

Cardiologia

negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

MAGGIO • GIUGNO 2009 N° 169



Sped. in A.P. - Art. 2, comma 20, lettera b, Legge 662/96 - FILIALE DI FIRENZE - In caso di mancato recapito inviare all'ufficio di Firenze C.M.P. debitore del conto per la restituzione al mittente che s'impegna a pagare la relativa tariffa

AMICI DELL'ANMCO: ASTRAZENECA • BRISTOL - MYERS SQUIBB • BOEHRINGER
INGELHEIM • PFIZER ITALIA • SANOFI - AVENTIS • SERVIER ITALIA

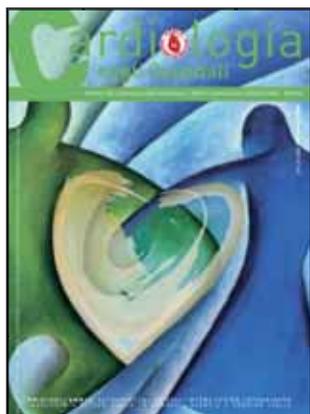


Blitz 4 Qualità

ADERENZA ALLE LINEE GUIDA NELLA GESTIONE
DELLE SINDROMI CORONARICHE ACUTE

4

C



In copertina rielaborazione grafica dell'opera di **Thayaht** Charleston 1929



N. 169 - maggio/giugno 2009
Rivista ufficiale dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor
Mario Chiatto

Co - Editor
Domenico Gabrielli

Comitato di Redazione
Francesco Maria Bovenzi,
Pasquale Caldarola,
Massimo Ugucioni

Redazione
Simonetta Ricci, Luana Di Fabrizio
E-mail: cardiologiaospedali@anmco.it

ANMCO
Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze
Tel. 055/51011 - Fax 055/5101350
segreteria@anmco.it
www.anmco.it

Direttore Responsabile
Gennaro Santoro

Aut. Trib. di Firenze n. 2381 del 27/11/74
Centro Servizi ANMCO srl

Stampa
Tipografia Il Bandino - Firenze
Progetto Grafico e Impaginazione
Studio V. Mirannalti

DAL PRESIDENTE

Il 40° Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO. Ricerca, innovazione e qualità delle cure
di Salvatore Pirelli

HCF RISPONDE

La sfida presentata al Quirinale
di Attilio Maseri

DAL SITO WEB

Un nuovo Sito WEB per la comunicazione tra i Cardiologi e tra il Cardiologo ed il Cittadino
di Alessandra Chinaglia

DAL CENTRO STUDI

IN - HF on line: la piattaforma ANMCO per gli Studi Osservazionali sullo Scompensamento Cardiaco
di Marco Gorini

DALLA FIC



Linee Guida ESC e Federazione Italiana di Cardiologia
di Giuseppe Di Pasquale

DALLE AREE



3 AREA CHIRURGICA 15

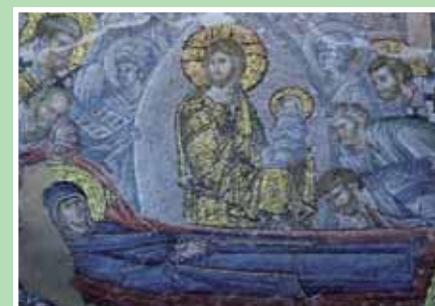
La valvola aortica bicuspid: un'alterazione innocente o un subdolo pericolo?
di C. F. Russo, A. Cannata, A. Moreo, L. Martinelli

7 AREA EMERGENZA - URGENZA 18

Il futuro delle UTIC e della Cardiologia
di Giuseppe Fradella

8 AREA INFORMATICA 21

Il perché del digitale nel Governo Clinico
di Guido Giordano



AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE 24

Il valore della "rete"
di Andrea Rubboli

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ 26

La risorsa umana con specifiche competenze cliniche come valore nella Sanità che cambia: ruolo dell'ANMCO
di E. Pasini, P. Caldarola, G. Fradella, M. Tubaro, S. Pirelli

AREA NURSING 28

Cardionursing 2009
di A. Fiorillo, L. Sabbadin, C. Caredda

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE 29

Verso la IV Conferenza Nazionale di Prevenzione: cosa si intende per alimentazione sana e come promuoverla?
di S. Urbinati e S. Giampaoli

AREA SCOMPENSO CARDIACO 32

Il Progetto Cardioreneale: una nuova sfida culturale per l'Area Scompensamento Cardiaco
di N. Aspromonte, F. Oliva, M. Senni

DALLE REGIONI

CALABRIA 35

Blitz 3 - Calabria. Confronto con i dati nazionali: luci, ombre, possibili ricadute e prospettive future
di Antonio Butera

FRIULI VENEZIA GIULIA 38

Incontri di Casistica Clinica: 2° meeting
di D. Miani e G. Fazio

LAZIO 41

Verso la Prima Consensus Conference Regionale sulla Gestione Clinica della Prevenzione Secondaria dopo Sindrome Coronarica Acuta
di F. Colivicchi e F. Menghini

MARCHE 50

Vivace attività culturale della Cardiologia marchigiana
di Roberto Accardi

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA 52

Terapia cellulare in Cardiologia: prospettive e difficoltà dell'applicazione clinica
di P. Scacciatella e S. Marra

PUGLIA 54



La Cardiologia ospedaliera pugliese. Il contributo dell'ANMCO
di Donato Messina

SICILIA 57

Il Congresso!
di Abele Ajello

VENETO 59

Prevenzione della Morte Improvvisa nello sportivo: confronto tra il modello italiano e quello USA
di Pietro Delise

CUORI ALLO SPECCHIO 62

Giuseppe Palazzo intervista Gaetano Siscaro



FORUM 64

Il punto sul "Testamento biologico" Colloquio con il Senatore Raffaele Calabrò
di Giovanni Gregorio

Cardiomiopatia Peripartum: 66

pensiamoci e parliamone
di B. D'Agata, G. Laerdieri, G. Sinagra

FORUM SINDACALE E ORGANIZZATIVO 69

CCNL 2006 - 2009 della Dirigenza Medica e Veterinaria
di Domenico Gabrielli

IL PARERE LEGALE 71

La regina delle prove: la perizia medico - legale
di Ornella Mafri

VIAGGIO INTORNO AL CUORE 73

Il cuore del regno
di Francesco M. Bovenzi



I Greci di Calabria
di Mario Chiatto

L'ANGOLO DELLE IMMAGINI 77

I limicoli: una ricchezza naturalistica nascosta
di Roberto Valle



I VERSI DEL CUORE 81

Neruda: il cantore malinconico della sensualità della vita
di Silvana Ruffolo



NECROLOGIO 84

In ricordo di Vincenzo Masini 1919 - 2009
di Eligio Piccolo



Il 40° Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO Ricerca, innovazione e qualità delle cure

Dal 4 al 7 giugno si celebrerà il 40° Congresso della nostra Associazione: si tratta dell'evento culturale più importante dell'anno, un momento di aggregazione e di confronto tra gli Associati, una vetrina per i giovani chiamati a presentare le loro esperienze più recenti e più originali e l'occasione per partecipare attivamente all'Assemblea che statutariamente è il terminale di tutte le risoluzioni approvate in Consiglio Direttivo e in Consiglio Nazionale. La preparazione del Congresso è una operazione complessa che deve mediare tra la necessità di una offerta larga che possa soddisfare le esigenze formative del maggior numero possibile di Associati e l'obiettivo di mantenere un livello scientifico elevato adeguato alla tradizione di una Associazione come la nostra. È altresì indispensabile cercare e sperimentare qualche modalità formativa diversa e più efficace in un'epoca in cui lo scambio di idee e di informazioni è straordinariamente celere. Abbiamo introdotto 4 Controversie su argomenti "caldi": il Test cardiopolmonare, la Sindrome di Brugada, la Fibrillazione Striale nel paziente con Scopenso Cardiaco, la ricerca della malattia coronaria con coro - tac. Questa modalità formativa, cara al sottoscritto, ha sempre dato risultati più che soddisfacenti in termini di partecipazione e di coin-

volgimento. Perché questo obiettivo venga raggiunto è necessario che i Relatori stimolino la discussione e la partecipazione attiva degli intervenuti. Abbiamo individuato 4 Trial pubblicati di recente - Syntax, GISSI AF, Beautiful, Poise - che meritano un approfondimento dal momento che possono condizionare le nostre scelte quotidiane sulla migliore modalità di rivascolarizzazione nei pazienti ischemici, sul tentativo di ridurre le recidive della fibrillazione atriale con un trattamento del substrato piuttosto che con la terapia antiaritmica, sulla efficacia dei nuovi trattamenti farmacologici in ambito di cardiopatia ischemica cronica, sulla gestione del paziente candidato a chirurgia non coronarica che rappresenta una tipologia di pazienti che siamo quotidianamente chiamati a gestire. Anche in questo caso ai Relatori il compito di sottolineare gli aspetti più "intriganti" del trial e di attivare una discussione ampia e articolata con i partecipanti. Abbiamo ripreso la idea di ripristinare la Sessione degli Highlight che consentirà di "rivedere" in 90 minuti gli aspetti più interessanti e più nuovi che sono emersi nei quattro giorni di lavoro: i Relatori individuati per svolgere questo compito "gravoso" sono sufficientemente esperti per assicurare un sicuro successo alla iniziativa. Come negli altri anni ci sono pervenute un buon numero di Comunica-



di Salvatore Pirelli

zioni che saranno presentate in una fascia oraria “privilegiata” nei giorni centrali del Congresso; alcune sono state inserite in Simposi e le migliori saranno premiate nel corso della Cerimonia Inaugurale, a testimoniare l’interesse e l’apprezzamento della Associazione per i giovani ricercatori che potranno vedere così valorizzato il loro impegno. In collaborazione con la Cardiologia accreditata e quella del territorio, con il GISE, AIAC e GICR abbiamo preparato 5 Simposi sullo scompenso acuto, sulla continuità assistenziale tra ospedale e territorio, sull’angioplastica coronarica, sulle problematiche relative ai pazienti con ICD e sulla fase postacuta e cronica della cardiopatia ischemica. La partecipazione attiva al Congresso di queste grandi Società cardiologiche è una testimonianza della volontà dell’ANMCO di continuare su una strada di collaborazione fattiva perché dell’impegno di tutti ha bisogno la Cardiologia italiana per continuare ad essere apprezzata e considerata nel mondo. Avremo anche 5 Simposi congiunti con ESC, Istituto Superiore di Sanità, AIPO, AMD, FADOI, per fare il punto sulla malattia coronarica nel paziente diabetico, sulla rilevanza delle comorbidità nel paziente con Scompenso Cardiaco, sulle nuove sfide in ambito di epidemiologia e prevenzione delle malattie cardiovascolari, sulle interrelazioni tra cuore e polmone, e sui messaggi più pregnanti fornite dalle Linee Guida della Società Europea di Cardiologia. Questi Simposi congiunti ribadiscono ancora una volta l’attenzione e l’apertura dell’ANMCO alle necessità di integrazione delle varie componenti

della filiera assistenziale, con l’obiettivo prioritario di rimettere il paziente al centro della attenzione per cercare di realizzare quella continuità assistenziale di cui spesso si parla, ma che è ben lungi dall’essere realizzata.

Con il Presidente della Federazione Italiana di Cardiologia e con il Presidente della Società Italiana di Cardiologia, abbiamo concordato di presentare in Sessione Plenaria i documenti elaborati da Commissioni Congiunte ANMCO - SIC che riguardano la profilassi della endocardite infettiva, le indicazioni alla sostituzione valvolare aortica per via percutanea, il nuovo imaging delle coronarie e l’impiego della biopsia endomiocardica. L’ANMCO continua dunque a dare il suo impegno leale e convinto alla Federazione Italiana di Cardiologia, perché da sempre il nostro impegno è e rimane quello di “accrescere conoscenza e cultura e di sviluppare collaborazioni proficue” al di là di distinzioni capziose, che al contrario si possono e si debbono superare riportando al centro dell’attenzione il paziente. Sono in programma 5 Main Session su argomenti di grande attualità: le sindromi coronariche acute, la tachicardia ventricolare sostenuta, lo Scompenso Cardiaco, gli Studi Clinici dell’ANMCO e la tradizionale Convention delle UTIC aperta a Medici ed Infermieri. In questo ambito saranno discussi i nuovi scenari epidemiologici delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica che necessariamente implicano scelte e adeguamenti importanti sul piano organizzativo e il ruolo delle UTIC senza emodinamica interventistica che non sono poche e per le quali è necessario un ripen-



CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA

Firenze - Fortezza da Basso 4-7 Giugno 2009

samento globale che non può non passare in primis per un adeguamento culturale particolarmente impegnativo e faticoso. Anche la problematica della certificazione del Cardiologo intensivista è un argomento di grande attualità in considerazione della già citata evoluzione della popolazione di pazienti che afferiscono alle UTIC, della complessità dei trattamenti e delle procedure che vengono attuate. A fronte di questi cambiamenti, tuttavia, la formazione del Cardiologo non prevede programmi educativi specifici. L'ANMCO da tempo ha affrontato questo problema sia nell'ambito congressuale sia avviando Corsi formativi residenziali con l'obiettivo non tanto di fornire in pochi giorni una preparazione dettagliata, approfondita e precisa, ma di familiarizzare e sensibilizzare i Cardiologi alla sua complessità. La possibilità di ottenere un "accreditamento" per il Cardiologo intensivista è un argomento di primo piano che è certamente utile affrontare nell'ambito del Congresso che è il momento più adeguato per scambiare idee, informazioni, progettualità. Si discuterà di Dipartimento Cardiologico e della posizione dell'ANMCO più volte ribadita: solo in un sistema dipartimentale d'organo si può realizzare "la più ampia integrazione specialistica in grado di razionalizzare le risorse, generare cultura, permettere la elaborazione e la implementazione di Linee Guida e di programmi di formazione in relazione ai bisogni". Mantenere il timone sulla centralità del Paziente, peraltro, non significa che non si debbano cercare e trovare soluzioni di maggiore efficienza organizzativa, come la contiguità delle

Unità di Terapia Intensiva Cardiologica con la Rianimazione ovvero quella della Riabilitazione cardiologica con la Riabilitazione generale o la condivisione delle nuove tecniche di imaging con i Radiologi. Sono previste una Live Session e una Movie Session con la presentazione di Casi Clinici di particolare interesse nel campo della malattia coronaria e della aritmologia in cui un panel di Esperti è chiamato ad esprimere un parere sugli snodi decisionali più rilevanti e 6 Minimizer sulla diagnostica delle protesi valvolari, in collaborazione con SIEC, sulle interazioni cuore - cervello, sull'elettrocardiografia, sull'embolia polmonare, sull'interventistica cardiovascolare, sulle cardiopatie congenite, in collaborazione con SICP. Questa ultima modalità "formativa" a numero chiuso, che consente una interazione piena tra docenti e discenti, è stata particolarmente apprezzata negli anni precedenti soprattutto dai più giovani perché consente una partecipazione attiva e uno scambio di opinioni particolarmente fruttuoso. Sarà il momento della presentazione e dell'avvio del Blitz 4 che è il nuovo progetto per la implementazione delle Linee Guida per la gestione delle sindromi coronariche acute nella fase intra e post ospedaliera. Si tratta di un progetto formativo che ha l'obiettivo ambizioso di incrementare i livelli di adesione alle Linee Guida per riuscire a ridurre la mortalità e la morbilità dei pazienti con Sindrome Coronarica Acuta. Ognuno dei circa 200 centri partecipanti "arruolerà" 20 pazienti con STEMI e 20 con NSTEMI e compilerà una CRF elettronica contenente gli indicatori necessari per l'analisi dello

standard del percorso diagnostico - terapeutico e l'esito clinico. Dopo questa fotografia iniziale ad ogni centro sarà fornita l'analisi dettagliata dei propri dati evidenziando il livello di adesione alle Linee Guida, sottolineando i punti deboli e suggerendo le modalità per superarli. Dopo il completamento della fase 2 il progetto prevede che venga effettuata una seconda rilevazione con un numero analogo di pazienti, che servirà a verificare l'impatto della iniziativa educativa sugli standard diagnostico - terapeutici e sugli outcome clinici. Il progetto è in fase avanzata di realizzazione e nel corso del Congresso è prevista una riunione iniziale di Medici ed Infermieri che sono interessati a questa progettualità. Ci siamo confrontati infine con il problema relativo al numero di Sessioni che si svolgono in contemporanea: per evitare che alcuni incontri, pur interessanti e di elevato valore scientifico fossero poco frequentati abbiamo ridotto da otto a sei le "aule" che lavorano insieme. Il Consiglio Direttivo ha profuso un grande impegno nella scelta dei temi e dei Relatori più esperti nei singoli campi di applicazione; siamo consci del fatto che certamente abbiamo potuto commettere qualche errore o qualche omissione, ma siamo convinti di avere operato per il bene e l'interesse della nostra Associazione. Un ringraziamento alle Aziende che hanno contribuito alla realizzazione del Congresso, e un grazie di cuore allo Staff segretariale dell'ANMCO, diretto in modo ineccepibile da Simona Saracco. Arrivederci a Firenze!



Consiglio Direttivo ANMCO

biennio 2008 - 2010

PRESIDENTE

SALVATORE PIRELLI

Direttore di Struttura complessa
U.O. di Cardiologia
Istituti Ospitalieri
Largo Priori, 1 - 26100 Cremona
Tel. 0372/405333
0372/405111 - 332 - 323
Fax 0372/433787
e-mail: pirelli.s@libero.it

PRESIDENTE DESIGNATO

MARINO SCHERILLO

Direttore di Struttura complessa
U.O. di Cardiologia - A.O. G. Rummo
Via dell'Angelo, 1 - 82100 Benevento
Tel. 0824/57679 - 0824/57580
Fax 0824/57679
e-mail: marino.scherillo@ao-rummo.it

PAST - PRESIDENT

FRANCESCO CHIARELLA

Direttore di Struttura complessa
U.O. di Cardiologia
Ospedale Santa Corona
Via XXV Aprile, 128
17027 Pietra Ligure (SV)
Tel. 019/6234471
Fax 019/6234483
e-mail: francesco.chiarella@ospedale-santacorona.it

VICE - PRESIDENTE

Attività Culturali

ZORAN OLIVARI

Direttore di Struttura complessa
Cardiologia Interventistica
Ospedale Ca' Foncello
P.zza Ospedale, 1 - 31100 Treviso
Tel. 0422/322776
Fax 0422/322662
e-mail: zolivari@ulss.tv.it

VICE - PRESIDENTE

Attività Organizzative e Gestionali

MATTEO CASSIN

Dirigente
U.O. di Cardiologia
A. O. S. Maria degli Angeli
Via Montereale, 24
33170 Pordenone
Tel. 0434/399277 - 438
Fax 0434/399197
e-mail: matteo.cassin@aopn.fvg.it

SEGRETARIO GENERALE

GIUSEPPE PALAZZO

Dirigente
U.O. di Cardiologia
UTIC e Semintensiva
Ospedale Cannizzaro
Via Messina, 821 - 95126 Catania
Tel. 095/7262563
Fax 095/7262588
e-mail: gipalace@yahoo.it

TESORIERE

GIAMPAOLO SCORCU

Dirigente
Struttura complessa di Cardiologia
A.O. G. Brotzu - S. Michele
Piazzale A. Ricchi, 1 - 09134 Cagliari
Tel. 070/539512 - 539515
Fax 070/531400
e-mail: giampaoloscorcu@aob.it

CONSIGLIERI

PASQUALE CALDAROLA

Dirigente
U.O. di Cardiologia - UTIC
Ospedale M. Sarcone
Via P. Fiore, 135 - 70038 Terlizzi (BA)
Tel. 080/3608344
Fax 080/3608343
e-mail: pascald@libero.it

MARIO CHIATTO

Dirigente
U.O.C. di Cardiologia
Presidio Ospedaliero Mariano Santo
Contrada Muoio Piccolo
87100 Cosenza
Tel. 0984/681763
Fax 0984/681720
e-mail: compama@libero.it

ALESSANDRA CHINAGLIA

Dirigente
U.O. di Cardiologia
Ospedale Maria Vittoria
Corso Tassoni, 44 - 10149 Torino
Tel. 011/4393315
Fax 011/4393465
e-mail: chinaglia@fastwebnet.it

DOMENICO GABRIELLI

Responsabile di Struttura semplice
U.O. di Cardiologia - AOUOR Presidio Cardiologico G.M. Lancisi
Via Conca, 71 - 60122 Ancona
Tel. 071/5965704
Fax 071/5965025
e-mail: d.gabrielli@ospedaliriuniti.marche.it, d.gabrielli@ao-umbertoprimo.marche.it

Dott. FRANCESCO MAZZUOLI

Dirigente
Cardiologia Generale 1
A.O.U. Careggi
Viale Morgagni, 85 - 50134 Firenze
Tel. 055/7947692
Fax 055/7947468
e-mail: mazzuolif@aou-careggi.toscana.it, francesco.mazzuoli@unifi.it

MASSIMO UGUCCIONI

Direttore di Struttura complessa
Cardiologia II - C.T.O.
Via San Nemesio, 28 - 00145 Roma
Tel. 06/51003741
Fax 06/51003806
e-mail: uguccioni.massimo@aslrmc.it

La sfida presentata al Quirinale

Una strategia di ricerca clinica innovativa per la personalizzazione delle cure cardiovascolari

Al Quirinale la Cardiologia italiana ha ricevuto il meritato riconoscimento ufficiale del successo di studi clinici iniziati, primi nel mondo, con il mitico GISSI 1. Ora la rete delle Cardiologie italiane coordinate dal Centro Studi ANMCO, si accinge ad affrontare, di nuovo prima al mondo, una nuova sfida per sviluppare la “personalizzazione delle cure cardiovascolari” con una nuova serie di studi: GISSI Outliers.

Perché?

Dobbiamo dare a tutti scarpe adatte alla loro calzata, piuttosto che una stessa misura per tutti, come facciamo ora, sulla base di osservazioni statistiche. La scoperta di nuovi specifici meccanismi di malattia può partire dall’osservazione clinica dei casi che più deviano dal comportamento clinico, atteso su base statistica, da parte dei Cardiologi curiosi. È su gruppi omogenei di questi casi che si focalizzerà poi la ricerca di base per scoprire nuovi meccanismi di vulnerabilità e di protezione che suggeriranno bersagli terapeutici innovativi.

È fondamentale, assieme alla ricerca statistica, promuovere il “rinascimento” della ricerca fisiopatologica.

HCF, con i cinque borsisti dedicati a questa impresa, con le Aree, con gruppi di esperti volontari e con i componenti del Comitato GISSI sta

già sviluppando due progetti di ricerca integrati che avranno ognuno vari sottoprogetti:

- analisi della relazione tra *fattori di rischio, aterosclerosi coronarica ed eventi ischemici* che si presentano come prima manifestazione clinica di cardiopatia coronarica;

- meccanismi ed evoluzione dello scompenso ventricolare sinistro idiopatico, sistolico e diastolico.

Sul Sito WEB dell’ANMCO è anche in corso di allestimento un protocollo per la segnalazione di Casi Clinici inusuali per discussioni collegiali e per costituire una banca di Casi Clinici che potranno fornire lo spunto per progetti specifici di ricerca eziopatologica.

HCF è in attesa di proposte di progetti originali di ricerca ed è lieta di esaminare suggerimenti sullo sviluppo dei progetti in gestazione:

lavorare insieme è più stimolante e più produttivo!

Questa sfida di una ricerca clinica innovativa può avere successo per la fortunata coincidenza di due fattori:

- la “curiosità italiana”;
- la solida organizzazione di ricerca clinica della rete del Centro Studi.



di Attilio Maseri

Un nuovo Sito WEB per la comunicazione tra i Cardiologi e tra il Cardiologo ed il Cittadino

di Alessandra Chinaglia

Nel 2008 il Consiglio Direttivo ANMCO, il Presidente della Fondazione “per il Tuo cuore” - HCF, Professor Attilio Maseri, e il Consiglio di Amministrazione hanno stabilito di procedere all’unificazione del Sito WEB ANMCO con i due Siti della Fondazione per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari. Non si tratta di una unificazione dettata da motivazioni tecniche o economiche, ma sottende un radicale cambiamento nella comunicazione: in passato la comunicazione con il Cardiologo e con gli altri Operatori Sanitari (Infermieri, Medici) era esclusiva dell’ANMCO, mentre la comunicazione con il Cittadino era totalmente delegata alla Fondazione. Attualmente il Sito unico vuole essere lo strumento con cui l’Associazione e la sua Fondazione dialogano con il Cardiologo, con gli altri Operatori Sanitari e con il Cittadino. Con questa finalità negli ultimi mesi del 2008 abbiamo rielaborato con la Commissione del Sito WEB ANMCO la struttura del portale, che pure era stato aggiornato nel giugno 2008, e la Sezione dedicata al Cittadino e nel gennaio 2009 siamo andati on line con il nuovo Sito: www.anmco.it. Abbiamo scelto di aprire il Sito con una pagina introduttiva, dedicata sia agli Operatori Sanitari che ai Cittadini, che contiene le notizie di principale interesse comune, dalla quale si accede con un click sia alla pagina dedicata all’Operatore Sanitario, caratterizzata dal colore rosso, che a quella dedicata ai Cittadini, caratterizzata dal colore verde. L’intestazione di ogni pagina del Sito contiene il logo dell’ANMCO e quello della Fondazione “per il Tuo cuore”

- HCF e questo costituisce un messaggio che ribadisce la stretta connessione che esiste tra l’Associazione e la sua Fondazione, messaggio comunicato ad ogni Cittadino così come ad ogni Cardiologo che entra nel Sito. I contenuti della Sezione dedicata al Cittadino sono stati rinnovati, con l’aggiunta di nuovi contributi a carattere divulgativo, ed è stata conservata rispetto ai Siti WEB precedenti la Rubrica “L’Esperto risponde” che consente al Cittadino di inviare una domanda e ricevere in tempi brevi la risposta da parte di un Cardiologo dell’ANMCO. Le risposte vengono man mano pubblicate e costituiscono un archivio consultabile. I Cardiologi che collaborano a questa Rubrica svolgono un servizio prezioso e utile non solo per il Cittadino che presenta un quesito, ma per l’intera comunità cardiologica in quanto consente visibilità alla Fondazione ed alla Associazione. Meritano pertanto gratitudine da parte di tutti noi per un lavoro poco appariscente ma di grande valore e soprattutto sarebbe auspicabile la collaborazione da parte di altri Colleghi per rendere l’impegno meno gravoso. La Sezione dedicata al Cardiologo si apre con una Home Page che contiene le ultime notizie e informazioni sull’Associazione. Le notizie vengono frequentemente rinnovate, quasi a rendere la Home Page la prima pagina di un giornale. Il pulsante “Accesso rapido” consente di trovare rapidamente le Sezioni più ricercate. La Sezione “Altre notizie” ci ha consentito di pubblicare in Home Page notizie di carattere locale o secondarie, che altrimenti difficilmente verrebbero visualizzate. Particolare

attenzione merita l’Area riservata “My ANMCO” che consente di visualizzare le informazioni relative ai propri dati, di iscriversi on line al Congresso e di pagare on line la quota associativa. La password deve essere richiesta e viene rilasciata al Socio in regola con la quota associativa; poiché la password che viene rilasciata è di difficile memorizzazione consigliamo di modificarla con una password più facilmente memorizzabile utilizzando il comando “Modifica password” che si trova sulla destra della Home Page. Nella Sezione dedicata al Cardiologo sono disponibili gli Atti dei Congressi Nazionali ANMCO: nel 2008 per migliorare l’offerta formativa abbiamo messo on line la presentazione di tutte le relazioni del Congresso Nazionale ANMCO 2008 con la contemporanea disponibilità della registrazione e delle diapositive. L’iniziativa ha riscosso successo e verrà ripetuta nel 2009. Nella Sezione dedicata al Cardiologo sono inoltre pubblicate le Linee Guida internazionali: la rassegna viene continuamente aggiornata ma l’invito a tutti i Soci è di segnalare eventuali mancanze. Recentemente per facilitare l’aggiornamento abbiamo anche segnalato in Home Page l’uscita delle ultime Linee Guida, con il link alla pagina. Inoltre sul Sito viene pubblicato il Piano Annuale Formativo con un continuo aggiornamento delle date degli eventi ed è prevista l’iscrizione on line ai corsi. Nella Sezione dedicata al Cardiologo vi è uno spazio dedicato alle singole Sezioni Regionali ANMCO che costituisce uno strumento di comunicazione per i Soci della regione; analogamente uno spazio è dedicato alle singole Aree. Le



Aree apportano al Sito un contributo fondamentale in termini di aggiornamento con iniziative che verranno ulteriormente ampliate con la costituzione di archivi, la presentazione di Casi Clinici e l'aggiornamento della letteratura, materiale a disposizione di tutti i Soci. Alcune tra le Regioni e le Aree hanno rinunciato ad un Sito proprio per rientrare in uno strumento comunicativo comune a tutta l'Associazione. Sapendo che in alcuni casi questo passaggio ha richiesto impegno e qualche rinuncia, esprimo a nome di tutti la gratitudine verso le Regioni e le Aree che hanno privilegiato l'uniformità e l'appartenenza all'Associazione rispetto alla totale autonomia. La presenza del Professor Maseri all'interno dell'Associazione come Presidente di HCF ci ha fatto riflettere sull'importanza di cambiare il nostro modo di fare ricerca partendo dall'osservazione clinica di casi che inspiegabilmente deviano dalla norma. Questo metodo può portare a scoprire le cause di queste deviazioni ed aprire nuove possibilità terapeutiche. L'osservazione e la discussione del Caso Clinico sono momenti di crescita e di formazione che utilizziamo quotidianamente, che possono essere condivisi con tutti i Cardiologi. Al momento abbiamo in cantiere la preparazione di un Archivio on line di Casi Clinici "inusuali", aperto alla consultazione da parte di tutti i Soci, da cui potranno essere dedotte eventuali analogie. La riuscita di questa strategia dipenderà ovviamente dalla disponibilità e dall'interesse da parte di tutti i Cardiologi a condividere i Casi Clinici osservati. Poiché la Cardiologia ospedaliera italiana ha dimostrato in molte

occasioni disponibilità e interesse per la condivisione proporremo con ottimismo questo Archivio on line. Il Sito WEB sta cercando di diventare uno strumento di comunicazione sempre più aperto e vissuto che possa riflettere e divulgare la ricchezza della nostra Associazione.

Un caloroso ringraziamento a coloro che collaborano alla realizzazione di questo obiettivo:

Lo Staff del Sito WEB ANMCO

Simonetta Ricci
Luana Di Fabrizio

La Commissione del Sito WEB ANMCO

Pasquale Caldarola
Guido Giordano
Francesco Mazzuoli
Alfredo Pizzuti
Roberto Ricci
Giampaolo Scorcu
Pier Luigi Temporelli
Stefano Urbinati

I Cardiologi de "L'Esperto risponde"

Abrignani Maurizio Giuseppe
Anniboletti Pierfabrizio
Antona Carlo
Bagliani Giuseppe
Buttafarro Alfredo
Caldarola Pasquale
Casolo Giancarlo
Castelli Gabriele
Clemenza Francesco
Cobelli Franco
Comella Alessandro
D'Agostino Carlo
D'Armini Andrea
Del Sindaco Donatella

Di Marco Stefano
Dispenziersi Claudio
Enea Iolanda
Frisinghelli Anna
Fundarò Pino
Genovesi Ebert Alberto
Ghezzi Francesca
Gregori Gianserafino
Kol Amir
Livi Ugolino
Lonati Andrea
Mafri Antonio
Martinelli Luigi
Matta Marilena
Mazzuoli Francesco
Menozzi Alberto
Miceli Domenico
Montesanti Rosamaria
Mortara Andrea
Murrone Adriano
Navazio Alessandro
Neri Gianfilippo
Oliva Fabrizio
Paloscia Leonardo
Pardini Alessandro
Patanè Leonardo
Patruno Nicolino
Peraldo Carlo
Pes Rosanna
Piovaccari Giancarlo
Pistono Massimo
Pitscheider Walter
Pizzorno Luigi
Pozzati Andrea
Pulignano Giovanni
Richiardi Elena
Rizza Antonio
Santoro Francesco
Scabbia Enrico
Trocino Giuseppe
Vaccari Diego
Vincenti Antonio
Vitali Ettore
Zonzin Pietro
Zoppo Franco

IN - HF on line: la piattaforma ANMCO per gli Studi Osservazionali sullo Scompensamento Cardiaco

IN - HF outcome la prima applicazione pratica

di Marco Gorini

La storia del Registro, dal 1995 al passaggio alla versione on line (2005) per arrivare fino ad oggi: prende corpo il progetto di utilizzare la piattaforma come strumento di raccolta dati omogeneo e standardizzato per gli Studi Osservazionali sullo Scompensamento, presenti (IN - HF outcome) e futuri

Sin dalla sua nascita, nell'ormai lontano 1995, il network IN - CHF (www.anmco.it/inCHF) aveva tra i suoi obiettivi quello di effettuare osservazioni su aspetti specifici della patologia Scompensamento Cardiaco Cronico, all'interno di quello che era un vero e proprio Osservatorio permanente. La prima esperienza in assoluto in questo senso fu proposta già all'interno della prima versione del SW "Scompensamento Cardiaco", per mezzo di una form denominata PRD1. La scheda doveva essere compilata una sola volta per ciascun paziente ed aveva come obiettivo quello di valutare la fattibilità, in termini di numerosità della popolazione, di uno studio randomizzato, da svolgere in collaborazione con la rete dei Veterans statunitensi (www.va.gov), sui pazienti con scompensamento: quello che poi avrebbe preso il nome di Studio Val - HeFT. Nel periodo aprile - settembre 1995 la form fu compilata per circa 1.000 pazienti da parte di 53 centri, lo Studio Val - HeFT prese il via ed i suoi risultati fanno ormai parte della letteratura internazionale sullo scompensamento (Cohn JN, Tognoni G for the Valsartan Heart Failure Trial Investigators. A randomized trial of the angiotensin - receptor blocker valsartan in chronic heart failure. *N Engl J Med* 2001;345:1667-75). Negli anni successivi IN - CHF si

diffuse sempre di più sul territorio nazionale, arrivando a superare nel novembre 2002 la barriera dei 20.000 pazienti, raccolti da oltre 200 centri cardiologici su tutto il territorio nazionale. Nel frattempo c'erano stati enormi progressi dal punto di vista della tecnologia, con la diffusione di Internet e della banda larga. Per questo già nella primavera del 2002 aveva preso corpo l'idea di trasformare il Network IN - CHF, che funzionava in modo asincrono con il programma installato presso i singoli centri ed aggiornamenti periodici verso il Database Nazionale, in una vera e propria rete sempre on line. Il Centro Studi e l'Area Scompensamento Cardiaco ANMCO, con l'accordo degli organi dirigenti di ANMCO e HCF, vararono il progetto IN - CHF on line (www.anmco.it/inCHF/online.html). Tra aprile e giugno 2005 tutti i centri del Network IN - CHF furono invitati al passaggio verso IN - CHF on line. Nel mese di agosto di quello stesso anno i primi centri passarono dalla modalità locale a quella on line; a questi ne seguirono altri nei mesi successivi fino ad arrivare ad un totale di 36 centri tra vecchi e nuovi, attivati sulla piattaforma on line, a fine 2006. Fino a quel momento il Database, quello locale e poi quello on line, era centrato sulla gestione dello scompensamento nella sua fase ambulatoriale, se pur con la possibi-

lità di raccogliere informazioni sugli eventi occorsi ai pazienti, ma sempre in forma estremamente sintetica. Certamente quello che mancava era la possibilità di raccogliere informazioni molto più dettagliate su quelli che erano i momenti centrali della malattia nel decorso clinico di questi pazienti, gli episodi di ricovero causati da un peggioramento dello scompenso, dunque giungere all'integrazione dei due database IN - CHF e Registro sullo Scompenso Acuto (www.anmco.it/aree/elenco/scompenso/ahf). Ancora un'evoluzione: da IN - CHF on line che sta per Italian Network on Congestive Heart Failure a IN - HF on line, cancellando dunque quel "Congestive", a testimonianza della volontà di raccogliere informazioni dettagliate in tutte le fasi della patologia scompenso. Questa evoluzione ha portato anche a muoversi verso un progetto ancora più ambizioso, quale quello di mettere a punto un osservatorio permanente che permettesse di raccogliere dati sulla patologia Scompenso in modo longitudinale, ma che al tempo stesso fosse semplicemente configurabile per permettere di effettuare osservazioni di aspetti peculiari della malattia, per un sottogruppo di centri e per un periodo limitato di tempo. La piattaforma avrebbe permesso, con estrema semplicità, di identificare i criteri di arruolamento in base ai qua-

li marcare certi pazienti piuttosto che altri, in ogni caso appartenenti al database generale, come appartenenti al gruppo che si intende osservare nello specifico progetto osservazionale. Così tra la fine del 2007 e l'inizio del 2008 ha preso il via la prima esperienza di questo tipo: il progetto IN - HF outcome (www.anmco.it/inchf/outcome) che prevede come strumento di raccolta dati IN - HF on line. Dunque tra i centri che raccolgono dati nel database IN - HF on line (Osservatorio Permanente), ce ne sono alcuni che hanno accettato l'invito a partecipare a IN - HF outcome, i dati per i pazienti sono raccolti ed inseriti una sola volta, nel caso in cui il centro partecipi anche ad IN - HF outcome il software verifica criteri di inclusione ed esclusione ed in caso di eleggibilità del paziente presenta una form al ricercatore con la proposta di arruolamento. All'interno del software è anche possibile gestire tutta una serie di aspetti logistico organizzativi propri dello studio, come l'elenco dei pazienti arruolati e la gestione delle visite di follow - up previste. Tutto questo, come detto, è già operativo per IN - HF outcome, ma potrà essere adattato ad un qualunque altro protocollo osservazionale sullo scompenso, che si prefigga come obiettivo quello di raccogliere dati prospettici su informazioni presenti all'interno di IN - HF

on line. Indubbi i vantaggi: abitudine all'utilizzo di uno stesso strumento di raccolta dati, continuità delle informazioni dei pazienti tra un progetto osservazionale e l'altro, abbattimento dei costi operativi perché il software utilizzato è sempre lo stesso, sia per la raccolta dati che per le operazioni di gestione dello studio, un continuo traino per il Database Generale IN - HF on line. IN - HF outcome concluderà la sua fase di arruolamento entro il 31 dicembre 2009 ed il follow - up entro la fine del 2010, nella speranza che un nuovo progetto possa prendere il via nella seconda metà del 2010. In tutto questo alcuni nomi meritano una citazione: il Professor Luigi Tavazzi, ispiratore e sostenitore del progetto IN - CHF fin dalla sua nascita, il Dott. Giuseppe Cacciatore, consulente continuo ed appassionato, oltre ai Comitati di Coordinamento dell'Area Scompenso Cardiaco che si sono succeduti in questi anni e hanno mantenuto vivo l'interesse nel progetto.

