzione dei valori glicemici è possibile osservare sia per le glicemie basali sia per le glicemie post-prandiali a fronte di episodi ipoglicemici bassissimi (5 in 360 giornate di ricovero complessive).

Conclusioni. La nostra esperienza collima con gli studi clinici a lungo termine sull'efficacia di degludec circa il miglioramento del quadro glicometabolico del paziente diabetico ricoverato in ospedale, anche se la nostra osservazione è stata condotta per un periodo di soli 6 giorni di ricovero: pertanto dovrà essere avvalorata da uno studio randomizzato interventistico su più larga scala.

Dispnea+edemi declivi+deficit di pompa: non sempre "è la somma che fa il totale..."

Basile C¹, Silvestri N², Magliocca A¹, Mastrobuoni C¹, Valentino U¹, Uomo G¹

¹UOSC Medicina Interna 3; ²Cardiologia Riabilitativa, Dipartimento di Medicina Polispecialistica, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

Premessa. Lo scompenso cardiaco (SC) è una delle prime cause di ricovero in ambiente internistico con una diagnosi clinico-strumentale relativamente semplice ma rilevanti problematiche di trattamento in rapporto alla sempre più avanzata età dei pazienti e comorbidità. Nella pratica clinica l'identificazione eziologica può pertanto essere considerata un evento non prioritario con conseguenze però rilevanti sul corretto management della malattia.

Caso clinico. Paziente di sesso femminile, di anni 72, ricoverata con diagnosi di SC sostanziata dalla presenza di dispnea ed edemi declivi. In anamnesi, vari ricoveri per episodi analoghi con rilievo di insufficienza cardiaca (classe NYHA II-III) ed ecocardio indicativa di prevalente impegno diastolico ed insufficienza mitro-tricuspidalico-aortica di grado lieve. Comorbidità per associate broncopatia cronica con interstiziopatia polmonare, insufficienza renale cronica di grado medio e gammopatia monoclonale IgA-κ. Ecocardio: dilatazione bi-atriale, ventricolo sinistro ipertrofico con iperecogenicità del setto, elevata pressione telediastolica, FE 60%, insufficienza mitro-aortica di grado moderato, PAPS stimata 60 mmHg; componente monoclonale sierica catene leggere κ con rapporto κ/λ elevato; BNP 1511 ng/L, C/Creat 36 mL/min; RMN cardiaca: dubbio di cardiopatia infiltrativa. Positività della ricerca di sostanza amiloide su aspirato di grasso peri-ombelical. Diagnosi di amiloidosi primaria AL a prevalente interessamento cardiaco. Associazione alla classica terapia per lo SC di ciclofosfamide+bortezomib+desametasone a cicli. Compenso clinico e

dimissione con programma di stretto *follow-up* clinico-strumentale.

Conclusioni. Il fattore eziologico nel paziente con SC ha un ruolo rilevante nel corretto management della malattia. Fra le forme eziologiche più rare, l'amiloidosi cardiaca costituisce la causa più importante di cardiomiopatia restrittiva, richiedente un trattamento patogenetico specifico.

Report finale dello studio TUSCAM-HF (scompenso cardiaco in Toscana-Campania)

Biagi P¹, Gallucci F², Landini G³, Masotti L³, Panigada G⁴, Ronga I², Verdiani V⁵, Fontanella A⁶, Uomo G²

¹Medicina Interna, Montepulciano (SI); ²Medicina Interna 3, AORN Cardarelli, Napoli; ³Medicina Interna, ASF Firenze; ⁴Medicina Interna, Pescia (PT); ⁵Medicina Interna, Grosseto; ⁶Medicina Interna, Ospedale Fatebenefratelli, Napoli, Italy

Premessa. Lo scompenso cardiaco (SC) rappresenta il primo DRG in Medicina Interna (MI), ove attualmente viene ricoverata la maggior parte dei soggetti con tale patologia, anche in fase acuta. Nello studio TUSCAM-HF sono stati confrontati i dati di oltre 1500 pazienti ricoverati consecutivamente per SC in Toscana (T) ed in Campania (C) allo scopo di cogliere eventuali similitudini e/o differenze delle caratteristiche dello SC a seconda della provenienza territoriale.

Casistica. Sono stati arruolati 1570 pazienti (713 M e 857 F), ricoverati con diagnosi di SC in 32 UOC di MI della Toscana ed in 23 della Campania. Sono stati analizzati i dati anagrafici, le re-ospedalizzazioni, l'eziologia dello SC, la classe NYHA, le comorbidità, il ritmo, la FE calcolata con l'ECOCG e la terapia. Sono state considerate anche le caratteristiche demografiche delle due regioni sulla base dei dati ISTAT. Per l'elaborazione statistica sono stati utilizzati il t-test di Student ed il Chi-quadro con valore di P significativa se <0.05.

Risultati. L'età media è risultata alta in T (82.5±8.9 vs 77.1±9.8, p <0.001); i pazienti di sesso M erano rispettivamente il 45,4% e il 46,5% (ns), e i pazienti con età >70 anni più numerosi in T (65% vs 80%, p <0,001). In T si aveva un numero maggiore di pazienti in classe NYHA III-IV al ricovero (83% vs 55,6%, p <0,001) e di re-ospedalizzazioni nello stesso anno (83 vs 40.2%; p <0.001). I pazienti campani con SC presentavano con maggior frequenza diabete, BPCO, cancro attivo e precedente TIA/ ictus, mentre quelli toscani più frequentemente avevano insufficienza renale cronica e fibrillazione atriale (p <0.001). I pazienti in T sono stati trattati meno con ACE inibitori, sartani, Ca-antagonisti, statine e antiaggreganti piastinici. In entrambe le regioni, vi era il medesimo utilizzo di β-bloccanti; l'uso di digitale era marginale e ancora basso l'uso di NAO e ivabradina. L'ecocardiografia è stata eseguita nel 64% dei pazienti in T e nel 52,6% in C (p <0.001); il riscontro di LVEF ≥50% è stato prevalente in T (42,5% vs 34,2%, p <0.05), mentre nessuna differenza è stata registrata per i pazienti che presentavano LVEF ≤30%.

Conclusioni. I dati finali dello studio TUSCAM-HF confermano la presenza di caratteristiche diverse dello SC nei pazienti ricoverati in MI in T e C. Tali differenze sembrano essere legate essenzialmente alle diverse caratteristiche demografiche di queste due regioni (popolazione campana più giovane). Bisogna tener conto di questo dato nel planning di future iniziative

nazionali nel campo dello SC e, probabilmente, anche in altri settori della ricerca clinica.

La spondilodiscite nel più grande ospedale del Sud Italia

Boni R, Caccavallo S, Suozzo R, D'Ambrosio G, Rabitti PG

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

Premessa. La spondilodiscite è una infezione per lo più batterica del disco e delle vertebre adiacenti. E' rara, ma la sua prevalenza è in aumento per il miglioramento delle tecniche diagnostiche e per l'aumento della popolazione a rischio (neoplastici, diabetici, immunodepressi, anziani fragili, tossicodipendenti, ecc.). In assenza di dati epidemiologici esaurienti, abbiamo voluto approfondire l'argomento nella nostra realtà ospedaliera.

Pazienti e Metodi. Abbiamo inserito nello studio tutti i pazienti con spondilodiscite ricoverati nel corso del 2014 presso l'Azienda Ospedaliera "A. Cardarelli" di Napoli. Sono stati presi in considerazione eziologia, quadro clinico, comorbidità, esami effettuati per raggiungere la diagnosi, tipo e durata della terapia antibiotica.

Risultati. Abbiamo selezionato 13 pazienti: rapporto M/F 1.16, età media 60.4 anni, 38% degenti in Neurochirurgia, 54% in Medicina Interna, 8% in Oncologia; interessamento del tratto cervicale 15.3%, dorsale 30.7%, lombosacrale 54%. L'84% dei pazienti presentava comorbidità di rilievo: 45% cardiopatie, 36% diabete mellito, 27% neoplasie, 18% cirrosi epatiche, 18% alcolismo, 18% tossicodipendenza. Lo stafilococco aureo è risultato all'origine del 61% dei casi (75% MSSA, 25% MRSA), *E. coli* 7%, *E. faecalis* 7%, nel 15% non si è giunti all'individuazione dell'agente eziologico. Nel 46% dei casi la diagnosi microbiologica si è ottenuta dalle emocolture, nel 69% dal FNAB TAC-guidato; quest'ultimo è stato eseguito nel 38% dei casi in presenza di emocoltura positiva. Mentre VES e PCR erano elevate in tutti i pazienti, i globuli bianchi lo erano solo nel 69%. La sierodiagnosi per la Brucella è stata effettuata solo nel 23% dei casi, mentre la reazione di Mantoux in un solo paziente. La RMN (gold standard diagnostico) è stata utilizzata nel 77% dei casi, la TAC nel 92%, la scintigrafia nel 15%, la PET nel 7%. Si è riscontrato un ascesso dello psoas nel 30% dei pazienti. Nel 77% dei casi si è ricorso alla consulenza dello specialista Infettivologo. Nel 77% dei casi si è utilizzata RMN e/o TAC nel *follow-up*. Il 92% dei pazienti ha ricevuto antibiotici fin dal primo giorno di ricovero, ogni paziente ha ricevuto una media di 3 antibiotici (min 1, max 7), la durata media del trattamento è stata di 11 settimane (min 3, max 19); fortunatamente c'è stato un solo caso di diarrea da *Clostridium difficile*. Per due pazienti si è resa necessaria la terapia chirurgica. La durata media della degenza è stata di 45.6 giorni (min 20, max 82).

Discussione. I casi di spondilodiscite del nostro Ospedale sono risultati più numerosi rispetto a centri di riferimento come l'Ospedale Conception di Marsiglia o il Policlinico Umberto I di Roma. Il quadro clinico e l'accuratezza diagnostica-microbiologica è sovrapponibile a quella di analoghe casistiche; l'abbondanza di pazienti in Neurochirurgia è giustificata dall'aumento delle forme post-traumatiche e post-chirurgiche. Alla

luce delle attuali linee guida IDSA vanno tuttavia fatte alcune osservazioni: a) il FNAB non andrebbe effettuato in caso di emocoltura positiva, b) è consigliabile sempre la sierodiagnosi per la Brucella, c) la terapia antibiotica andrebbe iniziata, salvo casi eccezionali, miratamente solo dopo la diagnosi microbiologica e d) non dovrebbe durare più di sei settimane, e) per il *follow-up* dovremmo affidarci al quadro clinico e agli indici di flogosi e non alla RMN. Una maggiore adesione alle linee guida ridurrebbe costi e durata della degenza.

Considerazioni su un caso di empiema batterico spontaneo

Boni R, Caccavallo S, de Simone R, Liguori M, Rabitti PG

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

Premessa. L'empima pleurico è caratterizzato dalla presenza di materiale purulento nel cavo pleurico. Si definisce invece empiema batterico spontaneo (SBE) l'infezione di un preesistente idrotorace epatico, il che si verifica in circa il 2% dei cirrotici. I criteri diagnostici per lo SBE sono: la preesistenza di epatopatia cronica con idrotorace, l'esclusione di una infezione parapneumonica mediante radiografia o TAC del torace, la presenza nel liquido pleurico di >250 PMN/mm³ con coltura positiva o di >500 PMN/mm³ con coltura negativa. A differenza della peritonite batterica spontanea (SBP), per la quale esistono dettagliati protocolli diagnostico-terapeutici, lo SBE è trascurato e sotto-diagnosticato sia dagli internisti che dagli epatologi (che eseguono di rado la toracentesi, nonostante lo SBE abbia una mortalità del 20-38%). Ci è sembrato pertanto utile presentare questo caso dai caratteri clinico-laboratoristici peculiari.

Caso clinico. Caucasica di 87 anni con cirrosi epatica da HCV. Si ricovera per dispnea e toracoalgia sinistra. TAC: versamento pleurico sinistro massivo, bronchiectasie cilindriche al lobo inferiore sinistro. Toracentesi: liquido francamente purulento, coltura positiva per *Streptococcus mitis*. C₃ 0.08 g/L; crioglobulinemia mista tipo II. Con ceftriaxone e tubo di drenaggio pleurico si otteneva la guarigione.

Discussione. Elementi atipici del nostro caso sono l'aspetto purulento del liquido pleurico, la positività della coltura per *Str. mitis*, l'assenza di ascite, la necessità del drenaggio pleurico. Lo SBE si presenta usualmente come un trasudato, nella gran parte dei casi positivo per *E. coli*; in più della metà dei casi si associa a SBP e solo nel 12% dei pazienti non c'è ascite. Nella nostra paziente pertanto gli streptococchi potrebbero aver raggiunto il cavo pleurico per via ematogena (pur con emocolture negative) o per migrazione da una bronchiectasia. Non ci risulta in letteratura nessun collegamento tra crioglobulinemia mista HCV-correlata e SBE: il C₃ basso è un noto fattore di rischio per lo SBE, ma è anche un elemento caratteristico della sindrome crioglobulinemica. Il tubo di drenaggio pleurico, controindicato nell'idrotorace epatico e sconsigliato nello SBE, è indicato solo nei casi di empiema con pus franco come il nostro.

Conclusioni. La toracentesi diagnostica deve essere praticata in tutti i cirrotici con segni di infezione del liquido pleurico o con deterioramento clinico, specie in assenza di ascite; essa comporta un bassissimo rischio di pneumotorace (1.3%) e consente una tempestiva terapia antibiotica. La crioglobuline-

mia mista da HCV andrebbe sempre ricercata nei pazienti con idrotorace, perché potrebbe rappresentare un ulteriore fattore di rischio per lo SBE. Lo SBE presenta una minore incidenza rispetto alla SBP, ma è gravata da una mortalità più elevata; pertanto è auspicabile che le Società Scientifiche prestino maggiore attenzione a questa complicanza della cirrosi (nelle ultime linee guida della EASL allo SBE sono dedicate solo poche righe!). Infine riteniamo, con altri Autori, che il termine pleurite batterica spontanea sia più appropriato ed ingeneri meno confusione di SBE.

Morbo di Whipple: un paziente con manifestazioni atipiche

Borgheresi P¹, De Vecchi RM², Pascale V², De Donato MT²

¹UOC di Gastroenterologia e Bleeding Center; ²UOC di Medicina Interna, AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno, Italy

Introduzione. La malattia di Whipple (WD), inclusa nel capitolo delle sindromi da malassorbimento, è patologia multisistemica da infezione cronica. Responsabile un batterio, il *Tropheryma whipplei*. Le circostanze che favoriscono l'infezione non sono note, ma si sospetta una predisposizione immunologica acquisita o genetica. L'incidenza nei paesi europei è inferiore a 1 per milione all'anno e quindi ritenuta malattia rara. Si può però ritenere che la reale incidenza sia sottostimata dal momento che le modalità di presentazione clinica possono essere molteplici e il quadro clinico polimorfo.

Caso clinico. Maschio di anni 52. Nell'arco di un mese tre ricoveri per severa melena. In anamnesi segnalata terapia con antidepressivi prescritti per disturbo dell'umore e turbe mnesiche insorte da circa un anno. Di recente insorgenza sintomatologia dispeptico-dolorosa e calo ponderale con anemia microcitica iposideremica. Presenti larvati segni di malassorbimento (ipoalbuminemia, ipocolesterolemia) associati ad incremento degli indici aspecifici di flogosi. In entrambi i ricoveri furono eseguite EGDS con documentazione di gastrite erosivo-emorragica. La colonscopia documentava un angioma a livello cecale senza sicuri segni di sanguinamento recente ma comunque inizialmente ritenuto principale responsabile del sanguinamento gastrointestinale. In occasione della seconda endoscopia furono eseguite biopsie duodenali. L'esame istologico documentò focale atrofia dei villi ed infiltrazione di quelli residui e della lamina propria da parte di istiociti schiumosi. Quadro compatibile con morbo di Whipple. Fu comunque praticata resezione intestinale comprendente 24 cm di grosso intestino e cieco, cm 18 di piccolo intestino e linfonodi mesenterici. L'istologia del piccolo intestino e dei linfonodi mesenterici confermò la diagnosi di WD. Prescritta opportuna terapia antibiotica, il paziente è in *follow-up*, asintomatico. Regredita la sintomatologia neuropsichiatrica e normalizzati i parametri ematochimici.

Discussione. Il caso clinico chiarisce alcuni aspetti della WD: consente di affermare che la malattia può essere misconosciuta perché il malassorbimento in grado di evocare il sospetto diagnostico può essere modesto o assente nelle fasi iniziali, quando diverse modalità di presentazione clinica possono indurre ad erronei percorsi diagnostici. I sintomi neuropsichiatrici (compatibili con un quadro di demenza incipiente) possono a posteriori essere riconosciuti come verosimile prima

espressione dell'infezione. Anche il sanguinamento gastrointestinale severo e recidivante può essere attribuibile alla WD. Infatti sanguinamento gastrointestinale occulto è presente nell'80% dei pazienti e le emorragie digestive, come documentato dalla letteratura, se pur non comuni, non sono rare. La patogenesi è ancora ignota. *Tropheryma whipplei* può essere presente nelle arteriole di tutto il tratto gastrointestinale e l'interessamento della parete a tutto spessore gioca presumibilmente un ruolo cruciale nel determinismo del sanguinamento. Le emorragie digestive potrebbero essere quindi inserite di diritto nelle manifestazioni cliniche della WD.

Malattia autoimmune sistemica complessa ad incerta collocazione nosologica: case report

Buono R, Ferrara L, Gallucci F, Parisi A, Russo R, Uomo G

UOSC Medicina Interna 3, Dipartimento di Medicina Polispecialistica, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

Premessa. In alcuni casi di malattie autoimmuni sistemiche (MAS) possono essere presenti contemporaneamente caratteristiche tipiche ed identificative di multiple forme morbose più o meno ben definite, come ad esempio nella connettivite mista, connettivite indifferenziata, Lupus. In altri rari casi, possono coesistere nello stesso paziente svariate manifestazioni autoimmuni sistemiche e locali, delineando quadri sindromici di difficile collocazione nosologica, incerta diagnosi e problematico trattamento.

Caso clinico. Paziente di sesso femminile, di anni 27. Giunge all'osservazione per lombosciatalgia invalidante e febbre. Nel corso del ricovero progressivo peggioramento delle condizioni generali con comparsa di sintomi rilevanti a carico di più organi ed apparati richiedenti un estesissimo work-up diagnostico (anche invasivo) laboratoristico e strumentale. La conclusione diagnostica è stata di: MAS con espressione di Lupus Eritematoso Sistemico "probabile" secondo i criteri ACR, associato a sacroileite B27 negativa, miosite ileopsoas, tiroidite autoimmune, ipoacusia percettiva idiopatica e complicato da artrite settica (stafilococcica) gleno-omerale sinistra e miosite consensuale del sovraspinoso. Si è reso necessario ciclo di metilprednisolone 1g e.v./die x tre giorni e poi a seguire terapia steroidea standard con *decalage* progressivo+idrossiclorochina, terapia antidolorifica con associazione di farmaci III gradino OMS, terapia antibiotica mirata, supporto nutrizionale, protezione gastrica. Il ricovero è durato sei settimane; alla dimissione, scomparsa della febbre, del dolore e della impotenza funzionale a carico del rachide e scapolo-omerale sinistra con buona ripresa delle condizioni generali.

Associazione tra sindrome da inappropriata secrezione di ormone antidiuretico e sindrome di DiGeorge: descrizione di un caso clinico

Cacciapuoti M, Poggiano MR, Panico A, Ponticelli R, Barba L, Lupoli GA

Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Università degli Studi Federico II, Napoli, Italy

Introduzione. Riportiamo il caso clinico di un paziente affetto

da sindrome di DiGeorge e sindrome da inappropriata secrezione di ADH (SIADH), la cui associazione non è nota in letteratura. La sindrome di DiGeorge (microdelezione del cromosoma 22) si manifesta con ipoplasia del timo e delle paratiroidi, cardiopatia congenita e dismorfismi del viso. La SIADH è caratterizzata da iponatremia, iposmolalità plasmatica ed urine ipertoniche.

Caso clinico. Paziente di 19 anni giungeva alla nostra osservazione per *follow-up* di SIADH, diagnosticata all'età di 17 mesi. Alla nascita il paziente mostrava labiopalatoschisi e polidattilia, difetto interventricolare ed elementi peculiari del volto (ipertelorismo, rime palpebrali strette ed allungate, orecchie ad ansa e naso tubulare). Veniva praticato cariotipo molecolare: "due duplicazioni parziali della regione 12q24.33, contenenti rispettivamente 6 e 2 geni OMIM ed una monosomia parziale della regione 22q11.2 contenente 12 geni che copre parzialmente le regioni critiche per la sindrome di Cat-Eye e di DiGeorge". Al momento del ricovero gli esami di laboratorio eseguiti in restrizione idrica (250-300 cc/die) mostravano valori di natremia ai limiti bassi (Na^+ 137 mEq/L) con iperosmolalità urinaria (1276 mosm/kg). La RM dell'ipofisi evidenziava "assenza della fisiologica iperintensità neuroipofisaria". Si riscontrava positività per HCV (genotipo 1b) con normale funzionalità epatica. Dopo il graduale incremento dell'introito di acqua, si introduceva tolvaptan 15 mg, antagonista selettivo del recettore V_2 della vasopressina. In pochi giorni si ottenevano un buon bilancio idrico (1,5 L/die in entrata ed uscita) e la stabilità del quadro elettrolitico (Na^+ 140 mEq/L).

