

senza occuparsi in parallelo di coloro che li assistono; vi sono anzi momenti, nell'evoluzione della malattia, in cui la cura di questi ultimi assume altrettanta importanza di quella del paziente. Belle e collaboratori hanno dimostrato che una serie di visite domiciliari della durata di 90 minuti durante le quali una persona opportunamente formata (non necessariamente un operatore sanitario, ma con istruzione almeno di scuola media superiore) valutava i bisogni dei caregiver per poi offrire loro aiuto in diverse aree (psicologica, cura di sé, sociale, comportamentale), secondo protocolli prestabiliti, era in grado di migliorare in modo significativo la loro qualità di vita.

La premessa a questa impostazione meno centrata sul modello medico-farmacologico si può ritrovare in uno studio recente (Willis 2006) sull'allenamento cognitivo dei soggetti anziani sani, non dementi.

E' stato dimostrato che una serie di dieci sem-

plici sessioni di stimolazione della memoria, del ragionamento induttivo e della velocità procedurale (ricerca e riconoscimento di oggetti), ha una influenza positiva durevole (fino a cinque anni dopo l'intervento) sulla conservazione delle attività strumentali della vita quotidiana (Instrumental Activities of Daily Living, IADL).

Anche se questi risultati saranno confermati, non è però detto che la strada per prevenire o rallentare la disabilità nella popolazione anziana si profili facile.

Il compito della medicina generale nell'ambito delle cure domiciliari agli anziani non autonomi sarà anzi sempre più impegnativo, dal momento che il medico di famiglia sarà individuato come disease manager e dalla sua capacità di programmare gli interventi sociali, clinici e riabilitativi dipenderà il procrastinamento del ricovero di questi assistiti in istituti per cronici. ■

## Bibliografia

Whitehouse P. The end of AD. Part 3. Alzheimer Dis Assoc Disord 2006; 20: 195.

Callahan CM et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care. JAMA 2006; 295: 2148.

Vickrey B et al. The effect of a disease management intervention on quality and outcome of dementia care. Ann Intern Med 2006; 145: 713.

Belle S et al. Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial group. Ann Intern Med 2006; 145: 727.

Willis SL et al. Long term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. JAMA 2006; 296: 2852.

## DISCUSSIONE ■

Ambulatorio del lettore

## Bifosfonati e necrosi mandibolare

Sono il medico della signora Antonia B. da ben venticinque anni; ora, però, la vedo raramente, perché è andata a vivere con la figlia in un'altra città, pur mantenendo me come curante. Ogni tanto mi chiama quando ha qualche acciaccio (ha 85 anni) e, per telefono, riusciamo sempre a risolvere le emergenze.

La sua unica malattia importante è un mieloma smouldering, cioè una via di mezzo tra la gammopatia monoclonale di significato indeterminato (MGUS) e il mieloma multiplo, per il quale è seguita dall'ematologo che, come unica terapia, le ha prescritto il bifosfonato in vena, per una localizzazione vertebrale con schiacciamento.

Un mese fa mi ha telefonato (il dentista era assente) per dirmi che in seguito all'estrazione della radice di un dente le era comparso dolore e gonfiore alla parte inferiore del volto. Io le ho suggerito di assumere un antibiotico per una settimana. Dopo 15 giorni mi ha richiamato: l'antibiotico era sembrato inizialmente efficace, ma, qualche giorno dopo la

sua sospensione, il dolore si era ripresentato. A questo punto mi è parsa opportuna una radiografia, con la quale farsi poi vedere da un dentista dell'ospedale. Quando Antonia, in occasione della visita dell'ematologo per la consueta infusione di zolendronato, gli ha portato la lastra, si è chiarito tutto: era stato proprio il bifosfonato a causare i suoi guai alla mandibola.

Solo allora mi sono ricordata l'articolo di Mauro Venegoni su *Occhio Clinico* dal titolo «Ritorna, coi bifosfonati nuovi, la vecchia necrosi dei fiammiferai» (2005; 6: 15) che trattava del rischio di necrosi mandibolare da bifosfonati, e che lo stesso argomento era stato ripreso da poco sia sulla stampa internazionale sia sul primo numero di *Reazioni*, il bollettino di farmacovigilanza dell'AIFA.

Eppure, non mi si era accesa la lampadina nel momento in cui capitava alla mia paziente! Anche per questo ho deciso di segnalare alla Rete nazionale di farmacovigilanza questo caso: rendere disponibili a tutti dati così importanti è uno strumento per rendere la propria esperienza utile anche agli altri. ■

**Marina Bosisio**  
Medicina Generale  
Monza