Linee Guida ESC e Federazione Italiana di Cardiologia



di Giuseppe Di Pasquale

La scelta tra la produzione autonoma di Linee Guida nazionali e l'adesione sistematica alle Linee Guida prodotte dalla European Society of Cardiology (ESC) è stata oggetto per anni di un vivace dibattito all'interno della comunità cardiologica italiana. La decisione della Federazione Italiana di Cardiologia (FIC) è stata quella di un'adozione delle Linee Guida periodicamente emanate dalla ESC della quale la FIC è membro autorevole, attraverso il loro endorsement e successiva traduzione in italiano con la pubblicazione nel Giornale Italiano di Cardiologia. Nello stesso tempo si è però ritenuto opportuno che, laddove necessario, l'operazione di traduzione delle Linee Guida della ESC fosse accompagnata da uno sforzo di contestualizzazione all'interno della realtà sanitaria nazionale. Questo viene realizzato attraverso due possibili modalità: commenti editoriali ad opera di esperti identificati dalla FIC, oppure produzione di Documenti di Consenso e Position Paper. Allo scopo di facilitare le interazioni con il "Committee for Practice Guidelines" (CPG) della ESC, la FIC ha identificato due Referenti nazionali (Gianfranco Mazzotta e Raffaele Bugiardini) con il compito di facilitare la comunicazione tra la ESC e la FIC. Il ruolo ed il reale coinvolgimento dei Referenti nazionali sollecitati dalla ESC è tuttavia ancora in fase di definizione. Un esempio della prima modalità di approccio è rappresentato da quanto è avvenuto per le Linee Guida europee della ESC e di altre Società Scientifiche sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica. Le Linee Guida intersocietarie europee propon-

gono la Carta SCORE come strumento per la valutazione del rischio cardiovascolare, mentre in Italia è stata adottata la Carta CUORE costruita su coorti italiane arruolate nell'ambito del Progetto CUORE dell'Istituto Superiore di Sanità. La pubblicazione della traduzione delle Linee Guida europee nel numero di gennaio 2008 del Giornale Italiano di Cardiologia è stata pertanto accompagnata da un commento editoriale ad opera di esperti italiani che hanno spiegato le motivazioni alla base della scelta di uno strumento per il calcolo del rischio cardiovascolare diverso da quello contenuto nelle Linee Guida europee per il resto del tutto condivise. Analogamente, per altre Linee Guida l'endorsement da parte della FIC e la loro traduzione con la pubblicazione nel Giornale Italiano di Cardiologia è stata accompagnata da commenti editoriali anche critici, come nel caso della definizione universale di infarto miocardico. Un esempio della seconda modalità, sicuramente più impegnativa, di contestualizzazione delle Linee Guida ESC all'interno della realtà sanitaria nazionale è costituita dai Documenti di Consenso e dai Position Paper. In occasione del Congresso Nazionale di Cardiologia ANMCO 2009 è stata diffusa la pubblicazione in un Supplemento del Giornale Italiano di Cardiologia di un Documento di Consenso sulle Sindromi Coronariche acute senza soprallivellamento del tratto ST. La Consensus è stata realizzata dalla FIC seguendo un percorso analogo a quanto attuato nel 2004 per la produzione del Documento di Consenso federativo sullo STEMI "Reti interspedaliere per l'emergenza

Il ponte sospeso di Portimao, Portogallo

coronarica” che si è dimostrato un ottimo strumento per l’implementazione nazionale e locale delle Linee Guida per la gestione in rete dell’infarto miocardico acuto. L’elaborazione del progetto è stata promossa dalla FIC con la partecipazione attiva delle sue Società federate ANMCO, SIC e SICI - GISE. I contenuti del Documento di Consenso rappresentano le conclusioni di un impegnativo lavoro che ha previsto una fase di preparazione ad opera di un Comitato Esecutivo costituito da esperti identificati da ANMCO, SIC e SICI - GISE, un importante momento di discussione e condivisione avvenuto in una Consensus Conference svoltasi a Bologna il 16 maggio 2008 con la partecipazione attiva di oltre 50 Discussant, la stesura di un elaborato da parte di un Writing Committee e la definitiva approvazione del Documento da parte della FIC. All’elaborazione del Documento hanno attivamente collaborato rappresentanti istituzionali dell’Istituto Superiore di Sanità e della Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.). Infine, nel momento in cui esiste un dibattito su un determinato argomento e mancano Linee Guida certe di riferimento nazionale, è necessario che la comunità cardiologica esprima un consenso ed una propria posizione. Il consenso avrà sicuramente un peso maggiore nel momento in cui sarà espressione unitaria dell’intera Cardiologia italiana e non di una singola parte, pur autorevole, delle sue componenti. È questo il motivo per il quale all’interno della FIC è stata condivisa l’opportunità di produrre Position Paper unitari, ferma restando la progettualità culturale autonoma di

ANMCO, SIC e delle altre Società cardiologiche federate. La metodologia di lavoro ha previsto in tutti i casi l’istituzione di una Commissione di esperti nominati dalla FIC, eventualmente in collaborazione con altre Società Scientifiche non cardiologiche, l’elaborazione di un Documento da parte delle Commissioni e la sua successiva pubblicazione sul Giornale Italiano di Cardiologia dopo aver ricevuto l’approvazione da parte del Consiglio Direttivo della FIC. Il primo di questi Position Paper riguarda l’argomento controverso della profilassi antibiotica dell’endocardite infettiva prodotto da un Gruppo di Lavoro congiunto costituito da esperti individuati dalla FIC e dalla Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT) in pubblicazione nel numero di giugno del Giornale Italiano di Cardiologia. Un Simposio FIC all’interno del Congresso ANMCO 2009 è stato dedicato alla presentazione dei Position Paper federativi in corso di pubblicazione o di completamento. In aggiunta a quello sulla profilassi antibiotica dell’endocardite infettiva saranno presentati nella loro versione finale i Position Paper sul nuovo imaging coronarico non invasivo, quello sulle procedure di sostituzione valvolare aortica percutanea o transapicale realizzato in collaborazione con la Società Italiana di Chirurgia Cardiaca (SICCH) e quello sulla biopsia endomiocardica promosso dall’Associazione per la Patologia Cardiovascolare Italiana (APCI) affiliata alla FIC. Il percorso sopradelineato, che è stato condiviso dopo ampia discussione all’interno della FIC, costituisce sicuramente un avanzamento importan-

te, ma non ha risolto completamente la problematica Linee Guida in Cardiologia. Se da parte di ANMCO e SIC è stata condivisa la decisione di non procedere più alla produzione di Linee Guida nazionali, alcune Società cardiologiche di settore negli ultimi anni hanno invece ritenuto opportuno impegnarsi nella produzione di Linee Guida nazionali che peraltro non si discostano sostanzialmente da quelle già pubblicate dalla ESC. È comprensibile che su un argomento scottante come quello delle Linee Guida possano coesistere posizioni differenziate all’interno della comunità cardiologica nazionale. È tuttavia verosimile che nel momento in cui le Società di settore nazionali aumenteranno le interazioni con i rispettivi Working Group e Association della ESC, il recepimento delle Linee Guida europee e la rinuncia a produrre Linee Guida italiane diventerà naturale. Esiste infine a livello istituzionale un piano nazionale Linee Guida che fa capo all’Age.Na.S., parallelo alla progettualità delle Società Scientifiche. Gli esperti nazionali cooptati a livello istituzionale non partecipano di solito in rappresentanza delle Società Scientifiche, ma a titolo personale. Questo ha portato nel passato all’emanazione di Linee Guida italiane “istituzionali” parallele a quelle riconosciute dalla FIC. Una proficua interazione tra la FIC e l’Age.Na.S., come è recentemente avvenuto per la produzione del Documento di Consenso FIC sulle sindromi coronariche acute senza sopraslivellamento del tratto ST, rappresenta la strada da percorrere per non disperdere preziose energie ed evitare l’edificazione di una nuova torre di Babele.



Comitati di Coordinamento Aree ANMCO 2009-2010

AREA ARITMIE

Chairman Massimo Zoni Berisso (Genova - Sestri Ponente)

Co - Chairman Maurizio Landolina (Pavia)

Comitato di Coordinamento

Massimo Grimaldi (Acquaviva delle Fonti - BA)

Giampiero Maglia (Catanzaro)

Claudio Pedrinazzi (Crema)

Gianluca Zingarini (Perugia)

www.anmco.it/aree/elenco/aritmie/

AREA CHIRURGICA

Chairman Luigi Martinelli (Milano)

Co - Chairman Pierluigi Stefàno (Firenze)

Comitato di Coordinamento

Mauro Cassese (Catanzaro)

Giuseppe Faggian (Verona)

Giovanni Marchetto (Cagliari)

Daniele Maselli (Roma)

www.anmco.it/aree/elenco/chirurgica/

AREA EMERGENZA - URGENZA

Chairman Giuseppe Fradella (Firenze)

Co - Chairman Maddalena Lettino (Pavia)

Comitato di Coordinamento

Roberto Ceravolo (Catanzaro)

Marco Milo (Trieste)

Alessandro Pani (Cagliari)

Paolo Trambaiolo (Roma)

www.anmco.it/aree/elenco/emergenza/

AREA INFORMATICA

Chairman Guido Giordano (Catania)

Co - Chairman Antonio Mantero (Milano)

Comitato di Coordinamento

Paolo Barbier (Milano)

Domenico Di Girolamo (Caserta)

Walter Pitscheider (Bolzano)

Alfredo Posteraro (Tivoli - RM)

www.anmco.it/aree/elenco/informatica/

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Chairman Andrea Rubboli (Bologna)

Co - Chairman Loris Roncon (Rovigo)

Comitato di Coordinamento

Ermanno Angelini (Brindisi)

Michele Azzarito (Roma)

Bianca Maria Fadin (Cremona)

Matteo Rugolotto (Treviso)

www.anmco.it/aree/elenco/circolo/

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Chairman Evasio Pasini (Lumezzane - BS)

Co - Chairman Daniela Pavan (San Vito al Tagliamento - PN)

Comitato di Coordinamento

Paolo Corsetti (Torino)

Gessica Italiani (Pescia - PT)

Vincenzo Lenti (Taranto)

Giacomo Levantesi (Vasto - CH)

www.anmco.it/aree/elenco/management/

AREA NURSING

Chairman Medico Vincenzo Martinelli (Tortona - AL)

Co - Chairman Medico Giuseppe Trocino (Monza - MI)

Chairman Infermiere Lucia Sabbadin (Trento)

Co - Chairman Infermiere Cristiana Caredda (Cagliari)

Comitato di Coordinamento

Gioia Cassoni (Roma)

Alfredo De Nardo (Vibo Valentia)

Paola Di Giulio (Milano)

Gaetano Satullo (Messina)

www.anmco.it/aree/elenco/nursing/

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Chairman Stefano Urbinati (Bologna)

Co - Chairman Pompilio Faggiano (Brescia)

Comitato di Coordinamento

Francesco Boncompagni (Cosenza)

Francesco Fattirolli (Firenze)

David Mocini (Roma)

Gian Piero Perna (Ancona)

www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione/

AREA SCOMPENSO CARDIACO

Chairman Michele Senni (Bergamo)

Co - Chairman Gianfranco Misuraca (Cosenza)

Comitato di Coordinamento

Mariantonietta Cicoira (Verona)

Giovanni Cioffi (Trento)

Paolo Midi (Genzano di Roma - RM)

Massimo Piepoli (Piacenza)

www.anmco.it/aree/elenco/scompenso/



La valvola aortica bicuspidica: un'alterazione innocente o un subdolo pericolo?

di C. F. Russo, A. Cannata, A. Moreo, L. Martinelli

La valvola aortica bicuspidica (BAV) rappresenta una delle più frequenti anomalie congenite ⁽¹⁾. Numerosi studi sono stati compiuti con lo scopo di identificare quale fosse la reale incidenza della bicuspidia nella popolazione generale. Se si sommano tra loro le bicuspidi che sono andate incontro a complicanze con quelle funzionalmente normali, la frequenza della bicuspidia aortica nella popolazione generale risulta essere circa del 2%. È ampiamente riconosciuta la tendenza della valvola aortica bicuspidica a sviluppare una patologia. Nel 1858 Peacock sottolineò come, in presenza di una valvola bicuspidica, fosse più facile osservare ispessimenti tissutali, calcificazioni, ostruzioni all'efflusso ventricolare. Solo negli ultimi vent'anni, però, si è data la giusta importanza a questo difetto congenito. L'associazione tra BAV e stenosi aortica, insufficienza aortica ed endocardite infettiva, è nota da tempo. Di più recente acquisizione è, invece, la relazione tra BAV congenita ed anomalie dell'aorta ascendente ^(2, 3, 4, 5, 6, 7). La stenosi aortica (SAo) risulta la complicanza più frequente nei pazienti portatori di BAV ⁽⁸⁾. È probabile che la stenosi sia legata allo stress meccanico dovuto al ripetuto contatto tra i due lembi valvolari durante il ciclo cardiaco; la calcificazione sembra interessare dapprima il lembo congiunto, in corrispondenza del rafe, e successivamente estendersi all'intera superficie valvolare. Sicuramente il fumo, alti livelli di LDL e colesterolo agiscono come fattori di rischio indipendenti per la stenosi e contribuiscono ad accelerare il

normale processo degenerativo legato all'età, sia per i pazienti con valvola aortica normale che per quelli con valvola bicuspidica. Tuttavia appare chiaro che esiste una differenza circa l'età di insorgenza della stenosi: nel primo gruppo, infatti, la SAo si osserva solo a partire dalla quinta decade, mentre nel gruppo delle bicuspidi, segni di calcificazione e degenerazione sclerotica sono visibili fin dalla seconda decade ⁽⁹⁾. Inoltre, anche se molti casi di stenosi aortica coinvolgono pazienti adulti, disfunzioni valvolari possono insorgere anche in età pediatrica. La valvola aortica bicuspidica è la causa dell'80 - 90% dei casi di stenosi valvolare in età pediatrica ⁽¹⁰⁾. Queste considerazioni potrebbero spiegare il fatto che i pazienti con stenosi secondaria a BAV necessitano di SVAo ben cinque anni prima rispetto a quelli con valvola tricuspide. Altra anomalia che segna la storia naturale della valvola aortica bicuspidica è l'insufficienza valvolare aortica (IAo). L'eziologia di questa condizione è più complessa di quanto visto per la stenosi aortica ⁽¹⁰⁾. Essa può presentarsi in forma isolata, come risultato del prolasso del più largo tra i due lembi valvolari, oppure in associazione ad altre anomalie come la coartazione aortica, l'endocardite infettiva, l'ectasia anuloaortica. Diversi lavori hanno valutato che l'incidenza dell'endocardite infettiva nei casi di bicuspidia è di gran lunga superiore rispetto alla popolazione normale. Tra il 10% e il 30% dei pazienti con BAV sviluppano un'endocardite nel corso della loro vita e il 25% del totale dei casi di endocardite si sviluppa su una valvola bicuspidica

⁽¹¹⁾; il tessuto della valvola bicuspidica sembra essere un substrato particolarmente favorevole allo sviluppo della patologia infettiva. Questa complicanza colpisce prevalentemente i bambini e i giovani adulti con BAV. Più recentemente, l'interesse si è rivolto alla associazione tra la BAV e le patologie dell'aorta ascendente ^(2, 3, 5). Diversi autori si sono posti il problema di chiarire se la dilatazione e la dissecazione dell'aorta ascendente fossero eventi indipendenti dalla patologia valvolare o fossero in qualche modo correlati alle anomalie di flusso generate da stenosi e insufficienza in pazienti con bicuspidia ^(2, 4, 5, 6, 7). In pazienti con BAV sono state descritte dimensioni dell'aorta ascendente notevolmente maggiori rispetto ad un gruppo di controllo con valvola tricuspide ed uguale grado di patologia valvolare ⁽¹²⁾. Un altro studio dimostra che, anche per valvole funzionalmente normali, il diametro dell'aorta ascendente è maggiore nel gruppo delle bicuspidi ⁽¹³⁾: in particolare appare che, mentre un disturbo di flusso sul piano valvolare tende a causare dilatazione distalmente alla giunzione sinotubulare, in assenza di alcun fattore di turbolenza di flusso (ipertensione, stenosi valvolare) la dilatazione coinvolge anche la giunzione sinotubulare. Anche la dissecazione dell'aorta è un evento più frequente nei portatori di BAV; in questi soggetti il rischio di dissecazione è fino a nove volte superiore rispetto a quelli con valvola aortica normale ^(6, 14, 15). Inoltre, la dissecazione acuta tende a manifestarsi più precocemente nei pazienti con bicuspidia ⁽¹⁶⁾. L'elevata

incidenza di patologia dell'aorta ascendente nei casi di BAV è riconducibile ad una intrinseca debolezza della parete aortica ⁽⁶⁾ ed in particolare all'associazione tra BAV e medio necrosi cistica dell'aorta ⁽⁴⁾. Questo potrebbe suggerire un difetto comune di sviluppo della valvola e della parte del vaso. Entrambe queste strutture, infatti, derivano dalle cellule neuroectodermiche della cresta neurale. De Sa e Colleghi hanno osservato che anche la procedura di Ross in pazienti con BAV risulta inefficace per via di una dilatazione della protesi e della parete aortica ⁽⁷⁾. Questo confermerebbe l'esistenza di un difetto congenito esteso a tutte le strutture che hanno origine dalle cellule della cresta neurale: il tronco aorto - polmonare e le valvole semilunari. Le affezioni dell'aorta ascendente associate nei casi di BAV non sembrerebbero pertanto correlate a turbolenze di flusso o a gradienti pressori elevati, ma ad un'intrinseca debolezza della parete del vaso. Le alterazioni della aorta ascendente in pazienti con BAV non sono sempre associate alla classica triade tipica della medionecrosi cistica: perdita di cellule muscolari lisce, frammentazione della fibre elastiche ed accumulo di sostanza basofila ⁽¹⁷⁾. Evidentemente l'espressione della debolezza di parete, nei casi di BAV, non è sempre riconducibile alla medionecrosi cistica conclamata. La possibile associazione tra BAV ed alterazioni della parete aortica riveste importanza relativamente al timing chirurgico per la sostituzione dell'aorta ascendente ⁽¹⁸⁾. In considerazione delle anomalie intrinseche della parete aortica associate con BAV,

nei casi di dilatazione dell'aorta ascendente è ampiamente giustificata un'indicazione chirurgica anticipata rispetto ai casi di valvola aortica tricuspide. Secondo alcuni autori, l'indicazione a sostituzione associata dell'aorta ascendente in pazienti con BAV deve essere posta già quando la dimensione del vaso risulti maggiore di 4.7 cm; più precocemente di quanto previsto in caso di valvola aortica tricuspide ⁽¹⁹⁾. Sulla base della nostra ed altrui esperienza, la presenza di BAV rappresenta, inoltre, un fattore di rischio altamente significativo per complicanze a carico dell'aorta ascendente dopo interventi di sostituzione della valvola aortica ^(20, 21). Ne consegue una indicazione a sostituzione dell'aorta ascendente durante interventi per patologia valvolare aortica anche per diametri notevolmente inferiori rispetto ai casi di valvola aortica tricuspide. La BAV non va tuttavia sempre incontro ad evoluzione sfavorevole; esistono infatti persone con valvola bicuspidale che non vanno incontro a nessuna complicanza nel corso della loro vita. Casi di bicuspidia normofunzionante dopo i 70 anni, o di valvole aortiche scoperte bicuspidali in sede autoptica, in pazienti deceduti per cause extracardiache sono di comune riscontro. Questo dimostra che le attuali conoscenze riguardo la storia naturale di questa malattia hanno ancora dei punti oscuri e risulta quindi impossibile predire con certezza quale tra le bicuspidali andrà incontro a stenosi, quale a insufficienza, quale a endocardite, quale ad aneurisma o a dissecazione dell'aorta ascendente e quale, invece, rimarrà emodinamicamente

stabile per tutta la vita. Allo scopo di individuare elementi predittivi di patologia dell'aorta ascendente nei casi di BAV, abbiamo recentemente condotto uno studio morfo - istologico su un gruppo di pazienti con BAV operati nel nostro per aneurisma dell'aorta ascendente. Sulla base dell'osservazione chirurgica, le configurazioni dei lembi sono state classificate in tre tipologie: fusione dei lembi coronario sinistro e destro (tipo A), fusione dei lembi coronario destro e non - coronarico (tipo B) e fusione dei lembi coronario sinistro e non - coronarico (tipo C) ⁽²²⁾. Le principali evidenze emerse dallo studio sono:

1. fusione dei lembi di tipo A è la più comune tipologia osservata nei pazienti di BAV seguita dai pazienti di fusione B;
2. la fusione di tipo A è associata ad un più grave grado di degenerazione della parete dell'aorta ascendente, anche in assenza di differenze significative con il gruppo di fusione di tipo B per quanto riguarda il diametro dell'aorta ascendente, di malattia BAV e prevalenza di ipertensione arteriosa; questo nonostante la media degli anni dei pazienti con fusione di tipo I fosse significativamente minore di quella dei pazienti con fusione di tipo II;
3. il grado di degenerazione della parete aortica è direttamente correlato al diametro dell'aorta ascendente. Nei pazienti con BAV e fusione di tipo A, l'associazione con un grado più severo di alterazione aortica sembrerebbe indicare sia la necessità di un follow - up più ravvicinato e sia l'indicazione alla sostituzione dell'aorta ascendente anche in presenza di diametri inferiori. Di maggior rilevan-



Thomas Eakins, *The Agnew Clinic*, 1889

za nella fusione tipo A, la presenza di più alterazioni istopatologiche severe in giovane età, oltre ad un grado di dilatazione aortica simile a quella di pazienti più anziani, suggeriscono la presenza di patologia aortica forse più maligna e ad andamento più rapido. Da queste osservazioni sottolineano l'utilità dello studio morfologico della BAV mediante ecocardiografica nel definire la storia naturale in soggetti con valvola aortica bicuspidale. Evidentemente, la bicuspidia aortica non è solamente una variabile morfologica della valvola aortica. Gli studi compiuti hanno dimostrato la tendenza a sviluppare patologie valvolari ed, ancora più subdolamente, aneurismi aortici e dissecazione acuta. Risulta, pertanto, fondamentale l'attuazione di studi di tipo epidemiologico, genetico, istologico e di storia naturale, in grado di completare le nostre conoscenze su una entità anatomica che viene progressivamente delineandosi come alterazione a carico di tutto il sistema cardiovascolare. In attesa dei risultati, resta di fondamentale importanza l'attento follow-up clinico - strumentale sulle base delle conoscenze fino ad ora acquisite per prevenire le gravi complicanze associate spesso alla bicuspidia aortica.

Bibliografia

- 1) Martin G Keane MD, S.E. Wingers MD, T. Plappert et al. Bicuspid aortic valve are associated with aortic dilatation out of proportion to coexistent valvular lesion. *Circulation* 2000 102 III /35
- 2) Hahn RT, Roman MJ, Mogtader AH Association of aortic dilatation with regurgitant stenotic and functionally normal bicuspid aortic valves. *J Am Coll Cardiol* 1992;19: 283-288
- 3) Nistri S, Sorbo MD, Martin M et al. Aortic root dilatation in young men with normally functioning bicuspid aortic valve. *Heart* 1999; 82: 19-22
- 4) Mc Kusick. Association of congenital bicuspid aortic valve and Erdheim's cystic medial necrosis. *Lancet* 1972; I 1026-1027
- 5) Parai JL, Masters RG et al. Aortic medial changes associated with bicuspid aortic valve: myth or reality? *Can J Cardiol* 1999 Nov; 15(1): 1233-1238
- 6) Hirst AE, Gore I. Is cystic medionecrosis the cause of dissecting aortic aneurysm? *Circulation* 1976; 53:915-916
- 7) De Sa, Moshkovitz Y, Butani J, David TE. Histological abnormalities of the ascending aorta and pulmonary trunk in patient with bicuspid aortic valve disease: clinical relevance to the Ross procedures *J Thoracic Cardiovascular surg* 1999; 118 (4) 588,594
- 8) Mills P. The natural history of a non-stenotic bicuspid aortic valve. *Br Heart J*. 1978 Sep;40(9):951-7.
- 9) Chan KL. Case-controlled study to assess risk factors for aortic stenosis in congenitally bicuspid aortic valve. *Am J Cardiol*. 2001 Sep 15;88(6):690-3.
- 10) Thiene G, Ho SY. Aortic root pathology and sudden death in youth: review of anatomical varieties. *App Pathol* 1986; 4(4): 237-245
- 11) Lamas CC. Bicuspid aortic valve - A silent danger: analysis of 50 cases of infective endocarditis. *Clin Infect Dis*. 2000 Feb;30(2):336-41
- 12) Kean et al Bicuspid aortic valve and aortic dilatation. *Circulation* 2000 Nov 7 III 35-III39
- 13) Burks JM, Ille RW et al. Ascending aneurysm and dissection in young adults with bicuspid aortic valve: implication for echocardiographic surveillance. *Clin Cardiol* 1998 Jun; 21 (6): 439-443
- 14) Schlatmann TJM, Becker AE. Pathogenesis of dissection aneurysm of aorta: comparative histopathologic study of significance of medical change. *Am J Cardiol* 1977; 39:21-26
- 15) Sutsch G, Jenni R von Segesser L et al. Predictability of aortic dissection as a function of aortic diameter. *Eur Heart J* 1991; 12:1247-1256
- 16) Larson EW, Edwards WD. Risk factors for aortic dissection: a necropsy study of 161 cases. *Am J Cardiol* 1984; 53:849-855
- 17) Sabet HY, Edwards WD, Daly RC. Congenitally bicuspid aortic valves: a surgical pathology study of 542 cases (1991 through 1996) and a literature review of 2,715 additional cases. *Mayo Clin Proc*. 1999 Jan;74(1):14-26.
- 18) ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2006;114:e84-231.
- 19) Ergin MA, Spielvogel D, Apaydin A. Surgical treatment of dilated ascending aorta: When and How? *Ann Thoracic Surg* 1998 Dec; 6(6): 629-634
- 20) Russo CF, Mazzetti S, Garatti A et al. Aortic complications after bicuspid aortic valve replacement: long-term results. Aortic complications after bicuspid aortic valve replacement: long-term results. *Ann Thorac Surg*. 2002;74:S1773-6; discussion S1792-9.
- 21) Borger MA, Preston M, Ivanov J, Fedak PW, Davierwala P, Armstrong S, David TE. Should the ascending aorta be replaced more frequently in patients with bicuspid aortic valve disease? *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2004;128:677-83.)
- 22) Russo CF, Cannata A, Lanfranconi M, et al. Is aortic wall degeneration related to bicuspid aortic valve anatomy in patients with valvular disease? *J Thorac Cardiovasc Surg* 2008;136:937-42

Il futuro delle UTIC e della Cardiologia

Una riflessione ed un approfondimento per poter affrontare e gestire questa delicata fase di transizione in modo attento e propositivo

di Giuseppe Fradella

Le UTIC sono sempre più in discussione e con loro la Cardiologia nella sua interezza

Formazione, utilizzo di nuovi device, rifiuto della frammentazione, visione unitaria e condivisa della Cardiologia sono gli strumenti per affrontare questa situazione

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad alcuni cambiamenti che hanno provocato una variazione rilevante della tipologia dei pazienti ricoverati in UTIC (pazienti più anziani, con più comorbidità, incremento delle SCA - NSTEMI, incremento della patologia non SCA, etc.), delle modalità di trattamento (PTCA primaria nello STEMI, utilizzo di nuovi device nel trattamento dello scompenso refrattario, etc.) e quindi di esito e di tempi di degenza. Contestualmente si sono verificati dei mutamenti di carattere organizzativo e gestionale, dettati dalle scelte dei decisori pubblici (ospedali sempre più per acuti, ospedali per intensità di cure). Queste due serie di eventi stanno portando ad una revisione del ruolo e della funzione delle UTIC, mettendo in dubbio la loro stessa esistenza. Questa revisione, attualmente in divenire, necessita, da parte di tutta la comunità cardiologica italiana, di una riflessione ed un approfondimento per poter affrontare e gestire questa delicata fase di transizione in modo attento e propositivo. Anche perché i cambiamenti attualmente proposti per le UTIC avranno un impatto rilevante sulle strutture cardiologiche nella loro complessità. Per meglio comprendere la situazione è utile riesaminare brevemente il significato che hanno avuto le UTIC e la situazione attuale della Cardiologia italiana. Le UTIC hanno rappresentato la diffusione capillare, in tutti o quasi gli ospedali, di una medicina specialistica di alto livello, elevando in

modo esponenziale il livello di assistenza ai pazienti cardiopatici. Un miglioramento ancora più importante quando si pensi al peso assoluto e relativo di morbilità e mortalità per malattie cardiovascolari. Dentro e intorno alle UTIC si è sviluppata una cultura cardiologica che oltre a rendere possibile un trattamento specialistico di alto profilo in ogni ospedale ha permesso il raggiungimento di traguardi scientifici e di ricerca di assoluto rilievo, quali gli Studi GISSI. Da questo si origina la centralità delle UTIC, "la sede unica e appropriata per la cura e la gestione del paziente colpito da sindromi coronariche acute e da tutte le emergenze cardiovascolari" ⁽¹⁾, vero nodo cruciale della rete assistenziale cardiologica, dove i cardiopatici che vanno incontro ad una instabilizzazione della loro malattia trovano il trattamento più appropriato, rapido, efficace ed efficiente. Le UTIC inoltre, proprio per la loro centralità, conservano un collegamento stretto ed inscindibile con tutti gli altri settori delle Unità Operative di Cardiologia, assicurando una continuità assistenziale intraospedaliera che rappresenta una garanzia per i pazienti. Le innovazioni proposte aprono scenari ancora incerti e non definiti. Ma è possibile anche la scomparsa delle UTIC, nell'accezione e nella strutturazione attuale, con il forte rischio di uno smembramento della Cardiologia nei vari livelli di intensità di cura: con le UTIC inglobate nelle aree sub - intensive o



Alcuni esempi dell'Astrattismo di Mark Rothko

Credo sia necessario affrontare un percorso di crescita culturale per essere sempre più in grado di operare all'interno delle moderne UTIC

Si dovrebbe dare avvio ad un dibattito per concordare la definizione ed il ruolo che noi Cardiologi riteniamo di dare per il futuro alle UTIC e, conseguentemente, alla Cardiologia

intensive (a seconda dei vari progetti regionali e del livello di intensività delle varie UTIC); con il rischio di vedere scomparire le UTIC spoke e, progressivamente, le Unità Operative di Cardiologia, a partire da quelle degli ospedali più piccoli e periferici, o quanto meno di assistere alla perdita della loro autonomia; con i Cardiologi destinati ad un ruolo di consulenti, di esecutori di prestazioni strumentali diagnostiche o terapeutiche, perdendo la gestione olistica e complessiva di ciascun caso, quindi del rapporto umano medico - paziente, in futuro mediato dall'utilizzo di uno strumento, un device, una macchina. La perdita di autonomia delle UTIC quindi prima o poi potrebbe avere delle ripercussioni rilevanti sulle U.O. di Cardiologia nella loro complessità. Ma, quel che è più importante, priverebbe i pazienti cardiopatici di una adeguata assistenza cardiologica in tutte le fasi della malattia, dalla impostazione diagnostica alla definizione e alla realizzazione di un percorso appropriato, con una rilevante difficoltà a trovare una continuità assistenziale non solo fra ospedale e territorio, ma anche all'interno dell'ospedale. Inoltre determinerebbe una centralizzazione dei pazienti in poche grandi strutture cardiologiche

a scapito di quella diffusione capillare che è stata la vera forza della Cardiologia italiana, con la perdita irreversibile del rapporto di fiducia che si è realizzato in questi anni fra i pazienti e le strutture cardiologiche periferiche, demotivando i Cardiologi di tali strutture e aumentando ulteriormente il già grave problema dei collegamenti fra ospedali. Ma quale dovrebbe essere l'atteggiamento più idoneo che dovrebbero tenere i Cardiologi in questo frangente? Innanzitutto credo sia necessario affrontare un percorso di crescita culturale per essere sempre più in grado di operare all'interno delle moderne UTIC e nel contesto di un ospedale per acuti, sia quando chiamati ad operare da soli, che quando è richiesta una collaborazione con gli altri professionisti dell'emergenza. In questa direzione si è sviluppato il progetto formativo dei Corsi di Clinical Competence per i Cardiologi delle UTIC messo a punto dall'Area Emergenza - Urgenza, che nel 2008 ha visto lo svolgimento dei primi Corsi. Un progetto finalizzato al miglioramento di conoscenze, competenze e abilità necessarie per il trattamento dei cardiopatici acuti. È intenzione dell'Area diffondere capillarmente questi Corsi e inserirli in un programma di accreditamento

individuale, da realizzare con la certificazione da parte di un Ente Terzo (come ad esempio la Società Europea di Cardiologia), con l'obiettivo di superare il limite dell'autoreferenzialità e di ottenere un ulteriore riconoscimento ufficiale ed istituzionale di alto profilo per i Cardiologi operanti nelle UTIC, per ribadire la necessità della creazione della figura di un Cardiologo - Intensivista, ma sempre all'interno di una Cardiologia unita e non frammentata. Di pari passo nelle UTIC si dovrebbe predisporre un upgrading delle dotazioni tecnologiche (apparecchi per IABP, ultrafiltrazione, ventilazione non invasiva ed invasiva) e della strumentazione informatica, come peraltro già proposto dalla Società Europea di Cardiologia⁽²⁾. Ma contestualmente si dovrebbe dare avvio ad un dibattito interno per concordare la definizione ed il ruolo che noi Cardiologi riteniamo più idonei per le UTIC del futuro e, conseguentemente, per la Cardiologia. Le soluzioni credo siano molteplici, diverse per le diverse realtà. Credo si possa ipotizzare, mutuandola dalla tipizzazione dei DEA, dei Laboratori di Elettrofisiologia e di altre strutture sanitarie, una classificazione delle UTIC in vari livelli (p.e. UTIC di I e II livello) in base alla criticità dei pazienti trattati, della intensività, della dotazione di strumentazione e di altre strutture presenti (Emodinamica interventistica, Cardiochirurgia, etc.). Immaginare quindi UTIC con un maggior grado di autonomia nella gestione anche dei pazienti più critici, e UTIC che gestiscono tali pazienti in collaborazione con altri professionisti dell'emergenza, sulla base di una

collaborazione stabile e condivisa. Credo sia possibile ridiscutere la dotazione di personale infermieristico e di supporto. Credo sia possibile ipotizzare strutture cardiologiche in cui il numero di letti per pazienti critici sia costante ma "modulabile", ovvero "ad assetto variabile" (rapporto letti intensivi - subintensivi 4 - 4 o 2 - 6 o altro ancora) a seconda delle necessità. In ogni caso è fondamentale e prioritario salvaguardare le UTIC, preferibilmente in un contesto "dipartimentale", insieme alle altre componenti della Cardiologia (sub-intensiva, degenza ordinaria, ambulatorio, emodinamica, elettrofisiologia, riabilitazione, etc.). È altresì cruciale e prioritario salvaguardare una presenza cardiologica continuativa in tutti gli ospedali, con autonomia assistenziale, organizzativa e strutturale. Nel momento in cui altri professionisti, come i medici dei DEA, ricevono il doveroso riconoscimento della loro professionalità e del loro lavoro, svolto in un contesto ufficialmente definito, attraverso l'attivazione della Scuola di Specializzazione in Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, mi sembrerebbe illogico che per la Cardiologia italiana cominci un percorso di ridimensionamento, pericoloso per i pazienti, oltre che ingeneroso per i Cardiologi. Quanto detto non vuole essere il frutto di una difesa corporativistica della categoria, che rifiutiamo decisamente, né una difesa dettata dalla passione per il nostro lavoro di tanti anni, che pur esiste e sarebbe illogico negare, ma deve essere l'espressione di una analisi approfondita, serena e razionale, di una conoscenza dettagliata delle realtà ospedaliere e dei

risultati ottenuti dall'assistenza dei Cardiologi ai cardiopatici, da una visione chiara dell'attuale, dalla consapevolezza del voler continuare a porre i pazienti al centro dei processi assistenziali. Cercando di non dimenticare l'importanza di ricercare anche la soddisfazione degli operatori. La conoscenza approfondita di quanto facciamo quotidianamente, delle competenze e delle abilità necessarie per svolgere il nostro lavoro, infine, dovrebbe rappresentare la base della formazione di un Cardiologo moderno, un syllabus da condividere con l'Università per l'aggiornamento e la ridefinizione dei programmi delle Scuole di Specializzazione in Cardiologia. L'Area Emergenza - Urgenza oltre a riproporre con forza questo tema, già trattato più volte anche su questa Rivista, oltre a impegnarsi nella realizzazione di progetti formativi per i Cardiologi UTIC, mette a disposizione di tutti i Cardiologi gli spazi dell'Area sul Sito dell'ANMCO per raccogliere i pareri e favorire la discussione ed il confronto di idee. Credo sia necessario il contributo di tutti per arrivare ad una posizione chiara, unitaria e condivisa, possibilmente da rendere pubblica e da proporre a tutti i livelli: ai decisori pubblici, alle Istituzioni, agli altri Medici ed alle altre Società Scientifiche.