Discussione. Il *follow-up* ha mostrato che il tolvaptan è un farmaco ben tollerato anche in presenza di epatopatia cronica da HCV ed ha avuto un notevole impatto positivo sulla qualità di vita del paziente evitando la restrizione idrica. Analisi genetiche e molecolari sono in corso per chiarire il meccanismo eziopatogenetico della SIADH nel nostro paziente in quanto il quadro radiologico di mancata iperintensità della neuroipofisi è più frequentemente associato al diabete insipido. Una ipotesi è che le mutazioni genetiche individuate coinvolgano regioni cruciali per la corretta azione biologica della vasopressina sui suoi recettori o per il buon funzionamento dei canali delle acquaporine.

Conclusioni. Il tolvaptan si è dimostrato efficace e sicuro nel paziente con sindrome di DiGeorge, SIADH ed epatopatia. Inoltre, ha consentito la sospensione della restrizione di liquidi, ha eliminato il rischio di incorrere in iponatremia ed ha migliorato le condizioni cliniche e la qualità di vita del paziente.

Encefalopatia iperammoniemica da valproato: caso clinico

Cannavale A, Delli Paoli V, De Ritis F, Fiorente F, Iannuzzi R

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

F.A., donna di anni 65, giungeva alla nostra osservazione nel mese di giugno 2015 per stato confusionale, con rifiuto dell'alimentazione ed incontinenza sfinterica. I familiari riferivano che le condizioni neurologiche erano progressivamente peggiorate, a partire dal mese di febbraio, epoca in cui si era sottoposta ad impianto di pace-maker per blocco atrioventricolare II grado tipo Mobitz II. L'anamnesi era positiva per epilessia in trattamento con acido valproico e topiramato, nonché per sin-

drome depressiva in terapia con escitalopram. Alla prima osservazione la paziente si presentava sonnolenta con rallentamento ideo-motorio e disorientamento temporo-spaziale. Il neurologo consultato, nell'ipotesi di una demenza pseudo-depressiva, suggeriva di sospendere la somministrazione di escitalopram sostituendo il farmaco con clomipramina. Nei giorni seguenti, a causa della persistenza dello stato confusionale, con gravi lacune mnesiche, il neurologo suggeriva di sospendere i farmaci antidepressivi, lasciando invariato il trattamento antiepilettico. In seguito, tuttavia, la paziente presentava un ulteriore peggioramento delle capacità cognitive. Un controllo TC-encefalo non mostrava lesioni acute (esito gliotico frontale anteriore paraventricolare destro) mentre i dati di laboratorio evidenziavano elevati valori di ammoniemia: 238 $\mu\text{g}/\text{dL}$ che, in assenza, anche in controlli seriat, di qualsiasi alterazione della funzione epatica (Marcatori virali, indici di citolisi, ecografia epatica nella norma) suggerivano un'ipotesi iatrogena. Il dosaggio plasmatico dell'acido valproico risultava elevato, con valori di 130 $\mu\text{g}/\text{mL}$ (v.n. 50-100 $\mu\text{g}/\text{mL}$). Si interrompeva, per tale ragione, il trattamento con valproato, sostituendolo con levetiracetam e si instaurava terapia con clisteri di lattulosio ed infusioni di aminoacidi a catena ramificata ottenendo una progressiva riduzione dei valori di ammoniemia ed un miglioramento dello stato di vigilanza; dopo 5 giorni la paziente si presentava vigile, collaborante, discretamente orientata ed in grado di mantenere la stazione eretta. I punti chiave da tenere in mente sono i seguenti: l'encefalopatia iperammoniemica indotta da valproato non è una patologia esclusiva dell'età pediatrica, né esclusivamente di soggetti epilettici. Le caratteristiche cliniche iniziali dell'encefalopatia da valproato possono paradossalmente simulare un peggioramento del disturbo del comportamento. Pertanto, l'encefalopatia iatrogena va sempre sospettata in tutti i pazienti in terapia con questo farmaco, nei quali si verifichi una modificazione acuta delle condizioni neurologiche o, anche, la persistenza delle crisi o del disturbo del comportamento; l'encefalopatia da valproato, con o senza iperammoniemia, è per lo più reversibile alla sospensione del medicamento, ma può essere responsabile di coma, fino alla morte del paziente, se non diagnosticata tempestivamente.

Valutazione dei fattori predittivi di inizio terapia con nuovi anticoagulanti orali vs warfarin in pazienti con fibrillazione atriale

D'Avino M¹, Caruso G², Rabitti PG³, Auriemma A⁴, Guerriero F⁴, Tari M⁵, Menditto E⁴

¹UOSS di Ipertensione Arteriosa; ²UOC Pronto Soccorso e OBI; ³Medicina Interna 1, AORN A. Cardarelli, Napoli; ⁴CIRFF, Centro di Farmacoeconomia, Università degli Studi Federico II, Napoli; ⁵Controllo di Gestione, ASL Caserta, Italy

Obiettivi. Valutare i fattori predittivi dell'utilizzo di NAO vs warfarin in un setting real-life.

Materiali e Metodi. Studio di coorte retrospettivo, condotto utilizzando anche dati di una ASL della Regione Campania (1 milione di abitanti). Sono stati selezionati tutti i soggetti con età ≥ 50 anni nella ASL di Caserta che avessero ricevuto almeno una prescrizione di NAO o warfarin nell'anno 2014. Al fine di analizzare soggetti naive sono stati inclusi solo coloro

che non avessero ricevuto prescrizioni dei farmaci in studio nei sei mesi precedenti la data index e soggetti in trattamento cronico (terapia >90 giorni). Le variabili incluse nella analisi sono state: caratteristiche demografiche; tipologia di farmaci concomitanti; regime di politerapia. Tali variabili sono state incluse nella analisi multivariata di regressione logistica come predittori di inizio terapia con NAO (OR e IC95%).

Risultati. Sono stati inclusi nello studio 1758 pazienti, 833 soggetti (47.38%) hanno ricevuto come prima prescrizione un NAO e 925 (52.62%) warfarin. L'età >75 anni è risultata positivamente associata all'inizio terapia con NAO (OR:1,56; IC95% 1,19-2,05); un precedente trattamento con antiaggreganti è risultato positivamente associato all'inizio terapia con NAO (OR:2,24; IC95% 1,84-2,71); la politerapia (n farmaci >10) positivamente associata all'utilizzo di warfarin (OR:0,73; IC95% 0,56-0,96).

Conclusioni. I NAO mostrano una buona affermazione nel panorama terapeutico della FA, nonostante la necessità di ampliare l'analisi valutando aspetti di tipo longitudinale.

L'aderenza alle prescrizioni terapeutiche dei pazienti con patologia cardiaca cronica e ipertesi. Studio osservazionale retrospettivo su pazienti attivi nel database dei medici di Medicina Generale della sezione Società Italiana di Medicina Generale di Benevento

D'Avino M¹, Buonomo G², Caruso G³, Scala D¹, Rabitti PG⁴, Menditto E⁵

¹UOSS di Ipertensione Arteriosa, AORN A. Cardarelli, Napoli; ²MMG soci SIMG, Samnium Medica, Benevento; ³UOC Pronto Soccorso e OBI, AORN A. Cardarelli, Napoli; ⁴Medicina Interna 1, AORN A. Cardarelli, Napoli; ⁵CIRFF, Centro di Farmacoecologia, Università degli Studi Federico II, Napoli, Italy

Obiettivo. Valutare l'aderenza alla terapia nei pazienti con cardiopatia ischemica cronica e ipertesi nel setting della Medicina Generale analizzando i comportamenti prescrittivi dei Medici di Medicina Generale (MMG) di Benevento.

Materiali e Metodi. Studio osservazionale, trasversale, retrospettivo realizzato attraverso l'analisi dei comportamenti prescrittivi di 28 MMG afferenti all'ASL Benevento. Le analisi si riferiscono a una popolazione di 35.525 assistibili da gennaio a dicembre 2012 dai dati informatizzati dei MMG. La selezione dei pazienti è basata sulla diagnosi di cardiopatia ischemica attiva da almeno tre mesi, prima dell'inizio del periodo di osservazione. Sono state estratte le prescrizioni di antiaggreganti (ATC B01AC), β -bloccanti (ATC C07), ACE inibitori (ACE-I) e sartani (ATC C09), statine (C10AA), omega3 (C10AX06) registrate nell'anno 2012 ed è stata calcolata l'aderenza utilizzando il metodo *Proportion of Days Covered* (PDC). I livelli di aderenza sono stati categorizzati: PDC \leq 40% non aderenti; PDC \geq 40 e \leq 80 mediamente aderenti; PDC \geq 80% fortemente aderenti. Sono state rilevate le caratteristiche demografiche dei pazienti, fattori di rischio cardiovascolare, condizioni morbose concomitanti. L'aderenza dei medici, alle linee di indirizzo per la gestione del paziente con cardiopatia ischemica, è stata valutata attraverso la presenza/assenza della valorizzazione dello specifico campo nel record del paziente.

Risultati. I pazienti affetti da cardiopatia ischemica erano

3.506, 1.649 maschi (47%) e 1.857 femmine (53%), età media di 74 \pm 12,2 anni. Il 56% dei pazienti è affetto da ipertensione arteriosa, il 17% da diabete, l'1% da insufficienza renale cronica. Per quanto riguarda l'aderenza dei medici alle linee di indirizzo per la presa in carico del paziente con cardiopatia ischemica, solo il 44% dei pazienti ischemici aveva una registrazione di pressione arteriosa e, di questi, solo il 27% presentava livelli pressori ottimali (PA \leq 140/90). Inoltre, i pazienti che hanno effettuato una visita cardiologica erano il 27%, quelli con una registrazione di colesterolo il 35% e di questi solo il 53% aveva una registrazione di colesterolo LDL con valori \leq 100 mg/dL. Per quanto riguarda la terapia farmacologica, il 51,8% dei pazienti aveva una prescrizione di antiaggreganti piastrinici, il 35,9% una prescrizione di β -bloccanti, il 56,7% di ACE-I/sartani, il 29,8% di statine ed il 5,3% di Omega 3. L'aderenza alla terapia farmacologica, effettuata con il metodo PDC, evidenzia che circa il 72% dei pazienti ischemici è adempiente alla terapia con ACE inibitori/sartani (PDC >80%) e il 47% alla terapia con statine (PDC >80%).

Conclusioni. Questo studio ha evidenziato la scarsa aderenza alle raccomandazioni inerenti il percorso di cura del paziente con cardiopatia ischemica cronica. Solo il 52% dei pazienti ha almeno una prescrizione di antiaggreganti piastrinici e più del 50% dei pazienti non è aderente alla terapia farmacologica con statine. La scarsa aderenza alla terapia è un problema crescente, che non dipende solo dalla volontà del paziente, ma coinvolge anche figure mediche delle diverse discipline ed il sistema sanitario.

Fibrillazione atriale di nuova insorgenza in una popolazione ambulatoriale

D'Avino M¹, Caruso G², Ilardi A³, Capasso F³, Muscherà R³, Di Monda G³, Rabitti PG³

¹UOSS di Ipertensione Arteriosa; ²UOC Pronto Soccorso e OBI; ³UOC Medicina Interna 1, AORN A. Cardarelli, Napoli, Italy

Obiettivo. Valutare l'incidenza di fibrillazione atriale (FA) di nuova insorgenza in una popolazione afferente al Centro di diagnosi e terapia di Ipertensione arteriosa, negli anni 2014-2015.

Materiali e Metodi. Sono stati visitati nel 2014 e nel 2015 rispettivamente 517 pazienti (pz) (315 F-202 M) e 483 pazienti (327 F-156 M), età compresa tra 35 e 85 anni (aa) giunti alla nostra osservazione perché affetti da ipertensione arteriosa (IA). Tutti sono stati sottoposti ad anamnesi ed esame clinico. 343 pazienti (34,3%) presentavano FA naive. I pazienti sono stati suddivisi per decadi di età. 35-45 aa FA naive in 53 pz (27 F); 45-55 aa 72 pazienti fibrillanti (46 F); 90 (56 F) nella decade 55-65 aa. ed infine 128 pazienti (70 F) nella decade 75-85 aa. A tutti sono stati eseguiti ECG, ecocardiocolore-Doppler, Holter-ECG.

Risultati. Sesso femminile (68%), ipertensione arteriosa non controllata (74%), sovrappeso ed obesità (69,2%), uso di bevande alcoliche (46%), età superiore ai 65 aa (78%) sono stati i fattori di rischio più rappresentativi per l'insorgenza di FA. Inoltre è stata evidenziata nei pazienti di età >65 aa con atrio sinistro dilatato (48/128) (sec Linee Guida ESH 2013) una più stretta relazione tra insorgenza di FA, sesso e sovrappeso ed obesità.

Conclusioni. I nostri dati evidenziano che la FA, pur essendo molto diffusa, soprattutto negli anziani, non viene rilevata, probabilmente perché asintomatica, triplicando il rischio di gravi danni cardio cerebrali (studio LIFE).

Case-report: follow-up ultrasonografico di lesione espansiva emorragica cerebrale mediante ecografia trans-cranica

De Campora P¹, Sangiuolo R¹, Fontanella L², Di Micco P², Fontanella A²

¹UOC Cardiologia; ²UOC Medicina, Ospedale del Buon Consiglio, Napoli, Italy

L'emorragia cerebrale si presenta con un quadro clinico ad esordio spesso improvviso gravato da un tasso elevato di mortalità rappresentando all'incirca il 10-15% dei casi di ictus. Da un punto di vista diagnostico, le moderne metodiche neuro-radiologiche ad elevata risoluzione consentono la visualizzazione di stravasi emorragici anche di dimensioni parcellari. Nell'ambito della diagnostica ad ultrasuoni, l'Ecografia Trans-Cranica Color-Doppler (TCCD) rappresenta una metodica innovativa, non invasiva, a basso costo, priva di radiazioni ionizzanti, adatta per il *follow-up* di lesioni emorragiche intracraniche. Difatti, essa può essere effettuata al letto del paziente (spesso incubato), non richiedendo lo spostamento dello stesso in ambito radiologico. In letteratura troviamo moltissimi lavori che hanno validato il ruolo svolto dalla TCCD nella diagnostica differenziale dello stroke, come pure per il *follow-up* di processi espansivi intra-cerebrali. Difatti, strutture intra-craniche quali i ventricoli cerebrali, la ghiandola pineale, le strutture della base e la fossa cranica posteriore possono agevolmente essere visualizzate mediante gli ultrasuoni che consentono di identificare eventuali alterazioni della *midline-shift*. L'emorragia cerebrale appare alla TCCD, nella fase acuta, come area *iperecogena* in genere con margini discretamente delineabili. Con il passare delle ore, si assiste ad una progressiva diminuzione della sua eco-riflettenza. Caratteristica è lo shift della linea mediana - valutabile mediante calcolo aritmetico tra le porzioni delle teche craniche controlaterali dei ventricoli cerebrali che possono presentarsi dilatati in caso di significativo edema reattivo. Nel *case report* in questione, abbiamo seguito l'evoluzione di una massiva lesione emorragica a sede emisferica sinistra con la TCCD, comparandola ai dati neuro-radiologici eseguiti in primis. Il paziente, all'ingresso, si presentava in coma III. Dopo aver monitorato i parametri vitali e l'attività elettrica cardiaca, si è proceduto alla esecuzione di TCCD basale, all'inizio del trattamento anti-edemigeno. L'esame è stato effettuato mediante ecografo con sonda da 2 Mhz. Si è utilizzata la finestra ecografica temporale bilaterale allo scopo di definire con maggior precisione l'area interessata dal processo espansivo. Sono state praticate eseguite proiezioni longitudinali e coronali per visualizzare rispettivamente il III ventricolo ed i ventricoli laterali. Le finestre sub-occipitale e laterali sono servite per escludere l'estensione alla fossa cranica posteriore. La proiezione coronale della finestra temporale destra ha consentito di osservare una voluminosa area ecograficamente iperecogena a margini irregolari con shift controlaterale dei ventricoli cerebrali da riferire a emorragia cerebrale emisferica sinistra. Abbiamo, con metodo matematico compu-

terizzato, definito l'area della lesione (44.6 cm²). Modificando la proiezione, la stima dell'area emorragica risultava sovrapponibile. Il paziente è stato rivalutato -con metodica ecografica - a distanza di 8 ore dall'ingresso in UTIR ove era stato sottoposto a terapia anti-edemigena secondo protocollo. Clinicamente, il paziente, non mostrava segni di miglioramento. Persisteva una fase di coma III. L'immagine ecografica appariva, rispetto alla precedente, di dimensioni ridotte (19.8 cm²) ed aspetto meno eco-riflettente. Lo shift dei ventricoli laterali, inoltre, risultava meno pronunciato. Non vi erano segni di interessamento della fossa cranica posteriore. Le arterie cerebrali medie non presentavano alterazioni flussimetriche. Nel *case report* in questione abbiamo valutato - mediante una metodica non invasiva, effettuabile al letto del paziente - l'evoluzione di una massiva emorragia cerebrale diagnosticata all'ingresso con indagini neuro-radiologiche. L'ecografia trans-cranica può, quindi, affiancarsi alle altre tradizionali metodiche neuro-radiologiche per lo studio del parenchima e delle strutture vascolari cerebrali. La TCCD, infine, da tempo consente di seguire l'outcome dei paziente nella fase acuta dell'ictus ischemico attraverso il monitoraggio della terapia trombolitica. Ulteriori lavori scientifici serviranno a delineare al meglio le potenzialità di questa non invasiva metodica diagnostica.

Segni ecocardiografici di dilatazione dell'atrio sinistro e di alterata funzione diastolica in giovani pazienti non ipertesi con stroke

De Campora P¹, Sangiuolo R¹, Fontanella L², Di Micco P², Fontanella A²

¹UOC Cardiologia; ²UOC Medicina, Ospedale del Buon Consiglio, Napoli, Italy

Purpose. Cryptogenic stroke, represents 30% to 40% of all ischemic strokes. Aim of the study to assess cardiac function in young stroke patients by trans-thoracic echocardiography (TTE).

Methods. TTE examinations were performed in 50 patients (31 males, 19 women; 34±10 yrs) and 50 matched controls. Ejection Fraction (EF), chamber volumes were measured. Diastolic function, left atrial dimension (LAD) were evaluated by four chambers echographic window for a complete definition of mitral valve plane. Transmitral filling velocities (E and A); pulmonary venous atrial reversal duration; lateral and septal early diastolic mitral annular velocities; E/lateral early diastolic mitral annular velocity; E/septal early diastolic mitral annular velocity were assessed. Subjects presenting mitral valve dysfunction and hypertensives were excluded by the investigation.

Results. In Stroke-Patients as well as in control group, left ventricular ejection fraction showed normal parameters according with the young age of patients. No distinctions between sexes was found. Left atrial enlargement (LAE) and impairment of Diastolic Function (DF) were a frequent result in patients (18/50: 36%) but not in control group (7/50: 14%). Stroke etiology did not influence DF parameters behaviour. Stroke-patients showed an odd ratio of 2.57 for impaired diastolic function and LAE in comparison to controls.

Conclusions. Ultrasound evaluation of cardiac function is routinely performed in stroke patients. In youth age failure of systolic function is a rare finding. Involvement of different cardiac haemodynamic mechanisms (cardio-embolic?, arrhythmias?)

might be considered to explain undetermined stroke etiologies. Further studies are necessary to confirm haemodynamic hypothesis.

Frequente associazione tra aterosclerosi coronarica e intracranica nei pazienti affetti da cardiopatia ischemica

De Campora P¹, Sangiuolo R¹, Fontanella L², Di Micco P², Fontanella A²

¹UOC Cardiologia; ²UOC Medicina, Ospedale del Buon Consiglio, Napoli, Italy

Premessa. La malattia aterosclerotica interessa spesso contemporaneamente più distretti vascolari. Nel nostro lavoro abbiamo investigato, utilizzando metodiche ultrasonografiche - ecografia dei tronchi sovra-aortici (TSA) e trans-cranica (TCCD) - la presenza di ateromasia del distretto cervicale e cerebrale in pazienti con coronaropatia nota, diagnosticata mediante esame coronarografico.

Metodi. I pazienti arruolati per lo studio sono stati distinti in 2 gruppi: il I composto da 30 pazienti di sesso maschile (gruppo A età 60±10 anni) con IMA recente (<30 giorni). Il II gruppo (gruppo B) composto da controlli sani con età anagrafica comparabile. Sono stati esclusi dal lavoro pazienti con pregressi eventi cerebro-vascolari (TIA/STROKE) nonchè, coloro che mostravano una finestra ecografica non soddisfacente alla TCCD. Gli esami ecografici sono stati effettuati su pazienti in decubito supino, registrati per una ulteriore valutazione off-line. L'ecografia TSA ha consentito l'analisi dello spessore intima-media e dei parametri emodinamici dell'asse carotido-vertebrale. Con metodica TCCD - mediante approccio temporale bilaterale e sub-occipitale - valutati la morfologia e la flussimetria dei vasi del circolo anteriore e posteriore intracranico.

Risultati. Il 30% dei pazienti (Gruppo A) ha evidenziato la presenza di ateromasia intracranica. Nel 50% di essi coesistevano placche carotidiche. Assenti alterazioni di rilievo tra i controlli.

Conclusioni. La malattia coronarica frequentemente si associa ad ateromasia cerebrale asintomatica. Nel nostro lavoro abbiamo riscontrato una significativa associazione della patologia aterosclerotica nei pazienti incorsi in eventi cardiologici. In essi, in particolare, è emersa una maggiore compromissione del distretto intracranico rispetto all'asse epiaortico. Auspicabile, in un prossimo futuro, l'esecuzione di indagini non invasive, non onerose, per lo screening dei vasi cerebro-afferenti ed intracranici.

La sindrome da anticorpi anti-sintetasi: descrizione di un caso con severo impegno articolare

d'Errico T¹, Varriale M¹, Ambrosca C¹, Carbone S¹, Italiano G², Visconti M³, Tassinario S¹

¹UOC di Medicina Interna, DH di Reumatologia, PO S.M.d.P. degli Incurabili, ASL Napoli 1 Centro, Napoli; ²UOC di Medicina Interna, Azienda Ospedaliera S. Anna e San Sebastiano, Caserta; ³Primario emerito di Medicina Interna, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

Introduzione. La sindrome da Ac anti-sintetasi è una connettivite *overlap* caratterizzata da interstiziopatia polmonare, artrite, miosite, fenomeno di Raynaud, sclerodattilia,

ipercheratosi, teleangectasie e dalla presenza in circolo di anticorpi diretti contro le aminoacil-tRNA sintetasi. Attualmente si riconoscono sette autoanticorpi diretti contro diversi enzimi, ma il più frequente è l'anti istidil-tRNA sintetasi (anti Jo-1).

Caso clinico. Uomo di 52 anni che nel corso degli ultimi 4 anni ha realizzato artrite simmetrica intermittente alle piccole articolazioni di mani e piedi, in prima ipotesi è stata posta diagnosi di artrite reumatoide sieronegativa. Successivamente il paziente ha realizzato fenomeno di Raynaud, lesioni ulcero-distrofiche alle caviglie ed una ingravescente dispnea. Giunto alla nostra osservazione l'esame clinico ha mostrato: condizioni generali scadute con dispnea per minimo sforzo, al torace crepitazio inspiratoria e murmure vescicolare ridotto, sclerodattilia, lesioni ulcero-distrofiche agli arti. Il laboratorio ha evidenziato moderata elevazione degli indici di flogosi e della CPK, moderata anemia, ANA positività 1:320; l'immunoblotting ha rilevato la presenza di Ac anti istidil-tRNA sintetasi (anti Jo-1). Una HRTC ed una spirometria hanno evidenziato alterazioni da severa interstiziopatia e l'ecocardiogramma una cardiopatia dilatativa con ridotta frazione di eiezione.

Conclusioni. Il caso da noi proposto, all'insorgenza ha realizzato un quadro clinico suggestivo di A.R.; successivamente si è evidenziato un complesso sindromico evocante più connettiviti, che ha indotto ad un'ampia ricerca dell'autoimmunità. La positività degli Ac anti istidil-tRNA sintetasi ha confermato la diagnosi di sindrome da anticorpi anti-sintetati; il trattamento con citostatici proposto, sembra rallentare il decorso della malattia e in particolare della fibrosi polmonare.

La sindrome algodistrofica: descrizione di un caso clinico simulante una monoartrite del ginocchio

d'Errico T¹, Ambrosca C¹, Varriale M¹, Carbone S¹, Maffettone A², Italiano G³, Visconti M⁴, Tassinario S¹

¹UOC di Medicina Interna, DH di Reumatologia, PO S.M.d.P. degli Incurabili, ASL Napoli 1 Centro, Napoli; ²UOC di Medicina Interna, Ospedale V. Monaldi, Azienda dei Colli, Napoli; ³UOC di Medicina Interna, Azienda Ospedaliera S. Anna e San Sebastiano, Caserta; ⁴Primario emerito di Medicina Interna, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

Introduzione. L'algodistrofia è una condizione rara che esordisce con un dolore spesso regionale a livello degli arti e resistente ai comuni antidolorifici. L'esordio è conseguente ad un evento traumatico anche di lieve entità. L'algodistrofia è caratterizzata dal dolore che di solito è sproporzionato rispetto al normale decorso dell'evento clinico che ne è la causa; impegna quasi sempre la mano, il piede, più raramente il ginocchio. Al dolore si associano sintomi particolari come disturbi della sensibilità, incapacità al movimento, edema e arrossamento locale. Successivamente si realizzano segni distrofici alla cute e agli annessi; all'esame radiologico può comparire una osteoporosi localizzata (detta anche maculata). La malattia nel mondo anglosassone viene identificata prevalentemente con il termine di sindrome complessa da dolore regionale (CRPS).

Caso clinico. Uomo di 48 anni che 6 mesi orsono ha presentato dolore, lieve tumefazione ed impotenza funzionale al ginocchio sn, indici di flogosi non significativi, autoimmunità e fattore reumatoide negativi, non familiarità per psoriasi. Una valutazione eseguita in ambiente reumatologico ha posto diagnosi di monoartrite del ginocchio e prescritto terapia con ste-

roidi a basse dosi e salazopirina (2 gr/die); alla nostra osservazione il quadro clinico e laboratoristico è poco modificato rispetto all'esordio, fatta eccezione per la presenza di note distrofiche a cute e annessi a livello del ginocchio e della gamba di sn. Una RMN del ginocchio sn da noi proposta, rileva: moderati segni di sinovite, diffusa alterazione di segnale del condilo femorale esterno, iperintenso nelle sequenze T2 pesate, come si osserva nei casi di edema midollare, non lesioni meniscali o legamentose.

Conclusioni. Il quadro clinico all'esordio, suggestivo di artrite del ginocchio ha indotto ad instaurare una terapia con steroidi e DMARDS che non hanno sostanzialmente modificato il quadro clinico; anche se rara la sindrome algodistrofica va comunque sospettata quando la sintomatologia clinica ha carattere regionale e mancano i marcatori classici delle sinoviti croniche; inoltre il *follow-up*, il rilievo della osteoporosi localizzata alla RX o dell'edema osseo alla RMN potranno confermare la diagnosi. Il trattamento attuale prevede l'utilizzo dei bisfosfonati (neridronato) che realizzano una completa e stabile remissione.

Un caso di microangiopatia trombotica iatrogena

Di Palo M, Sacco M, Gente R, Morella P

UOSD Medicina d'Urgenza, AORN A. Cardarelli, Napoli, Italy

Giunge in Pronto Soccorso una donna di anni 42, per riscontro occasionale di anemia normocitica e comparsa, da qualche giorno, di dispnea da sforzo lieve, succulenza agli arti inferiori e calo del visus all'occhio sinistro. La paziente, affetta da sclerosi multipla (in buon controllo farmacologico con β -interferone), pratica prelievi per profilo completo di ingresso, ECG, emogasanalisi arteriosa (EGA), RX torace ed ecografia dell'addome completo. All'arrivo, appare orientata, sveglia e collaborante (GCS 15), eupnoica a riposo, il polso è ritmico e tachifrequente, all'esame obiettivo del torace si evidenzia solo un lieve riduzione del murmure vescicolare, l'obiettività neurologica è negativa per segni di lato. L'EGA conferma anemia ed evidenza, inoltre, ipopotassiemia ($K^+=2.5mEq/L$); l'esame RX del torace descrive segni di broncopneumopatia con ectasia delle strutture vascolari ilari, l'ecografia dell'addome evidenzia iperecogenicità della corticale renale con perdita della differenziazione cortico-midollare a carico di entrambi i reni. Ricoverata in Medicina d'Urgenza, i prelievi ematochimici confermano l'anemia normocitica e l'ipotassiemia e documentano insufficienza renale acuta e piastrinopenia lieve. Viene praticato un'ecodoppler cardiaco che evidenzia un quadro di cardiomiopatia ipertrofica, lieve riduzione della funzione sistolica globale, disfunzione diastolica con pattern da alterato rilasciamento, ipertensione polmonare con insufficienza tricuspide (PAPs stimata: 40 mmHg), con indicazione ad approfondimento diagnostico con RMN cardiaca (la quale, tuttavia, praticata successivamente, non fornirà informazioni aggiuntive). La paziente avvia terapia con steroidi, diuretico dell'ansa, protezione gastrica e profilassi antibiotica ed EPO a somministrazione trisettimanale. In corso di ricovero, la funzione renale tende a peggiorare, pur se con diuresi conservata, gli esami di laboratorio documentano anemia emolitica (riduzione dell'aptoglobina, aumento dei valori di LDH, evidenza di numerosi schistociti allo striscio periferico) e proteinuria massiva (3 gr/24h) con comparsa di emorragie muco-cutanee (pe-

tecchie) per cui viene posta diagnosi di malattia microangiopatica e sindrome nefrosica secondarie a tossicità da β -interferone. La paziente avvia terapia con corticosteroidi ad alto dosaggio, plasma fresco congelato ed emazie concentrate. Tuttavia, per il persistere della piastrinopenia e dell'anemia e per il peggioramento della funzionalità renale (che ingenera anche crisi ipertensive e scarso controllo pressorio), come da protocollo, viene sottoposta a sedute di plasma exchange (PEX, previo posizionamento di catetere venoso ad alto flusso in vena femorale dx) alle quali si associa infusione rituximab (375mg/m²/settimana per 4 settimane), a potenziamento della stessa che da sola era risultata inefficace al miglioramento del quadro clinico-laboratoristico. Dopo la quarta seduta di PEX, si assiste ad una progressiva normalizzazione del quadro emocromocitometrico, a fronte di un progressivo peggioramento della funzione renale, che ha richiesto terapia sostitutiva emodialitica permanente.

Indagine conoscitiva: l'educazione alla autogestione della malattia da parte del paziente diabetico adulto e del suo caregiver inizia in ospedale

Fiscale M¹, Pentella G², Di Ronza G³, Ianniello A⁴, Uomo G⁵, Iannuzzo M⁶, Fontanella A⁷

¹Coordinatrice infermieristica; ²Servizio Infermieristico e Tecnico, Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli, Napoli; ³Infermiera; ⁴Coordinatrice Infermieristica; ⁵UOC Medicina Interna, Azienda Ospedaliera A. Cardarelli, Napoli; ⁶UOS Epidemiologia Risk Management; ⁷UOC Medicina Interna, Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli, Napoli, Italy

Malattie croniche come il diabete, in ragione dell'aumento della loro prevalenza, hanno cambiato radicalmente il concetto di salute. Nell'ambito di un piano di cura, nell'ottica della complessità assistenziale, i "risultati di salute" non dipendono solo dalla qualità tecnica della prestazione, ma trovano radici più profonde nella responsabilizzazione dei soggetti coinvolti e nella capacità di aiutarli a collaborare per convivere attivamente con la cronicità. A tal fine sempre più spesso è necessario l'utilizzo di procedure formali e condivise da tutti gli attori sanitari. L'infermiere, attraverso una consulenza strutturata, può permettere all'utente affetto da diabete di sviluppare nuove conoscenze, di utilizzare le proprie risorse, di assumersi nuove responsabilità e di favorire il proprio benessere. In tal modo, l'infermiere utilizzando le proprie competenze educative relazionali, oltre a rispondere a un bisogno di salute, può valorizzare la professione infermieristica offrendo il suo apporto al processo di cura, attraverso un processo di aggiornamento continuo.

Obiettivo. L'indagine conoscitiva, svolta presso le unità operative di Medicina dell'Ospedale del Buon Consiglio Fatebenefratelli e dell'Azienda Ospedaliera Cardarelli di Napoli, si propone di verificare, mediante la somministrazione di questionari, l'implementazione e la valorizzazione della consulenza infermieristica con lo scopo prioritario di dimettere il paziente diabetico con informazioni ed addestramento adeguato per l'autogestione al proprio domicilio del trattamento insulinico prescritto.

Metodo. Le domande del questionario, costruito *ad hoc* ed autosomministrato, hanno il fine di valutare la percezione delle conoscenze e delle competenze educative e relazionali, so-

prattutto in riferimento agli insegnamenti da fornire ai pazienti e/o ai *caregiver* sulla preparazione e gestione dell'insulina. Le domande hanno investigato sulla situazione attuale nei reparti relativamente alla preparazione e gestione dell'insulina, all'educazione all'auto-monitoraggio del glucosio, alle principali problematiche, avvertite come ostacoli all'effettuazione della consulenza infermieristica. I coordinatori hanno distribuito, raccolto e analizzato i questionari compilati in modo anonimo dagli infermieri.

Risultati. Dall'analisi dei questionari è risultato che un ruolo predominante nell'educazione del paziente alla gestione della terapia insulinica è svolto dal medico (48% del totale), che nell'Ospedale Fatebenefratelli viene spesso affiancato dall'infermiere di reparto. In ambedue le strutture vengono utilizzate per la somministrazione di insulina entrambi i dispositivi (siringa e penna-siringa), e viene consigliata la penna-siringa nell'utilizzo al domicilio nel 93% dei casi, soprattutto per la maneggevolezza della stessa. Nella AO Cardarelli gli infermieri percepiscono come loro competenza l'effettuazione della consulenza infermieristica educativa ai pazienti diabetici ed avvertono la necessità di una maggiore formazione su questi temi. Nell'Ospedale Fatebenefratelli, invece, la scarsa recettività da parte dei pazienti e dei *caregiver* è individuata come ostacolo all'esercizio della consulenza.

Conclusioni. L'educazione terapeutica deve iniziare in ospedale ed essere rafforzata ed amplificata sul territorio. Tutte le figure professionali possono e devono partecipare al programma educativo per favorire consapevolezza e nuove abilità dell'assistito. Scopo finale quello di imparare a convivere in maniera ottimale con una cronica condizione patologica.

Come verificare l'efficacia formativa: esperienza da un corso compatto teorico-pratico di videocapillaroscopia

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

UOSC Medicina Interna 3, Dipartimento di Medicina Polispecialistica, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

Premessa. La verifica di un corretto apprendimento da parte dei discenti nelle varie iniziative didattiche in ambito medico costituisce un audit di qualità che sostanzia l'efficacia dell'evento formativo. Ciò vale soprattutto per eventi strutturati in corsi compatti teorico-pratici di apprendimento di metodiche strumentali.

Metodologia. Sono stati valutati i 13 partecipanti al Corso 2015 di videocapillaroscopia ungueale (VCU) organizzato dal nostro gruppo (in totale 16 ore di didattica). Il corso ha previsto una parte teorica con lezioni frontali e discussione interattiva singola e per gruppi su esami di archivio e una parte pratica sulla strumentazione, l'esecuzione di esami su soggetti sani e pazienti e la refertazione. Ai discenti è stato chiesto di refertare, compilando una scheda ad *items* multipli, una immagine di VCU prima dell'inizio e alla fine del corso. I dati ottenuti sono stati confrontati tra di loro e con quelli corretti forniti da due esperti. L'analisi statistica (test parametrici/non parametrici) ha valutato gli errori in termini percentuali e assoluti sia globalmente che per singolo item; una analisi *post-hoc* è stata fatta per i sottogruppi: età discenti, specializzazione, area di provenienza geografica, precedente (n=5) o nessuna (n=8) esperienza sulla metodica.

Risultati. La percentuale di errori è passata dal 46.1% dati

pre-corso al 25.9% dati post-corso ($p=0.005$); maggiore l'età discenti, maggiore la percentuale di errori nei dati pre-corso ma non nei dati post; i discenti con precedente esperienza hanno una percentuale di errori nel pre-corso significativamente minore ($p=0.006$); nei dati post i non esperti migliorano più degli esperti; nella valutazione dei dati pre-corso non vi sono differenze tra le diverse specializzazioni mentre vi è differenza significativa nel confronto dei dati post fra reumatologi ed internisti (che commettono meno errori).

Conclusioni. La nostra esperienza testimonia che la verifica dell'efficacia formativa di un corso teorico-pratico su di una nuova metodica diagnostica può essere basata su dati statisticamente valutabili per un audit obiettivo non auto-referenziato o fondato solo su semplici questionari di gradimento.

L'ormone paratiroideo e la vitamina D: alleati o concorrenti?

Gatti A¹, Carleo D², Nuzzo V³

¹UOC Malattie del Metabolismo, PO San Gennaro, ASL NA 1, Napoli; ²Centro di Diabetologia, Napoli 2 Nord; ³UOC Medicina Interna, PO San Gennaro, ASL NA 1, Napoli, Italy

Background. È noto da tempo che la carenza di vitamina D (Vit D) è associata con una maggiore prevalenza della malattia cardiovascolare (CV), per questo è stato ipotizzato un ruolo più ampio di un semplice bioregolatore del metabolismo osseo e minerale. La carenza di vitamina D porta a iperparatiroidismo secondario anch'esso spesso associato alla patologia CV. L'ormone paratiroideo (PTH) è un importante regolatore dell'omeostasi del calcio, e il suo impatto sul rischio CV ha stimolato la ricerca clinica e sperimentale. In questa nostra ricerca abbiamo valutato se elevati valori di PTH fossero associati alla malattia CV in una popolazione di diabetici ultracinquantenni.

Materiali e Metodi. Abbiamo selezionato retrospettivamente i diabetici ultracinquantenni che avessero effettuato una valutazione del PTH, della $1,25(OH)_2D$ e del eGFR nel corso degli ultimi 5 anni. Rispondevano ai criteri di scelta 639 diabetici, con età media di $66,77 \pm 8,37$ anni, il 26% era di sesso maschile. Tutti erano stati sottoposti a determinazione di misure antropometriche e esami ematochimici. La prevalenza della malattia coronarica/infarto del miocardio/ictus è stata confermata attraverso la raccolta di notizie anamnestiche di volta in volta verificate e poi registrate nella cartella clinica elettronica. L'eGFR è stato stimato utilizzando la formula del MDRD. Naturalmente sono state escluse le donne in età fertile, i pazienti con patologie maligne e dell'osso e della tiroide, glomerulonefrite e nefrosi, sottoposti a dialisi e coloro che avevano subito l'amputazione degli arti inferiori o trapianto renale.

Risultati e Conclusioni. Tra i 639 pazienti, (età media $66,77 \pm 8,37$ anni) il 26% era di sesso maschile. I pazienti erano diabetici da circa 17 anni, poco meno del 10% aveva avuto un evento CV, obesi ($BMI=31,11 \pm 6,20$ Kg/m²), moderatamente ipertesi ($PAS=143,50 \pm 21,40$ mmHg), con valori medi discreti di creatinemia, calcemia e eGFR calcolata. Quando abbiamo diviso la popolazione sulla base di un verificato evento CV non era presente alcuna differenza di compenso glicemico tra i 2 sottogruppi. I pazienti senza evento erano più giovani ($66,43 \pm 8,37$ vs $69,98 \pm 7,75$ anni, $p<0.001$), meno obesi ($BMI=30,87 \pm 6,07$ vs $33,31 \pm 7,04$

Kg/m², p<0,001 - peso=77,42±15,71 vs 82,12±19,56 Kg, p<0,05), tutti leggermente ipertesi (PAS=142,67±21,02 vs 151,39±23,49 mmHg, p<0,001). Nei soggetti con il pregresso evento, la creatininemia e la MAU erano aumentate. Comparando i 2 gruppi, il valore del PTH passa da 32,41±13,81 a 82,55±12,92 pg/mL (p<0,001), la Vit. D3 da 18,41±9,64 a 16,11±10,25 (p=ns), ed infine, l'eGFR da 66,51±22,90 a 56,77±38,29 mL/min/1,73 m² (p<0,01). Abbiamo quindi calcolato l'OR relativamente al PTH (OR=3,597; IC=2,040 - 6,344; p=0,000), alla Vit. D3 (OR=0,457; IC=0,245-0,854; p=0,007) e all'eGFR (OR=2,249; IC=1,319-3,836; p=0,002), confermando la relazione statistica tra aumento del PTH, diminuzione dei livelli di Vit. D3 e eGFR e pregresso evento CV. Questa analisi a posteriori della popolazione ci ripropone la necessità di cercare altri fattori di rischio CV focalizzando l'attenzione anche sul livello di PTH, oltre che di Vit. D3 e di eGFR.

Rara reazione avversa da flutamide: case report

Guadagno L, Gallucci F, Magliocca A, Mastrobuoni C, Ronga I, Uomo G

UOSC Medicina Interna 3, Dipartimento di Medicina Polispecialistica, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

Premessa. Flutamide è un farmaco non steroideo anti-androgenico comunemente utilizzato nel trattamento del cancro della prostata in fase avanzata, acne complicata ed irsutismo. Le reazioni avverse segnalate più di frequente sono ginecomastia, epatotossicità, sintomi gastroenterici, cefalea, fotosensibilizzazione, reazioni cutanee.

Caso clinico. Paziente di anni 62, cui un anno prima della presente osservazione era stata posta diagnosi di neoplasia prostatica in fase avanzata (T4, Gleason 7), trattata inizialmente con radioterapia e poi con leuprolide s.c. 1 mg/die. Negli ultimi due mesi aggiunta di flutamide 750 mg/die per os per rinforzare l'azione antiandrogena. Progressivo incremento di astenia e cefalea e successiva comparsa di rush cutaneo eritematoso *lupus-like* al volto. Contemporaneamente il paziente notava una modifica del colore delle urine diventate giallo-verdastre. Durante il ricovero è stato sottoposto a work up laboratoristico completo incluso screening autoimmune (indagini nella norma a parte la presenza di anemia ipocromica e lieve ipercalcemia). Alla TC non evidenza di meta epatiche ma secondarismi ossei. Una ricerca in letteratura evidenziava che flutamide può presentare, come reazioni avverse di rara occorrenza, eritema a farfalla al volto fino ad eruzioni bollose e necrolisi epidermica e modificazione del colore delle urine secondarie alla presenza di flutamide e suoi metaboliti nelle urine. L'obiettività cutanea è migliorata con terapia steroidea topica al volto consigliata dal dermatologo.