Bibliografia

1. "Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia 2003", IHJ Nov. 2003 Vol.4, N. 1
2. Y. Hasin et Al, "Recommendations for the structure, organization, and operation of intensive cardiac care units" European Heart Journal 2005



Figura 1 - Mosaico nella Chiesa di San Salvatore in Chora a Istanbul, raffigurante Cristo e l'Assunzione della Vergine. Gesù tiene in braccio un bambino che simboleggia lo spirito della Madonna

I vantaggi della virtualizzazione dell'informazione clinica

Le tecnologie digitali offrono la straordinaria facoltà di eliminare il vincolo che lega i contenuti informativi con il supporto fisico che li veicola. Questo basilare principio costituisce le fondamenta del processo di infor-

mativi scompaiono dalla nostra vista pur rimanendo integri; essi assumono connotati virtuali ed occorre “cercarli” con la mente (Figura 1); possono nuovamente riemergere dal mondo virtuale per essere riprodotti su supporti fisici, al nostro comando. L'elettrocardiogramma è tradizionalmente concepito come una striscia di carta millimetrata su cui è riprodotto il

Il perché del digitale nel Governo Clinico

Virtualizzazione e linguaggi standard, le fondamenta dell'informatizzazione del Governo Clinico

di Guido Giordano

matizzazione del Governo Clinico. I contenuti informativi appartengono alle più svariate tipologie; ne sono esempi le notizie anamnestiche, la descrizione dei rilievi semeiologici, il diario clinico, gli studi diagnostici completi di iconografia e referto, l'elettrocardiogramma, le decisioni terapeutiche, etc. Sradicati dai legami con i supporti fisici, i contenuti infor-

segnale elettrocardiografico; quest'ultimo costituisce il contenuto informativo mentre la carta millimetrata ne rappresenta il veicolo. Occorre uno sforzo intellettuale per immaginare il segnale elettrocardiografico separato dalla carta che lo veicola. Per opera della tecnologia digitale, il segnale elettrocardiografico diviene “virtuale”, cioè tradotto in sequenze di numeri, digitalizzato. In questa forma



*Figura 2
La medesima registrazione
elettrocardiografica digita-
le può essere riprodotta in
molteplici formati.*

L'elettrocardiogramma digitale assume connotati virtuali, sfugge alla nostra vista, ma può essere riprodotto su un supporto fisico in molteplici formati

Così come una sequenza di lettere assume significato solo se articolata secondo un linguaggio noto, le sequenze di numeri prodotte dalla digitalizzazione dell'informazione clinica devono essere articolate secondo un linguaggio noto

sfugge alla nostra vista ma potrà essere nuovamente riprodotto su un supporto fisico, magari in forme molteplici. Per esempio potrà essere riprodotto secondo una differente taratura della scala in ampiezza, 0,5 mV/cm anziché la consueta 1 mV/cm, oppure secondo una differente taratura della scala dei tempi, 50 mm/sec anziché i tradizionali 25 mm/sec, oppure disponendo le derivazioni elettrocardiografiche secondo una diversa preferenza (Figura 2). Con la tecnologia tradizionale analogica, la modalità di rappresentazione grafica si sceglie prima di procedere alla registrazione e stampa, successivamente non può più essere modificata. I numeri non invecchiano, non scoloriscono, possono essere duplicati infinite volte senza perdere i connotati originali. Tradurre in numeri un tracciato elettrocardiografico, cioè digitalizzarlo, costituisce il presupposto per custodirne indefinitamente il contenuto, mantenerlo inalterato, distribuirlo, riprodurlo su supporti fisici innumerevoli volte, magari cambiandone le modalità di rappresentazione. Lo stesso processo di "virtualizzazione" o traduzione in numeri può essere realizzato per qualsiasi tipologia di contenuti clinici: immagini radiografiche, clip video ecocardiografiche o angiografiche, informazioni anamnestiche, dati di laboratorio, etc. La portata rivoluzionaria della tecnologia digitale in

medicina risiede in primo luogo in questa straordinaria potenzialità di rappresentare le più svariate forme di contenuti con un unico supporto virtuale. La pratica clinica richiede la gestione di grandi quantità e svariate tipologie d'informazioni; la tecnologia digitale offre la possibilità di gestire in modo integrale ed unitario tutte le informazioni necessarie. La conversione del contenuto in sequenze di numeri, cioè la digitalizzazione, costituisce la prima fase del processo di gestione informatica. Tuttavia non basta ancora per esprimere e veicolare i contenuti. Così come una sequenza di lettere assume significato solo se articolata secondo un linguaggio noto, la fase di digitalizzazione non è di per sé sufficiente per veicolare i contenuti ma occorre che i numeri, frutto del processo di digitalizzazione, siano articolati secondo un linguaggio noto.

Garanzie offerte da protocolli e linguaggi standard

I "linguaggi" ed i protocolli di comunicazione digitale sono svariati ma è fondamentale che siano standard e "non proprietari". L'apparecchiatura digitale impiegata, infatti, potrebbe essere stata concepita per "articolare" i contenuti informativi clinici secondo un linguaggio "proprietario", non di pubblico dominio. Ne conseguirebbe che l'accesso alle informazioni cliniche risulterebbe vincolato all'uso

Tabella 1

Principali organismi internazionali che promuovono l'adozione di standard nella Sanità	
IHE Integrating the Healthcare Enterprise	http://www.ihe.net
HL7 Health Level 7	http://www.hl7.org
DICOM Digital Imaging and Communications in Medicine	http://medical.nema.org

di strumenti di proprietà o da concessione di una specifica azienda. Importanti organismi internazionali, composti da esponenti dell'industria, di associazioni scientifiche, di organismi istituzionali, sovrintendono alla definizione e all'aggiornamento degli standard informatici per il Governo Clinico. Acronimi come IHE (Integrating the Healthcare Enterprise), HL7 (Health Level 7) e DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine) diverranno sempre più familiari nell'ambiente medico (Tabella 1). L'impiego di sistemi "proprietary" rappresenta il frutto di una comprensibile politica commerciale che tuttavia non privilegia gli interessi della collettività, ma talvolta è anche una condizione inevitabile per usufruire di tecnologie nuove, non ancora accettate nell'ambito degli standard. È pertanto fondamentale avere la consapevolezza ed accertarsi che il processo di informatizzazione proceda sempre garantendo l'accesso alle informazioni a chi compete e ne ha facoltà, secondo linguaggi e protocolli standard, senza vincoli "di proprietà

commerciale" e che la progettazione e la produzione degli strumenti, da impiegare per la gestione delle informazioni cliniche, sia il frutto di un sano sistema di libera concorrenza.

Implicazioni pratiche

Nel momento in cui richiediamo la fornitura di apparecchiature per indagini diagnostiche e ne stabiliamo le caratteristiche fondamentali, dovremmo pretendere che l'apparecchio sia dotato di architettura digitale, che sia in grado di "comunicare" con altre piattaforme digitali per trasferire la documentazione dell'intero studio e che sia pienamente conforme agli standard di comunicazione digitale. Ad esempio nel caso di un ecocardiografo o di un angiografo sarà opportuno richiedere che le apparecchiature siano perfettamente conformi allo standard DICOM, ormai ampiamente accettato come quello di riferimento; nel caso di un elettrocardiografo si potrà fare riferimento alla conformità DICOM - ecg, la cui introduzione è più recente e su cui converge un consenso sempre più ampio. Agli

esperti informatici che ci collaborano chiederemo la garanzia che in qualsiasi momento si possa sostituire gli applicativi informatici in uso con altri più evoluti e vantaggiosi, mantenendo integre, immodificate ed accessibili tutte le informazioni cliniche fino ad allora raccolte. Il rispetto di queste semplici regole consentirà lo sviluppo di un libero mercato, garantendo la comunicazione e lo scambio di informazioni cliniche, nel rispetto delle normative, pur utilizzando strumenti informatici di diversi produttori.

Per contattare l'autore:
guido.giordano@ecocardiografia.info

Il valore della “rete”

di Andrea Rubboli

Creare un collegamento tra i centri che gestiscono l'ipertensione polmonare e che praticano la tromboembolectomia percutanea

Considero valore

*Considero valore ogni forma di vita,
la neve, la fragola, la mosca. /
Considero valore il regno minerale, l'assemblea delle stelle. /
Considero valore il vino finché dura il pasto, un sorriso involontario, la stanchezza di chi non si è risparmiato, due vecchi che si amano. /
Considero valore quello che domani non varrà più niente, e quello che oggi vale ancora poco. /
Considero valore tutte le ferite. /
Considero valore risparmiare acqua, riparare un paio di scarpe, tacere in tempo, /
accorrere a un grido, chiedere permesso prima di sedersi, provare gratitudine senza ricordare di che. /
Considero valore sapere in una stanza dov'è il nord, qual è il nome del vento che sta asciugando il bucato. /
Considero valore il viaggio del vagabondo, la clausura della monaca, la pazienza del condannato, qualunque colpa sia. /
Considero valore l'uso del verbo amare e l'ipotesi che esista un creatore. /
Molti di questi valori non ho conosciuto.*

Erri de Luca
da “Opere sull'acqua e altre poesie”, 2002

Senza volere, né certamente potere, avvicinarsi al lirismo del poeta Erri de Luca nell'enumerare alcuni valori, sicuramente in larga parte dimenticati, del vivere insieme, è forte l'esigenza di puntualizzare l'importanza di un elemento fondante e caratterizzante l'attività dell'ANMCO, e conseguentemente delle Aree che di essa sono al tempo stesso l'emanazione ed il fondamento. Come ripetutamente sottolineato dalle personalità cardiologiche nazionali che hanno preso la parola al cospetto del Presidente della Repubblica durante la cerimonia del 13 febbraio scorso al Quirinale, la “rete” rappresenta la concezione e la metodologia di lavoro peculiare dell'ANMCO, la quale attraverso tale modalità operativa ha sconvolto, ovviamente in senso favorevole, la conduzione della ricerca clinica. L'esperienza ed i successi degli Studi GISSI hanno chiaramente evidenziato l'efficienza in termini sia clinici (miglioramento dell'outcome) che scientifici (raccolta ed analisi di ampie casistiche) della collaborazione secondo protocolli condivisi di molteplici Unità Operative di Cardiologia. La “rete”, o meglio ancora la sua traduzione anglosassone “network”, che esprime meglio il concetto di collegamento funzionale, rappresenta un patrimonio ed uno strumento formidabile per le attività e le finalità dell'ANMCO, ancora oggi pienamen-

te attuale dopo oltre venti anni dalle prime esperienze GISSI. E se la “rete” è determinante per l'ANMCO, allo stesso modo può e deve esserlo per le Aree che dell'ANMCO sono, insieme alle Sezioni regionali, lo strumento operativo. L'Area Malattie del Circolo Polmonare è la più giovane tra le Aree e soprattutto si trova a confrontarsi con patologie anch'esse in qualche modo giovani. Se infatti l'ipertensione e l'embolia polmonare sono ben note da lunghissima data, la loro “appropriazione” e gestione da parte della comunità cardiologica sono relativamente recenti. Lo sviluppo e la standardizzazione di modelli organizzativi, analoghi a quelli che nell'ultimo ventennio sono stati implementati per la cardiopatia ischemica acuta, appaiono pertanto ancora di là da venire. L'Area Malattie del Circolo Polmonare si propone quindi di ricreare anche per le affezioni di propria competenza un “network” operativo volto a cementare la collaborazione tra molteplici individualità e professionalità (peraltro non solo cardiologiche, ma anche pneumologiche, infettivologiche, reumatologiche, etc.) coinvolte nella diagnosi, nel trattamento e nel follow - up dell'ipertensione e dell'embolia polmonare.



La “rete” per l’ipertensione polmonare

Il successo dell’inchiesta INCIPIT (Incidenza di Ipertensione Polmonare In ulTrasonografia) cui hanno aderito 120 laboratori di ecocardiografia, ed i cui risultati parziali sono presentati al Congresso Nazionale 2009, ha corroborato la nostra convinzione del grande interesse nei confronti dell’ipertensione polmonare. Oltre a spingerci allo sviluppo dell’inchiesta INCIPIT - 2, con la quale verranno indagati specificamente i parametri ecocardiografici abitualmente valutati nello studio del ventricolo destro, tale interesse ci ha indotto a sviluppare un progetto volto a censire le strutture che sul territorio nazionale si occupano di ipertensione polmonare. A partire da tali dati, si potranno quindi interrogare i singoli centri per definirne le singole disponibilità di metodiche diagnostiche e presidi terapeutici. La gestione dell’ipertensione polmonare infatti, oltre a comportare il coinvolgimento di varie professionalità, si articola in varie fasi a complessità culturale ed organizzativa crescenti. Se infatti l’identificazione della malattia, che viene abitualmente ottenuta con l’esame ecocardiografico, può e deve essere appannaggio di qualsiasi centro, la conferma diagnostica con cateterismo destro e l’impostazione della più opportuna terapia farmacologica e/o non farmacologica vanno

riservate a centri di livello superiore. Potendo individuare i centri che si occupano di ipertensione polmonare, la loro distribuzione ed il loro livello di complessità operativa, sarà quindi, auspicabilmente, possibile creare un “network” in cui collaborino in modo complementare ed efficiente tante strutture di primo livello, alcune strutture di secondo livello e rare strutture di terzo livello.

La “rete” per la tromboembolectomia percutanea nell’embolia polmonare

Le metodiche di disostruzione meccanica per via percutanea di vari distretti circolatori rivestono oggi un ruolo fondamentale nel trattamento delle affezioni vascolari del versante arterioso. Molto meno sviluppata è la loro applicazione nel distretto venoso, ed in particolare alla tromboembolectomia polmonare viene attualmente riservato un ruolo sostanzialmente marginale essendone raccomandato l’impiego solo in terza battuta, e cioè quando la trombolisi sia controindicata od inefficace e quando la tromboembolectomia chirurgica in urgenza non sia applicabile. Il livello di raccomandazione delle attuali Linee Guida è però di grado IIb, a testimoniare cioè che mancano sostanzialmente dati solidi relativamente alla efficacia e sicurezza

della metodica. Tenendo ben presente che una mancata dimostrazione di efficacia (che è quella che noi abbiamo relativamente alla metodica) è ben altra cosa dalla dimostrazione di mancata efficacia, risulta sicuramente utile esplorare in modo sistematico e su numeri adeguati l’impatto della tromboembolectomia percutanea nell’embolia polmonare. Lungi dal proporre un uso indiscriminato, riteniamo però che fintanto che non verranno prodotti dei dati solidi reali ed oggettive potenzialità della metodica rimarranno ignote. L’individuazione dei centri che utilizzano la tromboembolectomia percutanea, del loro volume di attività e del loro outcome è sicuramente condizione primaria per poter creare un database comune ed ampio da cui ottenere informazione oggettive. Sulla scorta di tali informazioni, se positive, potrebbe essere quindi ipotizzabile lo sviluppo, già preconizzato e sostenuto da alcuni esperti, di un “network” per il trattamento dell’embolia polmonare secondo il modello “hub and spoke” che tante soddisfazioni ha dato e continua a dare nella gestione di una patologia quale l’infarto miocardico acuto, che non è affatto corretto considerare più grave dell’embolia polmonare.

La risorsa umana con specifiche competenze cliniche come valore nella Sanità che cambia: ruolo dell'ANMCO

di E. Pasini, P. Caldarola,
G. Fradella, M. Tubaro, S. Pirelli

È innegabile che la Sanità sta subendo importati, rapidi e radicali cambiamenti. Se ne deduce che le Società Scientifiche devono proporre nuovi modelli organizzativi e modelli allineati al passo con i tempi. Qualsiasi Sistema Organizzativo e di Accredimento Istituzionale o non Istituzionale identifica la risorsa umana come il caposaldo del Sistema per fare Qualità. Tuttavia il professionista, sia esso Medico che non Medico, che opera in area critica per la Qualità del Sistema ha un specifico ruolo (elenco ufficiale di persone facenti parte dell'organico di impresa) che consente una funzione (attività che la persona svolge in rapporto alla carica ricoperta) in base a specifiche competenze (capacità, qualità, conoscenze ed esperienza necessarie per fra bene qualcosa e ricoprire un ruolo). Da quanto detto in precedenza il possedere specifiche competenze è un "must" dei Sistemi Organizzativi. Se ne deduce che è la competenza che rende possibile la copertura di un specifico ruolo. Da qui le iniziative ANMCO in accordo con la Società Europea di Cardiologia che da tempo sta lavorando al progetto di identificare e stilare regole precise per l'acquisizione di specifiche competenze cliniche in ambito cardiologi-

co. Tale approccio è in fase di concretizzazione in alcune Unità Operative ANMCO in Toscana, Puglia, Calabria, Campania che hanno implementato di recente o stanno implementando un Sistema di Gestione riconosciuto sia dalle varie Regioni (in quanto esso soddisfa i criteri dell'accredimento Istituzionale) sia da Enti Terzi che hanno garantito il riconoscimento di tale Sistema anche a livello internazionale e contrattuale. In tali realtà la formazione del personale che opera su processi che influenzano la qualità del prodotto finale (inteso come qualità dell'iter diagnostico - terapeutico riabilitativo) è stata gestita con specifico sistema di governo che prevede:

- analisi del bisogno di specifica Competenza Clinica (CC) in base al ruolo che deve essere ricoperto;
- elenco attività mediche per conseguire riconoscimento della CC con riferimento bibliografico (nel sistema qualità detto: dati di origine esterna che nel nostro contesto dovrebbe essere identificato dalle Società Scientifiche inclusa ANMCO);
- numero minimo attività svolte per ottenere la CC e modalità di acquisizione (previste in teorico e pratico; le attività pratiche dovrebbero prevedere attività svolte come II operatore

di Tutor esperto e quelle svolte da I operatore sotto il controllo del Tutor che abilita in seguito il discente alla CC corrispondente);

- documenti di registrazione (es: file personali, registri operatori, altro nel quale si evince con le date e le firme le attività svolte);
- identificazione e definizione con responsabilità di gestione delle criticità del processo di acquisizione delle CC;
- soddisfazione ed interfaccia con co-genze quali ECM (il Tutor e il discente maturano punti ECM in quanto l'attività è inserita in un programma di formazione aziendale sul campo), ISO, Joint Commission, Governo Clinico, Rischio Clinico, nuova regolamentazione scuole di specialità con ospedali di insegnamento;
- criteri per definire il mantenimento della CC.

Tale approccio è in linea con le riorganizzazione delle scuole di specialità in base a quanto riportato nelle Norme di riferimento: DL del 1/08/2005 (GU n° 258 del 5/11/2005. Suppl. Ordinario n° 176) ed il DL n 29 del marzo 2006 (GU n° 105 del 08/05/2006 Suppl. Ordinario n° 115). Questa organizzazione è l'attuazione italiana alla direttiva CEE 93/16 del 5 aprile 1993 in materia di libera circolazione nella CEE dei Medici ed il reciproco

riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli che prevede l'acquisizione di competenze comuni in accordo con quanto identificato dalla Società Europea di Cardiologia. La finalità di questa riorganizzazione è stata quella di razionalizzare le strutture organizzative e didattiche con lo scopo di far conseguire allo specializzando piena autonomia e capacità professionale fondata su una solida base scientifica teorica e pratica. A tal fine oltre 2/3 delle attività previste sono di attività pratiche professionalizzanti. Per garantire tale attività formativa le Scuole di Specialità, pur afferendo alla Facoltà di Medica e Chirurgia, possono essere integrate in una rete formativa sia di strutture universitarie che extra - universitarie (ospedali pubblici o privati, IRCCS) che possono essere anche definite Ospedali di Insegnamento. L'attività didattica prevede specifiche figure: i Tutors. Di fatto, l'attività tutoriale è affidata sia a docenti universitari sia a docenti affiliati operanti in strutture extra - universitarie ma inserite nella rete della scuola. Condizione importante per essere inseriti nella rete didattica è dimostrare che si posseggono specifici requisiti e che esiste un Sistema Organizzativo.

Da quanto detto in precedenza si

deduce che l'approccio previsto dall'ANMCO sulla gestione delle CC soddisfa:

- 1) i criteri di accreditamento regionale;
- 2) gli standard internazionali previsti per i sistemi qualità;
- 3) le nuove norme per l'ottenimento della specialità in Cardiologia e la possibilità di divenire Ospedali di Insegnamento;
- 4) quanto previsto dalla Società Europea di Cardiologia.

In aggiunta, esso offre all'ANMCO la possibilità di identificare i criteri, formare (=educare, addestrare intellettualmente e moralmente) e riconoscere le competenze del personale medico e non medico che gestisce e cura le patologie cardiologiche in una nuova forma di sviluppo professionale continuo (o ECM) pratico e collegato alla realtà professionale del professionista. Tale gestione ottimizzata della risorsa umana è indispensabile per ottenere risultati dei processi di cura di miglior qualità. Del resto è ormai noto che sono le persone con le loro competenze, professionalità ed entusiasmi (e non la carta, i documenti, i bollini) che fanno la qualità delle cure.

Cardionursing 2009

di A. Fiorillo, L. Sabbadin, C. Caredda

Quando questo articolo verrà letto saranno in corso i lavori del Cardionursing 2009, che inserito nel panorama più ampio del 40° Congresso Nazionale ANMCO, rappresenta un momento topico di incontro e confronto, in un'Associazione costantemente in crescita e proiettata al progresso e al dinamismo, che guarda al futuro, avendo memoria del passato e non dimenticando mai l'imperativo del presente! Articolato quest'anno su tre giornate comprese tra il 5 e il 7 giugno, il Cardionursing cercherà di portare un contributo attivo in termini di formazione e informazione, proponendosi di rispondere in maniera adeguata alle diverse richieste provenienti da un'area competente sempre più esigente in termini formativi. Un programma ricco di eventi dedicati al confronto sulle principali tematiche di interesse infermieristico e all'analisi delle prospettive future della professione: Simposi, Seminari, How - To e Tavole Rotonde, tutti accomunati dall'unico obiettivo di accrescimento della competenza degli Operatori. La costruzione del Cardionursing quest'anno è stata guidata dalle numerose proposte pervenute all'Area Nursing dai Colleghi e dai Medici delle Cardiologie italiane. Un riferimento costante sono stati i risultati del 1° Censimento Nazionale Infermieristico delle UTIC che ha evidenziato una serie di problematiche di natura organizzativa, gestionale e professionale sulle quali riteniamo di riaprire un dibattito ed un confronto. Alcuni eventi sono stati progettati in collaborazione con altre Aree (in particolare: Aritmie e Prevenzione Cardiovascolare) e con altre Società Scientifiche

(GICR, GISE, Gruppo Infermieristico AIAC), che ci hanno consentito di proporre tematiche emergenti attente alle novità ed ai cambiamenti specifici in atto. Il Censimento pertanto costituisce la cornice del Cardionursing, all'interno della quale ci si interrogherà sui modelli organizzativi più idonei a dare risposte ai bisogni di salute dei pazienti cardiopatici. Saranno proposti dibattiti e riflessioni sulle nuove competenze richieste nei contesti nei quali la componente tecnologica diventa preponderante. A questo proposito vi saranno interessanti confronti fra Tecnici, Terapisti, Medici ed Infermieri per proporre la condivisione di modelli integrati di approccio diagnostico assistenziale. Riteniamo questo un momento molto importante, in funzione di una condivisione di competenze ed esperienza che favorisca un arricchimento per i diversi professionisti e produca come risultato finale un aumento dell'efficacia ed efficienza dell'assistenza erogata. Con il riferimento dei dati del Censimento ed in relazione ai cambiamenti della Sanità a livello nazionale ed internazionale, l'Area Nursing propone quest'anno un programma vario ed articolato che prende in considerazione diversi temi: la ridefinizione del concetto di salute e malattia, il progredire delle innovazioni scientifiche e tecnologiche, il progressivo invecchiamento della popolazione con tutti i fattori ad esso correlati, la valutazione del rischio, il trattamento del paziente con SCA, gli interventi ospedale - territorio nei pazienti con scompenso cardiaco, le nuove prospettive assistenziali nei laboratori di aritmologia ed un

evento formativo specifico dedicato alla Fibrillazione Atriale. L'incontro con l'esperto sulle problematiche medico legali legate alla professione e il Seminario GISE arricchiscono i temi in discussione, dando un valore aggiunto alla possibilità di confronto a vari livelli e tra diverse regioni sulle nuove procedure, in un settore così importante come quello della responsabilità professionale e l'emodinamica. Anche quest'anno sono quattro i Mini - Master che rappresenteranno un'occasione di formazione altamente specialistica insieme alle numerose Comunicazioni e Poster provenienti da varie regioni. Va sottolineata l'Assemblea degli Iscritti all'Area prevista per il giorno 6 giugno (ore 14.00 - 15.30) che si propone come momento privilegiato di condivisione di logiche, programmi ed iniziative che caratterizzeranno l'impegno di questo biennio così importante ed innovativo. È un momento molto importante per l'Area ed abbiamo bisogno della massima partecipazione di tutti. Insomma il lavoro è stato grande, ma l'imponente partecipazione ci sprona a continuare sulla strada intrapresa con la consapevolezza che con il contributo di tutti, si possa riuscire a fare sempre di più e meglio! E domani sarà tempo di bilanci per l'Area Nursing... Bilanci che ci auguriamo essere positivi, in quanto concretizzano e ricompensano per il lavoro svolto. Un lavoro che non si conclude mai, che ricomincia sempre non appena i riflettori sul Cardionursing sono spenti, arricchito però tutte le volte da nuove idee e da sempre più forti motivazioni. Allora benvenuti a Firenze!



Verso la IV Conferenza Nazionale di Prevenzione: cosa si intende per alimentazione sana e come promuoverla?

di S. Urbinati e S. Giampaoli

In previsione della IV Conferenza Nazionale di Prevenzione dal titolo “Prevenzione, Aderenza e Comunicazione”, che verrà organizzata dall’ANMCO e dall’Istituto Superiore di Sanità nell’aprile 2010, saranno programmate una serie di riunioni finalizzate a mettere a fuoco alcuni temi - chiave come la promozione di un’alimentazione sana e dell’esercizio fisico, ridurre l’abitudine al fumo e sollecitare il mondo medico ad una maggiore attenzione sull’aderenza alla terapia farmacologica.

Cosa si intende per alimentazione sana

Il messaggio sul tipo di alimentazione da promuovere dovrebbe essere il più possibile omogeneo e quindi è importante che venga definito quale sia il modello di alimentazione a cui facciamo riferimento. A livello di terminologia Simona Giampaoli propone che venga usato il vocabolo “alimentazione” piuttosto che “dieta”, che per la popolazione ha un significato prescrittivo, e inoltre “sana” piuttosto che “corretta”. Su quest’ultimo punto Donato Greco propone come alternativa che si possa parlare di “buona” alimentazione, poiché “il

mangiare”, oggi come ieri, è strettamente legato allo stile di vita e quindi non si può scindere da altre abitudini di vita “sane”. Simona Giampaoli, sulla base dei più recenti dati dell’ISS, sostiene che:

- 1 - è possibile identificare una popolazione a basso rischio, quindi uno degli obiettivi deve essere quello di portare una fascia più ampia di popolazione in quest’ambito;
- 2 - l’alimentazione è un problema centrale delle campagne di prevenzione, sia perché è controverso, sia perché, anche secondo i dati dell’INTERHEART, più del 50% degli eventi coronarici sono riconducibili ad abitudini alimentari;
- 3 - in Italia (specie nel Sud) si sta assistendo ad una modificazione del regime alimentare tradizionale con progressivo abbandono dell’alimentazione mediterranea (aumento di calorie introdotte, di carne e grassi), mentre non si è ancora passati alla tipologia alimentare tipica di certe zone del nord Italia o nordamericane in cui prevale la cura del corpo e il concetto di fitness (quindi meno calorie e carboidrati, più frutta e verdura). Stefano Urbinati, da un riesame della letteratura internazionale sull’alimen-

tazione, facendo riferimento soprattutto agli studi su alimentazione e ipertensione, obesità e rischio cardiovascolare, ha enucleato alcuni elementi che potrebbero fornire una base per la discussione:

- 1 - è ormai assodato il rapporto tra sale e ipertensione arteriosa (già emerso nel DASH - sodium study del 2001);
- 2 - nell'ambito delle diete per ridurre il peso quella che ha dato i migliori risultati, per lo meno sul breve termine, è quella a basso contenuto di carboidrati (tipo Atkins), che però è aterogena (anche se uno studio apparso sul NEJM nel 2006 ha ridimensionato l'impatto sugli eventi cardiovascolari) ed ha importanti problemi di aderenza sul medio periodo;
- 3 - la dieta mediterranea è la migliore per ridurre il rischio cardiovascolare e, nel medio termine, è paragonabile a quella povera di carboidrati anche per quanto riguarda la riduzione di peso (come risulta da uno studio apparso sul NEJM nel 2008);
- 4 - per quanto riguarda la definizione di dieta mediterranea bisogna considerare che, anche se ci sono significative differenze tra i diversi paesi del bacino mediterraneo, nel complesso è quella che riesce a garantire maggiormente l'aderenza a lungo termine con ricadute significative sulla "longevità" (come dimostra uno studio greco pubblicato sul NEJM nel 2001).

La dietista Maria Luisa Masini sottolinea che le diete per gli obesi costituiscono un problema particolare perché affrontano il problema obesità solo nel breve termine e che l'aderenza a quei regimi alimentari è molto diffici-

le. La proposta di un modello alimentare ha successo quando non risponde solo ad una domanda di salute, ma soddisfa anche il piacere della tavola, e forse è in questa sua peculiarità che va inquadrato il successo della dieta mediterranea.

A tale proposito Salvatore Panico porta il contributo dello studio EPICOR che, avendo seguito 48.000 soggetti in 5 aree geografiche italiane (Varese, Torino, Firenze, Napoli, Ragusa) per 7.5 anni, rappresenta il più vasto studio mondiale sull'alimentazione ed il secondo a cui partecipa la popolazione italiana dopo il Seven Country Study. In totale sono stati registrati "solo" 340 eventi cardiovascolari maggiori confermando:

- 1 - il ruolo predittivo dell'obesità addominale e del carico glicemico globale;
 - 2 - il ruolo protettivo della verdura a foglia larga, mentre è meno evidente quello della frutta.
- Se i numeri del campione lo consentiranno sarà utile fare differenziazioni all'interno dei gruppi di alimenti, in considerazione che così come è emersa la differenza tra frutta e verdura, probabilmente anche tra i carboidrati, che sono un gruppo eterogeneo, e le proteine è necessario fare delle distinzioni.

Come effettuare la promozione e la comunicazione

L'altro grande tema da affrontare è come promuovere una sana alimentazione considerando, come sostiene Francesco Fattirolli, che bisogna definire bene i target a cui ci si vuole

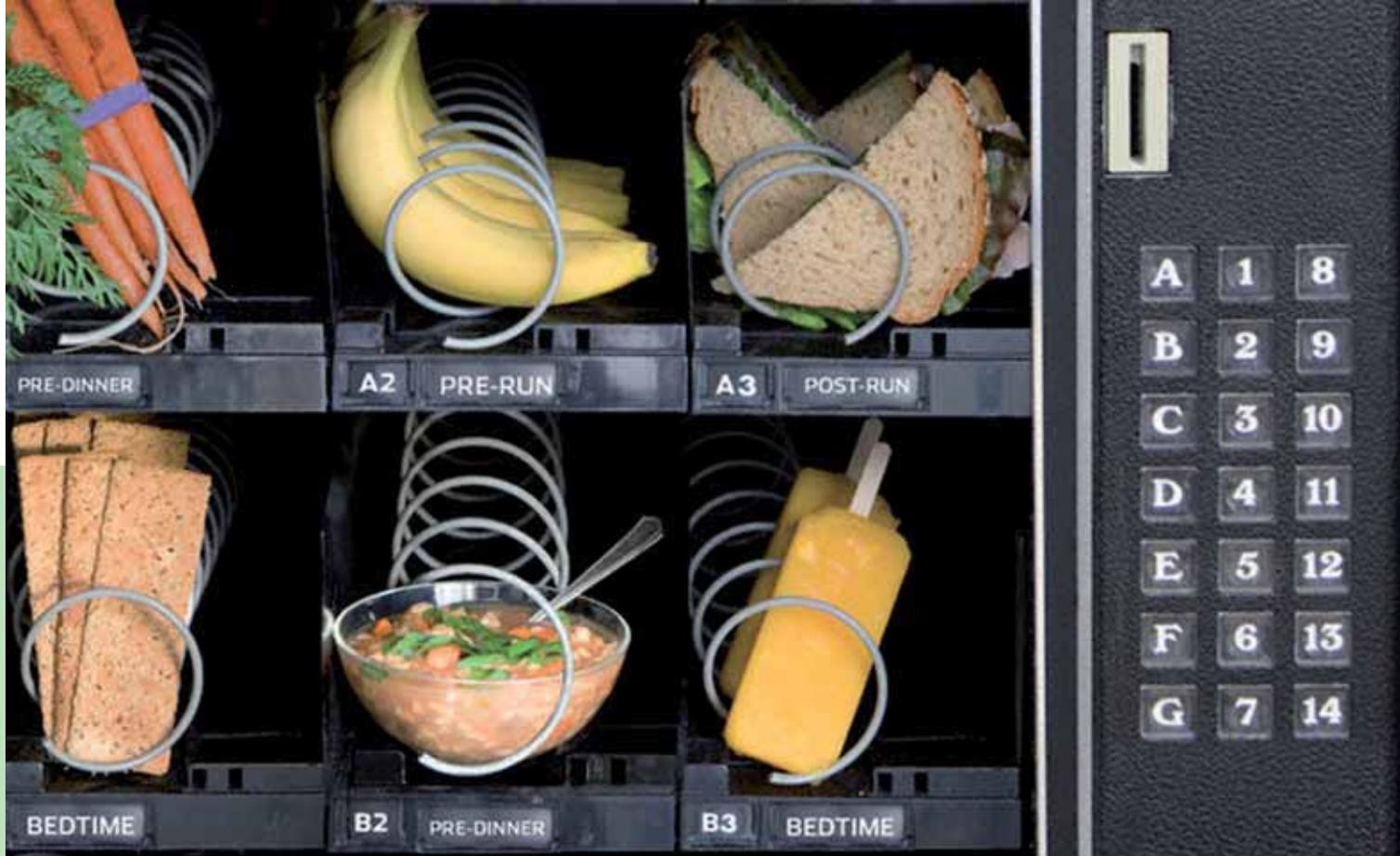
rivolgere: comunità scientifica, operatori della sanità, mondo reale, giovani, perché è necessario considerare che i linguaggi e gli strumenti da usare sono diversi. Inoltre bisogna tenere conto delle interazioni tra soggetto e ambiente inteso come industria alimentare, sistemi di distribuzione e amministratori.

Diego Vanuzzo e Massimo Ugucioni sostengono l'importanza di stabilire un link anche in questo campo con il medico di medicina generale che istituzionalmente è deputato alla prevenzione primaria sul territorio, mentre Carmine Riccio sottolinea l'importanza che ANMCO, per sua natura attenta in modo particolare alla prevenzione secondaria, si faccia promotrice di un utilizzo più efficace in questo senso della lettera di dimissione.

Pompilio Faggiano sottolinea l'importanza di affiancare il lavoro della Conferenza ad iniziative editoriali che non rappresentino solo gli Atti ma affrontino la problematica relativa al tema "Comunicazione e prevenzione" in maniera di fornire agli operatori coinvolti strumenti pratici per integrare in maniera innovativa e più efficace con la realtà quotidiana.

Giuseppina Majani, psicologa con un'ampia esperienza nell'ambito della Cardiologia riabilitativa, suggerisce di tenere conto di alcuni punti chiave quando parliamo di comunicazione:

- 1 - non fare solo informazione, ma convincere il cittadino ad accettare la nostra proposta (quindi associare educazione e strategie cognitive - comportamentali);
- 2 - rifuggire dall'ingenuità positivista di credere che la proposta di un



regime alimentare “sano” sia quella preferita dal soggetto: i pazienti non sono decisori razionali;

3 - tenere conto che il cibo ha molti significati: a volte è un “riempitivo” affettivo, a volte ha effetto ansiolitico o antidepressivo, in ogni caso spesso l’uso in eccesso o in difetto del cibo è la “risposta” a qualcos’altro (gestione dello stress come strategia di coping);
4 - affrontare il problema dell’aderenza nella sua complessità, avendo a che fare con la triade desideri/aspirazioni/progetti, mentre la non aderenza ha a che fare con le difficoltà, i problemi e un atteggiamento di rifiuto. Utile sarebbe identificare l’identikit del soggetto “aderente” (sia come tale, sia in rapporto a come è stato comunicato l’oggetto) per migliorare la gestione dei non aderenti.

Donato Greco, in considerazione della sua ampia esperienza di programmazione sanitaria, pone l’accento sul linguaggio mediante alcune considerazioni - chiave:

1 - tenere conto dell’orizzontalità della prevenzione primaria (tra malattie cardiovascolari, tumori, malattie metaboliche, etc.);
2 - chiarire la coesistenza e i diversi

ruoli giocati dagli attori coinvolti nella prevenzione primaria, nella prevenzione secondaria e nella diagnosi precoce;

3 - non sottovalutare l’inter - istituzionalità della programmazione che coinvolge il Ministero della Pubblica Istruzione per la scuola, quello dell’Agricoltura per l’alimentazione, ma anche RAI, i media, etc.;

4 - affrontare l’emergenza obesità nei bambini (secondo il progetto nazionale “Occhio alla salute” il 12% dei bambini di 8 anni sono obesi);

5 - essere consapevoli che la Public Health diventi Evidence Public Health e cioè rimarcare la necessità di affrontare il problema, gli interventi e nell’analisi dei risultati raggiunti (“interventive prevention”) con un metodo scientifico.

La giornalista Eva Benelli lamenta che troppo spesso le informazioni riguardo gli argomenti di prevenzione cardiovascolare che compaiono nei media sono mediate dall’industria. Il ruolo degli esperti di comunicazione in un progetto come quello della Conferenza ANMCO - ISS del 2010 è quindi essenziale per poter definire una strategia su come interagire con

un mondo in cui i condizionamenti economici e i conflitti di interessi sono imperanti. Sarà necessario considerare l’eventuale coinvolgimento diretto dell’industria alimentare e della grande distribuzione, così come quello di associazioni quali Slow - Food o quelle che agiscono in difesa dei consumatori. Un ruolo importante dovrà essere svolto dal mondo della scuola con il quale dovrà essere avviata una partnership particolare perché il progetto abbia ricadute efficaci nel mondo giovanile. Il piano di lavoro prevede ora di affrontare con la stessa metodologia le problematiche relative alla lotta contro il fumo, alla promozione dell’esercizio fisico, nonché il tema dell’aderenza alla terapia farmacologica attraverso un confronto tra il diverso modo di percepire e di affrontare la prevenzione cardiovascolare da parte dei diversi attori coinvolti come epidemiologi, clinici, amministratori sanitari e esperti di comunicazione. Nei prossimi numeri di “*Cardiologia negli Ospedali*” verranno riportate le sintesi degli incontri che seguiranno.

Il Progetto Cardiorenale: una nuova sfida culturale per l'Area Scompenso Cardiaco

32

Una nuova definizione per la Sindrome Cardio - Renale per migliorare il potere diagnostico, confrontare i dati disponibili in letteratura, e migliorare le strategie terapeutiche

di N. Aspromonte, F. Oliva,
M. Senni

La Sindrome Cardio - Renale definita come avanzato stato di disregolazione cardiorenale e caratterizzata da complesse interrelazioni emodinamiche e neurormonali, è un fattore prognostico negativo per il paziente con scompenso acuto

Una nuova definizione della Sindrome Cardio - Renale potrebbe essere utile per impostare nuovi studi epidemiologici, identificando correttamente le popolazioni target non trascurando le indispensabili strategie diagnostico - preventive

La complessa interazione cuore - rene è oggetto di grande interesse nel paziente con scompenso cardiaco e rappresenta la sfida più attuale nella ricerca clinica cardiologica. Circa un quarto dei pazienti ospedalizzati per scompenso acuto presenta deterioramento della funzione renale più o meno reversibile. In questo contesto è difficile stabilire se il danno renale rappresenta di per sé un fattore prognostico negativo o se sia da interpretare come segno di avanzamento della patologia cardiaca.

Una nuova definizione della Sindrome Cardio - Renale

La Sindrome Cardio - Renale, in fase di ri - definizione, è spesso associata a termini come "deterioramento della funzione renale" (in letteratura "worsening renal function") e "resistenza al trattamento diuretico". Più in generale viene intesa come un complesso e avanzato stato di disregolazione cardiorenale, caratterizzato da interrelazioni emodinamiche e neurormonali, la cui fisiopatologia non è ancora chiaramente definita. È noto infatti come, sotto il profilo cardiologico, sia sempre stata considerata prioritaria la patologia cardiaca e che il peggioramento della funzione renale sia sempre ritenuto secondario al peggioramento della funzione cardiaca. D'altra parte è del tutto recente l'attenzione sulla ridotta sopravvivenza dei pazienti con patologia

renale cronica correlata alla presenza di aterosclerosi accelerata, ipertrofia e rimodellamento ventricolare. È pertanto sempre più sentita l'esigenza di una nuova definizione della Sindrome Cardio - Renale mirata ad evidenziare gli aspetti fisiopatologici nei diversi contesti clinici, la tendenza alla progressione e soprattutto la coesistenza dei disordini cardiaci e renali. Una recente classificazione (Ronco et Al, JACC 2008)⁽¹⁾ affronta il problema in termini fisiopatologici e definisce 5 possibili scenari clinici cardiorenali nel contesto acuto/cronico:

- Tipo 1 - Sindrome Cardio - Renale Acuta, caratterizzata da un rapido peggioramento della funzione cardiaca condizionante un danno renale acuto;
- Tipo 2 - Sindrome Cardio - Renale Cronica, caratterizzata da un danno cardiaco cronico (es. Scompenso Cardiaco cronico) condizionante un danno renale cronico progressivo (insufficienza renale cronica);
- Tipo 3 - Sindrome Reno - Cardiaca Acuta;
- Tipo 4 - Sindrome Reno - Cardiaca Cronica;
- Tipo 5 - Sindrome Cardio - Renali Secondarie (a malattie sistemiche come sepsi, amiloidosi, lupus erythematosus sistemico).

Nell'ambito della Sindrome Cardio - Renale di Tipo 1 risulta di particolare interesse la diagnosi precoce di insufficienza renale acuta attraverso la

Una recente classificazione della Sindrome Cardio - Renale affronta il problema in termini fisiopatologici e definisce 5 possibili scenari clinici cardiorenali nel contesto acuto/cronico

L'Area Scompenso Cardiaco si propone di approfondire la conoscenza della Sindrome Cardio - Renale in termini fisiopatologici pianificando un progetto di studio sul confronto tra ultrafiltrazione vs terapia medica nel paziente con scompenso avanzato/refrattario

sperimentazione di nuovi marcatori, sia di funzione renale (Cistatina C), che di danno renale (NGAL, KIM1, citochine ecc). Molto promettenti i risultati pubblicati sul marcatore NGAL⁽²⁾ (neutrophil gelatinose - associated lipocalin) che potrebbe potenzialmente superare i limiti della creatinina che, come noto, aumenta con grave ritardo rispetto all'evento nefrolesivo. In modelli animali di ischemia renale nel ratto e nel topo sono stati evidenziati importanti aumenti delle concentrazioni urinarie di NGAL, e studi recenti hanno dimostrato che la misura dei livelli di NGAL è un efficace indicatore di insufficienza renale acuta anche nell'uomo. In uno studio su bambini sottoposti a bypass cardiopolmonare è stato riscontrato un marcato aumento di livelli sierici ed urinari di NGAL due ore dopo l'intervento esclusivamente in soggetti che avevano sviluppato insufficienza renale. Nello scenario dello scompenso acuto/refrattario una diagnosi precoce di deterioramento renale potrebbe influenzare, se scientificamente verificata, le strategie terapeutiche (uso adeguato dei diuretici) e prevenire il danno d'organo.

Il progetto culturale dell'Area Scompenso Cardiaco

Nel corso del biennio 2007 - 2008 l'Area Scompenso Cardiaco, cogliendo opportunamente l'esigenza della comunità cardiologica ospedaliera, ha messo in atto un programma di approfondimento culturale sul tema Cardio - Renale. In questo contesto è stato elaborato un progetto di studio sperimentale (prospettico, controllato, randomizzato, multicentrico)

su pazienti con scompenso acuto e Sindrome Cardio - Renale. Lo studio, in corso di pianificazione nell'attuale biennio 2009 - 2010, si propone di confrontare l'efficacia dell'ultrafiltrazione vs terapia medica (terapia diuretica; dopamina a basse dosi) sul miglioramento dei sintomi, dello stato di congestione, sul deterioramento della funzione renale in pazienti ricoverati per scompenso acuto valutando la sopravvivenza libera da eventi a 90 giorni. Lo studio si propone di valutare anche l'aspetto neuroormonale attraverso il monitoraggio delle modificazioni di citochine, redox markers, BNP, NGAL durante l'ospedalizzazione e a 10 e 90 giorni insieme alle variazioni del filtrato glomerulare. Questo tipo di approccio metodologico e culturale, se condiviso, potrebbe essere utile per impostare nuovi studi epidemiologici, identificando correttamente le popolazioni target negli studi clinici e gli interventi terapeutici non trascurando le indispensabili strategie diagnostico - preventive. Interessante anche l'aspetto della comunicazione interdisciplinare cardio - nefrologica sempre più necessaria nella gestione quotidiana di malati complessi e delicati.

Bibliografia

- ⁽¹⁾Cardiorenal syndrome. Ronco C, Haapio M, House AA, Anavekar N, Bellomo R. *J Am Coll Cardiol.* 2008;52(19):1527-39.
⁽²⁾Mishra J et al. Neutrophil gelatinase-associated lipocalin (NGAL) as a biomarker for acute renal injury after cardiac surgery. *Lancet* 2005;365:1231-8

Consigli Regionali ANMCO 2008 - 2010

ABRUZZO

Presidente: Laura L. Piccioni (Teramo)
Consiglio Regionale: Franco De Sanctis (Penne - PE), Domenico Di Clemente (Pescara), Raniero Di Giovambattista (Avezzano - AQ), Luciano Fagagnini Sulmona (AQ), Giacomo Levantesi (Vasto - CH), Loredana Mantini (Chieti)

www.anmco.it/regioni/elenco/abruzzo/

BASILICATA

Presidente: Bernardino D'alexandro (Policoro - MT)

Consiglio Regionale: Rachele Autera (Matera), Michele Antonio Clemente (Matera), Marco Fabio Costantino (Potenza), Salvatore Gubelli (Venosa - PZ)

Antonio Lopizzo (Potenza)
Giuseppe Romaso (Marsicovetere - PZ)

www.anmco.it/regioni/elenco/basilicata/

CALABRIA

Presidente: Antonio Butera (Lamezia Terme - CZ)

Consiglio Regionale: Federico Battista (Cosenza), Roberto Ceravolo (Catanzaro), Michele Giulio Alberto Comito (Vibo Valentia), Nicola Cosentino (Cariati - CS), Massimo Elia (Crotone), Virgilio Pennisi (Reggio Calabria)

www.anmco.it/regioni/elenco/calabria/

CAMPANIA

Presidente: Giovanni Gregorio (Vallo Della Lucania - SA)

Consiglio Regionale: Cesare Baldi (Salerno), Luigi Caliendo (Castellammare di Stabia - NA), Nicola Capuano (Nocera Inferiore - SA), Aldo Celentano (Napoli), Angelina Martone (Caserta), Sergio Severino (Napoli), Osvaldo Silvestri (Napoli), Attilio Varricchio (Avellino)

www.anmco.it/regioni/elenco/campania/

EMILIA ROMAGNA

Presidente: Giancarlo Piovaccari (Rimini)
Consiglio Regionale: Nicoletta Franco (Rimini), Donato Mele (Ferrara), Massimo Pantaleoni (Reggio Emilia), Giampiero Patrizi (Carpì - MO), Chiara Pedone (Bologna), Massimo Piepoli (Piacenza), Claudio Reverberi (Parma), Andrea Rubboli (Bologna)

www.anmco.it/regioni/elenco/emilia/

FRIULI VENEZIA GIULIA

Presidente: Tullio Morgera (Monfalcone - GO)

Consiglio Regionale: Luigi Paolo Badano (Udine), Antonella Cherubini (Trieste), Roberto Gortan Palmanova (UD), Franco Macor (Pordenone), Patrizia Maras (Trieste), Daniela Miani (Udine), Antonio Riccio (San Vito al Tagliamento - PN), Marika Werren (Tolmezzo - UD)

www.anmco.it/regioni/elenco/friuli/

LAZIO

Presidente: Furio Colivicchi (Roma)
Consiglio Regionale: Paolo Azzolini (Roma), Fabio Menghini (Roma), Roberto Mezzanotte (Ostia - RM), Serafino Orazi (Rieti), Roberto Patrizi (Roma), Giovanni Pulignano (Roma), Roberto Ricci (Roma), Giorgio Scaffidi (Roma)

www.anmco.it/regioni/elenco/lazio/

LIGURIA

Presidente: Stefano Domenicucci (Genova - Sestri Ponente - GE)

Consiglio Regionale: Daniele Bertoli (Sarzana - Loc. S. Caterina - SP), Francesco Della Rovere (Genova), Gabriele Lupi (Lavagna - GE), Sandro Mazzantini (Genova), Claudio Rapetto (Imperia), Andrea Sacconi (Genova - Nervi - GE), Daniela Sanfelici (Pietra Ligure - SV), Luisa Torelli (Savona)

www.anmco.it/regioni/elenco/liguria/

LOMBARDIA

Presidente: Claudio Cuccia (Brescia)

Consiglio Regionale: Giuseppina Belotti (Treviglio - BG), Anna Frisinghelli (Passirana - Rho - MI), Maddalena Lettino (Pavia), Egidio Marangoni (Lodi), Daniele Nassiaco (Saronno - VA), Marco Negrini (Milano), Roberto Pedretti (Tradate - VA), Alessandro Politi Gravedona (CO)

www.anmco.it/regioni/elenco/lombardia/

MARCHE

Presidente: Roberto Accardi (Macerata)

Consiglio Regionale: Luigi Aquilanti (Ancona), Sante Bucari (Ancona), Melissa Dottori (Ancona), Gianserafino Gregori (Ascoli Piceno), Patrizia Lattanzi (Pesaro), Marco Marini (Jesi - AN), Luigi Minutiello (Fabriano - AN), Andrea Pozzolini (Fano - PU)

web.infinito.it/utenti/a/anmco.marche/

MOLISE

Presidente: Carolina De Vincenzo (Campobasso)

Consiglio Regionale: Placido Busico (Agnone - IS), Angela Rita Colavita (Campobasso), Gennaro Fiore (Campobasso), Pietro Lemme (Isernia), Alberto Montano (Termoli - CB), Carlo Olivieri (Isernia), Dante Staniscia (Termoli - CB), Marina Angela Viccione (Isernia)

www.anmco.it/regioni/elenco/molise/

P.A. BOLZANO

Presidente: Andrea Erlicher (Bolzano)

Consiglio Regionale: Renato Di Gaetano (Bolzano), Alessandro Mautone (Bolzano), Patrick Teja Rudolf Paulisch (Merano - BZ), Walter Pitscheider (Bolzano)

www.anmco.it/regioni/elenco/bolzano/

P.A. TRENTO

Presidente: Giovanni D'Onghia (Trento)

Consiglio Regionale: Marcello Disertori (Trento), Massimiliano Marini (Trento), Simone Muraglia (Trento), Prisca Zeni (Trento)

www.anmco.it/regioni/elenco/trento/

PIEMONTE/VALLE D'AOSTA

Presidente: Maurizio Dalmasso (Ivrea - TO)

Consiglio Regionale: Maria Rosa Conte (Rivoli - TO), Aldo Coppolino (Savigliano - CN), Paolo Corsetti (Torino), Luisa Formato (Moncalieri - TO), Gianni Gaschino (Torino), Massimo Milani (Tortona - AL), Roberta Rosso (Novara), Paolo Scacciatella (Torino)

www.anmco.it/regioni/elenco/piemonte/

PUGLIA

Presidente: Alessandro Villella (Lucera - FG)

Consiglio Regionale: Ermanno Angelini (Brindisi), Vincenzo Lopriore (Monopoli - BA), Antonio Matera (Andria - BA), Tiziana Mazzella (Lecce), Teresa Pascente (Taranto), Vitantonio Russo (Manduria - TA), Giuseppe Santoro (Conversano - BA), Giuseppe Scalerà (Bari - Carbonara - BA)

www.anmco.it/regioni/elenco/puglia/

SARDEGNA

Presidente: Rinaldo Aste (Carbonia - CA)

Consiglio Regionale: Antonio Asproni (Nuoro), Gavino Casu (Sassari), Raffaele Congiu (Cagliari), Marco Corda (Cagliari), Francesco Dettori (Oristano), Antonio Manunza (Carbonia - CA), Giuseppe Sabino (Sassari), Paolo Vargiu (Olbia - SS)

www.anmco.it/regioni/elenco/sardegna/

SICILIA

Presidente: Abele Ajello (Palermo)

Consiglio Regionale: Maurizio Giuseppe Abriagnani (Erice - TP), Michele Bono (Sciacca - AG), Giuseppina Maura Francese (Catania), Salvatore La Rosa (Milazzo - ME), Pietro Lo Giudice (Catania), Antonino Nicosia (Ragusa)

www.anmco.it/regioni/elenco/sicilia/

TOSCANA

Presidente: Francesco Maria Bovenzi (Lucca)

Consiglio Regionale: Sergio Berti (Massa), Alessandro Comella (Lido di Camaiore - LU), Umberto Conti (Pisa), Stefano Di Marco (Pescia - PT), Massimo Fineschi (Siena), Alberto Genovesi Ebert (Livorno), Ugo Limbruno (Grosseto), Guido Parodi (Firenze)

www.anmco.it/regioni/elenco/toscana/

UMBRIA

Presidente: Gianfranco Alunni (Perugia)

Consiglio Regionale: Daniela Bovelli (Terni), Rita Liberati Foligno (PG), Sara Mandorla (Gubbio - PG), Cristina Martino (Spoleto - PG), Maria Grazia Sardone (Perugia), Donatella Severini (Città di Castello - PG)

www.anmco.it/regioni/elenco/umbria/

VENETO

Presidente: Marchese Domenico (Pieve di Sacco - PD)

Consiglio Regionale: Emanuele Carbonieri (San Bonifacio - VR), Pietro Delise (Conegliano - TV), Gianfilippo Neri (Montebelluna - TV), Giampaolo Pasquetto (Mirano - VE), Cosimo Perrone (Arzignano - VI), Roberto Valle (San Donà di Piave - VE)

www.anmco.it/regioni/elenco/veneto/



Blitz 3 - Calabria

Confronto con i dati nazionali: luci, ombre, possibili ricadute e prospettive future

di Antonio Butera

Il confronto dei dati calabresi del Blitz 3 con quelli nazionali suggerisce alcuni spunti di riflessione sulla situazione regionale e nazionale

Risultati quantitativamente equivalenti e qualitativamente molto differenti

Ero molto ansioso di conoscere i dati del Blitz 3 riguardanti la Calabria, per curiosità e, soprattutto, per poter ragionare su dati concreti in un momento di grande fermento e di molto dibattito sulla Rete per le Emergenze che, per quanto se ne parli da anni, stenta a decollare e diventare operativa nella nostra regione. I pazienti arruolati sono stati 237 e le UTIC partecipanti 12 su 15, l'80% come nel resto della nazione. Temevo molto che la situazione calabrese si discostasse in maniera clamorosa da quella nazionale soprattutto per motivi di tipo organizzativo, sociale e culturale generale. Invece dico subito che sulla stragrande maggioranza dei dati macroscopici globali non si rilevano differenze sostanziali. Alcune lievi differenze addirittura, si veda trasporto con il 118 ed utilizzo di alcune risorse come l'ecocardiografia, apparirebbero più "a favore" della Calabria.

Nel dettaglio:

- caratteristiche demografiche della popolazione ricoverata: età media più bassa: 72 anni Italia (I) vs 68 anni Calabria (C), donne 36% I vs 32% C, >75 anni 39% I vs 36% C;
- provenienza dei pazienti sostanzialmente sovrapponibile;
- utilizzo del 118 maggiore in Calabria: 30% in I vs 33% in C;
- durata dei ricoveri un po' superiore 4.2 ± 2.7 giorni in I vs 4.5±2.5 in C;
- numero e tipo di comorbidità sostanzialmente uguale con un po' meno di pregresse rivascolarizzazioni (21% in I vs 15% in C);
- impiego di risorse: più utilizzato l'ecocardiogramma transtoracico rispetto alla media nazionale (79% I vs 84% C);
- tipologia dei ricoveri: sostanzialmente sovrapponibile, eccezion fatta che per le aritmie parossistiche atriali (quasi il doppio: 7% in I vs 13% in C), in maniera analoga a tutto il meri-



Figura 1

Figura 2



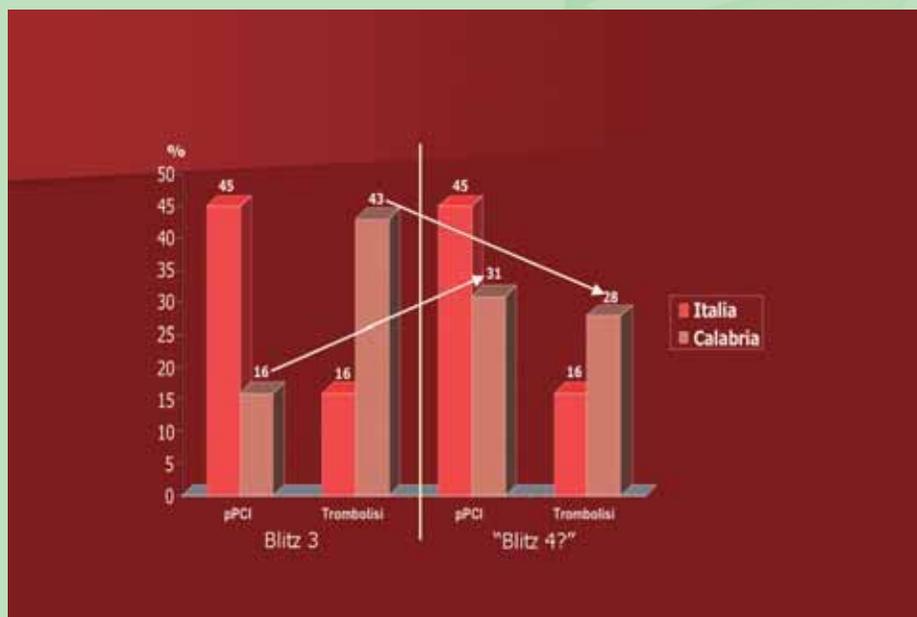
dione, verosimilmente a causa di un utilizzo non sempre appropriato dei letti di terapia intensiva determinato anche da fattori “sociali” e localistici; - le dimissioni dall’UTIC sono avvenute più frequentemente con invio diretto al domicilio (21% in I vs 32% in C) ed inversamente è avvenuto per il trasferimento in Cardiologia (62% in I vs 53% in C).

Sarà discussa a parte, per il sostanziale divario col resto d’Italia, la terapia ripercussiva e l’utilizzo dell’emodinamica. Qualche considerazione particolare lo merita anche il dato della mortalità. La mortalità in UTIC, nelle due settimane dello studio, è stata più bassa in Calabria: 2.11%, rispetto alla media nazionale 3.34%, anche se identica per l’IMA STEMI: 5% in Italia e Calabria. Il dato della minore mortalità generale, che in prima battuta può essere tranquillamente ascritto alla casualità legata al breve periodo di osservazione o anche ad

una minore gravità delle patologie ricoverate in quel periodo in Calabria, mi ha fatto comunque nascere la curiosità di confrontare anche i dati ISTAT sulla mortalità regionale. Ebbene, gli ultimi dati ISTAT pubblicati e riferiti al 2006, per quanto riguarda la mortalità per “infarto del miocardio” (la patologia più tipica dell’UTIC), danno i seguenti tassi nazionali per il 2006: donne 3,53 per 10.000 in I vs 2,79 in C, al 2° posto per minore mortalità (Figura 1), e maschi 7,46 per 10.000 in I vs 6,48 in C, al 3° posto per minore mortalità (Figura 2). Ma ...non si tratta di dieta mediterranea infatti, altra faccia della medaglia, il tasso di mortalità per “malattie del sistema circolatorio” per la Calabria è risultato tra i più alti d’Italia: 33,71 per 10.000 nelle donne (I: 28,79), terza peggiore classificata, e 43,14 per 10.000 nei maschi (I: 42,13), sesta peggiore classificata. Come si possono spiegare questi dati contrastanti?

A mio avviso possono esserci due spiegazioni: in Calabria gli infartuati vengono curati al meglio in fase acuta con le (scarse) risorse disponibili - e, dal report completo del Blitz 3, si potrebbe evincere un corretto utilizzo delle Linee Guida in UTIC - mentre il minore utilizzo dell’emodinamica, come si chiarirà più avanti, determina un decorso qualitativamente sfavorevole. Dopo la dimissione il Sistema Sanitario regionale presenta sicuramente lacune e carenze che in parte vanificano l’operato della Cardiologia ospedaliera sicuramente eccellente pur nella seria carenza di risorse importanti come, appunto, la scarsa dotazione di emodinamiche (solo 3 UTIC su 15: 20% in C vs 50% in I!). E veniamo alla terapia ripercussiva. Qui si nota il maggiore divario tra la Calabria e l’Italia. Infatti i trattamenti ripercussivi, angioplastica primaria e trombolisi, sono risultati esattamente inversi: pPCI 45% in I vs 16% in C, trombolisi

Figura 3



16% in I vs 43% in C (nessuna riperfusione: 40% in I e 41% in C). Anche se la mortalità per STEMI è stata identica (5% in I e 5% in C), il decorso intraospedaliero degli STEMI è stato molto peggiore da noi rispetto alle medie nazionali: frequenza di angina post - infartuale tre volte più alta (4% in I vs 13% in C); idem per il reinfarto (1% in I vs 3.5% in C), frequenza quasi doppia di arresto cardiaco (5% in I vs 9% in C) e più alta di shock (6% in I vs 8% in C). Analogamente sfavorevole si è riscontrato nella SCA NSTEMI: ripresa dell'angina 6% in I vs 12% in C. C'è da dire comunque che, se si valuta l'opportunità dell'utilizzo della coronarografia dalla conseguente effettuazione di una angioplastica, l'emodinamica è stata utilizzata in maniera più adeguata in Calabria che nel resto d'Italia, specialmente nella SCA NSTEMI (64% di angioplastiche in I vs 81% in C). Si tratta del noto fenomeno di sovrautilizzo delle risorse lì dove c'è maggiore disponibilità, e

di un utilizzo più oculato lì dove le risorse sono minori.

Il Blitz 3, specialmente per la Calabria, si è rivelato una fonte preziosa di informazioni e tali informazioni potrebbero assumere un grande valore se riusciremo ad utilizzarle per sensibilizzare le Autorità regolatorie ed indurle a prendere decisioni tali da colmare il gap attuale con il resto della nazione, sia destinando maggiori risorse per le emodinamiche e sia ottimizzando l'utilizzo di quelle esistenti, per esempio realizzando la Rete per le Emergenze cardiologiche. In realtà, in occasione della Campagna Educativa sul Ritardo Evitabile che abbiamo organizzato a Cosenza il 25 novembre 2008 con la collaborazione della Dott.ssa Maria Teresa Manes, avendo presentato i dati sopra esposti, il Direttore del Dipartimento "Tutela della Salute" della Regione, Dott. Andrea Guerzoni, che rappresentava l'Assessore, si è mostrato molto incuriosito ed interessato ed ha voluto sia il Pro-

gramma dell'ANMCO per ridurre il ritardo e sia le diapositive contenenti i dati calabresi del Blitz 3. Speriamo che, anche attraverso questo tipo di contatti, si ottengano in tempi non biblici delle ricadute positive per la Cardiologia calabrese!

Concludendo, però, devo assolutamente riferire anche cosa è successo in Calabria dopo la conclusione, il 20 aprile 2008, del Blitz 3. A maggio è stata attivata H 24 l'emodinamica dell'Ospedale "Pugliese" di Catanzaro - 148 pPPI effettuate nel 2008 - ed il 1° dicembre è stata attivata H 24 l'emodinamica dell'Ospedale "SS. Annunziata" di Cosenza - 70 pPPI effettuate nel 2008 - per cui, effettuando una proiezione a due anni, si può calcolare con cauta stima che un ipotetico "Blitz 4" potrebbe vedere un'evoluzione della terapia riperfusiva in Calabria come rappresentato nella Figura 3.

Incontri di Casistica Clinica: 2° meeting

Scompenso Cardiaco a frazione d'eiezione conservata

di D. Miani e G. Fazio

Si è svolto a Palmanova il 14 marzo 2009 il secondo incontro organizzato dal Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia nell'ambito del programma "Dai Casi Clinici alla Flow Chart" per l'omogeneizzazione dei percorsi clinico diagnostici terapeutici nella Regione Friuli Venezia Giulia. Il tema dell'incontro è stato lo "Scompenso Cardiaco a Frazione d'Eiezione Conservata". Il Comitato Scientifico era a cura della Dottoressa D. Miani, M. C. Albanese e del Dottor A. Di Lenarda.

Motivazioni

Le motivazioni dell'argomento scelto sono state spiegate nell'introduzione della Dott.ssa Miani e riguardano le dimensioni del fenomeno: circa il 50% dei pazienti ricoverati e/o ambulatoriali presenta segni e sintomi di Scompenso Cardiaco con funzione sistolica ventricolare sinistra normale all'ecocardiografia. La prognosi e la mortalità risultano solo lievemente migliori o uguali tra Scompenso Cardiaco ad FE conservata e quella ridotta. Un altro dei punti sottolineati

è stata la mancanza di prove basate sull'evidenza nella guida delle scelte terapeutiche.

Casi Clinici

Una delle motivazioni degli incontri è stata quella di coinvolgere i giovani Medici, gli Infermieri e i Centri periferici della Regione nel dibattito. I Casi Clinici sono stati infatti presentati dal Dott. V. Bonasia dell'Ospedale di Tolmezzo, dal Dott. C. Mazzone del Centro Cardiovascolare di Trieste, dalla Dott.ssa G. Fazio della Cardiologia di Gemona e dalla Dott.ssa M. Werren dell'Istituto di Cardiologia dell'Ospedale IMFR Gervasutta (Udine). I Casi Clinici presentati riflettono la complessità della sindrome clinica, quasi sempre associata a comorbidità confondenti quali la BPCO, l'obesità, (Figure 1 e 2) senza escludere i casi più rari che implicano una diagnosi differenziale tra patologie del miocardio e pericardio e malattie primitive del muscolo cardiaco quali le forme ipertrofiche e la malattia di Fabry (Figure 3 e 4).

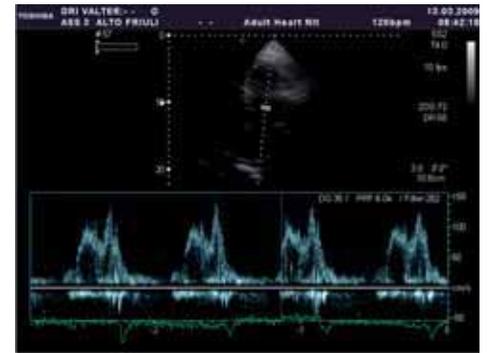


Figura 1



Figura 2

Figura 3

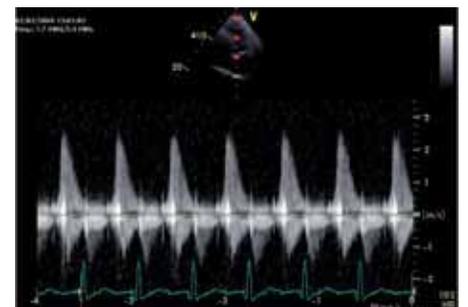
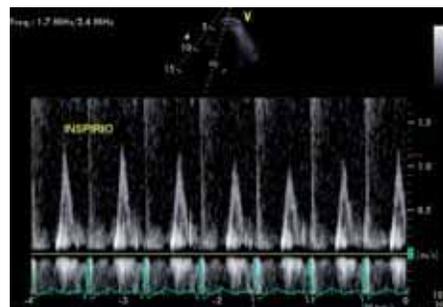
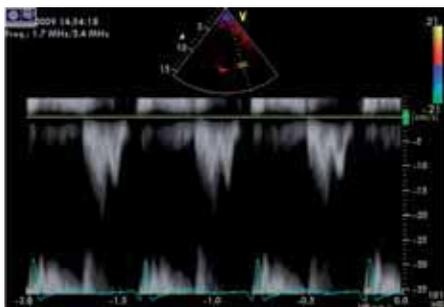




Figura 4

I Casi Clinici sono stati lo spunto della discussione dei criteri ecocardiografici utilizzati correntemente per la diagnosi di Scompenso Cardiaco ad FE conservata, curata dal Dott. L. Badano. Una completa revisione della letteratura concernente la fisiopatologia, i problemi diagnostici e la prognosi è stata fatta dal Dott. A. Di Lenarda di Trieste (Figure 5 e 6). Al termine della Relazione è stata annunciata la stesura del nuovo booklet sullo Scompenso Cardiaco, risultato del lavoro in Regione dei Medici ANMCO, FADOI e CEFORMED che ha come scopo l'implementazione delle Linee Guida sullo Scompenso Cardiaco nel mondo reale dell'assistenza multidisciplinare al paziente con Scompenso Cardiaco; la condivisione dei percorsi diagnostico terapeutici tra i protagonisti dell'assistenza al paziente con Scompenso Cardiaco (MMG, Internisti, Cardiologi); l'apertura all'utilizzo del BNP (per escludere) lo Scompenso Cardiaco in Medicina Generale; l'apertura alla crescita culturale e professionale delle medicine per la gestione del paziente con SC senza prospettive di intervento. Successivamente la Prof.ssa L. Mestroni dell'Università del Colorado ha commentato la casistica clinica, focalizzando l'aspetto della genetica in alcune di queste patologie.