Pancreatite acuta: quando le cause sono troppe!

Guadagno L¹, De Ritis R², Ferrara L¹, Ronga I¹, Valentino U¹, Uomo G¹

¹UOSC Medicina Interna 3; ²UOSS RMN Body, AORN A. Cardarelli, Napoli, Italy

Premessa. In caso di pancreatite acuta (PA) è fondamentale

l'accertamento eziologico per le opportune decisioni terapeutiche al fine di evitare recidive di malattie che in genere sono sempre più gravi dell'episodio indice. Il problema nasce quando le possibili cause sono più di una e gli eventuali provvedimenti correttivi sono differenti.

Caso clinico. Paziente di 79 anni, sesso femminile ed abitudini alimentari regolari. In anamnesi diabete mellito in trattamento con ipoglicemizzanti, ipertensione arteriosa di grado lieve e pregressi episodi dolorosi addominali dominati con antispastici al domicilio. Giunge all'osservazione per la comparsa di dolore addominale alto, intenso, a sbarra, della durata di diverse ore, accompagnato da vomito alimentare e discanalizzazione. In Emergenza sottoposta ad esami di laboratorio e strumentali (eco, TC addome con mdc) che evidenziano una condizione di pancreatite acuta edematosa con piccoli focolai di necrosi intraparenchimali. Trasferita in Reparto, si osserva un buono decorso clinico. Viene sottoposta a RMN che evidenzia la presenza di: a) lieve dilatazione coledocica con sbocco in diverticolo paravateriano; b) variante congenita del sistema duttale pancreatico (pancreas divisum completo); c) ectasie cistiche dei rami pancreatici di II ordine a livello cefalico (IPNM tipo 2).

Conclusioni. Ognuna delle tre condizioni evidenziate alla RMN entra nel novero delle cause meno frequenti di PA. Riconoscere il "peso" eziologico individuale risulta nel caso specifico abbastanza arduo. Considerata la forma lieve sul piano morfologico e clinico dell'episodio acuto si è deciso di attuare solo uno stretto *follow-up* associato a dieta ipolipidica e ciclo di terapia con imecromone (1200 mg/die per tre mesi).

Il diario della broncopneumopatia cronica ostruttiva: alla ricerca dell'aderenza e dell'appropriatezza

Ilardi A¹, Avallone S², Rabitti PG¹

¹UOSC Medicina Interna 1; ²UOSC Pronto Soccorso/Osservazione Breve Intensiva, AORN A. Cardarelli, Napoli, Italy

Nella gestione delle malattie croniche, la scarsa aderenza alle prescrizioni, prevalente nelle regioni meridionali dell'Italia, è la principale causa di non efficacia delle terapie farmacologiche ed è associata a un aumento degli interventi assistenziali, con ricadute economicamente importanti sul Sistema Sanitario. Dall'elaborazione dei dati amministrativi delle ASL italiane, relativi all'anno 2012 (AIFA, 26/8/2014), la percentuale di pazienti aderenti alle prescrizioni è pari mediamente al 38,4% (+2,9% rispetto al 2011). L'aderenza aumenta nei pazienti diabetici (62,1%), ma si riduce bruscamente nei pazienti in trattamento per Asma e BPCO (14,3%). Tra le strategie di miglioramento proposte, due appaiono particolarmente notevoli: la semplificazione terapeutica e la chiarezza della comunicazione. Un'ulteriore strategia potrebbe essere quella di fornire al paziente un documento che gli consenta di verificare l'andamento della propria malattia, il regime terapeutico e la programmazione dei controlli clinici, laboratoristici e strumentali. Il medesimo strumento potrebbe fungere da guida per l'inquadramento diagnostico da parte del Medico, l'appropriatezza prescrittiva e la programmazione del *follow-up*. A questo scopo, abbiamo messo a punto, per il paziente affetto da BPCO, un opuscolo di facile consultazione, il "Diario della BPCO". Esso consta di tre parti fondamentali: i) inqua-

drammento del paziente (mMRC, GOLD spirometrico, riacutizzazioni, comorbidità); ii) terapia della BPCO (inalatoria e non-inalatoria); iii) programmazione delle visite ambulatoriali e delle eventuali rivalutazioni strumentali, con stretto monitoraggio dei sintomi e delle riacutizzazioni. L'obiettivo del nostro progetto è quello di verificare se e in che misura l'adozione di questo strumento "bivalente" (*semplice* per il Paziente, *rapido* per il Medico) possa migliorare l'appropriatezza e l'aderenza terapeutica, riducendo il numero e la gravità delle riacutizzazioni, nonché gli accessi in Pronto Soccorso e le richieste di visite ambulatoriali, specialistiche e non. Tale verifica avrà una cadenza annuale, con una valutazione consuntiva al termine di cinque anni.

I disturbi del sonno nel paziente internistico

Ilardi A¹, D'Avino M¹, Muscherà R¹, Russo A², Di Monda G², Rabitti PG¹

¹UOSC Medicina Interna, AORN A. Cardarelli, Napoli; ²UOC di Medicina Interna e Riabilitazione Cardiologica, AOU Federico II, Napoli, Italy

Introduzione. I disturbi del sonno sono poco indagati nella pratica clinica quotidiana. Eppure la loro prevalenza nella popolazione generale è elevata: ciò vale soprattutto per l'insonnia, definita come l'esperienza di un sonno quantitativamente e/o qualitativamente insufficiente, con possibili ripercussioni durante la veglia diurna (diminuita vigilanza e reattività agli stimoli, turbe della memoria, alterazioni del tono dell'umore) e quindi sulla qualità di vita. L'obiettivo del nostro studio è quello di definire l'impatto dell'insonnia nel paziente internistico, indipendentemente dall'evento acuto che ne ha determinato il ricovero.

Materiali e Metodi. Durante il periodo Gennaio-Giugno 2015 sono stati ricoverati presso la nostra Unità Operativa di Medicina Interna 429 pazienti. Escludendo quelli con modificazioni prolungate o durature dello stato di coscienza, il 22,4% riferiva insonnia (età media=75,5 anni; F/M=61/35), prevalentemente cronica (71%) e di questi il 22,9% l'assunzione continuativa di benzodiazepine e antidepressivi.

Risultati. Rispetto ai pazienti con insonnia di recente insorgenza (<1 mese), i pazienti con insonnia cronica (>1 mese) erano più anziani (età media: 77,5 vs 69,2 anni) e con un più elevato numero di comorbidità (≥4). Relativamente ai sintomi notturni, in questo sottogruppo, sono risultati prevalenti l'insonnia iniziale o dell'addormentamento e l'insonnia terminale (precoce risveglio), che coesistevano nel 28,5% dei casi. L'insonnia lacunare o intermittente (multipli risvegli notturni) è risultata invece prevalente nei pazienti affetti da Neoplasie, Iperproliferazione Prostatica Benigna e Malattie Muscoloscheletriche (Artrite Reumatoide, Fibromialgia).

Conclusioni. L'insonnia è un importante problema di Salute Pubblica che richiede un'accurata diagnosi e un efficace trattamento. La nostra osservazione non aveva come obiettivo la definizione diagnostica del disordine, né la stima della relazione esistente tra insonnia e farmaci assunti, alcuni dei quali notoriamente interferenti con il sonno. Tuttavia, nell'ottica della qualità dell'assistenza, appare senz'altro utile considerare l'importanza anche di questo problema, sottostimato in termini di impatto e spesso indirizzato ad una gestione non appropriata.

Il paziente con broncopneumopatia cronica ostruttiva: conoscere le criticità per progettare le soluzioni

Ilardi A¹, D'Avino M¹, Russo A², Grieco A², Rabitti PG¹

¹UOSC Medicina Interna, AORN A. Cardarelli, Napoli; ²UOC di Medicina Interna e Riabilitazione Cardiologica, AOU Federico II, Napoli, Italy

Introduzione. È ampiamente dimostrato che, nel paziente BPCO, la terapia inalatoria, assunta con regolarità, può rallentare il declino funzionale, diminuire la frequenza e la gravità delle riacutizzazioni e migliorare la tolleranza all'esercizio fisico. Tuttavia la terapia è solo un aspetto della gestione complessiva, centrata principalmente sul rapporto Medico-Paziente.

Materiali e Metodi. Nell'autunno 2014, abbiamo chiesto a 20 medici di Medicina Generale e a 20 pazienti (GOLD 2,3) di segnalare almeno tre criticità che, secondo il loro giudizio, erano ostative alla gestione domiciliare della BPCO. Le prime 10 di tali criticità, elencate in ordine alfabetico, sono state somministrate, in forma di questionario, nell'autunno 2015, ad altrettanti medici e pazienti (16M, 4F; età media: 68,9±5,3), diversi da quelli precedentemente selezionati; di questi ultimi, 12 erano fumatori correnti. In base al livello d'istruzione (ISCED) i pazienti erano così classificabili: Livello 1 (6), Livello 2 (11), Livello 3 (2), Livello 5 (1).

Risultati. Dall'analisi dei questionari, è emersa un'elevata concordanza, indipendentemente dal Livello d'Istruzione, sulla complessità della terapia (M-20% vs P-25%), sugli effetti collaterali (M-40% vs P-45%), sulla lunghezza delle liste d'attesa (M-35% vs P-30%) e sulla persistenza dell'abitudine tabagica (M-65% vs P-60%). Il 30% dei pazienti considera insufficienti le informazioni ricevute sulla patologia e sulle sue caratteristiche evolutive (livello d'istruzione 1) e il 35% quelle relative all'uso del Device (livello d'istruzione 1-2). I medici hanno attribuito un peso significativo alle comorbidità (60%), alla scarsa aderenza terapeutica (30%) e allo stato socio-culturale (45%), che non ha invece influenzato il giudizio dei pazienti sull'inadeguatezza del *follow-up* ambulatoriale (50%).

Conclusioni. Nella gestione della BPCO, si intravedono due principali ambiti di criticità: una criticità strutturale (lunghezza delle liste di attesa) e una criticità inter-personale (inadeguata gestione della comunicazione medico-paziente). Quest'ultimo aspetto non può essere affrontato con l'adozione di modelli predefiniti, sganciati dai sentimenti (predominante quello della paura: paura della morte, del dolore, dell'invalidità), dalle aspettative e dal contesto (realtà familiare, socio-culturale, lavorativa). Ma soprattutto, se tale comunicazione impegna più tempo di ogni altra attività clinica, non può considerarsi soddisfatta nei tempi destinati alla routinaria attività ambulatoriale.

Sodiemia venosa e arteriosa: sono del tutto sovrapponibili?

Ilardi A¹, D'Avino M¹, Capasso F¹, Di Monda G¹, Russo A², Rabitti PG¹

¹UOSC Medicina Interna, AORN A. Cardarelli, Napoli; ²UOC di Medicina Interna e Riabilitazione Cardiologica, AOU Federico II, Napoli, Italy

Introduzione. Il sistema di controllo dei fluidi corporei ha un ruolo chiave nella sopravvivenza: quando la sodiemia decresce, l'inibizione della secrezione di vasopressina (ADH), interferendo

con il riassorbimento facoltativo dell'acqua a livello del nefrone distale, favorisce l'eliminazione di acqua libera. Tuttavia non è stato mai definitivamente dimostrato se l'iponatremia, determinata su un campione venoso, esprima realisticamente lo stimolo in grado di sopprimere la secrezione di ADH.

Materiali e Metodi. Per rispondere a questo interrogativo abbiamo preso in esame i livelli sodiemici di 35 pazienti ricoverati presso l'UOSC di Medicina Interna 1 dell'AORN "Antonio Cardarelli" di Napoli nel periodo novembre 2015-gennaio 2016. I pazienti selezionati (16 M, 19 F; età media: 76,9 anni) avevano tutti un normale livello di autonomia prima del ricovero e al momento dell'ospedalizzazione erano stati sottoposti a un prelievo arterioso per emogasanalisi e a un prelievo venoso per la normale routine laboratoristica.

Risultati. Sui campioni arteriosi, la sodiemia media era di 137,09 mmol/L, ma di 140,2 mmol/L su quelli venosi. La differenza media tra Sodiemia arteriosa e venosa era di 3,11 mmol/L, senza significative differenze fra pazienti disnatremici e normonatremici.

Conclusioni. Sebbene tutti i sistemi di misurazione prevedano attualmente l'uso di elettrodi ione-selettivi (ISE), va ricordato che alcune metodiche richiedono la pre-diluizione del campione (metodiche indirette, in uso presso i laboratori centralizzati), altre non necessitano della pre-diluizione del campione (metodiche dirette: emogasanalizzatori). Pertanto, la sodiemia misurata su campione venoso, in assenza di adeguati coefficienti di correzione, potrebbe non rappresentare una misura affidabile del reale stato natremico del paziente. Pertanto, la sodiemia misurata su campione venoso, in assenza di adeguati coefficienti di correzione, potrebbe non rappresentare una misura affidabile del reale stato natremico del paziente.

Ipotesi di studio sulla rivalutazione del dosaggio dell' α -fetoproteina come indagine di prima istanza per la sorveglianza e la diagnosi precoce dell'epatocarcinoma nei pazienti con malattia cronica da epatite B e virosoppressi dalla terapia con analoghi nucleosidici-nucleotidici

Iovinella V¹, Visconti M²

¹Responsabile Centro prescrittore per i farmaci antiepatite B, PSP Loreto Crispi; ²Primario emerito di Medicina Interna, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

L'epatocarcinoma (HCC) rappresenta il 79% dei tumori epatici ed è il 7° tumore più frequente negli uomini e il 13° nelle donne (aggiornamento al 2009) con una prevalenza di circa 2:1 nel rapporto uomo/donna. È la quinta causa di morte negli uomini e la settima nelle donne. Su scala mondiale circa la metà degli epatocarcinomi riconosce una genesi virale da virus dell'epatite B (HBV), mentre in Italia l'etiologia da HBV è dell'ordine dell'11%. Pertanto risulta necessaria la sorveglianza preventiva dell'evoluzione verso l'HCC nelle categorie a rischio indicate dall'OMS. Tutte le linee guida nazionali e internazionali indicano nell'ecografia il gold standard diagnostico mentre l' α -fetoproteina (α -FP), cui fino agli anni 2000 si riconosceva una significatività se aumentava oltre le 400 U, oggi sembra che non aggiunga molto in termini di costo-efficacia a tale metodica strumentale. Probabilmente la naturale fluttuazione di tale test al di fuori dell'evoluzione verso l'HCC (cfr.: le riattivazioni delle patologie croniche post-epatitiche)

determina la scarsa affidabilità come monitoraggio nella prevenzione dell'HCC. La terapia virosoppressiva con analoghi nucleosidici-nucleotidici (NUCs) determina la stabilizzazione della malattia con normalizzazione degli indici di citolisi e la riduzione, spesso sino alla normalizzazione, dei valori dell' α -FP; pur tuttavia la terapia non è in grado di modificare l'evoluzione verso l'HCC. Ciò può essere motivato dalla irreversibilità delle alterazioni strutturali del fegato e dalla persistenza negli epatociti di forme incomplete di replicazione virale, che conservano una capacità oncogenetica autonoma. Riteniamo perciò interessante segnalare che di recente abbiamo osservato due pazienti in terapia con NUCs, entrambi virosoppressi da anni, nei quali essendosi rilevata una modesta fluttuazione dell' α -FP, in precedenza stabile, e con esami ecografici ripetutamente negativi per lesioni focali, ad esami di *imaging* di II livello hanno mostrato la presenza di lesioni diagnostiche come HCC.

Casi clinici. Pz. n° 1: I.E., anni 66, è giunto alla nostra osservazione, nel 2010, per malattia epatica cronica HBV correlata con alterata citolisi. All'approfondimento diagnostico ha mostrato viremia presente (1,8 E6), negatività per coinfezione δ , HCV e HIV. Modesto movimento dell' α -FP in assenza di lesioni focali all'ecografia epatica. La scelta terapeutica è ricaduta sull'entecavir che dopo sei mesi ha determinato la negativizzazione della viremia e la normalizzazione degli indici di citolisi e dell' α -FP. La sorveglianza per l'HCC è stata fatta ogni sei mesi, come da linee guida, utilizzando l'ecografia epatica. Nel nostro paziente è stata monitorata anche l' α -FP trimestralmente. Dopo circa 5 anni di *follow-up* si è osservato un incremento dell' α -FP non correlata a lesioni focali ecograficamente apprezzabili né a ripresa dell'infiammazione epatica. Pertanto si è proceduto ad una RMN che ha messo in evidenza una lesione da HCC. Pz. n° 2: M.A., anni 73, in trattamento con entecavir dal 2010 per cirrosi epatica HBV correlata in assenza di coinfezioni. In completa virosoppressione da circa 4,5anni, ha presentato incremento improvviso dell' α -FP in assenza di lesioni epatiche ecograficamente apprezzabili. la risonanza magnetica eseguita come indagine diagnostica di II livello, ha messo in evidenza due noduli di HCC.

Conclusioni. Appare ipotizzabile che il dosaggio periodico dell' α -FP possa costituire una modalità utile e di costo relativamente basso per individuare, nei pazienti affetti da cirrosi HBV correlata e virosoppressi dalla terapia con NUCs, quelli che debbano essere avviati ad esami di *imaging* di II livello per la ricerca di lesioni focali epatiche laddove l'ecografia risulti negativa per tale problema. Naturalmente si è in attesa di analoghe segnalazioni in letteratura e si propone comunque di verificare se vi siano le condizioni per uno studio prospettico atto a confermare o, meno, la nostra ipotesi.

Prevalenza di ipovitaminosi D in donne osteoporotiche di un territorio rurale-montano del Nord Campania: Alto Casertano

Italiano G¹, Maffettone A¹, d'Errico T³, Raimondo M¹, Gargiulo A¹

¹UOC di Medicina Interna, AO S. Anna e S. Sebastiano, Caserta; ²UOC di Medicina Interna, AO Ospedali dei Colli, Plesso Monaldi, Napoli; ³UOC di Medicina Interna, Ambulatorio e D.H. di Reumatologia, Ospedale S.M.d.P. degli Incurabili, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

Premessa. L'Alto Casertano è un territorio montuoso (785 Km²- Altitudine media: 317 m slm) Min.: 84- Max: 961) della Regione Campania a confine con il Molise. La popolazione re-

sidente è circa 68.334 persone (M/F: 46.9/53.1%) divisa in fasce di età per il 10.4% tra 0-14 anni; 62,9% tra 15 e 64 anni; per il 26,7% 65 anni e oltre. L'economia prevalente è quella agricola e ricettiva.

Scopo. Al fine di valutare i fattori di rischio per osteoporosi in una popolazione selezionata di donne osteoporotiche (n: 237) sono state effettuate la determinazione della vitamina D (25OH Vit D3) sierica, il dosaggio del paratormone (PTH) della calciuria, della fosfatasi alcalina, della fosforemia, della calcemia, oltre alla BMD (DEXA colonna e femore). E' stato calcolato il BMI e l'attività fisica quotidiana.

Risultati. A 237 donne età media 69 (min 42-max 88), età media alla menopausa 49 anni con una BMD media di -3,2 sono stati determinati i seguenti parametri al basale (Tab. 1). I pazienti con bassi livelli di vitamina D sono stati suddivisi in quattro sottogruppi: il 18% aveva livelli di Vitamina D <di 10 ng/mL; il 60.78% aveva livelli di vitamina D compresi tra 10 e 20 ng/mL; il 16,9% aveva livelli di vitamina D compreso tra 20 e 30 ng/mL; solo l'11,7% dei pazienti aveva una normale concentrazione di vitamina D. I due terzi delle pazienti era sovrappeso (BMI tra 25-29): 77,6% ; 12% era obeso (BMI>30), solo l'11,4% era normopeso (BMI<24,9). Nonostante bassi livelli di vitamina D ed eccesso ponderale tutte le donne soddisfacevano ampiamente le attività quotidiane della vita (ADL) come muoversi all'aria aperta, usare le scale, camminare almeno 400 metri, trasportare un oggetto pesante.

Conclusioni. In questo piccolo campione di donne osteoporotiche che vivono in un territorio rurale, montano del Nord Campania i livelli di vitamina D sono risultati eccessivamente bassi così come i dati densitometrici, cionondimeno il sovrappeso corporeo e l'attività fisica quotidiana possono rappresentare un elemento di equilibrio nell'omeostasi scheletrica. Ciò non esclude la correzione vitaminica ed una rivalutazione dei parametri metabolici a 12 mesi.

Tab. 1. Metabolismo osseo.