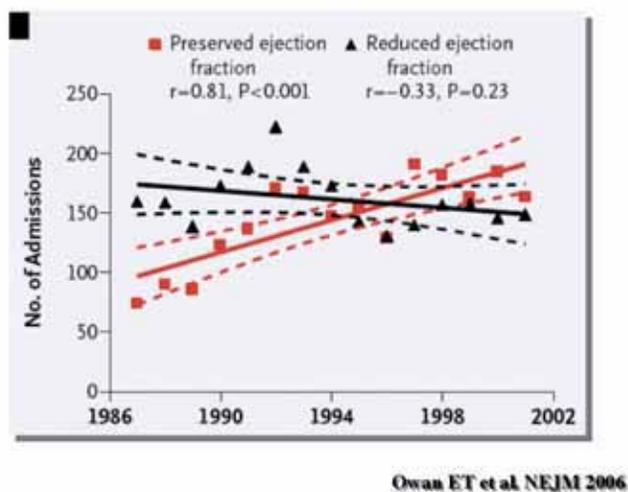


Figura 5 - Temporal trends in the prevalence

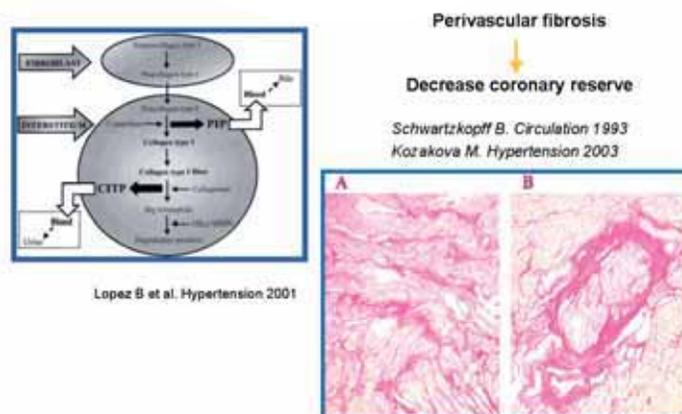


Figura 6

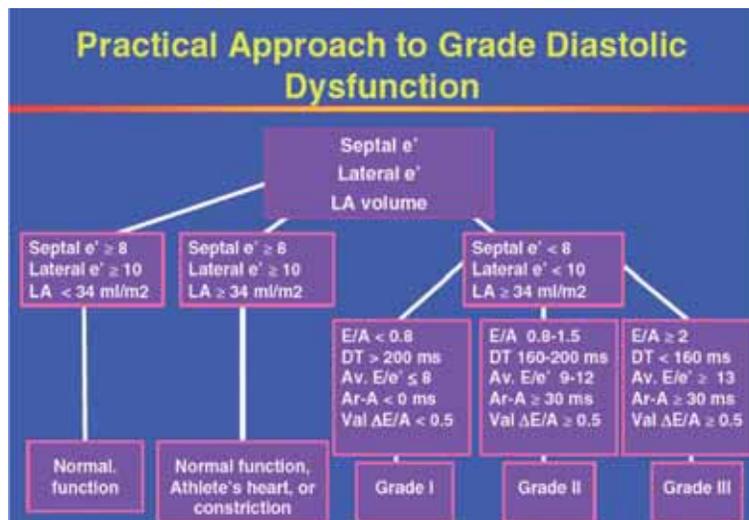


Figura 7

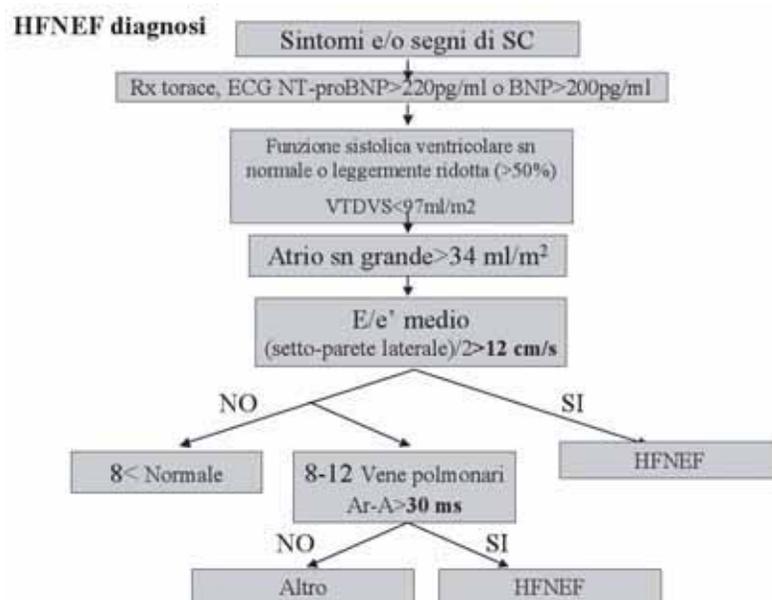


Figura 8

Tavola Rotonda

La seconda parte del meeting si è concentrata su un aspetto più pratico che è quello della gestione, comune con il Medico di Medicina Generale, il Medico Internista ed il Cardiologo, di questi pazienti. I moderatori, Dott.ssa M.C. Albanese e Dott. V. Moretti, hanno coinvolto sia i responsabili delle varie Cardiologie della Regione che i rappresentanti di FADOI, CEFOR-MED e AMCE nel dibattito sul tema riguardante la selezione dei pazienti di pertinenza cardiologica nella popolazione di scompensati con FE conservata e sulla gestione, nei vari centri, di follow - up e dell'approfondimento diagnostico di questi pazienti. Una flow - chart finale da applicarsi nella diagnosi di Scompenso Cardiaco ad FE conservata, derivata dalla revisione della letteratura e della ultime Linee Guida, semplificata per poter essere applicata nella pratica quotidiana soprattutto dai laboratori di ecocardiografia, è stata proposta alla fine del meeting (Figure 7 e 8).

Partecipazione

Sempre alta la partecipazione nella Regione: al meeting si sono iscritti 127 tra Medici e Infermieri e ciò denota il sempre crescente interesse nell'aggiornamento, nella discussione, nel confronto e nella condivisione delle problematiche, non solo cliniche, ma anche dei percorsi diagnostico terapeutici nella Regione Friuli Venezia Giulia.

Verso la Prima Consensus Conference Regionale sulla Gestione Clinica della Prevenzione Secondaria dopo Sindrome Coronarica Acuta

di F. Colivicchi e F. Menghini

L' ANMCO Lazio intende promuovere una Consensus Conference Regionale sulla Gestione Clinica della Prevenzione Secondaria dopo Sindrome Coronarica Acuta

L'iniziativa è in programma per il 29 settembre 2009 e vede la iniziale adesione delle Sezioni Regionali di diverse Società Scientifiche (AIAC, GISE, GICR, SIMI, SISA)

Nel 2004 lo sforzo congiunto dell'Area Prevenzione Cardiovascolare dell'ANMCO e del GICR ha portato alla pubblicazione di un Documento di consenso sulla "Prevenzione Secondaria della Malattia Coronarica" (Ital Heart J 2004; Suppl 8:110-114). Nel testo, frutto di un attento e puntuale lavoro di sintesi, venivano indicati i percorsi clinici di maggiore efficacia ed appropriatezza per le attività di prevenzione secondaria. Il documento mantiene ancora oggi, a distanza di 5 anni, tutto il suo valore. Di fatto, il clinico dispone attualmente di forti evidenze scientifiche e di molti documenti di sintesi, nazionali e locali, che dovrebbero indirizzare coerentemente la sua azione quotidiana. Eppure i dati che emergono degli studi di osservazione nel cosiddetto "mondo reale" ci dicono che non è così. In effetti, le informazioni disponibili per il nostro

Guida sono ampiamente disattese nella pratica clinica corrente. Questa situazione comporta un inevitabile tributo in termini di recidive ischemiche, spesso invalidanti o potenzialmente letali e non sembra trovare soluzioni realistiche.

Come sottolineato quotidianamente dalla stampa e dai diversi politici regionali di maggioranza ed opposizione, il Servizio Sanitario della Regione Lazio vive uno straordinario momento di crisi. Le risorse sono in rapido esaurimento e si prospettano "dolorosi ma salutari" interventi di "ristrutturazione". Poca attenzione viene riservata al paziente. In questo momento, tuttavia, L'ANMCO Lazio ritiene necessario tentare di porre in atto ogni possibile intervento per superare le difficoltà che impediscono il dispiegarsi di efficaci attività di prevenzione secondaria in favore dei cardiopatici cronici. Questa popola-

"Promoting a Comprehensive Approach for Secondary Prevention after Acute Coronary Syndrome"

paese sembrano indicare che tutte le misure di prevenzione secondaria, seppure certamente efficaci, vengono prescritte ed applicate significativamente meno di quanto si dovrebbe. Nel complesso si deve constatare con sorpresa e rammarico che le raccomandazioni contenute nelle Linee

ziona è infatti gravata dal maggiore possibile rischio di eventi sfavorevoli a breve termine. Come primo passaggio l'ANMCO Lazio intende promuovere una Consensus Conference Regionale sulla Gestione Clinica della Prevenzione Secondaria dopo Sindrome Coronarica Acuta. L'iniziativa è in

Nella nostra Regione, nonostante le grandi difficoltà economico - finanziarie del “piano di rientro”, le Società Scientifiche possono dare consistenza alle raccomandazioni delle Linee Guida e calarle nella realtà clinica quotidiana

programma per il 29 settembre 2009 e vede la iniziale adesione delle sezioni regionali di diverse Società Scientifiche (AIAC, GISE, GICR, SIMI, SISA). Il metodo delle Conferenze di Consenso, inizialmente messo a punto dal National Institute of Health statunitense e successivamente ripreso e utilizzato efficacemente dall'ANMCO in molte iniziative, consiste nella predisposizione di raccomandazioni condivise da parte di un gruppo di esperti, con specifiche e riconosciute competenze su un determinato argomento. Questo passaggio dovrebbe consentire di raccogliere indicazioni condivise da buona parte dei professionisti impegnati nella cura del cardiopatico cronico nella nostra regione. Questa iniziativa dovrebbe avere diverse finalità:

1. promuovere la cultura della prevenzione cardiovascolare secondaria nella regione;
2. far maturare una piena consapevolezza all'interno del corpo professionale medico sulla necessità di implementare misure efficaci di prevenzione secondaria;
3. sviluppare indicazioni effettivamente applicabili nella realtà locale della nostra regione, in piena compatibilità con gli attuali assetti organizzativi e con la sostanziale esiguità di risorse;
4. definire criteri condivisi di appropriatezza per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche in prevenzione secondaria.

In una fase successiva i risultati del consenso verranno presentati ai diversi stakeholders (associazione civiche e dei pazienti, assessorati, etc.) e diffusi attraverso la stampa professionale e laica. Nella sua lettera di saluto agli

associati del novembre 2008 il nuovo Presidente GICR - IACPR Carmine Riccio scriveva: “Come fase di ulteriore crescita del GICR - IACPR è giunto poi il momento di definire con l'ANMCO percorsi appropriati in prevenzione secondaria, abbandonando posizioni oltranziste ed insostenibili, identificando quei pazienti per i quali il passaggio in un centro di Cardiologia Riabilitativa è assolutamente raccomandabile, rispetto ad altri, a più basso rischio e a minor grado di complessità, per i quali è sufficiente un pacchetto concordato di misure di prevenzione secondaria”.

Nel concreto, riteniamo che i tempi siano maturi perché l'ANMCO Lazio accetti questa sfida del GICR - IACPR. Nella nostra regione, nonostante le grandi difficoltà economico - finanziarie del “piano di rientro”, le Società Scientifiche possono dare consistenza alle raccomandazioni delle Linee Guida e calarle nella realtà clinica quotidiana. Dobbiamo altresì sottolineare che solo attraverso una nuova consapevolezza dei professionisti, comune e condivisa, potremo effettivamente realizzare un cambiamento nella quotidianità operativa dei nostri ambulatori e dei nostri reparti di degenza. La Consensus Conference, come pure altre iniziative intersocietarie, possono favorire la costituzione di un corpo professionale coeso e competente che potrà confrontarsi con la “politica” in modo più efficace rispetto al passato.



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO



DOMANDA DI ISCRIZIONE

Non compilare

Codice Unico

Non compilare

Codice ANMCO

La Domanda di Iscrizione (scaricabile alla pagina www.anmco.it/associazione/come del Sito WEB ANMCO) deve essere inviata in originale alla Segreteria ANMCO - Via Alfonso La Marmora, 36 50121 Firenze - e anticipata per fax al numero 055/5101350 o per e-mail all'indirizzo soci@anmco.it. Lo Statuto dell'ANMCO è consultabile alla pagina www.anmco.it/associazione/statuto del Sito WEB ANMCO e i relativi Regolamenti alla pagina www.anmco.it/associazione/regolamenti/regolamenti

DATI ANAGRAFICI

Nome Cognome Data di nascita
Luogo di nascita Indirizzo
Città Prov. CAP
Tel. Fax E - mail

DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale
Indirizzo
Città Prov. CAP
Tel. Fax E - mail Reparto:

Non compilare

Struttura Ospedaliera Universitaria Distretto Sanitario Privata
 Altro

Tipologia

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiologia * | <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiochirurgia* |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto * | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto* |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto * | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto* |
| <input type="checkbox"/> Divisione Medicina * | <input type="checkbox"/> CNR |
| <input type="checkbox"/> Altro* | |

* Accreditamento (da compilare **se Struttura privata**): SI NO

Nome del Primario o facente funzione

Nome del Responsabile (per Strutture aggregate)

Ruolo Cardiologo Cardiochirurgo Medico

Qualifica

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Direttore di struttura complessa | <input type="checkbox"/> Responsabile di struttura semplice | <input type="checkbox"/> Dirigente |
| <input type="checkbox"/> Ricercatore - Borsista - Specializzando | <input type="checkbox"/> Ambulatoriale | <input type="checkbox"/> Altro |

In quiescenza

Non di ruolo



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO

Sede Nazionale - Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze
Tel. 055/51011 Fax 055/5101350 e-mail: aree@anmco.it

AREE ANMCO CHI È INTERESSATO?

Il presente modulo (scaricabile alla pagina www.anmco.it/aree/elenco del Sito WEB ANMCO) può essere inviato per posta (Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze), per fax (**055/5101350**), per e - mail (**aree@anmco.it**)

DATI ANAGRAFICI

Nome Cognome

Indirizzo

Città Prov. [][] CAP [][][][][]

Tel. Fax E - mail

DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale

Denominazione Struttura

Indirizzo

Città Prov. [][] CAP [][][][][]

Tel. Fax E - mail

Nome Primario o F.F.

- Socio ANMCO Non Socio Direttore di struttura complessa
- Responsabile di struttura semplice Dirigente Infermiere Altro

SONO INTERESSATO ALLA SEGUENTE AREA

- Area Aritmie - AR Area Chirurgica - ACH Area Emergenza/Urgenza - AEU
- Area Informatica - AIN Area Malattie del Circolo Polmonare - AMCP Area Management & Qualità - AMQ
- Area Nursing - ANS Area Prevenzione Cardiovascolare - AP Area Scopenso Cardiaco - AS

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - D.Lgs. n. 196/2003 (Codice sulla privacy)

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'Associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante moduli di adesione a convegni), nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs. n. 196/2003. Il trattamento sarà effettuato mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato manualmente o tramite strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. Nello specifico, i dati trattati vengono inseriti in un database informatizzato, ubicato nel sito WEB dell'ANMCO (www.anmco.it), in una parte del sito dedicata ai soli soci e consultabile solo dopo registrazione tramite login e password. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi ai fini della costituzione dello stesso rapporto associativo, nonché per consentirLe di abbonarsi agli organi scientifici legati all'Associazione, ponendo in essere tutte le operazioni a ciò strumentali. Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio, in quanto senza tali dati non sarà possibile procedere alla Sua iscrizione alla ricerca associativa; inoltre, dal mancato conferimento dei medesimi può scaturire un pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'ANMCO e non potranno essere a Lei inviate in abbonamento tutte le riviste dell'Associazione, o aggiornato su tutte le iniziative promosse dalla medesima. Titolare del trattamento è ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36. Per motivi inerenti lo svolgimento dell'attività istituzionale e per ragioni di rappresentatività nazionale e comunitaria, i dati raccolti saranno comunicati alla FIC - Federazione Italiana di Cardiologia, con sede a Bologna c/o Ospedale Maggiore, Unità Operativa di Cardiologia, Largo Nigrisoli n. 2 ed alla ESC (European Society of Cardiology, con sede in Sophia Antipolis Cedex - France - 2035, Route des Colles - Les Templiers), cui i Soci ANMCO hanno diritto ad essere iscritti. Inoltre, sono comunicati, in ragione della realizzazione di iniziative formative o di ricerca scientifica, alla Centro Servizi ANMCO srl e alla Fondazione "per il Tuo cuore" Heart Care Foundation Onlus, entrambe con sede in Firenze Via La Marmora 36. Infine, potranno essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, nonché a terzi fornitori (ad esempio per la spedizione di programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio in abbonamento delle riviste scientifiche, ecc.). La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione. Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede. ANMCO assicura l'esercizio dei diritti ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi al seguente recapito: Firenze, Via A. La Marmora n. 36, tel. 055/51011.

INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO,
CON RIFERIMENTO ALLA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI A TERZI

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data

..... Firma



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO

Sede Nazionale - Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze
Tel. 055/51011 Fax 055/5101350 e-mail: sitoweb@anmco.it

RICHIESTA LOGIN E PASSWORD SITO WEB ANMCO PER SERVIZI RISERVATI AI SOCI

Il presente modulo (scaricabile alla pagina www.anmco.it/registrazione/richiesta.html del Sito WEB ANMCO) può essere inviato per posta (Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze), per fax (**055/5101350**), per e - mail (**sitoweb@anmco.it**)

DATI ANAGRAFICI

Nome Cognome
Indirizzo
Città Prov. [][] CAP [][][][][][]
Tel. Fax E - mail

DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale
Denominazione Struttura
Indirizzo
Città Prov. [][] CAP [][][][][][]
Tel. Fax E - mail

Nome Primario o F.F.

- Direttore di struttura complessa Responsabile di struttura semplice Dirigente Ambulatoriale
 Ricercatore/Borsista/Specializzando Altro In quiescenza si

Inviatemi il codice di accesso a mezzo:

- FAX
 E - MAIL
 POSTA

A cura dell'ANMCO

Non compilare

[][][][][][][][]
[][]

Non compilare

Codice ANMCO [][][][][][][][]
Codice Unico [][][][][][][][]

Login e PW attribuiti

Login PW Firma Segreteria ANMCO

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - D.Lgs. n. 196/2003 (Codice sulla privacy)

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'Associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato [ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante moduli di adesione a convegni], nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs. n. 196/2003. Il trattamento sarà effettuato mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato manualmente o tramite strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. Nello specifico, i dati trattati vengono inseriti in un database informatizzato, ubicato nel sito WEB dell'ANMCO (www.anmco.it), in una parte del sito dedicata ai soli soci e consultabile solo dopo registrazione tramite login e password. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi ai fini della costituzione dello stesso rapporto associativo, nonché per consentirLe di abbonarsi agli organi scientifici legati all'Associazione, ponendo in essere tutte le operazioni a ciò strumentali. Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio, in quanto senza tali dati non sarà possibile procedere alla Sua iscrizione alla nostra associazione; inoltre, dal mancato conferimento dei medesimi può scaturire un pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'ANMCO e non potranno essere a Lei inviate in abbonamento tutte le riviste dell'Associazione, o aggiornato su tutte le iniziative promosse dalla medesima. Titolare del trattamento è ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36. Per motivi inerenti lo svolgimento dell'attività istituzionale e per ragioni di rappresentatività nazionale e comunitaria, i dati raccolti saranno comunicati alla FIC - Federazione Italiana di Cardiologia, con sede a Bologna c/o Ospedale Maggiore, Unità Operativa di Cardiologia, Largo Nigrisoli n. 2 ed alla ESC [European Society of Cardiology, con sede in Sophia Antipolis Cedex - France - 2035, Route des Colles - Les Templiers], cui i Soci ANMCO hanno diritto ad essere iscritti. Inoltre, sono comunicati, in ragione della realizzazione di iniziative formative o di ricerca scientifica, alla Centro Servizi ANMCO srl e alla Fondazione "per il Tuo cuore" Heart Care Foundation Onlus, entrambe con sede in Firenze Via La Marmora 36. Infine, potranno essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, nonché a terzi fornitori [ad esempio per la spedizione di programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio in abbonamento delle riviste scientifiche, ecc.]. La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione. Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede. ANMCO assicura l'esercizio dei diritti ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi al seguente recapito: Firenze, Via A. La Marmora n. 36, tel. 055/51011.

INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO,
CON RIFERIMENTO ALLA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI A TERZI

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data

..... Firma



Federazione Italiana di Cardiologia
Italian Federation of Cardiology



ASSOCIAZIONE
NAZIONALE
MEDICI CARDIOLOGI
OSPEDALIERI



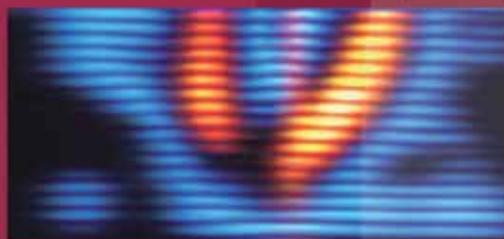
SOCIETÀ
ITALIANA
DI CARDIOLOGIA

CardioLexicon

Dizionario

A cura di:
Gianfranco Mazzotta
Odoardo Visioli

Cardio Lexicon



È per me un grande piacere presentare *Cardiolexicon*, dizionario aggiornato di termini cardiologici destinato agli operatori sanitari non specialisti in cardiologia. Quest'opera nasce per iniziativa della Federazione Italiana di Cardiologia (FIC) che ha identificato i suoi maggiori esperti per la descrizione delle principali voci cardiologiche. La Cardiologia è sicuramente nella medicina moderna una delle discipline specialistiche nella quale si sono verificati i maggiori progressi in termini di innovazioni diagnostiche e terapeutiche. Per il medico non specialista non è sempre agevole tenere il passo e comprendere con precisione il significato di nuovi termini, non esistenti all'epoca della formazione universitaria, o di vecchi termini con il tempo dimenticati. La comunicazione tra lo specialista dell'ospedale e il medico di medicina generale rappre-

senta oggi una delle principali criticità in ambito di organizzazione sanitaria, nella quale la FIC è fortemente impegnata a offrire il proprio contributo propositivo in ambito cardiologico. La comprensione da parte del medico non specialista del significato di nuovi termini correntemente utilizzati dal Cardiologo quali "infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST - STEMI" e "infarto miocardico senza sopraslivellamento del tratto ST - NSTEMI" può contribuire alla migliore gestione integrata ospedale-territorio del paziente cardiologico. Un sincero elogio per l'impegno e la passione profusa e per il lusinghiero risultato raggiunto va ai coordinatori dell'opera, Gianfranco Mazzotta e Odoardo Visioli, eccellenti professionisti Cardiologi dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) e della Società Italiana di Cardiologia (SIC) affiliate nella

FIC. Un sentito ringraziamento a tutti gli autori che hanno offerto il proprio generoso e qualificato contributo per la realizzazione del *Cardiolexicon*, ciascuno curando le voci di propria specifica competenza. Un particolare apprezzamento al Centro Scientifico Editore per la consueta professionalità nella realizzazione dell'opera, e all'azienda farmaceutica Malesci per l'importante supporto all'iniziativa. Il nostro augurio è di poter contribuire attraverso il *Cardiolexicon* alla diffusione della cultura cardiologica finalizzata al miglioramento della qualità delle cure, che è tra gli obiettivi primari delle nostre Società Scientifiche nazionali di Cardiologia.

Giuseppe Di Pasquale
Presidente Federazione Italiana di
Cardiologia

Conferimento della FELLOWSHIP ANMCO 2009



*Coriolano Bartolomeo,
Sette saggi greci
ca. 1620*

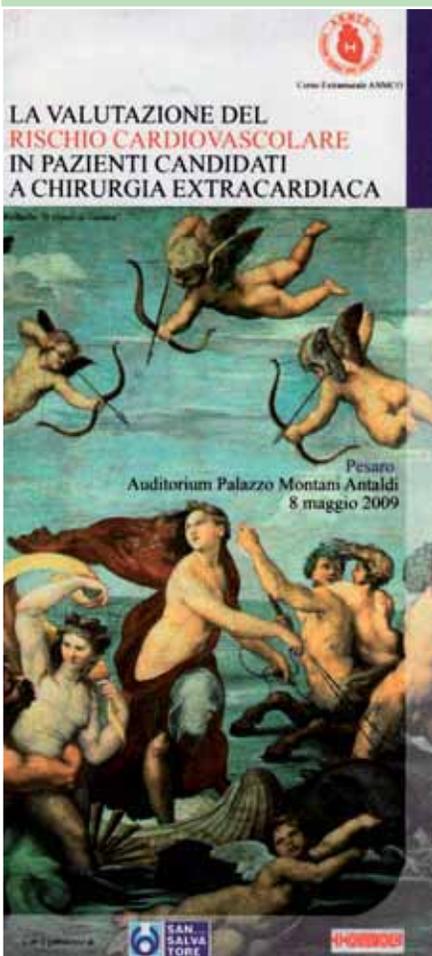
Nome	Cognome	Ospedale	Città	Prov.
LANFRANCO	ANTONINI	Ospedale San Filippo Neri	Roma	RM
GIUSEPPE	BRUSCHI	Ospedale Niguarda	Milano	MI
UMBERTO	CONTI	Azienda Ospedale Universitaria Pisana	Pisa	PI
FRANCESCO	DE ROSA	Presidio Ospedaliero Mariano Santo	Cosenza	CS
PAOLO	FONTANIVE	Azienda Ospedale Universitaria Pisana	Pisa	PI
ANNA	FRISINGHELLI	Presidio Ospedaliero Di Passirana	Passirana - Rho	MI
ROBERTO	GISTRÌ	Nuovo Ospedale Versilia	Lido di Camaiore	LU
FIORE	MANGANELLI	Aorn Giuseppe Moscati	Avellino	AV
MARIO	PACILEO	Presidio Ospedaliero Francesco Lastaria	Lucera	FG
VITTORIA	RIZZELLO	Ospedale San Giovanni	Roma	RM
MICHELE	ROMANO	Presidio Ospedaliero C. Poma	Mantova	MN
PAOLO	SCACCIATELLA	Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista	Torino	TO
WALTER	SERRA	Azienda Ospedaliera Universitaria Di Parma	Parma	PR
CLOTILDE	TERRANEO	Policlinico Di Monza	Monza	MI

Vivace attività culturale della Cardiologia marchigiana

50

Non solo Congressi, ma momenti di incontro tra Cardiologi

di Roberto Accardi



Corsi di Rianimazione Cardio - Polmonare: una solida realtà

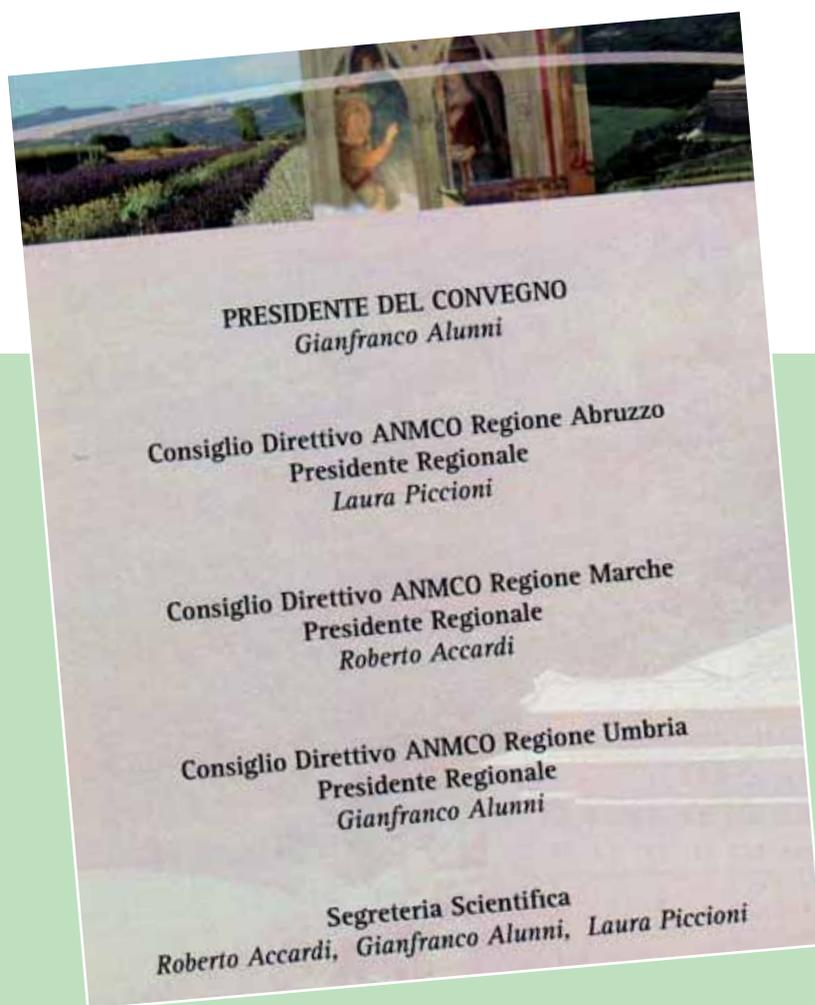
Prosegue l'attività di formazione ACLS - BLS interamente marchigiana iniziata nel 2002, arricchita dal fatto che presso il Centro di formazione ed aggiornamento della Zona Territoriale di Ascoli Piceno, a partire dal dicembre 2008 è operativo il Centro di Formazione Permanente per i corsi RCP ANMCO - AHA nell'ambito della provincia di Ascoli Piceno. Il centro è totalmente autonomo sia per quanto riguarda la disponibilità di istruttori (tutti marchigiani ed in numero adeguato), sia per quel che riguarda le stazioni di addestramento ACLS, coadiuvato nel lavoro di segreteria dal personale dell'Ufficio Formazione con un sensibile e ben accetto abbattimento dei costi. Dal mese di dicembre 2008, il gruppo diretto da Mauro Persico, vice coordinatore nazionale dei Corsi RCP ANMCO - AHA, ha effettuato 3 corsi ACLS, formando 38 tra medici ed infermieri provenienti dai dipartimenti di Emergenza, ed altri corsi sono in programma a breve. Tra i progetti immediati di questo Centro di Formazione, sarà quello di inviare le proposte e i programmi dei prossimi corsi a tutti gli Uffici Formazione e Dipartimenti di Emergenza di Marche e Abruzzo, così da mettere a disposizione un progetto formativo assolutamente indispensabile per chi si trovi quotidianamente ad operare nell'emergenza - urgenza cardiovasco-

lare. Mi corre l'obbligo ed il piacere di ricordare che il gruppo istruttori marchigiani ha coordinato per circa due anni i corsi RCP dell'Emilia Romagna avviando così la cascata formativa anche in questa regione che al momento è tra le più attive nello svolgimento di corsi ANMCO. Ci auguriamo che tale iniziativa si possa ripetere infatti, se le cose proseguiranno in tale direzione, spetterà agli istruttori marchigiani avviare la cascata formativa ANMCO in Puglia.

Congressi

MUMA di Assisi

Nella bella cornice di Assisi, nei giorni 3 e 4 aprile 2009, si è svolta la seconda edizione del Congresso MUMA "La Cardiologia che ci unisce"; prosegue infatti la collaborazione scientifica tra Marche, Umbria e Abruzzo, iniziata nel 2008 a San Benedetto del Tronto. Gli argomenti trattati sono stati interessanti e coinvolgenti, con sessioni dal risvolto pratico ed immediatamente applicativo, condotte da moderatori e relatori preparati e motivati. Tra le varie sessioni, mi piace ricordare, per l'interesse generale suscitato, in particolare da parte delle Colleghe, la messa a punto sulla "Patologia cardiovascolare in gravidanza": argomento che ha coinvolto l'auditorio non solo dal punto di vista tecnico - scientifico, suscitando una naturale e profonda riflessione sulla bellezza ed il mistero della nascita della vita. Un particolare ringraziamento all'amico Gianfranco



logico avanzato ed allo scempenso cardiaco. La valutazione del rischio cardiovascolare in pazienti candidati a chirurgia extracardiaca. Il convegno svoltosi venerdì 8 maggio a Pesaro organizzato, nell'ambito del Piano Annuale Formativo ANMCO, dalla Dottoressa Patrizia Lattanzi, del Consiglio Direttivo regionale ANMCO Marche e dalla Cardiologia di Pesaro diretta dal Dott. Bocconcelli, ha sottolineato la centralità del ruolo del Cardiologo nella gestione del paziente che andrà incontro ad intervento chirurgico. La cultura del Cardiologo clinico appare fondamentale nel coordinare un percorso diagnostico e terapeutico moderno e sicuro per il paziente cardiopatico. Con il rapido evolvere delle conoscenze, appare sempre più importante affidare la gestione di problematiche così delicate ad una figura di riferimento come il Cardiologo, questo con la finalità di effettuare un corretto risk management del percorso clinico e terapeutico di questi pazienti.

Da queste iniziative risalta la vivacità e la propositività culturale della Cardiologia marchigiana, come sempre ad alto livello, senza dubbio pronta a confrontarsi e soprattutto a collaborare con la Cardiologia Universitaria da poco istituita con l'arrivo in Ancona del Prof. A. Capucci. Appare chiaro che con questi presupposti la Cardiologia ospedaliera e quella universitaria, in questo momento, se unite, potranno apportare solo risultati positivi e benefici alla ricerca ed alla assistenza cardiologica della nostra Regione.

Alunni, Presidente regionale ANMCO Umbria, per l'impegno profuso, la cordialità sua e dei Colleghi umbri e alla simpatica band musicale che ci ha fatto ricordare piacevolmente i nostri anni più verdi.

Convegno

Pulsus inaequalis et irregularis 2009

Meeting interattivo sulla fibrillazione atriale, tenutosi sabato 21 marzo 2009 a Fano, organizzato dal Dott. Andrea Pozzolini, del Consiglio Direttivo regionale ANMCO Marche, e dalla Cardiologia di Fano diretta dal Dott. Ilari. L'amico Pozzolini è riuscito a coinvolgere personalità di spicco dell'aritmologia italiana, come A. Capucci, G. L. Botto e M. Sermasi, su di un argomento, la fibrillazione atriale, di particolare interesse nell'attività quotidiana delle U.O. di Cardiologia, dei Dipartimenti di Emergenza e delle U.O. di Medicina. Tempo fa, quando si notava la fibrillazione atriale sul-

l'ECG, si tranquillizzava il paziente e si instaurava terapia digitalica, ma ora molto è cambiato: con estrema chiarezza si è fatto il punto sulle attuali conoscenze e le Linee Guida, che non devono apparire come obblighi, ma binari per omogeneizzare la pratica clinica di ognuno di noi. Dai relatori soprattutto, è emerso che il buon senso, unito ad una solida preparazione scientifica, è il pilastro su cui fondare la nostra attività ed insieme rappresentano un ottimo supporto per la cura dei nostri pazienti.

Le Giornate Cardiologiche del Lancisi

Dal 4 al 6 maggio, quest'anno a Senigallia (AN), si è rinnovato l'appuntamento di grande spicco culturale organizzato dall'Ospedale G.M. Lancisi di Ancona, che coinvolge Cardiologi e Cardiochirurghi sia dell'adulto che pediatrici su argomenti che spaziano dalle valvulopatie, all'imaging cardio-

Terapia cellulare in Cardiologia: prospettive e difficoltà dell'applicazione clinica

di P. Scacciarella e S. Marra

Premesse

La terapia cellulare, o più estensivamente la terapia rigenerativa, in Cardiologia è un approccio sicuramente affascinante da un punto di vista teorico e scientifico, ma ancora estesamente inesplorato e del tutto confinato al campo della sperimentazione clinica e della ricerca di base.

Prospettive

Negli ultimi dieci anni il passaggio dalla ricerca sul modello animale alla sperimentazione sull'uomo si è svolto in tempi molto rapidi: se da un lato i meccanismi d'azione e di interazione dei prodotti cellulari con i tessuti ospiti non sono ancora del tutto noti, dall'altro i risultati di sicurezza nei trial clinici finora condotti sono sicuramente incoraggianti. I risultati di efficacia invece sono ancora contrastanti e scarsamente confrontabili vista la disomogeneità di tipologie e dosi cellulari utilizzate e di categorie di pazienti trattati. Da un punto di vista scientifico sono ancora da definire:

- i meccanismi d'azione dei prodotti cellulari (tale punto può essere chiarito solo con studi sperimentali di laboratorio e sull'animale di piccola e di grande taglia);
- quali siano le tipologie di precursori cellulari più adatte all'applicazione clinica;
- quali siano le tipologie di pazienti che più possono beneficiare di tale terapia;
- quali siano le tipologie di cellule più adatte in determinati contesti clinici; (alcune cellule possono risultare più efficaci in determinati contesti fisiopatologici ed anatomopatologici, altre in altri);

- quali siano le vie di somministrazione più efficaci (intracoronarica con metodica "stop flow" o infusione continua, endocardica epicardica);
- quali siano le tempistiche ottimali in caso di patologia coronarica acuta, nonché le modalità in generale: somministrazione singola, più somministrazioni in tempistiche diverse;
- se vi siano possibilità di manipolazione in vitro delle cellule native per rendere più efficace la loro azione.

È intuitivo che tutti questi punti potranno essere chiariti solo da una mole importante di studi clinici, che facciano seguito a dati sperimentali in vitro ed in vivo sufficienti a fornire il razionale scientifico ad ogni applicazione clinica che si voglia intraprendere. Vale la pena intraprendere un'impresa scientifica in apparenza titanica? Inserirsi in un filone di ricerca clinica che vede o ha visto coinvolti molti dei più prestigiosi Centri ospedalieri e universitari europei ed alcuni tra i più brillanti ricercatori di base è sicuramente molto stimolante, ma la vera motivazione è che tale approccio terapeutico potrebbe ottenere risultati sulla prognosi di pazienti nei quali le migliori terapie oggi disponibili in Cardiologia siano già state applicate tutte e non vi siano ulteriori opzioni per migliorare una prognosi insoddisfacente.

Difficoltà

Le difficoltà per intraprendere un progetto sperimentale di terapia cellulare sono le seguenti:

- un quadro normativo limitativo e rigoroso (sintetizzabile in "cellule come farmaci"), per cui ogni prodotto cellulare, anche il più semplice, può

essere prodotto solo in "cell factory" accreditate dall'AIFA, che soddisfino i criteri della "good manufacturing practice" (attualmente solo 3 Centri accreditati in Italia, tutti in Regione Lombardia);

- l'approvazione dei protocolli di ricerca clinica prevedono la stesura di pratiche molto complesse che documentino ogni dettaglio scientifico, laboratoristico e di applicazione clinica e che vanno sottoposte alla Commissione per l'accertamento dei requisiti dei prodotti farmaceutici di nuova istituzione dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). I tempi istruttori sono generalmente molto lunghi;
- le sperimentazioni sono strettamente monitorizzate ed i dati di eventuali pazienti arruolati in sperimentazioni cliniche devono essere tempestivamente inseriti nella banca dati per il monitoraggio della terapia genica e la terapia cellulare somatica dell'ISS, pena la sospensione dell'autorizzazione a procedere;
- il maggior ostacolo allo sviluppo di tale campo di ricerca clinica è rappresentato dalle risorse economiche necessarie. L'ordine di grandezza di un trattamento con prodotto di terapia cellulare per paziente è di circa 5 - 10.000 €. Mancando completamente i finanziamenti delle grandi Aziende Farmaceutiche, che non hanno ritenuto fino ad ora strategico investire in tale campo, la situazione nazionale è quella di un'assoluta povertà di finanziamenti, fatta eccezione per le risorse messe al bando a livello italiano ed europeo per la ricerca sanitaria finalizzata che sono di difficile accesso.

Implementazione di un Programma sperimentale di terapia rigenerativa cellulare

Pur nella consapevolezza delle difficoltà e delle incertezze sopraesposte, la Cardiologia Ospedaliera dell'Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni Battista, "Molinette" di Torino vuole essere promotrice di un programma pluriennale di implementazione di terapie cellulari in diversi contesti clinici. Le premesse sono state:

- uno sviluppo di un "know how" specifico nei primi anni 2000, sfociato in un'esperienza sperimentale di trattamento con citochine (G-CSF e GM-CSF) dell'infarto miocardico acuto (forse una "scorciatoia" terapeutica per "bypassare" le difficoltà suddette relative ai prodotti di terapia cellulare);
- lo sviluppo di "partnership" specifiche con Centri interessati allo sviluppo di progetti di ricerca di terapia. Negli anni sono state impostate collaborazioni con il Centro per la Terapia Cellulare e i trapianti di midollo. Azienda Ospedaliera OIRM - S. Anna di Torino (Dott.ssa F. Fagioli), Istituto Mario Negri di Milano (Dott. R. Latini) e sono in via di definizione le collaborazioni con Istituto Cardiologico Monzino di Milano (Dott. G. Pompilio) ed il Centro ricerche Fondazione Tettamanzi Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza (Prof. Biondi);
- la ricerca di risorse economiche presso enti istituzionali e privati per avviare i progetti di sperimentazione clinica;
- l'identificazione e lo sviluppo di competenze professionali su metodiche strumentali che saranno utilizzate per le valutazioni di efficacia: per la valutazione di vitalità e perfusione la PET, per le valutazioni di volumetria e

funzione sistole - diastolica le "P - V loop analysis" e le metodiche avanzate di ecocardiografia (eco - 3D e TDI), per le valutazioni di classe funzionale il test cardiopolmonare.

Le categorie cliniche in cui si cercherà di attivare programmi di sperimentazione sono le seguenti:

- 1) Pazienti con infarto miocardico acuto trattati con PCI primaria e con funzione ventricolare residua $\leq 40\%$. In tale contesto si vogliono applicare cellule CD34 purificate ed espanse ex vivo. Tale filone di ricerca viene sviluppato in collaborazione con gli Istituti OIRM - S. Anna di Torino e Mario Negri di Milano. Lo stato di avanzamento attuale vede il completamento della fase sperimentale in vitro sul prodotto cellulare ed una fase avanzata di sperimentazione sulla cavia. Tali dati una volta completi forniranno i presupposti scientifici per impostare la domanda di autorizzazione alla sperimentazione clinica da inviare all'ISS. La fase di sperimentazione clinica sarà obbligatoriamente multicentrica su base regionale.
- 2) Pazienti con cardiopatia ischemica ad evoluzione ipocinetica con severa depressione della funzione sistolica in classe clinica avanzata e già in terapia farmacologica ed elettrica massimale. In tale contesto si vuole applicare un prodotto di terapia cellulare consistente in CD133. Tale sperimentazione è in corso di definizione con gli Istituti Cardiologico Monzino di Milano e Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza. Essendo già stata completata da parte degli Istituti suddetti la fase di sperimentazione preclinica ed essendo già stata eseguita una sperimentazione clinica chirurgica con tale prodotto cellulare, lo stato di avanzamento

attuale prevede la stesura della pratica per l'ISS ed in caso di parere positivo l'avvio della sperimentazione clinica previa autorizzazione dei rispettivi comitati etici.

- 3) Pazienti con infarto miocardico acuto trattati con angioplastica primaria con utilizzo di stent a cattura di cellule precursori endoteliali CD34. Tale sperimentazione clinica è già attiva presso il nostro Centro e vede un'applicazione della terapia rigenerativa cellulare contestualizzata alla riparazione vasale con le finalità di prevenzione della trombosi acuta - subacuta - tardiva e della ristenoisi. Contestualmente vengono studiate le cinetiche di mobilitazione spontanea della popolazione cellulare CD34. Lo studio già approvato dal Comitato Etico ha visto l'arruolamento dei primi 20 pazienti. L'attività sopradescritta si svolge sotto l'egida del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO e del Gruppo di Studio di Terapia Cellulare Cardiaca della Federazione Italiana di Cardiologia.

Bibliografia

1. Pompilio G., Ambrosio G., Briguori C., Marra S., Capogrossi M. a nome del Gruppo di Studio di Terapia Cellulare Cardiaca della Federazione Italiana di Cardiologia. Studi clinici di terapia cellulare cardiaca in Italia. *G Ital Cardiol* 2007; 8 (9): 586-591
2. Bartunek J., Dimmeler S., Drexler H. et al., for the Task Force of the European Society of Cardiology concerning the clinical investigation of the use of autologous adult stem cells for repair of the heart. *Eur Heart J* 2006; 11: 1338-40

La Cardiologia ospedaliera pugliese

Il contributo dell'ANMCO

di Donato Messina

Figura 1
Il Prof. Chini (a destra) il Commissario Bellè, il Dott. Bacca, l'On. Lenoci e il Prof. Rizzon

Da "La Gazzetta del Mezzogiorno", 19 gennaio 1971



La Cardiologia ospedaliera della Regione Puglia ebbe il suo primo riconoscimento ufficiale presso l'Ospedale Civile di Barletta quando nel 1959 il Dott. Donato Messina, specializzato in Cardiologia, venne destinato quale Assistente medico - chirurgo di ruolo, al Reparto di Chirurgia però "adde- to alla Cardiologia". Accadeva così che, per la prima volta nella Regione Puglia, un Cardiologo veniva destinato a svolgere funzioni specifiche in piena autonomia. In realtà, altri Medici già svolgevano le medesime funzioni presso Reparti ospedalieri o universitari ma tutti operavano solo sotto la diretta responsabilità dei Primari della Medicina Interna e dei Direttori delle Cliniche Mediche Universitarie che temevano lo smembramento

della Medicina Interna. Procedendo sempre in salita, nel 1961, presso il suddetto Ospedale, venne attivato un Centro di Cardioreumatologia per la lotta alle patologie croniche degenerative. In seguito, nel 1965, l'Amministrazione ospedaliera istituì anche il Servizio di Cardiologia, affidato poi alla responsabilità di un Primario che costituiva l'unica Unità autonoma nella Regione Puglia. Nel gennaio del '66 il Dott. Messina, che aveva aderito all'ANMCO, iniziò ad avviare un processo di aggregazione dei Cardiologi ospedalieri della Puglia che trovò la condivisione di Guido Bianco di Putignano, Luigi Colonna di Bari, Donato De Matteis di Foggia, Alfonso Verrienti di Brindisi, Nicola Nazzaro di Foggia e Vito Cascella di Conversano. Nello stesso periodo i Primari di Cardiologia in Italia iscritti all'ANMCO erano solo 13, distribuiti in 8 Regioni: ad Ancona (F. Di Giuseppe, C. Fuà), Barletta (D. Messina), Cagliari (G. Binaghi), Catania (A. Galassi), Milano (F. Rovelli e G. Fraù), Roma (V. Puddu), Torino (F. De Matteis, F. Penati), Varese (C. Roella), Venezia (G. Caturelli), Udine (G. Feruglio). Il modesto gruppo dei Cardiologi pugliesi si attivò presso i responsabili della politica sanitaria regionale e delle amministrazioni ospedaliere, prospettando la necessità di far nascere, anche in Puglia, sezioni autonome di Cardiologia ospedaliera. Modello organizzativo che altrove era già attivo e registrava una significativa riduzione della morbilità e della mortalità cardiovascolare della popolazione. Con il sostegno dell'ANMCO Nazionale ed in particolare dai Presidenti A. Lotto



Figura 2
Il Prof. Colonna insieme al Sottosegretario Lattanzio

Da "La Gazzetta del Mezzogiorno", 19 gennaio 1971



Figura 3
L'Assessore alla Sanità della Regione Puglia F. Giampaoli insieme al Direttore Sanitario e il Dott. Messina in visita all'UTIC di Barletta

e P. Solinas, vennero avviati "incontri informativi" per sensibilizzare le Autorità istituzionali, gli operatori sanitari e la popolazione residente nel territorio. Si rese necessario un preliminare censimento delle realtà cardiologiche già strutturate o in via di attivazione sul territorio pugliese, onde evidenziare le carenze strutturali ed organizzative.

Nel marzo 1972, le strutture cardiologiche pubbliche in Puglia, erano le seguenti:

- 1 Divisione di Cardiologia presso l'Ospedale Provinciale di Barletta dotata di 30 p.l.;
- 1 Servizio Cardiologico presso l'Ospedaletto dei Bambini di Bari con 15 p.l.;
- 1 Unità Operativa UTIC annessa alla Clinica Medica dell'Università di Bari;
- 1 Centro di Cardiocirurgia Univer-

sitario.

Nello stesso anno era in corso la ristrutturazione del Servizio di Cardiologia in Divisione con UTIC presso il Policlinico di Bari. I Servizi di Cardiologia, però non erano presenti in tutti gli ospedali.

Il Consiglio Direttivo Regionale dell'ANMCO elaborò il "Primo schema di programmazione delle istituzioni cardiologiche" che fu consegnato all'Assessorato della Sanità della Regione Puglia. Questo piano prevedeva 500 posti letto di degenza cardiologica, 20 UTIC e almeno 2 Centri di Cardiocirurgia ospedaliera (di cui uno pediatrico) mentre un Servizio autonomo di Cardiologia veniva indicato come indispensabile in tutti gli ospedali. Tanto per superare le precedenti ipotesi di Piano Regionale che vedevano esclusa la Cardiologia

dai servizi ospedalieri essenziali e che limitavano le strutture ospedaliere a un solo "Presidio cardiologico" ogni 375.000 abitanti e i posti letto a 0,08‰. Le proposte trovarono parziale accoglimento tanto che l'inchiesta ANMCO del 1978 inerente le strutture cardiologiche in Italia, coordinata da L. Odoguardi, rivelò che erano ormai operative in Puglia le Divisioni di Cardiologia, Universitaria e Ospedaliera del Policlinico, dell'Ospedale "Di Venere" e dell'Ospedale Giovanni XXIII nella città di Bari, oltre che quelle degli Ospedali di Acquaviva delle Fonti, Barletta, Lecce e Gallipoli. I Servizi di Cardiologia nelle 5 Province erano:

- Provincia di Bari: Altamura, Andria (con UTIC), Canosa, Monopoli, Putignano, Terlizzi;
- Provincia di Brindisi: Brindisi, Fran-

cavilla Fontana, S. Pietro Vernotico; - Provincia di Foggia: OO. Riuniti di Foggia (con UTIC), Cerignola (Servizio aggregato alla Divisione

medica), Lucera (Servizio aggregato alla Divisione medica), Manfredonia; - Provincia di Lecce: Campi Salentina, Copertino, Galatina, Tricase; - Provincia di Taranto: Ospedale SS Annunziata.

Così l'assistenza cardiologica nella nostra regione si allineava ai livelli nazionali per competenza, modernità e tecnologia. Oggi in Puglia la Cardiologia ospedaliera può contare su circa 500 posti letto distribuiti fra circa 30 Unità Operative di Cardiologia con UTIC ed una diffusa rete di Servizi. Numerosi sono i Cardiologi in esse impegnati di cui ben 500 sono Iscritti all'ANMCO. Va inoltre segnalato che proprio in questo periodo, a tutti i livelli istituzionali regionali, si sta discutendo del nuovo Piano Sanitario Regionale e dei Piani Attuativi Locali (PAL).

Attività culturale e scientifica

Negli anni '80 gran parte dei Cardiologi pugliesi era iscritta contemporaneamente alla Società Italiana di Cardiologia (SIC) e all'ANMCO e i rapporti tra le due Società erano ottimali. Lunghi dal riaccendere polemiche ormai superate è bene ricordare

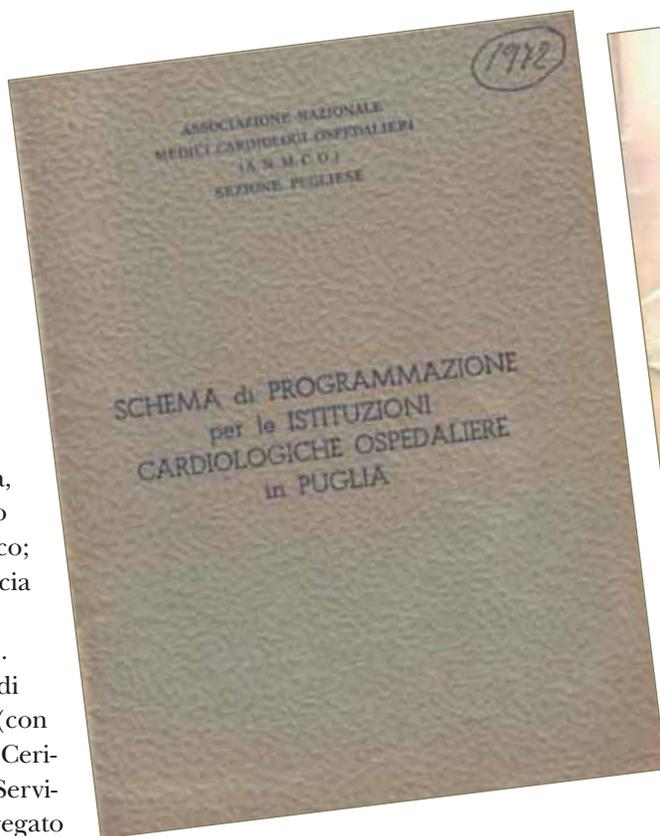


Figura 4
Documentazione del 1972
e del 1973

che nel 1981, terminata la presidenza del Prof.

Attilio Reale, era stato concordato che gli subentrasse un sanitario proveniente dall'esperienza ospedaliera, il Prof. Fausto Rovelli. Invece la componente universitaria elesse il Prof. P. F. Angelino, ospedaliero.

Il 9 novembre 1981 il Consiglio Direttivo dell'ANMCO ravvisò nelle modalità elettive una procedura solo formalmente corretta, che in realtà era vista come un atto di forza nei confronti della Cardiologia ospedaliera e sollecitò i Consigli Regionali ad esprimersi in merito. A ciò si aggiunse un presunto scarso impegno della SIC nelle attività congiunte. La spaccatura fu inevitabile. Il Consiglio Nazionale ANMCO, riunitosi a Milano l'11 dicembre 1981, decise che la partecipazione alla SIC, così come sino ad allora si era sviluppata, non rappresentava più un utile strumento per raggiungere lo scopo primario dell'ANMCO, cioè l'unità della Cardiologia italiana. Il Consiglio Nazionale deliberò pertanto la interruzione di qualsiasi forma di collaborazione con la SIC e il divieto della doppia iscrizione ad entrambe le Società. Tutti gli Iscritti ANMCO vennero invitati a dimettersi dalla SIC. L'ANMCO Puglia (come altre Sezioni Regionali) visse, quindi,

la crisi più tormentata della sua storia associativa. I Soci con doppia iscrizione erano 70 su 128 e la metà circa non si dimise. Il ricompattamento dei Cardiologi ospedalieri

fu favorito dal "3° Corso di Aggiornamento - Fisiopatologia diagnostica e terapia della ischemia miocardica transitoria". Questo corso di rilevanza nazionale, dopo le analoghe esperienze di Milano e Roma, approdava a Bari proprio per confermare la presenza e la vitalità dei Cardiologi ospedalieri pugliesi sotto il profilo didattico e organizzativo. Nel 1984, i rapporti regionali ANMCO/SIC vennero finalmente riallacciati in seguito ad un invito di collaborazione avanzato dalla Presidente Regionale SIC, Prof.ssa Anna Pirrelli con il sostegno del Consiglio Nazionale ANMCO in vista della costituzione della "Federazione Cardiologica Italiana". Il 1° Congresso interregionale ANMCO Puglia - Lucania (Presidenti C. Forleo e L. Veglia) sul tema "Cardiopatía ischemica - attualità e prospettive" venne realizzato presso il Castello Svevo di Barletta nel 1997.

In conclusione i Cardiologi ospedalieri della Regione Puglia, operando con abnegazione e rifuggendo da qualsiasi tipo di sudditanza, perseguendo l'obiettivo originario di assicurare alla comunità un'adeguata assistenza sanitaria specialistica, hanno conquistato prestigio e considerazione nel nostro territorio. La presente anamnesi storica delle vicende ospedaliere vuol essere un riconoscimento e un omaggio agli sforzi compiuti da tutti loro.



Il Congresso!

di Abele Ajello

Ogni riferimento ad avvenimenti, luoghi e persone reali è fortemente voluto. Il fatto è il Congresso Nazionale dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri nel 2008, la scena è la Stazione di Firenze, i dialoganti sono due Congressisti che discutono animatamente gli eventi congressuali. "Ottimo Congresso. Ho seguito i lavori con grande attenzione. Però, che folla! Quasi 3.000 Medici iscritti transumanti da una Sala all'altra a caccia della Relazione più autorevole o di quella immancabile dell'amico o della Controversia più gustosa."

"Se devo essere sincero, e con te lo sono, questa folla, questa abbondanza di Relazioni, Simposi, Controversie, How To, Focus on, Tavole Rotonde... Mi confondono. Non riesco a seguire bene i lavori congressuali. Nella maggior parte dei casi non è possibile affrontare in modo esaustivo un argomento, non c'è tempo per la discussione interessante perché preme la successiva Sessione, il Coffee Break, il Luncheon Panel. Sicuramente meglio i congressi monotematici in cui gli argomenti sono sviscerati in tutti gli aspetti con un sicuro beneficio didattico."

"Ma sai bene che gli intenti didattici non sono, consapevolmente, tra gli scopi principali del Congresso! Scopo principale del Congresso è il confronto su temi organizzativi, è il confronto tra gruppi, è l'incontrarsi per rinnovare o confermare rapporti di lavoro, di amicizia. E poi lo sai: sul Web trovi

subito le notizie congressuali più importanti, anzi ti dirò che da casa segui molto meglio le vicende congressuali che essendo presente sul posto."

"Scusami ma non capisco. Per me il Congresso è un'occasione di aggiornamento. Ho chiesto, infatti, la possibilità di assentarmi dal lavoro per aggiornamento professionale, non certo per andare a cena con gli amici! E poi, sempre a proposito di aggiornamento, come è possibile chiarirsi le idee se in una Sala un autorevolissimo Relatore arriva a certe conclusioni mentre in un'altra Sala un altrettanto autorevolissimo oratore perviene a conclusioni opposte spesso senza un contenzioso? Non sarà perché uno dei due Simposi era sponsorizzato da una nota ditta?"

"Innanzitutto un Congresso è espressione della multiformità, della vivacità dialettica e delle diverse correnti di pensiero di un'Associazione. Per quanto riguarda l'altro punto da te sottinteso, i fenomeni a cui tu alludi sono presenti, eccome! Però bisogna avere, scusami, l'accortezza di distinguere tra uno spot pubblicitario, sia pure autorevole, e la corretta esposizione di una novità scientifica. Peraltro gli spot pubblicitari sponsorizzati sono quelli che rendono possibile il Congresso e permettono lo svolgimento di Sessioni autonome. E poi, non essere troppo severo con chi partecipa a questi Simposi. Ci sono Colleghi che ricoprono il ruolo mantenendo la propria dignità professionale."

“Sono senz’altro d’accordo. Però anche il Relatore più corretto non può, anche soltanto per educazione, non essere condizionato dal fatto di essere ospitato in un Simposio sponsorizzato da una ditta. Quindi, necessariamente, l’evento risulterà in misura maggiore o minore falsato.”

“Questo è vero. Non per nulla i simposi sponsorizzati vengono identificati come tali.”

“Continuo a non capire. Vediamo in concreto quello che succede: a) si organizza un Congresso per creare un’occasione di confronto; b) per organizzare questa occasione di confronto servono capitali provenienti soprattutto o completamente da ditte interessate a promuovere un certo prodotto; c) le ditte, in cambio del loro contributo, pretendono Simposi da esse organizzate autonomamente con Relatori di loro fiducia; d) alla fine però questi simposi viziano l’occasione di confronto che non risulta più genuino. Ma allora perché organizzare il Congresso?”

“Ti ho già detto che questo è uno scotto necessario per fare passare i messaggi genuini delle Sessioni organizzate autonomamente dalla nostra Associazione e questo è importante! Hai ascoltato anche tu Relazioni e Discussioni di alto livello scientifico che dovrebbero convincerti sull’utilità, nonostante tutto, dello svolgimento di un Congresso di questo tipo.”

“Sì, questo sì; ma i messaggi genuini, come li chiami tu, sono seppelliti in una melassa informe in cui è difficile identificare il cosiddetto *messaggio da portare a casa*. E già che ci siamo, parliamo dei criteri organizzativi delle Sessioni autonome. Chi è che decide

l’organizzazione e decide la partecipazione di questo o quel Relatore?”

“Ma in questo l’Associazione si è data un’organizzazione veramente democratica. Dalla periferia, anche estrema, vengono segnalate individualità di spicco professionalmente degne di dare un contributo scientifico al Congresso e, tra queste, vengono scelti i Relatori e Moderatori.”

“Sarà questa la tua impressione. A me sembra che insieme alla levatura professionale e scientifica abbiano buon gioco le conoscenze, l’appartenenza a gruppi, la capacità dei gruppi di appartenenza di fare pressione.”

“Quello che dici è vero, non lo posso negare. Ma in genere le individualità di rilievo vengono comunque evidenziate.”

“Sarà, ma spesso vedo che si va verso l’omogeneizzazione dei messaggi con Colleghi, anche di rilievo per carità, affetti da una notevole e chiara bulimia, presenti in numerosi Simposi come Relatori o Moderatori spesso con Relazioni molto simili tra loro. Sembra che il prestigio personale venga misurato sulla base del numero di Relazioni e Moderazioni ottenute nel Congresso.”

“Stai esagerando. Che tu sbagli è evidente dalla grande partecipazione e dal cospicuo numero di iscritti che dimostrano una notevole e intatta affezione all’evento.”

“È già, la folla! Tu sembri contento della grande partecipazione. Ma devi renderti conto che si tratta di congressisti a loro volta sponsorizzati e selezionati dalle ditte in base a criteri commerciali. La folla, quindi, dichiara il successo commerciale ma non necessariamente quello scientifico della

manifestazione.”

“Ma cosa pretendi? Che i congressisti si sobbarchino le spese di vitto e alloggio?”

“E perché no? Un rito congressuale più *francescano* favorirebbe una più consapevole partecipazione e favorirebbe un più elevato livello scientifico. Inoltre, invece di esaurire gran parte delle energie societarie nell’organizzazione di un mega Congresso annuale si potrebbe organizzare un incontro a costo più contenuto e puntare di più sullo sviluppo dell’attività scientifica societaria durante l’anno, questa sì, vero fiore all’occhiello della nostra Associazione.”

“Sei fuori dal mondo. Non sai quello che dici. Comunque, ti informo che sono stato eletto nel Consiglio Direttivo dell’Associazione. Ci riuniamo la settimana prossima per organizzare il Congresso del prossimo anno. Però adesso, scusami, debbo andare. Il mio treno è in partenza. Ci vediamo al prossimo Congresso.”

“Ti faccio tantissimi auguri. Però non so se ci vedremo qui l’anno prossimo!”



Prevenzione della Morte Improvvisa nello sportivo: confronto tra il modello italiano e quello USA

di Pietro Delise

In Italia dal 1982 la legge prevede che la partecipazione allo sport agonistico sia condizionata da un certificato di idoneità rilasciato da uno specialista in medicina dello sport dopo uno screening che comprende la visita clinica e l'elettrocardiogramma basale e da sforzo. Il modello italiano è stato recepito dalla Società Europea di Cardiologia che ha pubblicato specifiche raccomandazioni nel 2005. Lo stesso modello è stato inoltre suggerito dal Comitato Olimpico Internazionale (IOC) nel 2004. Negli Stati Uniti esiste una tradizione diversa. Innanzitutto in questo Paese manca l'obbligo di legge di uno screening pre-agonistico. Nel 1996 l'American Heart Association (AHA) in apposite Linee Guida suggeriva un controllo clinico non comprensivo dell'elettrocardiogramma (ECG). Nel 2007 le nuove Linee Guida dell'AHA hanno ammesso che il solo screening clinico senza l'ECG ha una scarsa sensibilità nella maggioranza delle cardiopatie giovanili a rischio. Ciononostante l'AHA ha sostanzialmente confermato la vecchia posizione creando una netta contrapposizione con la politica europea in materia di prevenzione. Le motivazioni alla base di questa decisione sono in sintesi le seguenti:

- 1) rarità della Morte Improvvisa nell'atleta;
- 2) costi troppo elevati dell'impiego su

larga scala dell'ECG;

- 3) mancanza di una classe di specialisti addestrati a fare correttamente lo screening e a valutarne i risultati (specie l'ECG);
- 4) esistenza nell'atleta di molti casi con ECG borderline o falsamente patologico (falsi positivi) con la conseguente necessità di un'ampia richiesta di esami aggiuntivi (ecocardiogramma ecc.) e quindi con ulteriore aggravio dei costi.

Questa posizione degli USA ha acceso il dibattito e in questo biennio sono stati pubblicati diversi lavori che hanno analizzato il problema. Infine, al recente Congresso Nazionale dell'American College of Cardiology (29 - 31 marzo 2009) si è tenuto un Simposio Congiunto con la Federazione Italiana di Cardiologia nel quale le diverse posizioni dell'Italia e degli USA sono state sostenute rispettivamente da P. Delise e B. J. Maron.

Il problema sociale della Morte Improvvisa da sport

La Morte Improvvisa (MI) nei giovani atleti è un evento raro ma dagli effetti devastanti sulle famiglie, le società sportive e i mass media. La sua incidenza è stimata intorno a 1 - 3 su 100.000 praticanti in età giovanile a seconda delle casistiche. Gli atleti hanno un rischio di MI 2.8 volte più elevato dei soggetti della stessa età che non praticano sport in maniera

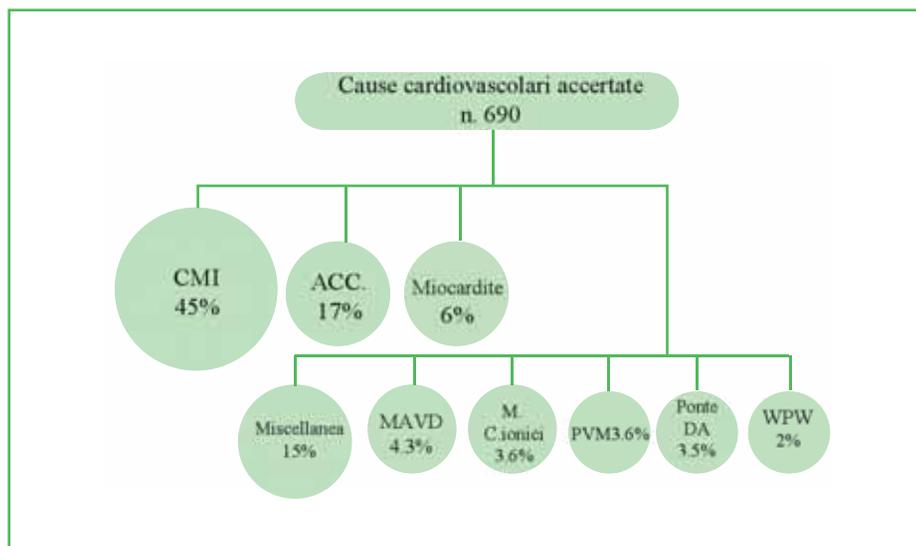


Figura 1

Patologie cardiache riscontrate negli atleti morti improvvisamente negli USA (Da: Maron BJ et al. *Circulation* 2009; 119; 1085-1092, modificata). Nella maggioranza di queste l'ECG ha una elevata sensibilità diagnostica.

CMI = Cardiomiopatia ipertrofica
 ACC = Anomalie coronariche congenite
 MAVD = Malattia aritmogena del ventricolo destro
 M.C.ionici = Malattie dei canali ionici (es. Brugada, QT lungo ecc.)
 PVM = Prolasso valvolare mitralico
 DA = a. discendente anteriore

agonistica. Nell'atleta inoltre l'evento mortale nella maggioranza dei casi avviene durante sforzo. È ormai dimostrato che la Morte Improvisa nello sportivo è legata a una cardiopatia silente, o sottovalutata, nella quale lo sforzo intenso fa da trigger per una aritmia ventricolare maligna. Le cardiopatie più comuni nei giovani atleti che muoiono improvvisamente sono la cardiomiopatia ipertrofica (CMI) negli USA e la cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro (MAVD) in Italia seguite da altre patologie (Figura 1). In Italia la CMI è raramente causa di Morte Improvisa nello sportivo e tale fatto è attribuito alla sensibilizzazione dei medici sportivi verso questa patologia e alla loro capacità nel cercare i tipici segni elettrocardiografici. Infatti l'incidenza di Morte Improvisa per CMI nei non atleti è simile nei due Paesi.

Sensibilità e specificità dello screening basato sull'ECG

Per la maggior parte, le patologie cardiovascolari responsabili di Morte Improvisa nei giovani atleti sono clinicamente silenti, e hanno una scarsa probabilità di essere diagnosticate solo sulla base della storia clinica e dell'esame obiettivo. Al contrario l'ECG ha una elevata sensibilità (70

- 100%) nella maggioranza delle cardiopatie giovanili a rischio: la cardiomiopatia ipertrofica, la cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro, la sindrome di WPW e le malattie dei canali ionici (S. da QT lungo, S. di Brugada ecc.) (Figura 1). Viceversa l'ECG è poco utile in fase di screening nelle malattie coronariche congenite e acquisite. Alcuni Autori statunitensi sostengono che l'ECG è poco specifico nella popolazione degli atleti, a causa di un presunto numero elevato di falsi positivi. Cioè in molti atleti gli adattamenti cardiaci legati all'allenamento determinerebbero alterazioni che si confonderebbero con quelle che sono espressione di varie patologie. In realtà le alterazioni ECG degli atleti si possono dividere in due categorie:

- 1) Gruppo 1 (comuni, >80%): bradicardia sinusale, BAV I grado, BBD incompleto o notch sul QRS in VI, ripolarizzazione precoce e isolato incremento dei voltaggi del QRS;
- 2) Gruppo 2 (non comuni, <5%): inversioni delle onde T, sottoslivellamento del tratto ST, onde Q patologiche, dilatazione dell'atrio sx, deviazione assiale dx/EAS, ipertrofia Vdx, QT lungo o corto, alterazioni tipo Brugada, tachicardie ventricolari, BBD o BBS

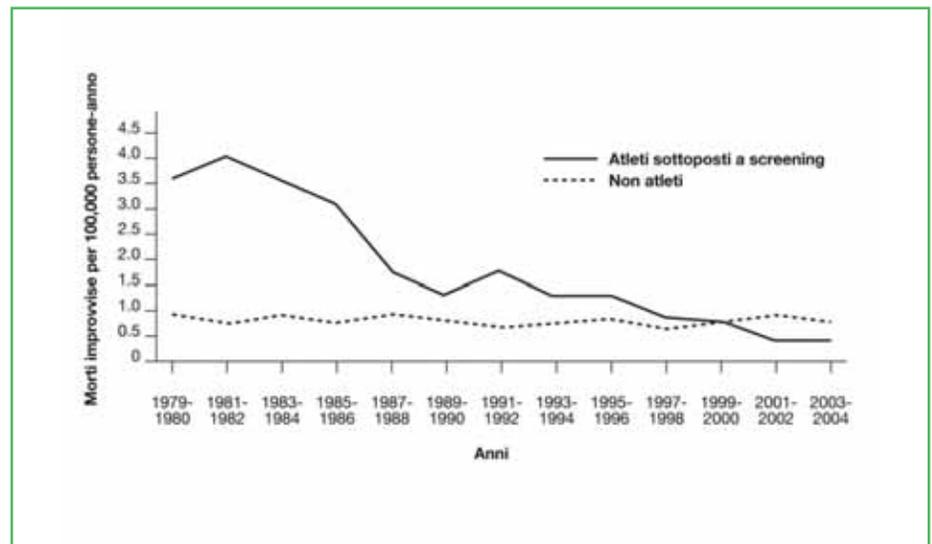
completo.

Le alterazioni del Gruppo 1 sono aspecifiche e hanno significato benigno. Pertanto gli esami di II livello dovrebbero essere destinati solo agli atleti con alterazioni appartenenti al Gruppo 2. Nella pratica clinica, in base all'esperienza di Corrado e coll., condotta su oltre 40.000 atleti presso il Centro di Medicina dello Sport di Padova, la percentuale di falsi positivi che richiede inutilmente test aggiuntivi non supera il 7%.

Impatto dello screening sulla mortalità improvvisa nello sportivo in Italia

Una analisi prospettica del trend relativo all'incidenza annuale di MI nei giovani atleti nella Regione Veneto (dal 1979 al 2004) ha dimostrato che dopo l'introduzione del programma di screening comprensivo dell'ECG si è osservata una graduale e significativa riduzione del tasso di mortalità. Negli atleti l'incidenza annuale della Morte Improvisa si è ridotta di circa l'89%: dal 3.6/100.000 atleti/anni del periodo pre - screening (1979 - 1981) allo 0.4/100.000 atleti/anni nell'epoca post - screening (1993 - 2004) (Figura 2). Tale riduzione di mortalità è stata determinata da un minor numero di morti legate a cardiomiopatie e

*Figura 2
Trend di incidenza di Morte Improvvisa
nell'atleta e nel non atleta nella Regione
Veneto dal 1979 al 2004 (Da Corrado
D. et al. JAMA 2006; 296:1593-1601,
modificata)*



ha avuto un andamento parallelo a quello della percentuale di soggetti esclusi dallo sport per le stesse cardiopatie. Durante tutto il periodo di osservazione l'incidenza di MI nei non atleti (non sottoposti a screening) non si è modificata. A dimostrazione del ruolo centrale dello screening su questi risultati. Strategie alternative allo screening per la prevenzione della Morte Improvvisa nell'atleta non esistono. L'utilizzo dei defibrillatori automatici durante gli eventi sportivi è sicuramente un provvedimento utile, complementare ma non alternativo allo screening preventivo. Infatti, solo l'11% degli atleti con arresto cardiaco sopravvive alle manovre rianimatorie e alla pronta defibrillazione.