Vit D3	Valore medio 16,33 ng/mL
PTH	Valore medio 52,54 pg/dL
Calcemia	Valore medio 9,26 mg/dL
Fosforemia	Valore medio 4,23 mg/dL
Fosfatasi alcalina	Valore medio 115,44 mg/dL

Acido zoledronico è sicuro ed efficace nella sindrome algodistrofica di recente insorgenza

Italiano G¹, d'Errico T², Gargiulo A¹

¹US Malattie del Metabolismo Osseo e Reumatologia, AOC S. Anna e S. Sebastiano, Caserta; ²UOC Medicina, PO Santa Maria degli Incurabili, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

La sindrome algodistrofica, meglio conosciuta come Complex Regional Pain Syndrome (CPRS) è caratterizzata da dolore, edema, segni di instabilità vasomotoria, allodinia, rigidità articolare, limitazione funzionale; radiograficamente da edema osseo alla risonanza magnetica e osteoporosi loco regionale alla radiografia standard. Fisiopatologicamente sembra essere dovuta ad una intensa attività osteocalstogenica, nelle prime fasi, sostenuta anche da una notevole increzione di citochine infiammatorie. Numerosi sono i trattamenti suggeriti, ma nes-

suno sembra essere risolutivo. I bisfosfonati sono la classe di farmaci più usati nella terapia della CPRS. L'acido zoledronico è un bisfosfonato ad elevata potenza. Abbiamo valutato il grado di miglioramento del dolore, dell'edema e della limitazione funzionale in pazienti con sindrome algodistrofica. Diciotto pazienti (15 maschi, 3 donne età media 52 anni) affetti da algodistrofia di recente insorgenza (meno di tre mesi) sono stati trattati con acido zoledronico 5 mg (dose unica). Ogni paziente ha eseguito prima dell'infusione un esame radiografico della parte interessata che metteva in evidenza demineralizzazione ossea e una RMN che metteva in evidenza edema osseo spongioso. Al momento dell'infusione il paziente eseguiva VAS dolore, dell'edema, valutazione funzionale. E' stato effettuato il trattamento con acido zoledronico 5 mg endovena in trenta minuti previa idratazione. Risultati dopo un mese: tutti i pazienti hanno avuto scomparsa del dolore; riduzione dell'edema; miglioramento della limitazione funzionale. Il dolore è stato misurato con la scala VAS. L'edema è stato valutato con la scomparsa del segno della fovea. Il miglioramento della limitazione funzionale con la ripresa del lavoro e delle attività quotidiane. Nessun paziente ha riportato effetti collaterali dovuti alla somministrazione di acido zoledronico. A sei mesi una RMN ha mostrato la totale scomparsa dell'edema. Acido zoledronico (5 mg) bisfosfonato ad elevata potenza e affinità per l'osteocalsta è in grado di inibire non solo l'attività degli osteoclasti maturi, ma anche la maturazione dei precursori degli osteoclasti che sono particolarmente attivi nelle fasi iniziali della sindrome algodistrofica; oltre che inibire la produzione di citochine infiammatorie che perpetuano il meccanismo patogenetico. Somministrato entro i primi tre mesi dalle manifestazioni cliniche della sindrome algodistrofica si dimostrò rapido, sicuro ed efficace nel ridurre il dolore e l'edema inoltre è in grado di migliorare fino alla scomparsa dell'edema osseo e la limitazione funzionale ripristinando rapidamente la fisiologia articolare.

Immunodeficienza comune variabile

Laccetti M, Catzola A, Delli Paoli V, Fiorente F, Pannone B

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

L'immunodeficienza comune variabile (ICV) è un'immunodeficienza primitiva caratterizzata da bassi livelli di immunoglobuline sieriche, IgG, IgA e/o IgM e infezioni batteriche ricorrenti che colpiscono prevalentemente il tratto respiratorio e gastrointestinale. L'ICV è la più frequente immunodeficienza umorale sintomatica e da questo deriva il termine "comune". La notevole varietà del quadro clinico e delle alterazioni immunitarie giustifica invece il termine "variabile". Abbiamo osservato il caso di un paziente di sesso maschile CA di anni 32 giunto alla nostra osservazione per la comparsa da circa 2 mesi di lesioni cutanee a carattere bolloso trattate con cortisonici senza lacuna remissione. L'EO metteva in evidenza una notevole epatosplenomegalia mentre i dati di laboratorio evidenziavano una grave ipogammaglobulinemia 4.1% con IgA 0.20 IgG 1.70 e IgM 0.20 g/L. Il paziente è stato sottoposto ad indagini strumentali (TC addome e pelvi EGDS biopsia epatica Immunofenotipo su sangue periferico) al fine di escludere altre cause di ipogammaglobulinemia e una localizzazione epatica di linfoma. In accordo poi con i criteri diagnostici identificati dalla letteratura internazionale è stata posta diagnosi di Im-

munodeficienza comune variabile. Il paziente è stato avviato ad un trattamento periodico con Immunoglobuline e.v. al dosaggio di 300 mg pro kg di peso corporeo ogni 3-4 settimane al fine di mantenere un livello di Ig nel sangue di 500-600 mg/dL che è generalmente in grado di impedire l'insorgenza di infezioni.

Da una lombalgia al coma

Luiso V¹, Solaro E¹, Marchiani C¹, Farinaro V¹, Ranucci RAN², Giunta R¹

¹V Medicina Interna ed Immunoallergologia, Seconda Università di Napoli; ²PO S. Maria delle Grazie, Pozzuoli (NA), Italy

Nel luglio 2015 giungeva alla nostra osservazione un uomo di 61 anni in stato comatoso (GCS:4). I parametri vitali all'ingresso erano: PA: 150/80 mmHg; FC: 150 bpm ritmica; SpO₂: 93% in aa; FR: 16 atti/min. All'ECG: tachicardia sinusale, isolato BEV, QTc: 0.40 sec. All'EGA alcalosi mista metabolica e respiratoria, lieve ipossiemia e grave ipercalcemia. Gli esami d'urgenza mostravano una lieve leucocitosi neutrofila, severa insufficienza renale con creatinina: 6.8 mg/dL, grave ipercalcemia: 17 mg/dL. L'ipercalcemia fu prontamente trattata con idratazione: 3,5 L/die di SF alla velocità di infusione di 150 mL/h e furosemide 40 mg/die. Non furono utilizzati i bifosfonati per la grave insufficienza renale (ClCrea 5mL/min). Nei giorni successivi migliorarono lo stato di coscienza, la calcemia e la creatinina. In anamnesi remota era presente soltanto un'ipertensione arteriosa, peraltro, in soddisfacente controllo farmacologico. All'anamnesi patologica prossima il paziente invece riferiva una lombalgia insorta da circa 1 anno. Su indicazione specialistica ortopedica aveva effettuato una RMN del rachide che aveva evidenziato presenza di "fenomeni infiltrativi/sostitutivi ossei diffusi", non ulteriormente approfonditi. Per il peggioramento della lombalgia, il paziente, poche settimane prima del ricovero, aveva praticato un'ulteriore RMN che aveva mostrato un quadro osseo in netto peggioramento. Una scintigrafia ossea era intanto risultata negativa. In sostanza ci trovavamo di fronte ad una grave ipercalcemia acuta e lesioni ossee infiltrative/sostitutive. Ci orientammo così per una forma di ipercalcemia secondaria a neoplasia, ed in modo particolare, data la negatività della scintigrafia ossea, sospettammo un Mieloma Multiplo. Tra gli esami praticati intanto il QPE risultò alquanto inaspettato: invece di un picco monoclonale trovammo un quadro di ipogammaglobulinemia. La proteinuria risultò di 1.5 gr/24h, l'immunofissazione sierica risultò negativa per paraproteinemia mentre quella urinaria risultò positiva per catene leggere κ . I dati di laboratorio, associati alla severa insufficienza renale, ci orientarono quindi verso una forma di mieloma multiplo micromolecolare. La BOM infatti evidenzia nel midollo il 30% di plasmacellule atipiche. Il mieloma multiplo micromolecolare rappresenta il 20% di tutti i mielomi ed è caratterizzato dalla presenza delle sole catene leggere κ nel siero e/o nelle urine con assenza di produzione di catene pesanti λ . Caratteristica peculiare di questa forma di mieloma è la spiccata ipogammaglobulinemia dovuta alla retroinibizione nella produzione delle catene immunoglobuliniche pesanti, ponendo così un problema di diagnosi differenziale con l'immunodeficienza comune variabile. Altro elemento importante è l'elevata probabilità di insorgenza di insufficienza renale, pre-

sente, al momento della diagnosi, in più di 1/3 dei casi. Il nostro paziente veniva quindi sottoposto allo schema chemioterapico VDT (Velcade, Desametasone, Thalidomide) con rapida e netta riduzione della calcemia e della creatininemia fino ai valori normali. Il caso riportato ci sembra interessante per la sua particolarità ma anche poiché stimola una immediata riflessione sul prolungato e travagliato percorso diagnostico, malgrado la significatività dei segni radiologici iniziali. Ciò rimarca ancora una volta il ruolo essenziale dell'internista. Una sorta di direttore di orchestra capace di organizzare ed esprimere al meglio l'apporto degli altri specialisti poiché il paziente non è diviso in organi e apparati ma è unico nella sua globalità e complessità.

Prevalenza di iponatremia in pazienti ricoverati in un reparto di Medicina Interna

Madonna P, Nuzzo V, Zuccoli A

UOC Medicina Interna, PO S. Gennaro, ASL NA 1 Centro, Napoli, Italy

L'iponatremia è una condizione clinica frequente tra i pazienti ricoverati in ospedale spesso caratterizzata da diagnosi tardiva, ricoveri prolungati, mortalità e costi aumentati. Anche se si realizza nell'ambito di patologie molto comuni come lo scompenso cardiaco congestizio, la cirrosi epatica e la SIADH il trattamento è spesso tardivo e inappropriato. Essa è caratterizzata da una concentrazione sierica di Na <135 meq/L; le forme gravi si presentano con concentrazioni di Na sierico <125 meq/L e se non adeguatamente trattate sono gravate da una mortalità del 20% circa. Per questo motivo abbiamo valutato la prevalenza di iponatremia in 420 pazienti consecutivi ricoverati nell'anno 2015 nel nostro reparto. I livelli di Na sierico sono stati valutati almeno 3 volte nel corso del ricovero (All'ingresso, a metà circa del ricovero ed alla dimissione). 60 su 420 pazienti sono risultati iponatremici all'ingresso e, di questi, 12 sono risultati gravi (Na<125 meq/L). Le cause erano riconducibili alle forme ipovolemiche (N=40), euovolemiche (N=16), SIADH (N=11), scompenso cardiaco (N=22), cirrosi epatica (N=9) sindrome nefrosica (N=2), con presenza di comorbidità nelle forme ipovolemiche (N=14) ed un tempo medio di degenza piuttosto lungo (13.1±8.2 giorni). I nostri dati testimoniano come la prevalenza di iponatremia nei reparti ospedalieri sia spesso sottostimata e non adeguatamente trattata e confermano la necessità di un registro che ci dia una dimensione precisa di come viene trattata nel *real world*.

Prima esperienza clinica sull'utilizzo di farmaci inibitori del co-trasportatore sodio-glucosio in pazienti con diabete di tipo 2 e insufficienza cardiaca

Maffettone A, Maiolica O, Di Fraia S, Borgia M, Rinaldi M, Ussano L

Unità Metabolica, UOC Medicina ad Indirizzo Cardiovascolare e Dismetabolico, AORN Ospedali dei Colli, Monaldi, Napoli, Italy

Il trattamento ipoglicemizzante del diabete tipo 2 può giovare da pochi mesi di una nuova categoria di farmaci: gli inibitori selettivi del co-trasportatore sodio-glucosio tipo 2 o SGLT-2.

Essi agiscono riducendo la soglia renale per il glucosio determinando una riduzione della glicemia attraverso l'aumentata escrezione urinaria di glucosio. Nel settembre 2015 sono stati pubblicati sul NEJM i risultati dello studio EMPA-REG OUT-COME; in tale studio (7020 pz) si è valutata l'efficacia dell'empagliflozin su *endpoint* clinici in pz con DMT2 diabete tipo 2 ad alto rischio cardiovascolare. I risultati hanno evidenziato una riduzione del 38% dei decessi cardiovascolari, dei decessi totali e delle ospedalizzazioni per scompenso cardiaco. Abbiamo deciso di utilizzare tali farmaci in un piccolo campione di pazienti affetti da DMT2 con rischio cardiovascolare elevato (pregresso IMA o angina) e affetti da insufficienza cardiaca. Abbiamo valutato 12 pazienti con DMT2 da almeno 5 anni (7M e 5F) di età 58 ± 10 anni, in terapia con ipoglicemizzanti orali. Al tempo 0 abbiamo modificato la terapia con la sospensione della precedente terapia ipoglicemizzante sostituendola con empagliflozin 10 mg/die da solo o in *add-on* a metformina in 6 pz, con dapagliflozin 5 mg da solo o in *add-on* a metformina in 3 pz e con canagliflozin 100 mg da solo o in *add-on* a metformina; abbiamo effettuato misurazione parametri antropometrici (peso, altezza, BMI, circonferenza vita), pressione arteriosa (PAS, PAD), eseguito prelievo parametri biochimici (glicemia a digiuno, HbA1c, lipidi plasmatici, emocromo, proBNP, uricemia, insulinemia, albuminuria), esame impedenziometrico (BIA) ed ecocardiogramma. Ogni mese per 3 mesi abbiamo rimisurato parametri biomorali, antropometrici, PA, impedenziometria e alla fine del 3 mese abbiamo ripetuto anche l'ecocardiogramma. Dopo 3 mesi i pz hanno presentato modifiche statisticamente significative (Tab. 1). Ovviamente il nostro piccolo campione, valutato in un breve periodo, non è sufficiente per poter giungere ad affermazioni definitive, sono necessari altri studi che confermino i risultati già presenti in letteratura. I meccanismi con cui tale classe di farmaci produce benefici clinici non sono noti e sembrano andare al di là della semplice azione ipoglicemizzante. Infine, va considerato che i pazienti arruolati erano diabetici con rischio cardiovascolare: non sappiamo se questi risultati siano trasferibili anche a diabetici senza malattia cardiovascolare nota.

Tab. 1.

	peso (kg)	Acqua extracell (l)	Circ. vita (cm)	Hba1c (%)	PAS mmHg	PAD mmHg	LVEF (%)	proBNP (pg/mL)
Tempo 0	84±2	24	107±4	7.8±3	130±8	84±6	38±6	450±116
Tempo 3	80±5	20	99±2	7.1±4	126±3	76±4	34±5*	283±57
								Tutti p<0.04

Intervento formativo nutrizionale (*survey before and after*) in persone con diabete di tipo 2 afferenti ad ambulatorio di diabetologia ospedaliero

Maffettone A, Fiorillo E, Campanile A, Maiolica O, Rinaldi M, Ussano L

Unità Metabolica, UOC Medicina ad Indirizzo Cardiovascolare e Dismetabolico, AORN Ospedali dei Colli, Monaldi, Napoli, Italy

Numerosi studi hanno evidenziato che l'educazione all'auto-gestione del diabete è associata a miglioramento degli *outco-*

mes e della qualità di vita. Varie evidenze, inoltre, indicano il modello educativo-terapeutico di gruppo quello più efficace per la cura delle patologie croniche quali il diabete. In diabetologia la cosiddetta "terapia medica nutrizionale (MNT) (e non semplice dieta) è una componente fondamentale della gestione del diabete perché favorisce il raggiungimento e il mantenimento dei target metabolici e previene o ritarda lo sviluppo delle complicanze. Abbiamo reclutato 83 pazienti afferenti all'ambulatorio di Diabetologia della ns AO. Tali pazienti (43 F e 40 M) presentavano BMI ≥ 30 kg/mq, età media 60 ± 8 anni, erano affetti da DMT2 da 10 ± 5 anni ed erano in terapia con ipoglicemizzanti orali e/o insulina. Tutti i pazienti hanno partecipato ad un seminario interattivo su diabete e alimentazione. Prima del seminario le persone con diabete di tipo 2 (PwD) sono state sottoposte a questionario a risposta multipla che valutava il grado di conoscenza all'argomento. Successivamente le PwD hanno seguito il seminario (che comprendeva anche esercizi di *role-playing*) tenuto da diabetologi e nutrizionisti dell'Unità Metabolica della ns AO; si sono approfonditi i concetti di LARN, le linee guida INRAN, la piramide alimentare e la dieta mediterranea fino alla specifica terapia nutrizionale domiciliare per PwD. Mediante l'utilizzo del questionario post seminario (*survey before and after*) abbiamo valutato e confrontato il grado di conoscenza nutrizionale dei pazienti prima e dopo l'intervento educativo e il loro grado di soddisfazione. Dai risultati ottenuti si è osservato che prima dell'intervento il grado di conoscenza dei pazienti in ambito nutrizionale era alquanto scarso (infatti solo il 35% delle risposte era corretto, mentre dopo la fase rieducativa si è osservato un incremento percentuale del 50% (75% risposte esatte). Il gradimento dei partecipanti è stato alto (100% le risposte a specifica domanda). Alla fine del seminario abbiamo distribuito ad ogni paziente un opuscolo elaborato dal *team* diabetologico della nostra struttura (medici e nutrizionisti) contenente sia consigli pratici per la gestione e l'automonitoraggio del diabete che un *pool* di ricette nutrizionalmente bilanciate e specifiche per la patologia diabetica da potersi effettuare facilmente a casa. In conclusione, nell'ambito del ciclo della qualità, sempre più strumento di *Clinical Governance*, la *survey before and after* si è rivelata gradita ed efficace nelle PwD. Tale intervento educativo può essere utilizzato come strumento per aumentare l'*empowerment* delle PwD motivandole ad una migliore *adherence* alla MNT ed evidenzia l'importanza di costante e armonica interazione tra diabetologo e nutrizionista.

Valutazione dell'efficacia a lungo termine (3 anni) di un intervento educativo in diabetici insulino-trattati

Maffettone A, Campanile A, Fiorillo E, Maiolica O, Rinaldi M, Ussano L

Unità Metabolica, UOC Medicina ad Indirizzo Cardiovascolare e Dismetabolico, AORN Ospedali dei Colli, Monaldi, Napoli, Italy

L'automonitoraggio glicemico è un importante strumento per l'autogestione domiciliare del paziente diabetico. In particolare, la capacità del paziente di adattare i dosaggi dell'insulina in base alle glicemie preprandiali ed al tipo di pasto consumato risulta fondamentale e necessaria appare l'opera educativa fornita dal *team* di cura a cui affrisce il paziente. Spesso i diabetici ricoverati in ospedale vengono iniziati fret-

tosamente alla terapia insulinica, senza che essi abbiano il tempo di acquisire le conoscenze necessarie. Allo scopo di valutare l'efficienza della nostra AO in campo educativo, già nel 2013 abbiamo partecipato al Progetto PA.STA (PA.sto STA.ndard). Si è trattato di selezionare un gruppo di pazienti afferenti alla nostra struttura (ambulatorio, DH o dimessi dopo ricovero ordinario) in trattamento insulinico e di coinvolgerli in una cena (pizza margherita e acqua come bibita) per valutare la loro capacità di adattare la terapia insulinica alla circostanza. La pizzeria è stata scelta sulla base della sua aderenza al disciplinare SGT/DOP. A distanza di 3 anni dal progetto abbiamo deciso di ripetere tale intervento educativo per valutarne l'efficacia a lungo termine. Sono stati riconvocati i 12 pazienti che hanno preso parte al progetto nel 2013 ai quali si sono aggiunti altri 4 pazienti per un totale di 16 soggetti. Tutti i candidati erano di età compresa tra 40 e 65 anni, ambo sessi, seguiti da almeno quattro anni presso la nostra struttura diabetologica. I pazienti hanno riempito prima della pizza una scheda dati che includeva: anzianità della malattia, eventuale frequenza di episodi ipoglicemici, precedente addestramento alla terapia insulinica e proprio adattamento al pasto fuori casa, tipo di terapia insulinica praticata e dosaggi abituali. Durante la serata in pizzeria abbiamo rilevato il Glucotest (pre-cena, 2 h dopo l'inizio della cena e la mattina successiva a digiuno) in tutti i pazienti con lo stesso riflettometro. I dati rilevati dalle schede sono stati poi elaborati statisticamente e cumulativamente. Nel nostro campione abbiamo osservato: 1) i pazienti più bravi erano quelli che avevano già preso parte al progetto PA.STA (2013), quelli con "anzianità" della malattia più lunga e quelli che erano stati sottoposti a DH e quindi ad un'opera educativa più approfondita; 2) i neoreclutati erano quelli che mostravano meno dimestichezza all'adattamento della terapia insulinica; 3) alcuni pazienti mostravano imbarazzo all'atto di praticare la terapia insulinica pubblicamente. L'esperienza, così ripetuta, è stata estremamente utile per valutare per noi operatori sanitari l'efficacia dell'opera educativa iniziata nei 3 anni precedenti e ribadiscono l'importanza della educazione strutturata nel paziente affetto da diabete, malattia cronica complessa.

Qualità di vita ed insufficienza cardiaca: dati preliminari in Medicina Interna

Magliocca A¹, Gallucci S², Ferrara L¹, Guadagno L¹, Gallucci F¹, Uomo G¹

¹UOSC Medicina Interna 3, AORN Cardarelli, Napoli; ²Scienze e Tecniche Psicologiche Università Federico II, Napoli, Italy

Premessa. Il valore aggiunto derivante dalla valutazione della qualità della vita (QdV) nelle patologie croniche è ormai ampiamente riconosciuto, sia all'interno di sperimentazioni cliniche di nuovi farmaci/procedure sia per valutare i risultati dell'assistenza erogata (studi di *outcomes research*).

Pazienti e Metodi. Sono stati arruolati 26 pazienti consecutivi (6 M e 20 F), età media 75.1 anni (*range* 55-92), consecutivamente ricoverati in due mesi per/con SC; ad essi è stato somministrato il *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire* (KCCQ) nella sua versione italiana (15 *queries* con 23 *items* su: limitazioni fisiche, sintomi, valutazione del proprio stato di salute, funzione sociale e qualità della vita). Il punteggio derivato varia

da 0 a 100 (punteggi alti=migliori condizioni). Sono stati, inoltre, raccolti, per ciascun paziente, i dati relativi alla classe NYHA ed al numero di comorbidità e di farmaci assunti. Ciascun parametro è stato, quindi, correlato al valore del KCCQ.

Risultati. Come atteso abbiamo riscontrato una rilevante compromissione della QdV nei pazienti affetti da SC. Nello specifico abbiamo inoltre riscontrato una significativa correlazione tra punteggio del KCCQ e Classe NYHA (II vs III: $p=0.0003$; II vs IV: $p=0.024$); KCCQ e numero di patologie concomitanti (≤ 4 vs >4 : $p=0.0013$); KCCQ e numero di farmaci (≤ 7 vs >7 : $p=0.039$).

Conclusioni. La QdV è considerata oggi l'*outcome* clinico più importante, superiore anche alla durata della vita, nei pazienti sintomatici per patologie croniche. Lo SC è la principale causa del peggioramento di tale *outcome* clinico, ancor più nelle fasi di riabilitazione. L'importante ruolo della QdV nell'influenzare prognosi, mortalità e ri-ospedalizzazione, probabilmente per fattori psicologici oltre che fisiopatologici, impone una maggiore attenzione a tale percezione soggettiva del paziente quale utile strumento nella gestione terapeutica e nella stratificazione del rischio di tali pazienti.

Pseudocisti emorragica in corso di pancreatite cronica simulante ematoma della parete duodenale. Case report

Mastrobuoni C, Gallucci F, Magliocca A, Ronga I, Valentino U, Uomo G

UOSC Medicina Interna 3, Dipartimento di Medicina Polispécialistica, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

Premessa. Formazioni pseudocistiche possono svilupparsi nel contesto di una condizione di pancreatite cronica; esse sono in rapporto a *poussée* necrotizzanti o fenomeni ostruttivi e si possono complicare con infezioni, rotture o emorragie. In rari casi possono determinare rilevanti problemi di diagnostica differenziale.

Caso clinico. Paziente di sesso maschile, di anni 42, con disagio sociale (straniero, *homeless*). Forte bevitore di alcolici ad alta gradazione e fumatore. Viene ricoverato per trauma cranico con ferita lacero-contusa in seguito ad aggressione per strada. Escluse lesioni emorragiche cerebrali viene poi trasferito nella nostra UO. L'anamnesi rilevava crisi dolorose addominali ricorrenti in occasione di abusi etilici. Indagini di laboratorio evidenziavano aumento di lipasi, amilasi, transaminasi ed anemia macrocitica. Un esame TC mostrava un ematoma nel contesto della parete dell'intera C-duodenale senza segni di sanguinamento attivo, pluriconcamerato; pancreas aumentato di volume con ectasia duttale, calcificazioni e alcune pseudocisti. Il paziente era reticente nel riferire se durante l'aggressione aveva subito anche traumi addominali di rilievo tali da giustificare la lesione riscontrata. Il quadro clinico si stabilizzava, l'emocromo migliorava e l'addome restava trattabile. Nella necessità di escludere/indirizzarsi verso una terapia chirurgica della lesione duodenale, a distanza di sei giorni veniva eseguita una RMN con sequenze colangio-wirsung: l'ematoma della parete duodenale veniva meglio definita come una pseudocisti cefalica a contenuto emorragico nel contesto di estese lesioni da pancreatite cronica calcifica. Il paziente continuava una terapia nutrizionale conservativa e lentamente

le condizioni miglioravano. A distanza di sei mesi una indagine ecografica ha mostrato una netta riduzione della pseudocisti cefalica paraduodenale.

Osteonecrosi della testa femorale: un nuovo orizzonte terapeutico

Muscariello R^{1,2}, Rendina D¹, De Feo V², Strazzullo P¹

¹Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Università degli Studi Federico II, Napoli; ²UO di Medicina Interna, Ospedale Maresca, Torre del Greco, Napoli, Italy

Premessa. L'osteonecrosi della testa femorale è una patologia ad eziologia parzialmente nota. Il meccanismo patogenetico principale è l'ischemia, cui seguono la necrosi ossea e l'angiogenesi inefficace. I fattori di rischio associati all'ONF sono: fumo di sigaretta, consumo di alcol, dislipidemie, gotta, traumi, emoglobinopatie, positività di lupus anti-coagulant (LAC) ed anticorpi anti-fosfolipidi (APA), patologie della coagulazione, malattie da accumulo lisosomiale, ipercorticoidismo, uso sistemico di corticosteroidi, abuso di sostanze stupefacenti. La terapia prevede un approccio medico, prevalentemente con l'uso dei bifosfonati, ed un approccio chirurgico che varia a seconda dello stadio della malattia.

Materiali e Metodi. Abbiamo valutato tre pazienti afferenti all'ambulatorio delle Malattie Metaboliche dell'Osso per sospetta malattia di Paget (MP). Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad indagini biochimiche, tra cui la valutazione dei parametri del metabolismo osseo e, successivamente all'esclusione della MP, dei fattori di rischio associati ad ONF. I pazienti hanno effettuato una risonanza magnetica (RM) del bacino e delle articolazioni coxofemorali in fase di diagnosi e, successivamente alla terapia, una seconda valutazione con RM.

Risultati. I pazienti, tutti maschi caucasici, lamentavano intenso dolore in sede coxofemorale e difficoltà alla deambulazione ed allo stazionamento in posizione eretta. Il paziente 1 (P1), 58 anni, e P3, 22 anni, non presentavano alcun fattore di rischio; P2 riferiva uso quotidiano di alcol (500 mL al giorno da 30 anni) e tabagismo (30 sig./die, 450 pacchetti/anno). Tutti i pazienti presentavano un severo deficit di vitamina D (25-OHvitaminaD₃ <10 ng/mL); P3 presentava un ipotiroidismo primitivo da tiroidite linfocitaria cronica. Tutti i pazienti sono stati riportati ad uno stato di euvitaminosi D con il protocollo proposto dal prof. Holick (50.000 UI di 25-OHD₃ a settimana per 8 settimane, poi 25.000 UI di 25-OHD₃ al mese). In tutti i pazienti, il ritorno all'euvitaminosi è coinciso con la guarigione sintomatologica e radiologica dell'ONF. In nessun paziente si sono osservati effetti avversi durante terapia con 25-OHvitamina D₃.

Discussione. Tre pazienti afferenti al nostro ambulatorio affetti da ONF e da severa ipovitaminosi D sono stati sottoposti a trattamento integrativo con 25-OHvitaminaD₃ in previsione della somministrazione di bifosfonati. Tutti i pazienti, raggiunta l'euvitaminosi D, sono giunti a guarigione clinica e radiologica dell'ONF senza la somministrazione di bifosfonati.

Conclusioni. L'ONF è una patologia multifattoriale, nella quale un ruolo predominante è rivestito dall'ischemia. Nonostante non sia ancora chiara la precisa eziologia dell'ONF, l'ipovitaminosi D sembra giocare un ruolo fondamentale nella determinazione del danno osseo, sia in maniera diretta che

indiretta, a conferma delle evidenze che attribuiscono all'ipovitaminosi D il ruolo di promuovere la disfunzione endoteliale e l'angiogenesi inefficace. La supplementazione fino al raggiungimento dell'euvitaminosi potrebbe rappresentare una strategia terapeutica fondamentale, almeno nei pazienti senza fattori di rischio noti.

Follow up dei pazienti trattati con nuovi anticoagulanti orali

Muscherà R, Covetti G, Ferrara L, Liguori M, Iannuzzi A, Mayer MC, Rabitti PG, Uomo G

Dipartimento di Medicina Polispécialistica, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

Introduzione. La terapia con i nuovi anticoagulanti orali (NOAC) potrebbe esporre i pazienti a rischi di complicanze in assenza di un attento *follow-up*. Un programma educativo strutturato e un rigoroso *follow-up* di questi pazienti potrebbe essere essenziale per garantire l'aderenza alla terapia e monitorare eventuali reazioni avverse.

Materiali e Metodi. Nel corso dell'ultimo anno 140 soggetti (100 F e 40 M, età media 74±12,4 anni) afferenti al Dipartimento di Medicina Interna sono stati trattati con NOACs: 113 pazienti avevano fibrillazione atriale (AF), 11 embolia polmonare (EP) e 17 trombosi venosa profonda (TVP).

Risultati. I pazienti sono risultati essere fragili con più comorbidità; la maggior parte di essi (60) avevano almeno altre 3 patologie associate, 29 avevano una patologia associata, mentre solo 44 era affetto dalla sola patologia che aveva determinato l'inizio della terapia con NOAC. *Charlson Comorbidity Index*, aggiustato per età, era >5 nella maggior parte dei soggetti. Nei pazienti con fibrillazione atriale il CHA₂DS₂-VASC medio era 4.15 e l'HAS BLED medio 2.4. Il 72,4% dei pazienti è tornato al *follow-up* a visita almeno una volta, 17,6% sono stati ricontattati da chiamate telefoniche; solo l'8,8% sono stati persi al *follow-up*. Tre pazienti sono deceduti durante il *follow-up*, anche se la morte non era legata a complicanze della terapia con NOACs. L'interruzione del trattamento è stato a causa di cadute accidentali in 3 casi, ed in sei casi da sanguinamenti minori dei quali solo in un caso gastrointestinale.

Conclusioni. Un attento *follow-up* dei pazienti trattati con NOACs assicura una buona aderenza al trattamento ed è in grado di prevenire le complicanze, soprattutto nei pazienti anziani fragili.

La gestione delle complicanze da dabigatran con idarucizumab

Muscherà R, Russo A, Capasso F, Di Monda G, Iardi A, D'Avino M, Anastasio E

UOC Medicina I, Dipartimento di Medicina e Specialità Mediche, Ospedale A. Cardarelli, Napoli, Italy

In 140 pazienti da noi trattati con NOAC per la prevenzione dell'ictus cerebrali in corso di fibrillazione atriale o per il trattamento dell'embolia polmonare e delle trombosi venose profonde, i motivi di sospensione sono stati in tre casi cadute accidentali con trauma cranico o frattura di femore ed in sei

casi emorragie minori delle quali una sola gastrointestinale. Avere la possibilità di un antidoto dei NOAC in particolare nei pazienti traumatizzati o in caso di intervento chirurgico d'urgenza può rappresentare un'opzione terapeutica indispensabile. Idarucizumab, un frammento di anticorpo monoclonale, è in grado di invertire in modo rapido e completo gli effetti anticoagulanti del dabigatran. Idarucizumab è un frammento di monoclonale che si lega al dabigatran con affinità 350 volte maggiore della trombina. Dopo i primi incoraggianti risultati l'efficacia del nuovo farmaco è stata verificata in questo studio, il RE-VERSE AD, per Reversal Effects of Idarucizumab on Active Dabigatran. Novanta adulti in terapia con dabigatran con gravi emorragie o che richiedevano procedure chirurgiche d'urgenza hanno ricevuto idarucizumab endovena in due boli di 15 minuti. E i risultati dimostrano che il monoclonale ha normalizzato i test di coagulazione in una percentuale compresa tra l'88% e il 98% dei partecipanti.

Il percorso diagnostico-terapeutico del nodulo tiroideo nell'ASL Napoli 1 Centro: risultati di 5 anni di attività (2009-2014)

Nuzzo V, Ruggiero R, Asti A, Bassi V, Bruschini M, Esposito S, Giannattasio R, Graviero G, Marano I, Masone M, Molinaro G, Russo E, Sicuranza A, Spiezia S, Tovecci F, Troise R, Viola D, Zuccoli A, Conte C

Rete Endocrinometabolica, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

La Rete endocrino-metabolica dell'ASL Napoli 1 Centro ha realizzato un percorso assistenziale integrato per la gestione dei pazienti affetti da patologia nodulare tiroidea. Il paziente che si rivolge ad una delle strutture aziendali coinvolte ottiene subito una puntuale informazione su quale sarà il percorso diagnostico-terapeutico per la risoluzione del suo problema di salute, percependo una presa in carico realmente condivisa del suo bisogno. Oltre la visita di base con l'ecografia e gli esami di laboratorio (effettuabili nei vari presidi o *spokes*) nella progettazione della rete sono stati previsti due snodi fondamentali, ovvero, i punti per l'esecuzione dell'agoaspirato tiroideo (effettuato in 3 sedi dell'ASL) e il punto per il trattamento chirurgico del nodulo (effettuato presso l'Hub Aziendale). È stato avviato uno studio per valutare la variazione del numero di pazienti sottoposti a chirurgia tiroidea nel periodo successivo all'attivazione del percorso chirurgico (ottobre 2011), confrontando i dati del 2012 con quelli del 2013 e 2014. È stata creata una banca dati del Network Endocrinometabolico Aziendale, nella quale raccogliere ed aggiornare con cadenza semestrale i dati relativi alle attività svolte, monitorando le variazioni e confrontando i valori degli indicatori con gli standard relativi. I principali indicatori sono il numero di ago aspirati prescritti/numero di ago aspirati effettuati nei punti rete; il numero di pazienti avviati all'hub aziendale per il trattamento chirurgico del nodulo tiroideo; il numero dei pazienti in *follow-up* post chirurgico; il numero di ago aspirati ripetuti su stesso paziente; il numero di pazienti operati presso il nodo hub. I dati raccolti dimostrano che l'attivazione del percorso ha già comportato un significativo incremento sia del numero di pazienti operati nel nodo "hub" sia del numero di pazienti sottoposti ad ago aspirato nell'ambito della rete, con un conseguente risparmio di spesa in isorisorse. In conclusione

il presente studio ha dimostrato che costruire un nuovo modello organizzativo, valorizzando le risorse umane e tecnologiche preesistenti, consente di raggiungere gli obiettivi programmati mediante una forte condivisione di procedure e percorsi tra professionisti. Tali risultati sono confermati dal volume esiti nazionali riferito agli anni di produttività 2013 e 2014 in cui si evince che il nodo Hub di endocrino chirurgia dell'ASL Napoli 1 Centro ha operato circa un terzo di tutti i tumori maligni della tiroide dell'area metropolitana di Napoli.

Atipia di significato non determinato/lesione follicolare indeterminata (TIR.3a) al citologico tiroideo: esperienza di un network endocrinometabolico

Nuzzo V, Coluccino V, Iannaci G, Maiello F, Montella M, Sapere P, Franco R, Asti A, Bassi V, Esposito S, Giannattasio R, Graviero G, Masone M, Molinaro G, Russo E, Ruggiero R, Spiezia S, Sicuranza A, Tovecci F, Troise R, Viola D, Zuccoli A, Conte C

Rete Endocrinometabolica, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

La citologia con ago sottile (FNC) è il principale test nella diagnosi dei noduli tiroidei. Oggi l'analisi citologica è facilitata dalla classificazione Thy'. Purtroppo, il principale limite di questa classificazione è nell'accuratezza diagnostica e soprattutto nell'aspecificità del quadro dell'atipia di significato non determinato/lesione follicolare indeterminata (TIR.3a), riscontrata con una percentuale variabile dal 4 al 15% delle diagnosi citologiche. Infatti, in questo gruppo di lesioni non sussistono elementi citologici specifici per discriminare la lesione benigna da quella maligna, riscontrandosi, quest'ultima, solo in una esigua percentuale di casi (15% circa). La gestione clinica di queste lesioni è problematica. Lo scopo del presente studio è stato quello di valutare l'esame istologico di pazienti sottoposti ad intervento chirurgico di tiroidectomia dopo la rilevazione di una lesione Thy 3a all'esame citologico. Dall'analisi di 516 pazienti sottoposti a FNC nel 2015 nell'ASL Napoli 1 Centro sono state estrapolate le cartelle cliniche di 211 pazienti con lesione Thy 3a, di questi era disponibile il *follow-up* di 23 soggetti. In seguito a tiroidectomia per lesione Thy 3 sono stati rilevati 2 carcinomi tiroidei differenziati (8,6%). In conclusione, i dati del presente studio mostrano che un esame citologico con evidenza di una lesione indeterminata (Thy 3) può essere espressione di malignità in una percentuale ridotta di pazienti. In presenza di lesioni Thy 3a all'esame citologico si consiglia un approccio multidisciplinare per stabilire la corretta gestione clinica.

Impiego di teriparatide nell'ipoparatiroidismo post-chirurgico non responsivo alla terapia con calcio e vitamina D: nostra esperienza

Panico A, Poggiano MR, Lupoli GA, Fonderico F, Tortora LA, Cacciapuoti M, Barba L, Lupoli G

Dipartimento di Endocrinologia ed Oncologia Molecolare e Clinica, Università degli Studi Federico II, Napoli, Italy

Introduction. Until July 2013, hypoparathyroidism was the only classic endocrine deficiency disease for which the missing hormone, PTH, was not disponibile for treatment. Only about two

years, subcutaneous recombinant human parathormone (teriparatide, hPTH 1-34) has been introduced for hypoparathyroidism treatment, allowing avoidance of vitamin D and calcium side effects. Teriparatide is an anabolic drug already been used in the treatment of severe postmenopausal osteoporosis. The aim of our study was to evaluate the effectiveness and safety of treatment with teriparatide after its approval for post-surgical hypoparathyroidism unresponsive to conventional therapy with Ca and vitamin D.

Materials and Methods. We selected 16 pts (age 47 ± 7 yrs, BMI 29 ± 2) affected by post-surgical hypoparathyroidism. They complained of fatigue, palpitations, paresthesia and tetany, even if they took calcitriol 0.5 mg (on average 4 tablets/day) and Ca carbonate 1000 mg (on average 3 tablets/day); moreover, for 3 of them the intake of this therapy was not continuous because of gastrointestinal symptoms. Due to the onset of tetanic crisis, intravenous infusion of Ca gluconate was often required. During our observation, laboratory tests showed: hypocalcemia (6.1 ± 1.3 mg/dL), hyperphosphatemia (5.9 ± 0.9 mg/dL), hypoparathyroidism (6.2 ± 1.7 pg/mL) and hypercalciuria (8.7 ± 0.51 mmol/24 h). The CBM showed osteoporosis in 4 pts (BMD 0.5 ± 0.2 and T score -2.9 ± 0.2), osteopenia in 3 pts (femur neck BMD 0.235 T-score -2.25 ; L2-L4 BMD 0.889 T-score -1.974), while it was normal in the other 6 pts. X-ray showed 2 vertebral collapse (D8 and D9: vertebral wedge deformity > 6 mm) in 1pts, 1 vertebral collapse in 1 pts (D9: vertebral wedge deformity > 6 mm) while vertebral deformities were not found in the other 14 pts. When hypocalcemic symptoms and/or tetanus crisis occurred we introduced teriparatide (20 μ g, 1 vial sc. die in 9 ptz and 20 μ g, 2 vial s.c. die in 7 pts) in continuous treatment.

Results and Conclusions. In all pts we obtained the normalization of serum Ca levels, the reduction of urine Ca excretion and the resolution of the symptoms. 3 pts who had frequent tetanic crisis did not show acute episodes anymore. Laboratory tests showed: normocalcemia (8.5 ± 0.4 mg/dL), normophosphatemia (3.6 ± 0.9 mg/dL), normal levels of PTH (30 ± 6 pg/mL) and normocalciuria (5.8 ± 0.27 mmol/24 h). In our experience the use of teriparatide with Ca and vitamin D, is able to maintain normal serum Ca levels without hypercalciuria with the disappearance of hypocalcemic crisis. This drug improved quality of life and physical endurance in our pts. Therefore, administration of teriparatide is an effective treatment in selected cases of hypoparathyroidism unresponsive to therapy with Ca and vitamin D. An important limitation of this treatment is that it can currently be used for only 24 months. Given the chronic nature of hypoparathyroidism, and the expectation that teriparatide will be used for extended periods of time in hypoparathyroidism, further studies are needed to determine the long term safety of therapy in this population.

Panniculite idiopatica ricorrente: un challenge diagnostico. Case report

Parisi A, Buono R, Ferrara L, Gallucci F, Russo R, Uomo G

UOSC Medicina Interna 3, Dipartimento di Medicina Polispecialistica, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

Premessa. La panniculite lobulare non suppurativa idiopatica (malattia di Weber-Christian) è un raro disordine infiammatorio

caratterizzato da noduli sottocutanei dolenti, caratteristicamente ricorrenti, associati a sintomi costituzionali quali febbre, astenia, malessere, perdita di peso. Nei casi più gravi l'infiammazione non si limita al tessuto adiposo sottocutaneo ma può interessare i polmoni, pleure, cuore, reni, milza, surreni e tratto gastroenterico. Le cause sono sconosciute, la prognosi estremamente variabile. La diagnosi differenziale delle lesioni cutanee viene posta con quasi tutte le possibili manifestazioni nodulari di patologie infettive, neoplastiche, autoimmuni.