Costo/efficacia dello screening all'italiana

Il rapporto costo/efficacia dipende molto dai modelli organizzativi presenti nei diversi Paesi. In Italia lo screening eseguito da medici specialisti ha un costo pro-capite di circa 30 euro cui vanno sommati i costi degli eventuali esami aggiuntivi. Tale costo viene coperto dalle società sportive o dai singoli atleti, eccetto per i giovani con meno di 18 anni, per i quali la spesa è supportata dal Sistema Sanitario Nazionale. Se per valutare l'effica-

cia si considera il numero di anni di vita salvati per ogni soggetto a rischio individuato il dato appare particolarmente favorevole, molto maggiore rispetto ad altri interventi sanitari come ad esempio l'impianto di un ICD in un paziente con scompenso cardiaco. Infatti, a differenza del secondo caso, l'individuazione di una patologia a rischio in un giovane atleta con una malattia genetica permette di guadagnare un numero elevato di anni di vita. Nell'ottenere tale risultato spesso basta il solo allontanamento dalle gare e in casi selezionati l'attivazione di azioni terapeutici (ICD compreso). Ciò spiega perché tutte le valutazioni disponibili sul rapporto costo/efficacia dello screening nell'atleta stimano un costo/anno di vita salvato inferiore al valore soglia di \$ 50.000. Un ulteriore beneficio, che incide nel rapporto costo/efficacia, deriva dalla possibilità di individuare nella famiglia degli atleti affetti da cardiopatie genetiche altri membri affetti dalla stessa patologia.

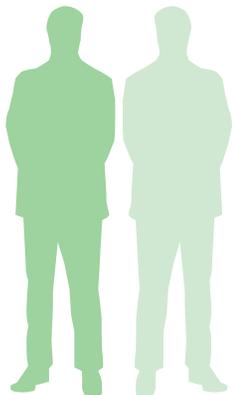
Conclusioni

In Italia lo screening preagonistico è una realtà consolidata che quotidianamente dà i suoi frutti grazie alla collaborazione tra medici dello sport e Cardiologi, che permette di individuare patologie rare ma poten-

zialmente mortali. La medicina dello Sport in Italia è rimasta l'unico strumento di prevenzione cardiologica nel giovane ed è un bene prezioso che non dovrebbe essere disperso. Si tratta peraltro di uno strumento ampiamente applicato perché in Italia milioni di cittadini fanno sport. Negli USA esiste una grossa diffidenza verso il nostro modello che tuttavia ha essenzialmente una motivazione economica. Negli USA infatti la sanità ha costi sproporzionati rispetto ai nostri. E questo non è un problema scientifico ma politico. Uno dei tanti che la nuova amministrazione Obama dovrà affrontare.

Bibliografia

- Pelliccia A et al. *Circulation* 2000; 102:278-284
 Corrado D et al. *J Am Coll Cardiol* 2003; 42:1959-63
 Delise P et al. *Ital Heart J* 2005; 6(8):661-702
 Pelliccia A et al. *Eur Heart J* 2005; 26:1422-1445
 Corrado D et al. *Eur Heart J* 2005; 26: 516-524
 Corrado D. et al. *JAMA* 2006; 296:1593-1601
 Myerburg RJ, Vetter VL. *Circulation* 2007; 116:2616-2626
 Chaitman BR. *Circulation* 2007; 116:2610-2615
 Corrado D et al. *J Am Coll Cardiol* 2008; 52:1981-1989
 Douglas PS. *J Am Coll Cardiol* 2008; 52: 1997-1999
 Maron BJ et al. *Circulation* 2009; 119; 1085-1092



Giuseppe Palazzo intervista Gaetano Siscaro

Esercizio della professione sanitaria ed implicazioni giuridiche

Dott. Siscaro, nella sua lunga esperienza di Magistrato si è occupato spesso di problematiche relative a contenziosi penali e civili in tema di Sanità. Ritiene che la classe medica oggi sia sufficientemente preparata per affrontare in modo adeguato le problematiche giuridiche spesso connesse alla loro professione?

L'attuale formazione del medico, a livello universitario prima ed a livello aziendale e personale poi, relativamente alle problematiche giuridiche è sicuramente inadeguata: i profili clinico - scientifici occupano pressoché per intero l'area formativa, mentre poco o nulla rimane per altre importanti problematiche che investono in maniera sempre più incisiva l'esercizio della professione medica nell'attuale contesto socio culturale.

Oggi infatti il medico è chiamato ad operare:

- a) in sinergia con altre componenti del progetto terapeutico, in una struttura tendenzialmente sempre più complessa;
- b) nei confronti di un'utenza che reclama ascolto, attenzione, informazione e rispetto della propria sfera di libertà;
- c) sotto i riflettori dei media che amplificano, talora distorcendoli, eventuali insuccessi della sua attività, sbrigativamente classificati come mala Sanità.

Quali sono per un medico i settori più delicati nei quali è necessario avere anche delle corrette basi giuridiche?

Al medico vengono devoluti compiti ad alto contenuto giuridico (si pensi ai temi attualissimi del consenso informato, dell'interruzione volontaria di gravidanza, della PMA, del testamento biologico, dell'accanimento terapeutico ecc.), rispetto ai quali la formazione, come si diceva, risulta carente o del tutto insufficiente. A livello di formazione aziendale e personale la presa di coscienza è più diffusa e sentita, ma tuttora frammentaria, priva di un progetto organico, assai differenziata nelle varie regioni. Si moltiplicano seminari, convegni, corsi di studio aventi ad oggetto la comunicazione sanitaria ed il risk management, con incursioni saltuarie e frammentarie di temi di diritto. Tuttavia, mentre a livello di prevenzione del rischio le varie tematiche tendono sempre più ad assestarsi in una visione organica, oggetto di una prima disciplina normativa e di una struttura organizzativa dedicata, nel campo della comunicazione e del diritto sanitario, al contrario, si è rimasti al fai da te, con iniziative interessanti ed anche di alto profilo, ma assolutamente isolate e disorganiche.

Lei è componente del Comitato Esecutivo della Campagna Na-

zionale su "Cardiologie Sicure" che L'ANMCO ha promosso in tutte le regioni italiane, quali sono i temi che ha ritenuto più importanti da trattare?

I profili a contenuto giuridico che dovrebbero costituire il bagaglio professionale minimo della formazione sanitaria e che possono telegraficamente ed in via di prima approssimazione così enunciarsi:

- a) disciplina normativa sullo status soggettivo del medico a seconda che sia 1) abilitato, 2) abilitato con attività libera professionale, 3) abilitato con attività libera professionale in convenzione, 4) abilitato con attività professionale alle dipendenze di ente pubblico, in posizione di Dirigente di struttura semplice o complessa;
- b) disciplina contrattuale della prestazione d'opera professionale nei riguardi dell'azienda e nei riguardi del paziente;
- c) disciplina delle obbligazioni contrattuali nascenti dal contratto di prestazione d'opera professionale sanitaria, con la necessaria netta distinzione tra prestazione sanitaria terapeutica e prestazione sanitaria non terapeutica;
- d) disciplina della posizione di garanzia che il sanitario assume nei confronti del paziente che ha in cura;
- e) disciplina delle posizioni soggettive del paziente utente: 1) diritto all'informazione, 2) diritto di libertà



Il Dott. Gaetano Siscaro, Sostituto Procuratore Generale della Repubblica presso la Corte d'Appello di Catania

di cura, 3) diritto di dare o negare il consenso al progetto terapeutico che lo riguarda, 4) diritto di revocare il consenso prestato, 5) capacità di dare, negare e revocare il consenso, 6) titolarità dei diritti all'informazione ed al consenso; f) disciplina dell'urgenza; g) disciplina dei casi di rifiuto di cura di prestazioni sanitarie salvavita; h) disciplina dei casi di malati terminali, coscienti o non coscienti (revoca del consenso, testamento biologico, accanimento terapeutico...); i) disciplina delle prestazioni sanitarie non terapeutiche (interruzione volontaria di gravidanza, PMA, indagini e manipolazioni genetiche...); l) disciplina delle prestazioni amministrative del medico pubblico ufficiale e esercente un servizio di pubblica necessità e conseguenti responsabilità civili, amministrative, contabili, penali. Questi temi, numerosi e delicati, è stato possibile solo accennarli nei singoli incontri della Campagna ANMCO, in ragione della assoluta ristrettezza del tempo disponibile. Ma sono stati successivamente da me affrontati sistematicamente in un volume attualmente in fase di stampa, dal titolo "Condotta professionale medica e responsabilità penale", che vuole essere un contributo alla nascita di un Diritto Sanitario. Gli incontri, d'altra parte, hanno avuto il merito di superare la chiusura pregiudiziale dell'ambiente medico verso lo sconosciuto mondo giudiziario ed in senso lato giuridico, vissuto come

lontano ed ostile, e verso un sistema di leggi e di procedure che il deficit di conoscenza rende ancora più misterioso, oscuro ed irrazionale di quanto in realtà non sia. L'insicurezza nell'operare professionale quotidiano è dovuta al gap esistente tra compiti a contenuto giuridico da espletare e conoscenza delle relative fonti normative.

Lei quindi auspica che la classe medica intraprenda un percorso formativo che includa non solo conoscenze di medicina legale ma anche di carattere giuridico finalizzate ad operare con maggiore consapevolezza ma anche con maggiore serenità. Nel suo ultimo libro "Condotta professionale medica e responsabilità penale" viene incontro a queste esigenze?

Il volume nasce dalla verifica sul campo della esigenza formativa in un campo quale quello giuridico, al quale il medico è quotidianamente costretto ad attingere, ben al di là dei limiti e della prospettiva medico legale. Si tratta di un percorso non facile, per il quale manca la cultura di base, prima ancora che strumenti operativi destinati ai medici, e non ai cultori del diritto (per questi ultimi ve ne sono già abbastanza), che offrano regole di condotta e parametri normativi di riferimento affidabili e comprensibili a chi quotidianamente esercita la professione medica e deve fare i conti

con binari legali precisi e cogenti, entro i quali e con l'uso dei quali operare. Nella prospettiva evidenziata, in attesa che il progetto formativo nei versanti dei quali si è detto venga opportunamente integrato a livello universitario, la pubblicazione del mio volume "Condotta professionale medica e responsabilità penale", concepito per i medici e dedicato ai medici, nei contenuti, nel linguaggio e nella volontà di offrire una prima risposta alla richiesta formativa verificata sul campo anche negli incontri ANMCO, rappresenta, mi auguro, un utilissimo strumento per colmare almeno in parte il gap formativo e conoscitivo ed avviare un radicale mutamento della cultura sanitaria verso temi non estranei alla professione ma parte integrante di essa. Nella stessa direzione si è mossa lodevolmente l'ANMCO con l'iniziativa "Cardiologie Sicure" sulla prevenzione del rischio clinico, Campagna Educazionale alla quale ho personalmente partecipato in qualità di Relatore. L'ANMCO ha interpretato in modo ottimale il ruolo che una Società Scientifica può svolgere nel colmare alcune lacune culturali, avviando una fase di "alfabetizzazione" in questo delicato campo. La mia disponibilità per altre iniziative formative che vadano nella stessa direzione è assoluta.

Il punto sul “Testamento biologico” Colloquio con il Senatore Raffaele Calabrò

di Giovanni Gregorio

64



Il Senatore Raffaele Calabrò

- Prof. Ordinario di Cardiologia presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia della Seconda Università di Napoli
- Direttore della Divisione di Cardiologia presso l'A.O.V Monardi
- Direttore del Dipartimento di Cardiologia e di Medicina Generale della stessa Azienda
- già Assessore alla Sanità della Regione Campania e Presidente del Consiglio Regionale della Campania
- attualmente Senatore della Repubblica e Capogruppo Pdl presso la Commissione Sanità del Senato

Con il termine di “Testamento biologico” o “Dichiarazione anticipata di trattamento” o “Testamento di vita” si fa riferimento, secondo una definizione data dal Comitato Nazionale di Bioetica, “ad un documento con il quale una persona, dotata di piena capacità, esprime la sua volontà circa i trattamenti ai quali desidera o non desidera essere sottoposto nel caso in cui, nel decorso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso informato”. Vale a dire che attraverso la compilazione di direttive anticipate, un individuo può liberamente indicare i trattamenti sanitari che vuole ricevere e quelli cui intende rinunciare quando non sarà più in grado di prendere decisioni autonomamente. Fatti di cronaca recente hanno acceso il dibattito e stimolato polemiche spesso anche accese sull’argomento. Per fare il punto della situazione ne abbiamo parlato con il Senatore Raffaele Calabrò, uno dei principali artefici del disegno di legge in corso di approvazione.

A che punto è il cammino parlamentare del Testamento biologico?

Un primo importante step è stato già superato. Il 24 marzo scorso il Senato della Repubblica, dopo un iter difficile e di grande profilo, ha finalmente approvato la legge sulle Dichiarazioni anticipate di trattamento. Una legge che fino a qualche anno fa molti non avrebbero voluto, ritenendo troppo arduo legiferare in una materia così spinosa e privata e

soprattutto perché si temeva che una legge sulle Dichiarazioni anticipate di trattamento avrebbe comportato l’apertura del nostro Paese all’eutanasia. Ma dopo la cosiddetta Sentenza Englaro e i continui interventi a gamba tesa della Magistratura, la vacatio legis è apparsa insopportabile, così lo scorso agosto, molto prima della morte della Englaro, il Senato approvava una mozione con la quale si impegnava a legiferare in materia di disposizioni anticipate di fine vita.

Entro quanto tempo il provvedimento diventerà definitivo?

Diciamo che il primo traguardo è stato raggiunto. Siamo in attesa di vedere come lavorerà la Camera dei Deputati che attualmente sta discutendo un altro testo normativo attinente al fine vita, quello relativo alle cure palliative e all’assistenza domiciliare per i malati gravi. Ma credo ottimisticamente che entro l’estate le dichiarazioni anticipate di trattamento saranno legge dello Stato.

Quali sono i punti salienti del disegno di legge delle Dichiarazioni anticipate?

Tutela della vita e principio di autodeterminazione del paziente, innanzitutto. In tal senso il testo sulle Dat tende a una sintesi tra il diritto del cittadino alla libertà di cura come sancito all’art. 32 della Costituzione che riconosce e garantisce la libertà di sottoporsi o rifiutare un determinato intervento o una determinata terapia e il principio dell’indisponibilità della vita, ex art. 2 della Costituzione, e quindi il divieto di ogni forma di eutanasia e di suicidio assistito.



Ma credo che siano da considerarsi elementi fondanti del provvedimento anche il no all'accanimento terapeutico e la disciplina del consenso informato.

Ma il divieto di eutanasia non è contrario all'art. 32 che disciplina la libertà di cura?

Ripeto, la Costituzione ci dice che ognuno è libero di scegliere se sottoporsi a un trattamento sanitario, ma non dice invece nel modo più assoluto che si può scegliere se vivere o morire; anzi, è necessario ricordare che anche il Codice penale vieta l'eutanasia e l'assistenza al suicidio. Teniamo ben presente che quando parliamo di eutanasia e di suicidio assistito facciamo riferimento esclusivamente alla sospensione dell'idratazione ed alimentazione artificiale che a giudizio di una parte della comunità scientifica e della maggioranza dei componenti del Comitato Nazionale di bioetica non sono cure o terapie che curano una patologia, ma sono elementi di sostegno vitale, forme di accudimento della persona. Se escludiamo idratazione ed alimentazione, il testo sulle Dat lascia al cittadino piena libertà di cura, chi vorrà potrà decidere di non curarsi, anche se questa scelta accelererà il decorso naturale della sua patologia e quindi il suo cammino verso la morte. Le faccio l'esempio di Ravasin, affetto da Sla che vive attaccato a un respiratore, se la sua volontà è quella di staccare la spina, questa legge glielo consente. In quel caso morirà per la sua patologia respiratoria.

Prima accennava a una disciplina del consenso informato

può spiegarci meglio?

Finora il consenso informato era una buona prassi in uso negli ospedali, ma non esisteva ancora una legge che lo disciplinasse in maniera compiuta. Legiferare il consenso informato vuol dire tutelare il medico che non sarà più coinvolto in contenziosi giuridici e vuol dire riconoscere al paziente il diritto di conoscere la propria situazione clinica. Si parla tanto di principio di autodeterminazione, ma la libertà di scegliere presuppone la conoscenza della propria situazione clinica, anche per questo il testo riconosce l'importanza del concetto di alleanza terapeutica, superando sia la vecchia concezione paternalistica del medico che quella contrattualistica.

Ha senso l'alleanza terapeutica dinanzi a una dichiarazione di fine vita?

Il patto fra medico e paziente non viene meno nel momento in cui quest'ultimo non sia più in condizioni d'intendere e di volere. A riattualizzare la libertà del malato, incapace di esercitarla per conto proprio, sarà un fiduciario, che porterà avanti il dialogo col medico curante. L'alleanza terapeutica, dunque, non si esaurisce in un documento immutabile come la Dichiarazione anticipata, ma prosegue nel rapporto col fiduciario, il quale aggiornato sui passi del progresso scientifico e in considerazione di mutate condizioni, può concordare una rivalutazione delle Dat.

Ma il medico non è vincolato a quanto previsto dal paziente?

È chiaro che il medico terrà conto di quanto precedentemente espresso

dal paziente, che trovandosi in stato vegetativo non può più esprimersi, ma trattandosi di disposizioni espresse ora per allora, potrebbero richiedere una contestualizzazione. Mi spiego potrebbero essere intervenuti nuovi sviluppi nel campo medico e scientifico, inimmaginabili o che comunque il paziente ignorava ai tempi in cui ha scritto la sua volontà. Credo che qualunque medico in scienza e coscienza non possa ignorare le nuove scoperte della medicina e non indicarle al paziente che potrebbe giovarsene. Ma così come il medico non può obbligare un paziente nel pieno delle facoltà mentali a sottoporsi a un trattamento sanitario contro la sua volontà, così la volontà espressa nella Dat non può costringere il medico a compiere atti contrari al diritto e alla deontologia medica o atti che egli ritiene inutili e dannosi per il paziente.

Non è un meccanismo farraginoso quello del rinnovo quinquennale?

È tragico supporre che quanto decido oggi abbia validità per tutta la vita, perché sono molte le variabili che nel tempo possono mutare: nella medicina, nella clinica, ma anche nelle condizioni personali. Stiamo parlando dell'ultimo tratto della nostra vita e vale la pena tornare a rifletterci almeno una volta ogni cinque anni.

Cardiomiopatia Peripartum: pensiamoci e parliamone

di B. D'Agata, G. Lardieri, G. Sinagra

66

La Cardiomiopatia Peripartum è una malattia del miocardio che colpisce nell'ultimo trimestre di gravidanza o nel puerperio donne senza precedente storia di cardiopatia. È una malattia rara, ma con incidenza in aumento negli ultimi anni, probabilmente per l'aumento dell'età delle primipare, ma anche per la maggior conoscenza e riconoscimento della malattia. Sebbene l'eziologia non sia ancora precisamente definita, sono stati identificati alcuni fattori di rischio significativamente correlati con lo sviluppo di questa forma: età materna superiore ai 30 anni, multiparità, etnia afroamericana, obesità, storia di eclampsia o pre - eclampsia, uso prolungato di tocolitici, assunzione di cocaina. La diagnosi precoce è spesso difficile in quanto i sintomi di presentazione sono principalmente dispnea da sforzo ed edemi declivi, sintomi spesso attribuiti dalla donna stessa alle fisiologiche modificazioni della fase avanzata della gravidanza. Le risorse diagnostiche nelle donne in gravidanza sono condizionate dalla radioprotezione del feto, così come la scelta della terapia farmacologica deve tener conto del rischio di tossicità fetale in utero e dell'eventuale passaggio di metaboliti attivi nel latte materno. La prognosi è estremamente variabile, prevedendo un ventaglio che va dalla completa normalizzazione di volumi e funzione ventricolare sinistra (evenienza prevalente), al progressivo peggioramento dello scompenso cardiaco nell'ambito di una evoluzione in Cardiomiopatia Dilatativa. Fondamentale istanza collegata alla Cardiomiopatia Peripartum è il counseling riguardo future gravidanze.

Introduzione

La Cardiomiopatia Peripartum è una forma particolare di Cardiomiopatia Dilatativa ad eziologia non ancora determinata che colpisce donne nelle fasi avanzate di gravidanza o nel puerperio. I criteri diagnostici prevedono: a) sviluppo di scompenso cardiaco tra l'ultimo mese della gravidanza ed i primi 5 mesi del postpartum, b) assenza di cardiopatia fino all'ultimo mese di gravidanza e di altre cause identificabili di scompenso cardiaco, c) dimostrazione ecocardiografica di dilatazione e disfunzione ventricolare sinistra (diametro telediastolico > 2,7 cm/m², frazione di eiezione < 45% o frazione di accorciamento all'M-mode < 30%)⁽¹⁻³⁾.

Epidemiologia

La reale incidenza della Cardiomiopatia Peripartum non è nota e varia significativamente nelle diverse aree geografiche, probabilmente in ragione di fattori socioculturali⁽⁴⁾. Negli Stati Uniti l'incidenza è 1/3.000 - 4.000 nati vivi, che significa 1.000 - 1.300 madri affette l'anno⁽⁵⁾. La patologia sembra essere più rara in Europa. La diagnosi è tuttavia la patologia sembra essere in continuo aumento, verosimilmente per la crescente età materna alla prima gravidanza e l'incremento delle gravidanze multi gemellari per il ricorso a terapie ormonali⁽⁴⁾.

Fattori di rischio ed eziologia

Sebbene non completamente delineati, fattori di rischio riconosciuti al momento sono: età materna > 30 anni, razza nera, multiple gestazioni, gravidanza gemellare, obesità, pre - eclampsia, ipertensione arteriosa cronica, carenze nutrizionali (selenio e tiamina) e uso

prolungato di tocolitici (soprattutto beta - agonisti che potrebbero slatentizzare la malattia)⁽²⁾. L'eziologia della malattia resta ancora sconosciuta; tuttavia, poiché durante la gravidanza il sistema immunitario materno è altamente sollecitato, è possibile che meccanismi autoimmunitari ed infiammatori esercitino un ruolo importante, così come non è escludibile un insulto virale come *primum movens*. Un'ipotesi molto studiata è infatti quella miocarditica. Nei primi studi era stata data molta importanza alla presenza di infiltrati linfocitari alla biopsia endomiocardica. Successivamente è stato dimostrato come una componente infiammatoria sia presente in meno del 10% delle biopsie di pazienti con Cardiomiopatia Peripartum, proporzione simile a quella trovata nei pazienti affetti da Cardiomiopatia Dilatativa Idiopatica⁽⁶⁾. Dieci anni dopo, Felker et al.⁽⁷⁾ confermarono che l'assenza o la presenza di infiammazione nella biopsia endomiocardica non prediceva l'outcome nelle pazienti con Cardiomiopatia Peripartum. La gravidanza potrebbe predisporre le donne ad una forma più severa di miocardite quando infettate da un virus cardiotropo; lo stato gravidico infatti induce cambiamenti del sistema immunitario con una possibile conseguente risposta immunitaria più intensa ad agenti virali⁽⁸⁾. Alcuni studi hanno evidenziato una presenza aumentata di markers di infiammazione in queste pazienti: tumor necrosis factor α (TNF α), proteina-C-reattiva e Fas/Apo-1 (marker dell'apoptosi). Un incremento dello stato pro - infiammatorio potrebbe essere un fattore causale o di mantenimento della malattia⁽⁹⁻¹⁰⁾.



Presentazione clinica e diagnosi

Le pazienti con Cardiomiopatia Peripartum presentano i classici progressivi sintomi di scompenso cardiaco congestizio. Le donne spesso attribuiscono i sintomi (principalmente astenia, dispnea, ortopnea, edemi declivi, aumento ponderale) ai fisiologici cambiamenti legati alla gravidanza, contribuendo ad una diagnosi spesso tardiva, in classe NYHA III e IV ⁽¹¹⁾. Segni e sintomi sono quelli classici dello scompenso cardiaco congestizio, causati dalla bassa portata e dalle aumentate pressioni di riempimento. Lo stato trombofilico tipico della gravidanza contribuisce al maggior rischio di embolizzazione periferica in caso di disfunzione ventricolare sinistra. Il sospetto clinico deve nascere per ogni forma di scompenso cardiaco nell'ultimo mese di gravidanza e dopo il parto (le donne con patologie cardiache sottostanti generalmente sviluppano lo scompenso nel secondo trimestre). La diagnosi è prevalentemente clinica ed ecocardiografica ed è una diagnosi di esclusione. L'elettrocardiogramma è generalmente aspecifico, mostrando nella maggior parte dei casi deviazione assiale sinistra ed alterazioni diffuse della ripolarizzazione. Le indagini radiologiche sono solo raramente indispensabili ed andranno eseguite solo sotto stretta indicazione clinica, considerando attentamente il rischio biologico anche per il feto ⁽¹¹⁾. Nei casi con evolutività ECG suggestiva di ischemia intercorrente o anomalie "distrettuali" della cinetica all'ecocardiogramma, evocative di possibile coronaropatia sottostante appare indicata la coronarografia anche per

la nota possibilità di dissezioni coronariche in gravidanza ⁽¹²⁾. Il ruolo della biopsia endomiocardica rimane tuttora controverso ⁽¹³⁾. Quando indicata essa viene eseguita nel forte sospetto di una miocardite infettiva o immuno-mediata, in presenza di scompenso cardiaco o aritmie maggiori persistenti a due - quattro settimane dall'inizio di una terapia convenzionale ed in assenza di ogni possibile fattore favorente e reversibile di disfunzione ventricolare come l'uso di tocolitici tachicardizzanti o l'ipertensione arteriosa. Il possibile valore additivo o sostitutivo della RMN cardiaca andrà verificato nell'ambito di studi su casistiche selezionate e con followup prospettico.

La diagnosi differenziale riguarda principalmente l'embolia polmonare, l'embolia amniotica, la cardiopatia ischemica, la severa pre - eclampsia, l'anemia severa ⁽¹¹⁾.

Terapia

La gestione della Cardiomiopatia Peripartum è simile a quella delle altre forme di scompenso cardiaco: diuretici e vasodilatatori per ridurre il precarico (evitando il nitroprussiato per la tossicità fetale da tiocianati), inotropi in caso di bassa portata (dobutamina, dopamina) ⁽¹¹⁾. Ace - inibitori o sartanici sono i farmaci di prima scelta dopo il parto. Durante la gravidanza, in quanto responsabili di teratogenesi, insufficienza renale neonatale e morte neonatale, vengono invece sostituiti dai nitrati ⁽¹⁴⁾. L'uso dei beta - bloccanti in gravidanza (carvedilolo, bisoprololo) va esercitato con stretto monitoraggio, in quanto un loro uso prolungato può causare ritardato accrescimento fetale e basso peso alla nascita ⁽¹⁵⁾.

Tuttavia non essendo ancora disponibili dati definitivi riguardo il loro uso nella Cardiomiopatia Peripartum, è ragionevole usarli solo nelle pazienti ancora sintomatiche nel post - parto dopo due settimane di terapia convenzionale. La digitale è farmaco sicuro in gravidanza, con monitoraggio delle concentrazioni plasmatiche. Pur con dati controversi e relativamente a casi molto selezionati, la terapia immunosoppressiva può essere considerata nelle pazienti che non migliorino dopo due settimane di trattamento convenzionale e che abbiano una biopsia endomiocardica positiva per miocardite, in assenza di genoma virale ⁽¹³⁾. Aperta è la discussione riguardo l'uso della terapia immunomodulante (plasmaferesi ed immunoglobuline ev): alcuni studi suggeriscono un beneficio in aggiunta alla terapia tradizionale ⁽¹⁶⁾. Per l'elevato rischio di tromboembolismo in presenza di severa disfunzione ventricolare sinistra, deve sempre essere considerata la terapia anticoagulante con eparina a basso peso molecolare durante la gravidanza e successivamente al parto, con anticoagulanti orali ⁽¹⁷⁾. Nei rari casi di scompenso refrattario con necessità di ricorso al trapianto cardiaco, è stato evidenziato che le donne affette da Cardiomiopatia Peripartum hanno una maggiore incidenza di rigetto nei primi sei mesi dopo il trapianto, con episodi talora molto severi e persistenti di rigetto. Questo è verosimilmente da correlare alla presenza di una iperattività della risposta immunitaria ⁽¹⁸⁾.



Prognosi

La prognosi ⁽¹⁹⁾ è correlata al grado di dilatazione e disfunzione ventricolare sinistra ed alla tempestività ed efficacia del trattamento farmacologico. Il 50% delle pazienti ritornano ad una normale funzione ventricolare sinistra entro sei mesi dall'esordio della malattia. Fattori prognostici negativi sono considerati: frazione di eiezione < 30% all'esordio, esordio clinico nelle prime due settimane del puerperio, età > 30 anni, razza afroamericana e multiparità. Il miglioramento clinico e strumentale più rilevante si osserva generalmente in 4 - 6 settimane di terapia piena; dopo tale periodo un ulteriore recupero di funzione ventricolare è molto improbabile ⁽²⁰⁾.

Gravidanze future

Una successiva gravidanza può portare nel 20% dei casi ad una riaccendersi della malattia in pazienti che avevano recuperato una normale funzione ventricolare sinistra dopo la prima gravidanza e nel 44% di coloro che presentavano una disfunzione ventricolare persistente seppur lieve ^(1, 21). Tali aspetti vanno preventivamente, chiaramente e compiutamente discussi con le pazienti.

Aspetti particolari e considerazioni conclusive

Ulteriori approfondimenti sulla fisiopatologia e meccanismi molecolari della malattia sono certamente necessari ai fini di ottimizzare l'approccio terapeutico e gestionale globale. In particolare il ruolo dell'autoimmunità, dell'apoptosi cardiaca e della persistenza di virus cardiotropi nel miocardio andranno approfonditi al fine di

stabilire approcci terapeutici innovativi e potenzialmente efficaci come l'aferesi, l'immunoassorbimento, l'immunosoppressione, l'utilizzo di farmaci anti-apoptotici (inibitori delle caspasi) e degli anti-virali ^(22, 23). Un aspetto interessante ed aperto riguarda la possibilità che la Cardiomiopatia Peripartum possa costituire la slatentizzazione di una Cardiomiopatia Dilatativa preesistente o latente. In tal senso appare comunque utile la raccolta di una attenta anamnesi familiare e, in casi selezionati, lo screening familiare per Cardiomiopatia Dilatativa.

Bibliografia

- Pearson GD, Veille JC, Rahimtoola S, et al. Peripartum cardiomyopathy. National Heart Lung and Blood Institute and Office of Rare Diseases (National Institutes of Health) workshop recommendations and review. *JAMA* 2000;283:1183-88.
- Demakis JG, Rahimtoola SH, Sutton GC, et al. Natural course of peripartum cardiomyopathy. *Circulation* 1971;44:1053-61.
- Gouley BA, McMillan TM, Bellet S. Idiopathic myocardial degeneration associated with pregnancy and especially the puerperium. *Am J Med Sci* 1937;19:185-99.
- Fett JD, Christie LG, Carraway RD, Murphy JG. Five year prospective study of the incidence and prognosis of peripartum cardiomyopathy in a single institution. *Mayo Clin Proc.* 2005;112:3577-83.
- Pearson GD, Veille JC, Rahimtoola S, et al. Peripartum cardiomyopathy. *Circulation.* 1971;44:964-968.
- Rizeq MN, Rickenbacher PR, Fowler MB, et al. Incidence of myocarditis in peripartum cardiomyopathy. *Am J Cardiol* 1994;74:474-77.
- Felkner GM, Thompson RE, Hare JM, et al. Underlying causes and long-term survival in patients with initially unexplained cardiomyopathy. *N Engl J Med* 2000;342:1077-84.
- O'Connell JB, Costanzo-Nordin MR, Subramanian R, et al. Peripartum cardiomyopathy: clinical, hemodynamic, histologic, and prognostic characteristics. *J Am Coll Cardiol* 1986;8:52-6.
- Sliwa K, Skudicky D, Bergemann A, et al. Peripartum cardiomyopathy: analysis of clinical outcome, left ventricular function, plasma levels of cytokines and Fas/Apo-1. *J Am Coll Cardiol* 2000;35:701-05.
- Sliwa K, Forster O, Libhaber E, et al. Peripartum cardiomyopathy: inflammatory markers as predictors of outcome in 100 prospectively studied patients. *Eur Heart J* 2006;27:441-46.
- Satpathy HK, Frey D, Satpathy R, et al. Peripartum Cardiomyopathy. *Postgrad Med* 2008 Apr;120(1):28-32.
- Baughman KL. Peripartum cardiomyopathy. *Curr Treat Options Cardiovascular Med.* 2001;3:469-480.
- Mason JW, O'Connell JB, Herskowitz A, et al. A clinical trial of immunosuppressive therapy for myocarditis. The Myocarditis Treatment Trial Investigators. *N Engl J Med* 1995;333:269-75.
- Mastrobattista JM. Angiotensin converting enzyme inhibitors in pregnancy. *Semin Perinatol* 1997;21:124-34.
- Lip AYH, Beevers M, Churchill D, et al. Effect of atenolol on birth weight. *Am J Cardiol* 1997;79:1436-8. 2005;18:45-8.
- Drucker NA, Colan SD, Lewis AB, et al. Gamma-globulin treatment of acute myocarditis in the pediatric population. *Circulation* 1994;89:252-7.
- Heims AK, Kittner SJ. Pregnancy and stroke. *CNS Spectr* 2005;10:580-87.
- Kereiakes DJ, Parmley WW. Myocarditis and cardiomyopathy. *Am Heart J* 1984;108:1318-26.
- Felker GM, Thompson RE, Hare JM, et al. Underlying causes and long term survival in patients with initially unexplained cardiomyopathy. *N Eng J Med.* 2000;342:1077-1084.
- Witlin AG, Mable WC, Sibai BM. Peripartum cardiomyopathy: an ominous diagnosis. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;176:182-188.
- Felker GM, Thompson RE, Hare JM, et al. Underlying causes and long term survival in patients with initially unexplained cardiomyopathy. *N Eng J Med.* 2000;342:1077-1084.
- Abboud J, Murad Y, Chen-Scarabelli C et al. Peripartum cardiomyopathy: a comprehensive review. *Int J Cardiol.* 2007 Jun 12;118(3):295-303.
- Sliwa K, Fett J, Elkayam U. Peripartum cardiomyopathy. *Lancet* 2006 Aug 19;368(9536):687-93.