Caso clinico. Paziente di sesso femminile, anni 34. Otto anni prima della attuale osservazione comparsa di lesioni nodulari sottocutanee modicamente dolenti sovrastate da lesioni peccchiali a livello della gamba destra. Tali lesioni scomparivano spontaneamente per poi riapparire dopo due anni ad entrambe le gambe; veniva effettuata una biopsia cutanea senza riscontro di dati conclusivi; trattamento steroideo a basse dosi per alcuni mesi. Successivamente e ciclicamente ricomparsa dei noduli in estensione alle braccia e al tronco, dolenti, con aspetto simil-eritema nodoso. Dati di laboratorio nella norma. Terapia steroidea inefficace. La paziente giungeva all'attuale osservazione per ricorrenza di noduli sottocutanei dolenti accompagnati da mialgie, impotenza funzionale agli arti inferiori, febbricola, astenia profusa. Un estensivo *work-up* laboratoristico e strumentale (inclusi TC total body, videocapillaroscopia, RMN muscolare) risultava sostanzialmente negativo. Veniva effettuata una nuova biopsia a losanga (1.5 cm) su di un nodulo significativo a livello addominale che dimostrava la presenza di infiltrazione linfomonocitaria dell'ipoderma con istiociti schiumosi in un contesto lobulare, aree con necrosi adipocitaria ed assenza di fenomeni vasculitici. La paziente iniziava ad assumere ciclosporina 100 mg x 2/die (3 mg/Kg p.c./die). Al *follow-up* a 18 mesi nessuna recidiva sindromica con buona ripresa delle condizioni generali.

Un caso di cripto-iperaldosteronismo

Pascale AV¹, Finelli R¹, Fabbriatore D¹, Visco V¹, Giannotti R¹, De Donato MT², Ciccarelli M¹, Iaccarino G¹

¹Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Salerno; ²UOC Medicina Interna, AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno, Italy

Introduzione. L'ipertensione secondaria ha una prevalenza del 1-5% in una popolazione non selezionata di pazienti ipertesi, è più frequente nelle giovani donne e la causa più comune è quella nefrovascolare, le ipertensioni secondarie di tipo endocrino rappresentano una minoranza dei casi.

Caso clinico. Si recava in ambulatorio per cefalea ed ipertensione D.M, femmina, 23 anni, tabagista. Storia familiare di ipertensione arteriosa, dislipidemia e cardiopatia ischemica. In anamnesi policistosi ovarica trattata con estro-progestinici e dato strumentale di scintigrafia renale con disomogenea captazione del radiocomposto come da doppio distretto. Esame obiettivo toracico, cardiaco e addominale negativo, PA 130/100 mmHg in terapia con ramipril 5 mg prescritto dal curante dopo monitoraggio pressorio delle 24h. Sospettando un'ipertensione secondaria nefrovascolare la paziente praticava un'ecografia renale con il doppler delle arterie renali negativo per stenosi emodinamicamente significative. Il dosaggio dell'aldosterone, dopo 60 gg di sospensione del ramipril, ri-

sultava aumentato con ARR (aldosterone/PRA) entro i limiti della norma. Ipotizzando la presenza di un'arteria renale accessoria la paziente è stata sottoposta ad angioTC che mostrava un'arteria renale accessoria inferiore sinistra non stenotica. Si è ritenuto opportuno praticare un'angiografia venosa con sampling in vena cava inferiore, che ha mostrato valori di aldosterone pari a 662.2 pg/mL e PRA 0,46 ng/mL/h con ARR 1432, diagnostici di iperaldosteronismo primitivo. La paziente ha poi praticato una RMN dell'addome che ha mostrato iperplasia surrenalica bilaterale.

Discussione. L'iperaldosteronismo primitivo è una condizione patologica caratterizzata da una elevata produzione di aldosterone autonoma dal sistema renina angiotensina, ha una prevalenza variabile tra il 7 e il 32% e più frequentemente si associa ad iperplasia surrenalica piuttosto che ad adenoma surrenalico. Nel caso specifico la singola familiarità paterna non suggeriva di sostenere la causa essenziale dell'ipertensione. Le già note anomalie renali favorivano l'ipotesi diagnostica di una ipertensione nefrovascolare negata però dalle indagini strumentali. Il riscontro di iperaldosteronismo in clinostatismo suggeriva l'ipotesi alternativa di ipertensione da iperaldosteronismo e il catterismo venoso ha rappresentato l'esame dirimente che, ha permesso di approdare alla diagnosi di iperaldosteronismo, confermata dall'esame di terzo livello morfologico di RMN.

La valutazione dell'impatto della formazione in termini operativi e relazionali nella gestione quotidiana del paziente complesso a domicilio da parte del caregiver

Pentella G¹, Fiscale M², Di Ronza G³, Uomo G⁴, Iannuzzo M⁵, Fontanella A⁶

¹Servizio Infermieristico e Tecnico; ²Coordinatrice infermieristica, Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli, Napoli; ³Infermiera; ⁴UOC Medicina Interna, Azienda Ospedaliera A. Cardarelli, Napoli; ⁵UOS Epidemiologia Risk Management; ⁶UOC Medicina Interna, Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli, Napoli, Italy

Nel 2050 ci saranno più nonni che nipoti: secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità gli over 60 passeranno da 650 milioni a 2 miliardi. L'aumento della durata della vita è un indicatore della qualità della sanità, ma si deve tener conto che all'aumento dell'aspettativa di vita corrisponde un aumento delle malattie croniche e della non autosufficienza. Per effetto del processo di invecchiamento esiste infatti una popolazione a "rischio" che è costituita dagli anziani "fragili". Per la sostenibilità del sistema sanitario e per la migliore qualità di vita dell'anziano è indispensabile prevedere come alternativa ai ricoveri una valida assistenza domiciliare. Se da un lato la scelta di ricevere cure a domicilio è bene accettata dai pazienti, dall'altra il carico assistenziale tende sempre più a gravare essenzialmente sulle figure coinvolte nelle cure domiciliari. La conferma dell'importanza del ruolo svolto dalle famiglie, in particolare da madri, mogli e figlie, arriva dal 46° rapporto del Censis del 2012, che indaga sulla situazione sociale del Paese. L'aspetto più difficile del ruolo del caregiver (familiari, badanti) è proprio "assistere" il paziente che giorno per giorno peggiora e non avere le basi culturali e tecniche su come gestire la situazione, su come intervenire negli eventi critici. Ed invece il caregiver è una figura che non va sottovalutata, perché - se investita da sentimenti eccessivi di inadeguatezza - invece di

risultare una risorsa per la persona malata, può finire per rappresentare un'ulteriore aggravante in un contesto di per sé già difficile. Per questo nel tempo si è sviluppato nella letteratura dedicata all'assistenza alla persona fragile il concetto di *caregiver burden*. La fatica e la tensione fisica sono frequenti nei caregiver e, se non trattate, sono la causa di una grave compromissione della salute fisica e psichica. L'associazione FADOI/ANIMO ha sentito la necessità di organizzare un corso di formazione teorico-pratico per familiari, badanti, assistenti domestici e volontari che prestano assistenza, in diverso modo, all'anziano in condizioni di fragilità. L'obiettivo è promuovere nuove forme di rapporto tra utenti e servizi, passando attraverso l'emancipazione o empowerment di chi presta e di chi riceve il servizio affinché il caregiver stesso si trasformi in utente-cliente interagendo con l'azienda che produce il servizio per ricercare e costruire con essa le soluzioni migliori e di sostenere chi cura la persona fragile e disabile. Il corso da un lato vuole limitare la variabilità delle decisioni e delle azioni dei caregiver, mirando alla sicurezza e al soddisfacimento dei bisogni della persona fragile e disabile, dall'altro lato vuole agire pure sullo stress del caregiver stesso. Successivamente alla formazione si vuole svolgere un'indagine con l'obiettivo di misurare le reazioni dei partecipanti al programma e i cambiamenti intercorsi nel comportamento a domicilio misurando lo stress del caregiver. La valutazione dell'apprendimento è svolta a un mese e tre mesi dalla formazione attraverso la somministrazione telefonica di un questionario costruito ad hoc mentre si intende misurare l'intensità di stress percepito dai caregiver attraverso la Relative Stress Scale di Green (1982). L'ipotesi di questo studio osservazionale è che un caregiver formato è un caregiver meno ansioso con il quale è possibile instaurare un clima di collaborazione e condivisione dei problemi assistenziali.

Misura della pressione arteriosa sistolica centrale. Un valore aggiunto

Ranucci RAN¹, Luiso V²

¹Medicina Interna, PO S. Maria delle Grazie, ASL Napoli 2 Nord, Pozzuoli (NA); ²V Medicina Interna ed Immunoallergologia, Seconda Università di Napoli, Italy

Con il termine "pressione arteriosa sistolica centrale" (SBPc) si intende la P.A.S. in aorta, all'uscita dal ventricolo sinistro. La SBPc è importante per la valutazione del rischio cardiovascolare e dell'effetto della terapia antipertensiva. Nel CAFE (sottostudio dell'ASCOT) il miglioramento degli outcome clinici è infatti correlabile alla maggiore riduzione della SBPc. Il sottostudio STRONG HEART ha concluso che la SBPc, determinata in modo non invasivo, è un predittore indipendente di eventi cardiovascolari, a differenza della pressione arteriosa brachiale (SBPb). Altro forte predittore di futuri eventi cardiovascolari è l'Arterial Stiffness. Metodi per calcolarla sono le misure della Velocità dell'onda di polso (PWV) in m/s e dell'Augmentation Index (Aix) in mmHg. L'Aix è un valore percentuale dato dal contributo dell'onda pressoria riflessa.

Obiettivi. Verificare la SBPc in ipertesi ambulatoriali con P.A.S. non ben controllata (SBPb \geq 140 mmHg) e rilevare l'incidenza di Arterial Stiffness (PWV $>$ 10 m/s, valori di Aix variamente positivi). **Metodi.** Sono stati studiati 126 ipertesi ambulatoriali, 64 maschi e 62 femmine, età media 61 \pm 5. La SBPb è stata misurata

con Microlife Afib bracciale 22/42; 3 misure consecutive ogni 3 minuti. La SBPc è stata rilevata con Mobil-O-Graph, validato nel 2012 versus Sphygmo-Cor.

Risultati. Nel gruppo maschi la SBPc è risultata <140 mmHg in 9 soggetti (14,1%), nel gruppo donne in 8 soggetti (12,9%). La SBPc è risultata: ≥ 140 mmHg in 55 maschi (85,9%) e 54 donne (87,1%). Inoltre la SBPc è risultata sempre <SBPb, uguale in 7 soggetti (5,5%), (4 ♂ e 3 ♀). È stata rilevata una PWV >10 m/s in 55 maschi (85,9%) e 54 donne (87,1%). L'Aix è risultato variamente positivo in 59 maschi (92,1%) e 53 donne (85,4%) (Tab. 1).

Conclusioni. La SBPc è una misura migliore rispetto alla SBPb per valutare l'efficacia del trattamento soprattutto in giovani ed anziani con pressioni sistoliche elevate. Questa metodica permette di evitare incrementi terapeutici nei casi di SBPb non a target ed SBPc <140 mmHg. Nel nostro campione ben il 14,1% di maschi ed il 12,9% di donne con SBPb non a target ha presentato una normale SBPc. Inoltre, il calcolo della PWV e dell'Aix permettono di rilevare l'Arterial stiffness che correla con un aumentato rischio cardiovascolare. Questi soggetti, una volta individuati, devono seguire programmi terapeutici più incisivi. L'attuale disponibilità di apparecchiature semplici ed affidabili dovrebbe rendere ormai routinaria la misura di SBPc, PWV e Aix per il loro indiscutibile valore diagnostico aggiuntivo.

Tab. 1.

Maschi			Donne		
SBPb ≥ 140 mmHg	SBPc < 140 mmHg	SBPc ≥ 140 mmHg	SBPb ≥ 140 mmHg	SBPc < 140 mmHg	SBPc ≥ 140 mmHg
64	9 (14,1%)	55 (85,9%)	62	8 (12,9%)	54 (87,1%)

Maschi n. 64			Donne n. 62		
PWV ≤ 10 m/s	PWV > 10 m/s	Aix +	PWV ≤ 10 m/s	PWV > 10 m/s	Aix +
9 (14,1%)	55 (85,9%)	59 (92,1%)	8 (12,9%)	54 (87,1%)	53 (85,4%)

Correlazione tra stiffness carotidea ed inquinamento atmosferico da traffico automobilistico in una coorte di bambini

Renis M¹, Salvatore V¹, Schiavo A¹, Verga C², Santoriello C³, Licenziati MR⁴, Iannuzzi A⁵

¹UOC Medicina Interna, PO Cava de' Tirreni, AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno; ²PLS ASL Salerno; ³UOC Fisiopatologia Respiratoria, PO Scafati, ASL Salerno; ⁴UOC Pediatria; ⁵UOC Medicina Interna, AORN A. Cardarelli, Napoli, Italy

Background. Molti studi indicano in modo inequivocabile che l'inquinamento atmosferico è direttamente collegato agli eventi cardiovascolari nella popolazione generale. Pochi dati sono attualmente disponibili sugli effetti cardiovascolari in bambini sani in seguito ad esposizione ad inquinamento atmosferico legato al traffico stradale. Scopo di questo studio è stato quello di indagare su una possibile associazione tra la distanza da una strada principale, parametro considerato come indicatore dell'esposizione traffico, e markers carotidei subclinici di aterosclerosi in un gruppo di bambini.

Metodi. Sono stati arruolati 52 bambini sani che vivono in una piccola cittadina della Costiera Amalfitana con una sola strada moto trafficata. Tutti i bambini sono stati sottoposti ad EcoDoppler TSA.

Risultati. Si è trovata una differenza statisticamente significa-

tiva nella stiffness carotidea tra i bambini che vivono più vicino alla strada principale (entro 330 m.) e gli altri bambini, sia quelli residenti tra 330 a 750 metri, sia quelli residenti a più di 750 metri dalla strada principale. Al contrario, non si è rilevata differenza significativa di spessore della parete carotidea (IMT) e pressione arteriosa tra i tre gruppi di bambini.

Conclusioni. Questo studio fornisce prove a sostegno di un'associazione tra esposizione al particolato atmosferico e marcatori precoci di aterosclerosi nei bambini sani. La riduzione della stiffness carotidea durante l'infanzia e l'adolescenza, dà maggiore concretezza all'ipotesi che l'inquinamento dovuto al traffico sia rilevante per le malattie cardiovascolari, anche in giovane età.

Modifiche elettrocardiografiche non comuni in una paziente che assume neurolettici

Renis M¹, La Mura G², La Mura L³, Schiavo A¹

¹UOC Medicina Interna, PO Cava de' Tirreni, AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno; ²Cardiologo, ASL Salerno; ³Università di Napoli Federico II, Napoli, Italy

Introduzione. La cardiotossicità è ben nota quale possibile effetto collaterale dei farmaci neurolettici. Il seguente caso clinico ne è un esempio particolare.

Caso clinico. V.S, 61 anni, donna, fumatrice; ipercolesterolemia moderata e ipertensione di recente insorgenza; è affetta anche da patologia psichiatrica (delirio cronico), per cui assume psicofarmaci (clorpromazina 100 mg: 1/2 compressa al giorno ed aloperidolo f 50 mg: 1 f ogni 21 giorni). Si sottopone a periodiche valutazioni cardiologiche. 03/07/12 ECG: ventricolo sn di dimensioni normali, con un leggero aumento di spessore della parete (13 mm), contrattilità globale e locale conservate (EF 60%), anomalo rilasciamento diastolico. ECG: ritmo sinusale, frequenza cardiaca 75 b/min, QTc 0,42, fase di ripolarizzazione nei limiti della norma. 02/02/13 ECG: ritmo sinusale, frequenza cardiaca 70 b/min, QTc 0,475. Presenza di anomalie in fase di ripolarizzazione, di tipo ischemico in anteriore; ne deriva necessità di una valutazione in P.S. (anche in assenza di sintomi), per sospetta sindrome coronarica acuta (successivamente non confermata). 01/03/13 ECG: ritmo sinusale, frequenza cardiaca 70 b/min, QTc 0,388; presenza di anomalie in fase di ripolarizzazione, riduzione dell'onda R, e Qs in V5-V6. Si sottopone a controllo ecocardiografico urgente: normale contrattilità globale e locale (invariato rispetto al precedente). 06/03/13 pratica scintigrafia miocardica a riposo e sotto sforzo (SPECT): Negativa per deficit di perfusione ("pseudo-normalizzazione" di onde T). 13/03/13 L'alooperidolo viene sostituito con risperidone (4 mg al giorno). 31/05/13 ECG: ritmo sinusale FC: 70 b/min, QTc 0,475, non anomalie di tipo ischemico.

Discussione. La cardiotossicità dovuta a farmaci neurolettici è comunemente intesa come un aumento dell'intervallo QT con rischio di aritmie potenzialmente letali o rari casi di miocardite/cardiomiopatia.

Conclusioni. La particolarità del nostro caso clinico è la comparsa di alterazioni ECG transitorie, suggestive di cardiopatia ischemica, in assenza di alterazioni della contrattilità e/o incrementi di troponina, in una paziente che praticava la terapia con 2 farmaci neurolettici.

Malattia ateroembolica

Ricci E¹, Ilardi A², Muscherà R²

¹UOC Nefrologia, AOU Salerno; ²UOC Medicina 1, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

La malattia ateroembolica (MA), è una patologia sistemica causata dall'occlusione di piccole arterie ad opera di cristalli di colesterolo. L'embolizzazione, originata da placche ateromatose dell'aorta o di uno dei suoi rami, può verificarsi spontaneamente o in seguito a procedure angiografiche e/o chirurgiche o a terapia anticoagulante. Una volta in circolo, gli emboli di colesterolo si localizzano nelle arteriole di 150-200 micron di diametro innescando una intensa reazione infiammatoria spesso di tipo granulomatoso con restringimento od obliterazione completa del lume vasale. Si descrivono due casi di MA secondari ad esame angiografico, caratterizzati da una diversa espressione ed evoluzione clinica.

Caso 1. Caucasio di 65 anni, due mesi dopo un'indagine coronarografica, si ricovera per riduzione della funzione renale, precedentemente normale. All'EO, diffusa mazzatura della cute del dorso e degli arti inferiori. Il laboratorio conferma grave insufficienza renale (Cr:1.1mg%) con eosinofilia ed alterati indici infiammatori. Il paz. inizia trattamento emodialitico. Si pratica biopsia renale che mostra un quadro di embolizzazione da cristalli di colesterolo. Al *follow-up*, mancato recupero della funzione renale.

Caso 2. Caucasio di 68 anni viene sottoposto a coronarografia circa un'ora dopo la comparsa di sintomi di IMA. Viene praticata PTCA primaria. Dopo 6 giorni dalla procedura, comparsa di dolore alle dita dei piedi con cianosi e mazzatura. Progressivo peggioramento del quadro periferico fino alla comparsa di aree di necrosi parcellari alle dita dei piedi. Incremento della creatinina (Cr.:3.2 mg%). Come da consulenza chirurgica, si procede ad amputazione di quattro dita del piede sx e due del piede dx. Al riscontro istologico quadro di embolizzazione da cristalli di colesterolo. Nei due mesi successivi progressivo recupero della funzione renale.

Discussione. Fino al 1987, nella letteratura anglosassone erano stati descritti solo 221 casi di MA istologicamente documentati. Oggi, a causa del progressivo invecchiamento della popolazione e del sempre più diffuso ricorso a procedure invasive, la malattia è molto più frequente, potendo raggiungere una incidenza, in grandi strutture ospedaliere, di 1 caso ogni 2 settimane. Le manifestazioni cliniche sono estremamente varie in quanto tutti gli organi e tessuti possono essere virtualmente interessati e possono frequentemente simulare altre patologie. Nel 50% dei casi si manifesta un quadro di insufficienza renale. Le lesioni extrarenali più comuni sono a carico della cute (sindrome dei piedi blu, *livedo reticularis*), del tratto gastrointestinale (melena, ischemia, diarrea), del SNC (infarto cerebrale, attacchi ischemici transitori, *amaurosis fugax*, stati confusionali). La triade, [evento scatenante (procedura invasiva), insufficienza renale e manifestazioni cutanee] rappresenta un importante elemento diagnostico, soprattutto se accompagnato da dati di laboratorio come ipereosinofilia ed elevazione degli indici di flogosi. Attualmente non esiste terapia in grado di modificare in maniera significativa la storia naturale della malattia. La principale raccomandazione è naturalmente la prevenzione, restringendo il più possibile le indicazioni angiografiche invasive in pazienti con malattia aterosclerotica se-

vera. Laddove necessario, valutare l'utilizzo di procedure diagnostiche quali l'angio-TC, l'angio-RMN per evitare i traumi meccanici indotti dal cateterismo. Inoltre, poiché l'intervallo tra procedura invasiva e i primi segni di embolismo può variare da 1 a 14 giorni, fino a circa 1 mese, è opportuno prolungare per questo periodo il monitoraggio del paziente a rischio, soprattutto se non più ospedalizzato.

Associazione di trombofilia congenita complessa, omocistinuria con sindrome marfanoide e rottura di aneurisma arteria splenica: case report

Ronga I, Ferrara L, Gallucci F, Guadagno L, Valentino U, Uomo G

UOSC Medicina Interna 3, Dipartimento di Medicina Polispecialistica, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

Premessa. Le sindromi trombofiliche congenite (polimorfismi *wild-type* ed eterozigoti, singoli o multipli) possono associarsi oltre che a fenomeni di trombosi massiva in distretti atipici, anche a condizioni morbose rare a carico di altri organi ed apparati.

Caso clinico. Paziente di sesso maschile, anni 29. In età giovanile diverse patologie fra cui criptorchidismo, piede piatto bilaterale, strabismo e grave miopia, insufficienza venosa periferica. Nel dicembre 2014 ricovero d'urgenza in seguito a dolore addominale ed anemizzazione; diagnosi di grossolana formazione aneurismatica dell'arteria splenica (6 cm) ed intervento di aneurismectomia e splenectomia. Dopo un mese riscontro eco di trombosi dell'asse spleno-portale; ricovero nella nostra UO. Il paziente presentava un abito marfanoide in assenza di danno valvolare cardiaco (eco). L'anamnesi familiare non mostrava patologie degne di nota. Un estensivo work up diagnostico metteva in evidenza la presenza di: normale cariotipo ed assenza di mutazioni del gene FBN1, iperomocisteinemia con omocistinuria, polimorfismo Leiden e HR2 del Fattore V, G20210A della Protrombina, V34L del Fattore XIII, C6767T e A1298C della MTHFR, 4G/5G del PAI-1, 1a/1b di HPA e 455G/A del β -Fibrinogeno. La TC addome confermava la presenza di trombosi massiva dell'asse spleno-porto-mesenterico e parziale del tronco portale, del ramo intraepatico anteriore destro e del ramo sinistro. Il paziente iniziava trattamento con warfarin e plurivitaminici. Nel *follow-up* a 12 mesi nessuna recidiva sindromica, immutata la estensione della trombosi venosa addominale e buona ripresa delle condizioni generali.

Iperpotassiemia "spuria"

Russo A¹, Ilardi A², D'Avino M², Grieco A¹, Rabitti PG²

¹UOC di Medicina Interna e Riabilitazione Cardiologica, AOU Federico II, Napoli; ²UOSC Medicina Interna, AORN A. Cardarelli, Napoli, Italy

Introduzione. Si definisce diselettrolitemia spuria quell'alterazione laboratoristica che non rispecchia la reale concentrazione plasmatica dello ione. I pazienti con questi disordini *apparenti* non mostrano segni e sintomi correlati e non necessitano evidentemente di alcun trattamento. Le alterazioni della potassiemia, in particolare, sono di frequente riscontro nel paziente ospedalizzato. La possibilità di sospettare ed individuare

una iperkalemia spuria può essere molto importante in termini di gestione complessiva del paziente e soprattutto di prevenzione del rischio - legato alla manipolazione farmacologica del catione, le cui concentrazioni sono strettamente embricate con l'attività dei tessuti elettricamente eccitabili.

Materiali e Metodi. Per individuare i disordini spuri della potassiemia, abbiamo selezionato, tra i pazienti ricoverati presso la nostra Unità Operativa di Medicina Interna 1 nel periodo Giugno-Settembre 2015, quelli che presentavano agli esami routinari d'ingresso un incremento dei valori kalemici (iperkalemia lieve-moderata, sec. l'European Resuscitation Council: $>5,5 <6,5$ mmol/L). Sono stati esclusi i pazienti con alterazioni elettrocardiografiche potenzialmente riconducibili all'iperkalemia (PR lungo, QRS slargato, T "a tenda"), con acidosi metabolica documentata, insufficienza renale grave o ingravescente e i pazienti sintomatici (fatica muscolare, nausea, palpitazioni). In totale sono stati selezionati 24 pazienti (10M/14F; età media=75,4). Sospesi i farmaci che influenzano l'handling del catione, è stata richiesta una seconda determinazione, evitando possibili interferenze pre-analitiche (prolungata applicazione del laccio emostatico, ripetute chiusure del pugno) e prevedendo l'invio al laboratorio del campione nel tempo massimo di 10 minuti.

Risultati. La potassiemia media all'ingresso era di 5,93 mmol/L e sostanzialmente sovrapponibile la concentrazione media del catione alla seconda determinazione (5,87 mmol/L). In 17 pazienti fu rilevata una differenza tra potassio sierico e potassio plasmatico $\leq 0,3$ mmol/L. In 4 casi, i valori kalemici, alla seconda determinazione, risultarono $\leq 5,5$ mmol/L. In due pazienti con trombocitemia severa (750.000 e 920.000/mm³) e in un paziente con sepsi e leucocitosi neutrofila (GB=38.000/mm³) la potassiemia si mantenne elevata in entrambe le determinazioni, con una differenza tra potassio sierico e potassio plasmatico $>0,3$ mmol/L. In totale, nel nostro campione, una ipokalemia spuria è stata individuata in 7 pazienti (29%).

Conclusioni. La valutazione della eziologia dei disturbi elettrolitici è considerata una tappa preliminare all'attivazione del trattamento specifico. Nel paziente critico, questo step non è sempre realizzabile ma, al di fuori di questo contesto, rappresenta un momento irrinunciabile, preceduto dalla verifica del risultato, in caso di discrepanza rispetto al contesto clinico. Ciò contribuirà ad evitare una gestione inadeguata con possibili ripercussioni sugli outcomes.

La spirometria in prima linea

Schiavo A¹, Casilli B¹, La Mura G², Renis M¹

¹UOC Medicina Interna, PO Cava de' Tirreni, AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno; ²Cardiologo, PO Scafati, ASL Salerno, Italy

Introduzione. La dispnea è uno dei sintomi meno specifici e più frequenti per cui le persone si recano al Pronto Soccorso; è presente in numerose patologie organiche ma anche in condizioni funzionali, come il disturbo di ansia o l'attacco di panico. Pertanto l'inquadramento diagnostico necessita di approfondimento anche strumentale. Il caso descritto rappresenta un esempio di ritardo diagnostico con conseguente mancato trattamento adeguato.

Caso clinico. I.A. maschio 66 anni, non tabagista, presenta

poliglobulia ed è in trattamento con ansiolitici; riferisce dispnea, spesso accessionale, da circa 30 anni per la quale è stato sottoposto numerose volte a valutazione cardiologica senza definizione diagnostica. Non è mai stato sottoposto a valutazione pneumologica. Giunge alla ns osservazione per esacerbazione della dispnea durante episodio febbrile; in PS viene praticata EGA che rivela grave insufficienza respiratoria tipo II. Ricoverato presso la ns UOC di Medicina, viene trattato con antibiotici e steroidi per venam, NIMV e ossigenoterapia, con miglioramento clinico e della funzione respiratoria.

Discussione. La spirometria praticata alla stabilizzazione clinica mostra grave deficit ventilatorio (FEV1/FVC <0.7 e FEV1 pre 35% del teorico) di tipo ostruttivo con iperinflazione ed *air-trapping* e significativa bronco-dinamicità secondo L.G. ERS/ATS. Risultano anche PRIST positivo e RAST diagnostico per Parietaria. Quindi viene diagnosticata asma bronchiale allergica di livello grave (GINA 2015) e consigliata terapia con dosi alte di ICS più LABA, tiotropio respimat e LTRA. Controllo dopo 30 giorni: persistenza dell'alterazione funzionale ostruttiva (FEV1/FVC <0.7) con recupero funzionale significativo (FEV1 del 67% e riduzione dell'*air trapping*), totale controllo dei sintomi, abbandono degli ansiolitici e miglioramento della poliglobulia.

Conclusioni. La dispnea va indagata in maniera completa proprio in relazione alla scarsa specificità del sintomo. La spirometria è un esame fondamentale, spesso principe, nella diagnosi differenziale. La classe medica è ancora poco sensibile su questo tema con conseguente frequente colpevole ritardo diagnostico.

La spirometria: non solo patologia ostruttiva

Schiavo A¹, Casilli B¹, La Mura L², La Mura G³, Renis M¹

¹UOC Medicina Interna, PO Cava de' Tirreni, AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno; ²Università di Napoli Federico II, Napoli; ³Cardiologo, ASL Salerno, Italy

Introduzione. La spirometria viene impiegata innanzitutto per la diagnosi e stadiazione delle malattie respiratorie primitive. Tuttavia il suo impiego può essere un ausilio significativo nella DD della dispnea a prescindere dalla causa. Il caso descritto ne rappresenta un esempio.

Caso clinico. V.A. maschio 69 anni, agricoltore, tabagista di 50 p/y, per dispnea pratica Rx e TC torace che evidenziano versamento pleurico bilaterale. Già in terapia con LABA/ICS per BPCO, persistendo la dispnea giunge alla nostra osservazione. Viene sottoposto a spirometria che evidenzia una disventilazione di tipo restrittivo (FEV1/FVC 100% con riduzione della volumetria dinamica). Si ipotizza una patologia non respiratoria con indirizzo dell'iter diagnostico verso lo scompenso cardiaco. Il successivo ecocardiogramma, insieme all'incremento del BNP, evidenzia cardiopatia dilatativa in fase di scompenso emodinamico. Pertanto il pz viene sottoposto a coronarografia con successiva angioplastica. Inoltre, persistendo la sintomatologia, viene sottoposto anche ad impianto di defibrillatore.

Discussione. Il paziente, in base all'anamnesi lavorativa e tabagica, era stato avviato a terapia per BPCO anche se in assenza di sintomi e segni funzionali specifici. La spirometria che abbiamo praticato ha, invece, evidenziato un deficit di tipo re-

strittivo che, integrato con l'imaging toracica, ha indotto ad ipotizzare una condizione di interesse cardiologico anziché respiratorio, mostrando un potere predittivo negativo verso la patologia respiratoria primitiva.

Conclusioni. La spirometria è un esame importante e spesso diagnostico e andrebbe praticata, per una corretta DD, in tutti i casi di dispnea in relazione alla scarsa specificità del sintomo. La classe medica è ancora poco sensibile su questo tema e non sfrutta appieno la grossa potenzialità di un esame semplice e poco costoso.

I fattori di rischio cardiovascolare: l'importanza del know-how infermieristico

Sepe C, Gallo MT

UOSC Cardiologia Riabilitativa, Dipartimento Medico Specialistico, Ospedale A. Cardarelli, Napoli, Italy

Premessa. Le malattie cardiovascolari costituiscono una tra le principali cause di morbilità e mortalità nei paesi del mondo occidentale ed in quelli in via di sviluppo. Gli studi osservazionali hanno consentito di identificare specifiche condizioni statisticamente correlate con patologie e/o stili di vita che si associano ad una aumentato rischio di malattia cardiovascolare: i cosiddetti "fattori di rischio cardiovascolare" (FRCV). I fattori di rischio sono da considerare pertanto non come agenti causali ma come indicatori di probabilità di comparsa di una malattia cardiovascolare: la presenza di uno di essi, e ancor di più la copresenza di più fattori di rischio legati fra loro, ne aumenta notevolmente il rischio di insorgenza e di sviluppo. La loro riduzione, pertanto, è di fondamentale importanza sia nel prevenire la comparsa della malattia (prevenzione primaria) che la sua recidiva (prevenzione secondaria). In uno studio effettuato presso le UO di Medicina e di Cardiologia Riabilitativa del Dipartimento Medico-Specialistico dell'AORN "A. Cardarelli" sulla consapevolezza del personale infermieristico circa l'importanza dei fattori di rischio cardiovascolare, è emersa una scarsa percezione o una conoscenza non adeguata degli stessi da parte degli infermieri. Da questa consapevolezza è nata la necessità di organizzare interventi formativi con le seguenti finalità: 1. presa di coscienza dell'importanza dei fattori di rischio cardiovascolare in senso prognostico da parte del personale infermieristico; 2. trasformazione delle conoscenze acquisite in capacità di organizzare interventi di counseling infermieristico per pazienti e parenti.

Materiali e Metodi. A ciascuna UO è stato affidato il compito di individuare un CPSI in grado di elaborare una presentazione di 20 slides su uno specifico FRCV nell'ambito di un evento formativo a valenza dipartimentale. Ciascun argomento sarà successivamente presentato in incontri periodici, a cadenza mensile, di counseling infermieristico rivolto ai pazienti e ai loro familiari.

Risultati. 1. Formazione infermieristica in merito all'importanza

della conoscenza dei FRCV. 2. Valenza dipartimentale dell'evento formativo con risvolti pratici riguardanti la condivisione e l'integrazione culturale del personale infermieristico circa aspetti essenziali della salute. 3. Educazione sanitaria effettuata da infermieri in termini di prevenzione cardiovascolare a favore degli utenti e loro parenti.

Causa rara di pancreatite acuta

Ventre I¹, Marchese F²

¹S.S. di Endocrinologia, UO di Medicina Interna; ²UO di Medicina Interna, AO G. Rummo, Benevento, Italy

Paziente di sesso maschile di anni 55, giungeva nel reparto di medicina Interna dal PS con diagnosi d'ingresso di pancreatite acuta. In anamnesi: · Cardiopatia ischemico-ipertensiva con IMA nel 2013 trattato con PTCA; · IRC. Terapia a domicilio: · Pariet; · Zamipril; · Duoplavin. Anamnesi patologica prossima: il paziente, nel riferire la sintomatologia dolorosa che lo aveva indotto a recarsi al PS, si soffermava sulla descrizione di segni e sintomi, la cui successione temporale risultarono fondamentali ai fini diagnostici: 1. Poliuria/polidipsia. 2. Dolore addominale. 3. Oliguria. All'esame obiettivo il paziente presentava segni di disidratazione e stato confusionale. Gli esami ematochimici mostravano: · Pancreatite acuta. · Ipercalcemia. All'EGA: acidosi mista, metabolica con acidemia ad AG normale ipercloremica e respiratoria. La diagnostica ecografica eseguita in urgenza mostrava vie biliari non dilatate, colecisti alitiasica e piccola cisti renale. Trattato con terapia antidolorifica e posizionato sondino nasogastrico veniva trasferito nel reparto di Medicina Interna. Reidratato con soluzione glucosata al 5% veniva somministrato acido zoledronico 1 fial in 150 cc sol isotonica+furosemide 1 fial im. Gli esami ematochimici mostravano una ipercalcemia da iperparatiroidismo primitivo, calcio 14.5 mg/dL PTH 208 pg/mL con creatinina di 2.6 mg/dL e fosfemia di 4.5 mg/dL, veniva pertanto richiesta una ecografica del collo che descriveva in loggia paratiroidea inferiore di sn una formazione ovalare di 2.7x1.5 cm, mista con orletto iperecogeno suggestiva di tessuto paratiroideo. Un successivo prelievo per PTH mostrava un valore di 781 pg/mL.

Conclusioni. L'esame ecografico, la storia clinica e la secrezione caotica del PTH deponevano per un iperparatiroidismo da adecocarcinoma paratiroide. Si escludeva MEN2A e per MEN1 mediante dosaggio delle catecolamine urinarie e calcitonina, il paziente veniva inviato al tavolo operatorio per essere sottoposto ad adenomectomia paratiroidea.

Considerazioni. La poliuria era la conseguenza del diabete insipido renale da ipercalcemia x inibizione recettoriale dell'ADH. La pancreatite da attivazione calcio mediata degli enzimi pancreatici. La genesi dell'acidosi metabolica era multifattoriale sia da pancreatite acuta che da iperparatiroidismo essendo il PTH responsabile del mancato riassorbimento tubulare prossimale dei bicarbonati. La secrezione caotica del PTH e l'aspetto ecografico erano suggestivi della natura maligna.

ABSTRACT BOOK - Indice dei nomi

- Ambrosca C 8
 Anastasio E 18
 Asti A 1, 19
 Auriemma A 5
 Avallone S 11
 Barba L 4, 19
 Basile C 2
 Bassi V 1, 19
 Biagi P 2
 Boni R 3
 Borgheresi P 4
 Borgia M 15
 Bruschini M 19
 Buono R 4, 10, 20
 Buonomo G 6
 Caccavallo S 3
 Cacciapuoti M, 4, 19
 Campanile A 16
 Cannavale A 5
 Capasso F 6, 12, 18
 Carbone S 8
 Carleo D 10
 Caruso G 5, 6
 Casilli B 24
 Catzola A 14
 Ciccarelli M 20
 Coluccino V 19
 Conte C 19
 Covetti G 18
 D'Alessandro A 1
 D'Alessandro G 1
 D'Ambrosio G 3
 D'Avino M 5, 6, 12, 18, 23
 d'Errico T 8, 13, 14
 De Campora P 7, 8
 De Donato MT 4, 20
 De Feo V 18
 De Ritis F 5
 De Ritis R 11
 de Simone R 3
 De Vecchi RM 4
 Delli Paoli V 5, 14
 Di Fraia S 15
 Di Micco P 7, 8
 Di Monda G 6, 12, 18
 Di Palo M 9
 Di Ronza G 9, 21
 Esposito S 19
 Fabbricatore D 20
 Farinaro V 15
 Ferrara L 4, 11, 17, 18, 20, 23
 Finelli R 20
 Fiorente F 5, 14
 Fiorillo E 16
 Fiscale M 9, 21
 Fonderico F 19
 Fontanella A 2, 7, 8, 9, 21
 Fontanella L 7, 8
 Franco R 19
 Gallo MT 25
 Gallucci F 2, 4, 10, 11, 17, 20, 23
 Gallucci S 17
 Gargiulo A 13, 14
 Gatti A 10
 Gente R 9
 Giannattasio R 19
 Giannotti R 20
 Giunta R 15
 Graviero G 19
 Grieco A 12, 23
 Guadagno L 11, 17, 23
 Guerriero F 5
 Iaccarino G 20
 Iannaci G 19
 Ianniello A 9
 Iannuzzi A 18, 22
 Iannuzzi R 5
 Iannuzzo M 9, 21
 Ilardi A 6, 11, 12, 18, 23
 Iovinella V 13
 Italiano G 8, 13, 14
 La Mura G 22, 24
 La Mura L 22, 24
 Laccetti M 14
 Landini G 2
 Licenziati MR 22
 Liguori M 3, 18
 Luiso V 15, 21
 Lupoli G 19
 Lupoli GA 4, 19
 Madonna P 15
 Maffettone A 8, 13, 15, 16
 Magliocca A 2, 11, 17
 Maiello F 19
 Maiolica O 15, 16
 Marano I 19
 Marchese F 25
 Marchiani C 15
 Maresca G 1
 Masone M 19
 Masotti L 2
 Mastrobuoni C 2, 11, 17
 Mayer MC 18
 Mea G 1
 Menditto E 5, 6
 Molinaro G 19
 Montella M 19
 Morella P 9
 Muscariello R 18
 Muscherà R 6, 12, 18, 23
 Nardi S 1
 Nuzzo V 1, 10, 15, 19
 Panico A 4, 19
 Panigada G 2
 Pannone B 14
 Parisi A 4, 10, 20
 Pascale AV 20
 Pascale V 4
 Pentella G 9, 21
 Perrone GF 1
 Poggiano MR 4, 19
 Ponticelli R 4
 Rabitti PG 3, 5, 6, 11, 12, 18, 23
 Raimondo M 13
 Ranucci RAN 15, 21
 Rendina D 18
 Renis M 22, 24
 Ricci E 23
 Rinaldi M 15, 16
 Ronga I 2, 10, 11, 17, 23
 Ruggiero R 1, 19
 Russo A 12, 18, 23
 Russo E 19
 Russo R 4, 10, 20
 Sacco M 9
 Salvatore V 22
 Sanguuolo R 7, 8
 Santinelli C 1
 Santoriello C 22
 Sapere P 19
 Scala D 6
 Schiavo A 22, 24
 Sepe C 25
 Sicuranza A 1, 19
 Silvestri N 2
 Solaro E 15
 Spiezia S 19
 Strazzullo P 18
 Suozzo R 3
 Tari M 5
 Tassinario S 8
 Tirelli P 1
 Tortora LA 19
 Tovecci F 19
 Troise R 19
 Uomo G 2, 4, 9, 10, 11, 17, 18, 20, 21, 23
 Ussano L 15, 16
 Valentino U 2, 11, 17, 23
 Varriale M 8
 Ventre I 25
 Verdiani V 2
 Verga C 22
 Viola D 19
 Visco V 20
 Visconti M 8, 13
 Zuccoli A 1, 15, 19

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 (7.5 cm) or 2 column widths (16 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 1800 words, abstract 150 words max, 15 references max, 1-2 tables and/or 3 figures max): A case report is a detailed narrative of symptoms, signs, diagnosis, treatments and follow-up of one or several patients. Cases that present a diagnostic, ethical or management challenge or highlight aspects of mechanisms of injury, pharmacology and histopathology or are accompanied by a literature review of the topic presented are deemed of particular educational value. The narrative should include a discussion of the rationale for any conclusion and any take-home message. Information on

the patient should be presented in the chronological order it has emerged in clinical practice. The evaluation will take into account the following aspects: Originality; Quality of the presentation; Correctness; Sustainability; Usefulness/relevance. They should be divided into: Abstract, Introduction, Case report(s), Discussion, Conclusions and References. For details please read the following Technical Note: <http://www.italjmed.org/ijm/article/viewFile/itjm.2014.535/498>

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 relation-

ship 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 registry, 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 uniforming, 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 4.0 License (CC BY-NC 4.0) 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

EDITORIAL STAFF

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

Selvaggia Stefanelli, Marketing Manager
marketing@pagepress.org

Claudia Castellano, Production Editor
Tiziano Taccini, 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

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.

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 2016.

Non-commercial use only

PAGEPress - Scientific Publications
Via G. Belli, 7 - 27100 Pavia - Italy
Phone +39 0382 1751762 - Fax +39 0382 1750481
www.pagepress.org