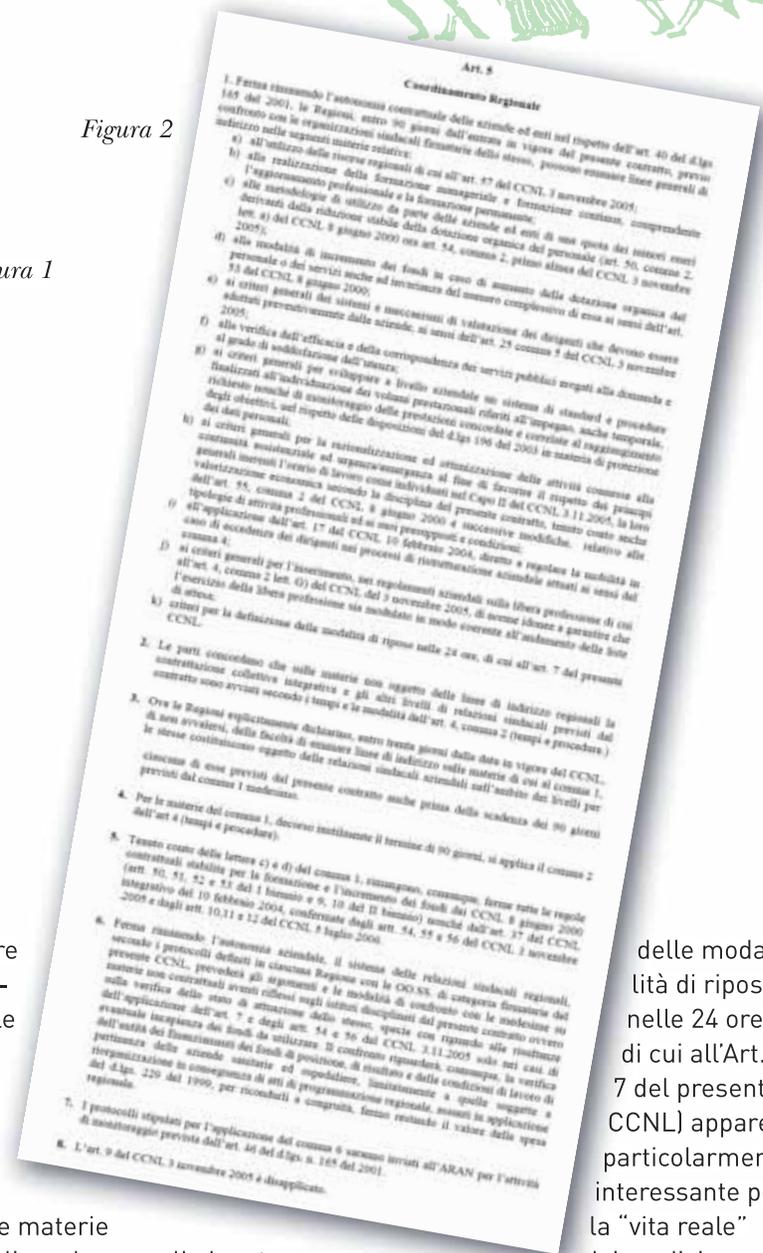
CCNL 2006 - 2009 della Dirigenza Medica e Veterinaria

di Domenico Gabrielli



Figura 1

Figura 2



A distanza di qualche tempo dalla precedente presentazione, riprendiamo l'esame della parte normativa del nuovo CCNL con alcuni commenti sintetici, utili per una migliore comprensione del testo. Gli Articoli 1 - 2 - 3 non presentano particolari innovazioni rispetto al precedente contratto e pertanto non li analizziamo. L'Art. 4 "Tempi e procedure per la contrattazione integrativa", (Figura 1) definisce in modo dettagliato i tempi e le procedure della contrattazione integrativa aziendale riducendo a soli 15 giorni i tempi per la procedura di avvio della contrattazione integrativa aziendale, sono state rese più stringenti le indicazioni riguardo il rispetto dei tempi;

pare inoltre particolarmente utile la previsione di una unica sessione negoziale per le materie contrattuali, escluse quelle legate a fattori organizzativi contingenti. L'Art. 5 (Figura 2) si occupa del coordinamento regionale e riduce a 90 giorni il tempo massimo disponibile per la emanazione delle linee generali di indirizzo nelle materie elencate che, rispetto al precedente contratto, prevedono due nuovi argomenti, uno dei quali (criteri per la definizione

delle modalità di riposo nelle 24 ore, di cui all'Art. 7 del presente CCNL) appare particolarmente interessante per la "vita reale" dei medici ospedalieri; si è infine ufficializzato il dovere da parte delle Regioni che non desiderino emanare le linee di indirizzo in questione di dichiararlo espressamente entro 30 giorni dalla sottoscrizione del CCNL. L'Art. 6 (Figura 3) riguarda il sistema degli incarichi e lo sviluppo professionale, sostanzialmente conferma il sistema



INCARICHI DIRIGENZIALI

Art. 6
Sistema degli incarichi e sviluppo professionale

1. Nell'ambito del processo di riforma del pubblico impiego il sistema degli incarichi dirigenziali, unitamente con le norme che ne regolano la verifica e la valutazione, riveste una notevole valenza strategica e innovativa. Tale sistema, che si basa sui principi di autonomia, responsabilità e di valorizzazione del merito e della prestazione professionale nel conferimento degli incarichi, è volto a garantire il corretto svolgimento della funzione dirigenziale nel quadro delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti.
2. Allo scopo di favorire la piena attuazione degli obiettivi prioritari connessi al ruolo della dirigenza viene confermato quanto già previsto dall'art. 26 comma 1 e dall'art. 27, comma 2 del CCNL 8.6.2000 specificando, altresì, che le diverse tipologie di incarico, che implicano attività gestionali e professionali, sono tutte funzionali ad un'efficace e proficua organizzazione aziendale, contribuiscono ad una migliore qualità assistenziale e promuovono lo sviluppo professionale dei dirigenti, mediante il riconoscimento delle potenzialità, delle stimolazioni e delle competenze di ciascuno di essi.
3. Al fine di perseguire nel processo di valorizzazione delle funzioni dirigenziali, le parti ribadiscono che:
 - in relazione a quanto stabilito nel comma 2 dell'art. 27 del CCNL 8.6.2000, le tipologie degli incarichi ivi indicati, in quanto manifestazioni di attribuzioni diverse ma di pari dignità ed importanza, rappresentano espressioni di sviluppi di carriera, che possono raggiungere una analoga valorizzazione economica, nel quadro della graduazione delle funzioni prevista a livello aziendale;
 - l'autonomia e la responsabilità professionali, quali condizioni connotate alla funzione dirigenziale, vanno salvaguardate anche ove queste si esplicino nell'ambito di una struttura articolata ma unitariamente preordinata al raggiungimento di un risultato, nel rispetto delle dinamiche organizzative della struttura stessa.
4. Nella prospettiva di perseguire il processo di riforma, le parti, consapevoli della centralità del sistema degli incarichi dirigenziali nell'ambito dell'organizzazione aziendale, si impegnano a definire, in occasione della sequenza contrattuale integrativa di cui all'art. 28 del presente CCNL, modalità e criteri applicativi che, anche alla luce di quanto ribadito nei commi precedenti, siano maggiormente idonei a sostenere la crescita e lo sviluppo professionale dei dirigenti, nonché a realizzare una migliore efficienza e funzionalità delle strutture sanitarie.

degli stessi e la sua articolazione

come prevista dagli Artt. 26 e 27 del CCNL 8 giugno 2000; a margine di quanto detto sopra è di particolare rilievo l'impegno contenuto in questo articolo riguardo la volontà delle parti a definire, nella prossima trattativa, modalità e criteri idonei a sostenere la crescita e lo sviluppo professionale dei Dirigenti medici; a ciò si aggiunga l'impegno, contenuto nella dichiarazione congiunta n° 6 (in appendice al contratto), di valutare, nell'ambito dell'esame delle materie rinviate alla sequenza contrattuale, uno specifico riconoscimento per gli incarichi di responsabilità di struttura semplice dipartimentale e ciò appare importante ed innovativo per le giuste aspirazioni dei colleghi titolari di incarichi di questo tipo.

L'Art. 7 (Figura 4) si occupa di "Protezione e tutela dei dirigenti e degli

rispetto al passato come già si può notare dall'impostazione del titolo. Gli strumenti contrattuali necessari per definire le modalità applicative del riposo sono la contrattazione integrativa aziendale ed il coordinamento regionale. La problematica del riposo giornaliero non ha potuto ovviamente non tener conto dell'evoluzione legislativa intervenuta con la legge finanziaria 2008, il DL 112/2008 convertito in L 133/2008, che, di fatto, aveva privato i medici del diritto soggettivo al riposo di 11 ore tra un turno e l'altro. Il CCNL ha ripreso il problema tenendo conto delle esigenze sia dei medici che dell'utenza, primariamente volte a ridurre il rischio personale e clinico, preservando la salute degli stessi; in questa ottica dunque è stata ribadita l'obbligatorietà del riposo giornaliero ed è stato stabilito che,

Protezione e tutela dei dirigenti e degli utenti

Art. 7
Disposizioni particolari in materia di riposo giornaliero

1. Nel rispetto dei principi generali di sicurezza e salute dei dirigenti e al fine di preservare la comunità assistenziale, le aziende definiscono, in sede di contrattazione integrativa, ai sensi dell'art. 4, comma 4 del CCNL del 3 novembre 2005, modalità di riposo nelle ventiquattro ore, onde a garantire idonee condizioni di lavoro ed il pieno recupero delle energie psicofisiche dei dirigenti, nonché prevenire il rischio clinico.
2. In tale ambito, al fine di confermare l'impegno di servizio al ruolo e alla funzione dirigenziale, la contrattazione dovrà prevedere, in particolare: dopo l'affermazione del servizio di guardia notturna o della turnazione notturna, la fruizione immediata, in subito giorno, di un adeguato periodo di riposo obbligatorio e continuativo, in misura tale da garantire l'effettiva interruzione tra la fine della prestazione lavorativa e l'inizio di quella successiva.
3. Le misure previste dai commi precedenti garantiscono ai dirigenti una protezione appropriata evitando che, a causa della stanchezza, della fatica o di altri fattori, sia ridotta l'efficienza della prestazione professionale, aumentando il rischio di causare lesioni agli utenti o a loro stessi, ad altri lavoratori o di danneggiare la loro salute, a breve o a lungo termine.
4. La contrattazione si svolge nel rispetto della normativa vigente, tenuto conto delle linee di indirizzo emanate dalle Regioni ai sensi dell'art. 5, lett. 1 del presente CCNL.
5. Resta fermo quanto previsto per la programmazione e per la articolazione degli orari e del turno di guardia dell'art. 14, comma 7 e 8, del CCNL 3.11.2005, tenendo conto di quanto stabilito in materia di riposo giornalieri dal presente articolo.
6. E' fatta salva l'attuale organizzazione del lavoro, purché non sia in contrasto con quanto stabilito nei precedenti commi, da verificarsi a livello aziendale dalle parti entro 90 giorni dalla stipula del presente CCNL.

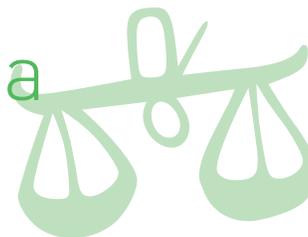
Figura 3

Figura 4

utilenti". Disposizioni in materia di riposo giornaliero". È dunque un articolo assolutamente innovativo

dopo un periodo di lavoro "notturno", il riposo deve iniziare subito ed essere continuativo e lungo a sufficienza da garantire un recupero psicofisico adeguato, tale da determinare una reale interruzione tra prestazioni lavorative consecutive. A latere appare inoltre molto importante il recupero del diritto al riposo settimanale e non più ogni 14 giorni, come invece previsto dalle L 133/2008. Per motivi di spazio editoriale interrompiamo a questo punto la trattazione sistematica del nuovo CCNL, che prevediamo di riprendere nei prossimi numeri della Rivista. Cogliamo l'occasione per sollecitare l'invio, da parte di chi volesse, di articoli e commenti sull'argomento contrattuale o su altri di interesse organizzativo/sindacale, che una volta vagliati dal Comitato di Redazione, potranno essere pubblicati in questo spazio compatibilmente con le esigenze editoriali, come peraltro già verificatosi negli scorsi numeri.

La regina delle prove: la perizia medico - legale



di Ornella Mafri

Intorno al contenzioso medico - legale ruotano diversi soggetti (Tagete Anno X n. 2 Rivista Medico Giuridica sul danno alla persona), tra cui i pazienti, i parenti, i medici, i difensori, i giudici e, soprattutto, i periti. Questi ultimi svolgono un ruolo primario nei giudizi di responsabilità sanitaria, ruolo che nella quasi totalità dei casi è insostituibile, atteso che con il loro elaborato (la consulenza

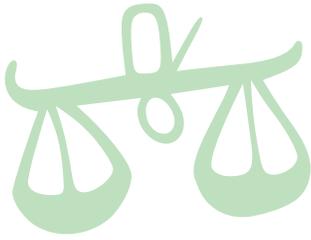
cui, pur se impropriamente, viene rimesso con espresso quesito anche il giudizio sulla colpa. Da qui il rischio, almeno potenziale, che il libero convincimento del giudice si basi essenzialmente sul libero convincimento del perito, da qui la necessità che la perizia abbia una qualità elevata e che il perito non travalichi i confini di sua competenza. Ed infatti, non di rado, possiamo constatare che le

71

In materia di responsabilità medica il giudizio del giudice rischia di identificarsi con il giudizio espresso dal perito

tecnica in sede civile e la perizia in sede penale) devono porre il giudice nelle condizioni di comprendere e di apprezzare tutte le questioni mediche sottoposte al suo esame che richiedono una competenza specifica che il giudice, per sua naturale estrazione culturale, non può avere. La perizia, pertanto, non è solo diretta a risolvere quesiti di natura tecnica ma diventa un vero e proprio mezzo di prova (è stata definita la prova regina) atteso che i dati che il perito deve valutare costituiscono un mezzo di accertamento della verità oggettiva su cui si fonda, in modo preponderante, il convincimento del giudice. Trattandosi di materia altamente specialistica, il giudice, pur dovendo procedere al vaglio di tutte le prove raccolte e pur potendosi discostare dal parere del perito/consulente, difficilmente può assumere il ruolo che gli compete di peritus peritorum e deve inevitabilmente fondare la sua decisione sulle indicazioni del consulente tecnico d'ufficio (c.u.t) a

richieste di rinvio a giudizio e le motivazioni delle sentenze, anche in sede civile, si esauriscono in una mera ripetizione delle conclusioni e delle argomentazioni del tecnico d'ufficio. Ne consegue che nei casi, non infrequenti, in cui il consulente d'ufficio non possiede conoscenze idonee e rigore metodologico, gravi possono essere le distorsioni giudiziarie con effetti negativi non solo sul medico e sulla struttura sanitaria ma anche sul giudice stesso. Una c.t.u. inadeguata, infatti, può indurre il giudice ad assumere una decisione erronea ed anche se l'errore trova la causa nell'elaborato dell'ausiliario, il danno è arrecato dalla sentenza e non dal c.t.u. Secondo i principi di diritto (Artt. 40 e 41 c.p.), il nesso causale deve ritenersi escluso nel caso in cui la causa sopravvenuta (la sentenza) è di per sé idonea a determinare l'evento. Pertanto, se un giudice recepisce acriticamente le conclusioni di un c.t.u. imperito, le conseguenze ricadono sul giudice stesso; secondo



Controllo delle impronte digitali a Scotland Yard, 1959



la giurisprudenza, infatti, l'attività dell'organo giurisdizionale "si sovrappone a quella del privato, togliendole ogni efficacia causale" (Cass. 20.6.1966 n. 1586; Cass. 10.6.1968 n. 1831; Cass. 20.10.2003 n. 15646; Cass. 25.5.2004 n. 10033). Il che non significa che l'attività del c.t.u. non possa essere contrastata, ad esempio, in fase di indagini o in istruttoria, a mezzo dei consulenti di parte o che non possa essere censurata, in esito al giudizio, con l'avviso all'Ufficio dei Consulenti Tecnici del Tribunale per l'avvio dell'azione disciplinare, la sospensione dall'albo e dall'affidamento di incarichi. Un buono standard qualitativo della consulenza d'ufficio diventa un vero e proprio strumento di tutela e di garanzia per tutte le parti processuali. Un aspetto da non trascurare è anche quello relativo alle consulenze di parte. È errato ritenere che il c.t.p. possa espletare il proprio incarico "largheggiando" nelle sue valutazioni. Voglio dire che anche il consulente della parte deve fornire al proprio cliente un elaborato valido, che scoraggi iniziative temerarie e che lo induca alla lite solo se vi sono seri e fondati presupposti per l'affermazione della responsabilità medica. La peculiarità della perizia medico-legale, in tale materia, è data dal fatto che il perito non si limita a fornire dati di prova generica e cioè i dati

relativi alle cause della morte o alle conseguenze di una lesione di natura iatrogena, ma procede all'esame dei dati documentali e di quelli di sua diretta rilevazione al fine di pervenire ad una ricostruzione eziopatogenetica dei fatti e di esprimere un giudizio, anche se motivato, sulla condotta (della struttura e/o del sanitario). L'indagine peritale si incentra sulla valutazione della colpa e sull'accertamento del nesso causale tra il comportamento (azione o omissione) e l'evento e, poiché il nostro Ordinamento Giuridico, pur prevedendo diversi gradi della colpa (lieve, grave), non indica criteri oggettivi per la sua valutazione, possono aversi pareri discordanti sullo stesso caso, con ripercussioni anche in termini di lungaggine dei processi. La speciale natura della perizia medico-legale "rende il compito del perito particolarmente delicato, complesso e tale da richiedere una continua autoverifica dei propri limiti di competenza" (A. Fiori in *Medicina legale della Responsabilità Medica* - Ed. Giuffrè). Per tali ragioni, la scelta del perito/consulente deve, realmente, cadere su soggetti dotati di "condotta morale specchiata" (art.15 Disp. att. c.p.c.) e di "speciale competenza nella materia" (art.15 Disp. att. c.p.c. e art. 69 Disp. att. c.p.p.) da intendersi, quest'ultima, quale conoscenza, fra

l'altro, della specificità dei problemi inerenti la colpa penale e civile, che non possono essere conosciuti solo approssimativamente, delle basi culturali medico-chirurgiche, delle indicazioni diagnostiche e terapeutiche, delle tecniche aggiornate di diagnosi, delle terapie, delle frequenti complicità, degli errori scusabili e di quelli inescusabili, degli aspetti dottrinali e giurisprudenziali in materia. Il rimedio alla complessità dei casi, anche se purtroppo non costituisce la regola, è quello di affidare l'incarico ad un collegio peritale, composto sempre da un esperto in medicina legale la cui cultura giuridica "gli consenta di guidare l'attività del collegio peritale entro corretti e rigorosi binari metodologici" (A. Fiori id.). La necessità di un'alta specializzazione nel campo della responsabilità medica e soprattutto la necessità di una ricerca scientifica interdisciplinare è ormai un'esigenza largamente avvertita, almeno da tutti coloro che operano nel settore, ma, nonostante la sensibilizzazione sul punto, è ancora lunga la strada da percorrere. E se è vero che "l'anima è la chiave dell'universo", il mutamento di rotta deve passare prima per le coscienze. Solo così potranno limitarsi gli errori e offrirsi quelle garanzie indispensabili affinché la verità giudiziaria non sia relativa.



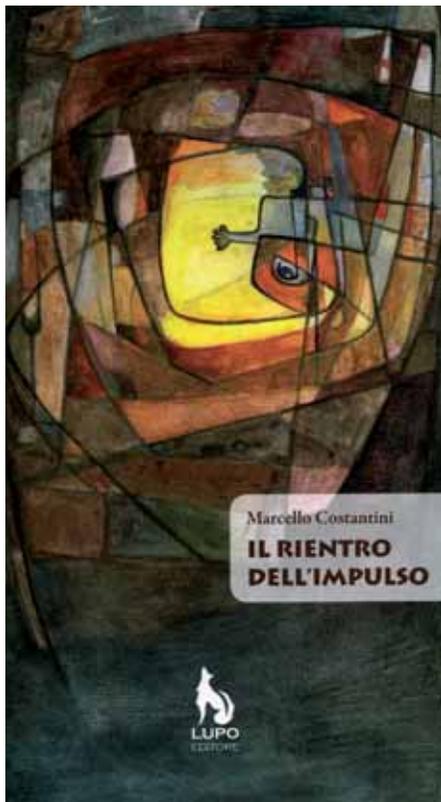
Il cuore del ragno

di Francesco M. Bovenzi

Da sempre la medicina ha attirato l'attenzione di letterati e scrittori. I medici per umanità e per formazione personale hanno storicamente avuto legami stretti con la cultura umanistica e letteraria, tanto da offrire interessanti contributi narrativi sotto forma di romanzi, racconti, opere teatrali, poesia, storia, saggistica (Fracastoro, Sacks, Celine, Čechov, Che Guevara, Crichton, Tobino, Bisiac, Cuccia). In cuor suo, un medico che scrive sceglie di fronte alla quotidiana realtà della malattia di dare vita alla creatività, trasformando in inchiostro di parole i sentimenti, i sogni, lo spirito professionale con libera fantasia. In fondo, più di qualsiasi altro professionista il medico è sommessamente un protagonista della "commedia umana" come della malattia dell'uomo, sia pur nell'incertezza della sua arte, del probabilismo, dell'esperienza necessaria e delle conoscenze che non sempre lo aiutano a ricercare la verità terrena del male. Prima di ogni cosa il medico è un artista, di quella nobile arte che si veste anche di scienza. Marcello Costantini, Direttore della Cardiologia di Galatina, ha recentemente pubblicato un bellissimo libro dal titolo "Il

rientro dell'impulso", LUPO Editore. Come non stupirsi positivamente nel leggere che "in una società come quella in cui viviamo l'amicizia sembra quasi una trasgressione". Al di là del forte aneddoto che invita tutti a riflettere, le sue sono pagine di un intrigante racconto che trasuda di affetto, di passione per la Cardiologia, a cominciare proprio dal titolo. Con toccante sensibilità e con buona vena letteraria, è singolare scoprire nel testo la forza dell'educazione tecnico - scientifica, che si integra con la sua cultura umanistica. Un entusiasta della storia del Salento, il Sud grande risorsa carica di bellezze, di forza della natura, di passione e umanità. "Se uno non è mai stato da quelle parti è inutile perdere tempo in descrizioni: per quanto mi possa sforzare difficilmente potrebbe comprendere". Fantastici tratti di costa salentina dove l'incantevole azzurro del mare, il verde della natura e degli olivi e le bianche rocce calcaree divengono i più forti testimoni di una lunga storia di popoli e civiltà che giocano con la fantasia del narratore. Con un linguaggio semplice, ma al tempo stesso espressivo e pragmatico, Marcello Costantini dà forza ad un'emozionante narrazione dove

nulla è scontato. Tutto si rimette in gioco, come la vita passata dell'uomo che ritorna persino come parodia, pur di riaffermare la religiosa immortalità dell'anima. Tra guerre, amori, conquiste, tradizioni, dopo i greci e i latini, nei secoli successivi si è assistito nel Salento ad un vero fluire di tante civiltà: "gentile" bizantina, "dispotica" normanna, "laboriosa" messapica e persino "artistica" longobarda. La vita dell'uomo è un continuo gioco che è costantemente segnato da eventi contrastanti, ora tragici ora comici, ora di attesa e meditazione, ora di panico e sofferenza: un rincorrersi di forze contrarie del bene e del male. Il racconto si snoda tra aneddoti di lavoro in Ospedale, definito un "tempio dell'amore", dove il vissuto e l'incontro con la sofferenza dei malati, vecchio quanto l'uomo, sono l'eterno presente. Un lucido e libero sfogo alle più nascoste passioni dell'Autore: il lavoro, la Terra, l'antica Grecia come madre di ogni evoluzione socio - culturale salentina e il mistero soma/psiche della taranta. "Nel Salento era esistita per secoli ed esisteva ancora della gente che si riteneva morsa da un ragno e che questo era motivo di grande sofferenza fisica e morale. Solo attraverso la



danza, una danza forsennata al ritmo ossessivo scandito da un tamburello [...] la persona colpita trovava giovamento e veniva temporaneamente restituita ad una vita sociale accettabile. Fino alla prossima crisi." Tutto torna, o meglio ritorna, una fuga fatta di tante storie, perché anche l'impulso ha il suo noioso rientro, dove fuggire diviene una sorta di inseguimento, qualcosa che si perpetua senza fine. C'è chi viaggia sempre senza partire mai e c'è chi viaggia lontano alla ricerca di qualcosa per poi trovarne un'altra. Siamo nella messapica Rocavecchia (Lecce), dove il vento di "tramontana spezza sogni e idee, sacrificandoli all'imprecazione". È qui che "una ventina di chilometri a sud - est di Lecce c'è un posto magico, intriso di mistero", dove si sviluppa il suo giallo "investigativo". Ma l'indagine si estende ben oltre il "mistero" da cui parte, arrivando a toccare con voli pindarici e tecnicismi letterari i campi più disparati della vita, tenuti insieme dal "peso" delle cose che ritornano. L'eroe di questa sfida letteraria è il Professor Pallares, coltissimo "Maestro", incontrato per caso che insegna a mettersi in gioco a prescindere dall'età e da ciò che si dà per conosciuto, nell'unica certezza che tutto quello che c'è da sapere è "là fuori che vaga", a disposizione dell'io vicino e dell'io lontano. Il filo del racconto è intriso di un dilagante flusso di pensiero fatto di richiami storici e antropologici, aspetti professionali, ricordi d'infanzia, di formazione, antichi miti e novelle popolari. Il risultato è quello di far rivivere l'essenza del nostro tempo tra la medicina e il misticismo, la magia e la preghiera,

anche rimettendo in gioco il ricordo degli spiriti sciamani, ovvero i cercatori di anime smarrite. È come un emergere di "tracce" (alcuni incontri e alcune figure di pazienti sono singolari) dalle quali spunta un'umanità intensa che fa da sfondo a un "giallo" archeologico che prende il lettore anche quando appare un pretesto. Infatti, in questa storia giocata nel rincorrersi del vecchio e del nuovo Salento, tra Pavia, Cremona, Lisbona, Parigi, Galatina e Stoccolma, di interrogativi e misteri se ne aprono tanti: da quello sulla materia e l'antimateria a quelli medico - scientifici, a quello sugli antichi culti mediterranei, per cui spontanee sorgono le domande sull'effettiva circolarità dell'esistenza e del "tutto che torna". Il libro è scritto con grande agilità come scrive Costantino nella sua prefazione, la parola scritta scorre libera spaziando in fatti veri, come si trattasse di un sogno, di un miracolo, di un gioco di ipotesi interpretative in campo cardiologico. Solo così, vagando con la fantasia, è possibile accomunare il vecchio fenomeno isterico - convulsivo della taranta causato dalla puntura del ragno *Lycosa tarentula*, espressione di disagio sociale in giovani donne, con strani casi di miocardite che simulano un infarto ST elevato in giovani uomini. Un'ipotesi bizzarra ma quanto mai suggestiva, perché sotto un'unica bandiera lega due momenti storici, due patologie diverse del corpo e della mente e, come naturale, l'uomo e la donna giovani.

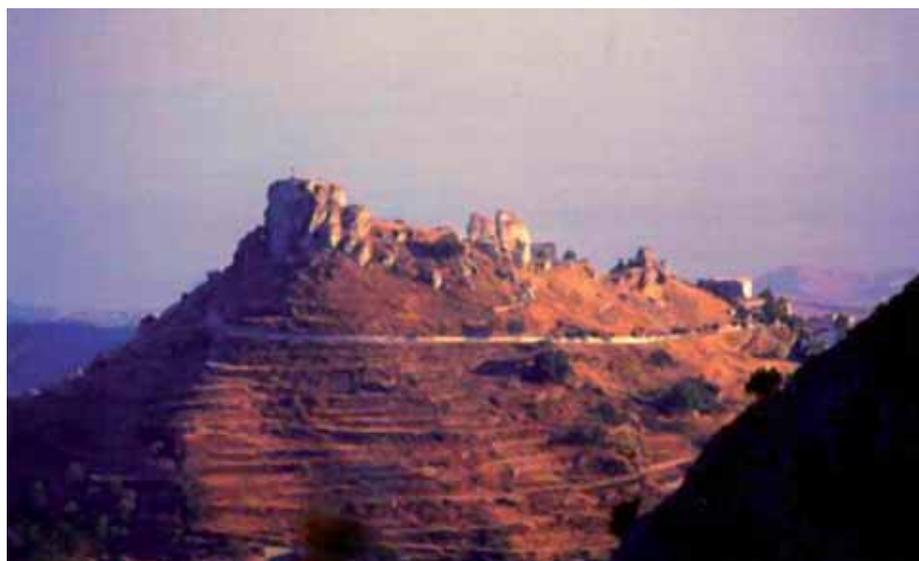


I Greci di Calabria

di Mario Chiatto

75

*Il paese di Condofuri
(Reggio Calabria)*



Nel 1820 un giovane studioso tedesco, Karl Witte, in Italia per ragioni di studio, ricorda di aver letto da qualche parte notizie sull'esistenza di una popolazione di lingua Greca nelle provincie meridionali del Regno di Napoli. Attraversa la Campania, la Basilicata e quasi tutta la Calabria. Soltanto a Reggio ottiene indicazioni più esatte in proposito ed accerta che si trattava realmente di una popolazione di lingua Greca, composta quasi esclusivamente di pastori e contadini, stanziata in una dozzina di villaggi, nelle vallate meridionali dell'Aspromonte. I nomi di questi villaggi greci sono: Bova, Montebello, Roccaforte, Condofuri, Gallicianò, Roghudi, Chorio di Roghudi, Amendolea, Campo di Amendolea, S. Pantaleone, Chorio di Pentedattilo e Cardeto. Questi paesi si trovano sparsi tra alture e rupi nei pressi del fiume Amendolea e versano in

condizioni di povertà estrema e di quasi totale isolamento, collegati tra loro da sentieri. Con un articolo pubblicato nel 1821, come ricorda Gerard Rohlfs (Filologo), che riporta la vicenda, si verificava la scoperta dell'area di lingua grecanica di cui si ignorava l'esistenza. L'eccezionale scoperta avveniva come accade di solito nel caso delle culture in estinzione, alla fine dell'erosione di una tradizione linguistica, culturale e religiosa che riguardava una zona ben più vasta. In epoca bizantina tutta la Calabria era ellenofona; in età normanna rimase ellenofona la Calabria meridionale. Nel XVI secolo erano ellenofoni parecchi centri della costa Ionica tra Reggio Calabria e Catanzaro. Il passaggio tra il rito Greco e quello Latino viene sancito ufficialmente nella Diocesi di Bova con una bolla del 1574; ma la persistenza del vecchio rito è documentata



Il paese di Pentedattilo (Reggio Calabria)

almeno per tutto il '600. In questo passaggio, molti studiosi individuano una delle cause principali dell'erosione e della decadenza del grecanico. Con la soppressione del rito greco, che fu un elemento di forte aggregazione etnica e culturale, questa grecità si ridusse sempre più nel suo spessore sino a lasciare pochissime tracce di sé, affidate ad una tradizione orale di canti, novelle, inni e proverbi. Dopo l'Unità d'Italia i loro modi di vita arcaici, omogenei ad una società agro-pastorale rimasta isolata per secoli, ed il diverso codice linguistico, furono oggetto di disprezzo e negazione da parte della borghesia egemone locale che, durante il fascismo, accentua la sua linea ideologica di negazione delle diversità culturali e linguistiche per il rafforzamento di un potere centralizzato. Le persone benestanti e colte di Bova chiamavano Paddìchi, cioè tamarri, cafoni o zambari di montagna, montanari stupidi, quanti ancora parlavano il greco. La scuola che all'inizio del secolo nega con violenza ai greci di parlare la loro lingua, giudicata lingua bastarda, coopera a questa operazione di alienazione culturale. E il grecanico viene identificato dalle stesse popolazioni locali come elemento di arretratezza economica ed emarginazione sociale. Mentre gli studiosi italiani e stranieri, si interessavano in maniera sempre più convinta alla lingua ed alla cultura dei Greci di Calabria, i proprietari di questa tradizione, se ne allontanavano sempre di più. Dalla fine dell'800

ci si domanda se la lingua greca di Calabria fosse di ascendenza classica o se le sue origini fossero unicamente bizantine. Una disputa dai toni accessi ha contraddistinto a lungo i "bizantinisti" dai "classicisti" sostenitori della tesi di Rohles. Quest'ultimo ha ipotizzato un predominio della lingua greca in Calabria dall'età antica al tardo medioevo, senza soluzione di continuità. Di recente questa contrapposizione si è attenuata, accogliendo un atteggiamento più equilibrato. Nessuno può negare che nella lingua grecanica vi siano addirittura termini preomerici e arcaici e che non si riscontrano più in alcun luogo della Grecia, ma è pur vero che questa lingua è un *pout pourri* nella quale si trovano non solo parole greche, arcaiche o prearcaiche o omeriche, ma anche vocaboli pre-ellenistici e del periodo bizantino. Non solo, ma come in ogni altro idioma supersiste, sono ben evidenti gli influssi delle lingue parlate da tutti quei popoli che hanno dominato la Calabria nel corso dei secoli della sua storia. Contadini e pastori hanno sempre accolto nuovi vocaboli esterni, da utilizzare nelle pratiche quotidiane, nel lavoro, nell'agricoltura. Quel che è certo, che della lingua quotidiana dei pastori rimane poco e le persone adoperano sempre più la lingua italiana. Nell'ambito della riscoperta e di un rinnovato interesse per la cultura grecanica, sono oltremodo apprezzabili, perciò, quei provvedimenti tesi ad inserire, nei programmi scola-

stici d'istruzione primaria, lo studio del grecanico, connotativi di quella corrispondente "cultura" benché non vengano nascoste le difficoltà oggettive di siffatti provvedimenti e lo stesso buon fine dell'operazione. Ristrettezze degli spazi, frane, alluvioni, terremoti, epidemie, hanno segnato la vita di questi paesi e la mentalità dei loro abitanti e alla fine hanno determinato la fuga e con essa l'abbandono di tradizioni ed idiomi. La custodia dell'antica lingua è oggi affidata a pochi testimoni eredi di una grande civiltà fortemente identitaria e che ancora oggi vivono tenacemente (a dispetto di una modernità caratterizzata sempre più da uno "sviluppo" senza progresso) nei confini sempre più ristretti dell'isola ellenofona. Sono questi paesi abbandonati o semiabbandonati, malfermi e denutriti, posti tra le rupi e le fiumare, quasi in bilico tra il cielo e il mare. Questi luoghi abbandonati però non muoiono mai. Essi si solidificano nella dimensione della memoria di coloro che vi abitano fino a costituire un irriducibile elemento di identità.

I limicoli: una ricchezza naturalistica nascosta

di Roberto Valle

Pochi conoscono i limicoli, un gruppo di uccelli che prende il nome dall'abitudine di frequentare le zone fangose di lagune ed estuari. Questo gruppo di uccelli non fanno parte dell'immaginario collettivo, come le cicogne o i rapaci, ma ospita specie di grande bellezza e peculiarità. Proprio l'essere legati all'ambiente lagunare e lacustre per vivere ed alimentarsi, ne ha plasmato la morfologia ed i colori. Nella massima parte dei casi si contraddistinguono per zampe lunghe e sottili e becchi pure molto lunghi ed

affusolati. La Pettegola (*Tringa Totanus*) esprime bene le modificazioni adattative che la selezione naturale le ha imposto per risultare difficilmente distinguibile nell'habitat fangoso, in cui il marrone domina (Figura 1). A questo habitus criptico, fanno eccezione soltanto le lunghe zampe rosso vermiglione, che le hanno valso il nome inglese di Redshank. Questo limicolo inoltre riduce le probabilità di essere visto (e quindi catturato dai rapaci) costruendo un nido, indovato tra la vegetazione alofila (*Halimione Portulacoides* nel caso illustrato in

Figura 2), rendendosi praticamente invisibile. Questo fa sì che i predatori aerei (i rapaci lagunari e gli aggressivi Gabbiani reali) uccidano molto più frequentemente le bianchissime e perciò molto più evidenti sterne (ovvero dei piccoli gabbiani, come i Fraticelli - *Sterna Albifrons* - in Figura 3), vicino ai quali, astutamente, la Pettegola colloca il proprio nido. In effetti, il vantaggio in termini di maggiore sopravvivenza indotta dalla preferenza per i più "appariscenti" vicini da parte dei predatori aerei, è stato dimostrato da alcuni lavori scientifici

Figura 1





78

condotti nella Laguna di Venezia. Il rendersi invisibile per sfuggire ai predatori non è un problema che affligga la Beccaccia di mare (*Haematopus ostralegus*) le cui dimensioni, struttura e becco, le consentono di difendersi agevolmente dai predatori presenti nelle aree di nidificazione (Figura 4). Il becco lungo e robusto in particolare, costituisce un efficace deterrente per i predatori, che temono la Beccaccia di mare, la quale riesce ad allontanare dal proprio territorio Gabbiani reali (*Larus cachinnans*) e rapaci. In

effetti la specie nidifica all'aperto, ben visibile lungo gli scanni (isolotti sabbiosi litoranei in Figura 5), grazie al contrasto tra il nero delle ali e del dorso ed il bianco delle parti inferiori, nonché al lampo rosso del becco, che la rendono unica tra i limicoli italiani ed europei. Il becco inoltre ne rappresenta un fondamentale strumento di alimentazione, dal momento che la Beccaccia di mare lo usa come un martello per rompere la giuntura delle valve dei molluschi marini, di cui si nutre, tra cui le Ostriche (*Ostrea*

edulis), in maniera così massiva ed efficace, da essersi meritata il nome di Oystercatcher, in Gran Bretagna, dove la massima parte degli effettivi della specie nidifica. Un'altra specie di limicolo, che spicca per bellezza e colorazione, è certamente l'Avocetta (*Recurvirostra avosetta*), qui riprodotta mentre cova sul nido costruito in un isolotto fangoso della Laguna di Venezia (Figura 6). Questa specie si caratterizza per un becco curiosamente incurvato all'insù, che utilizza per "pescare" piccoli crostacei, "scia-

Figura 2



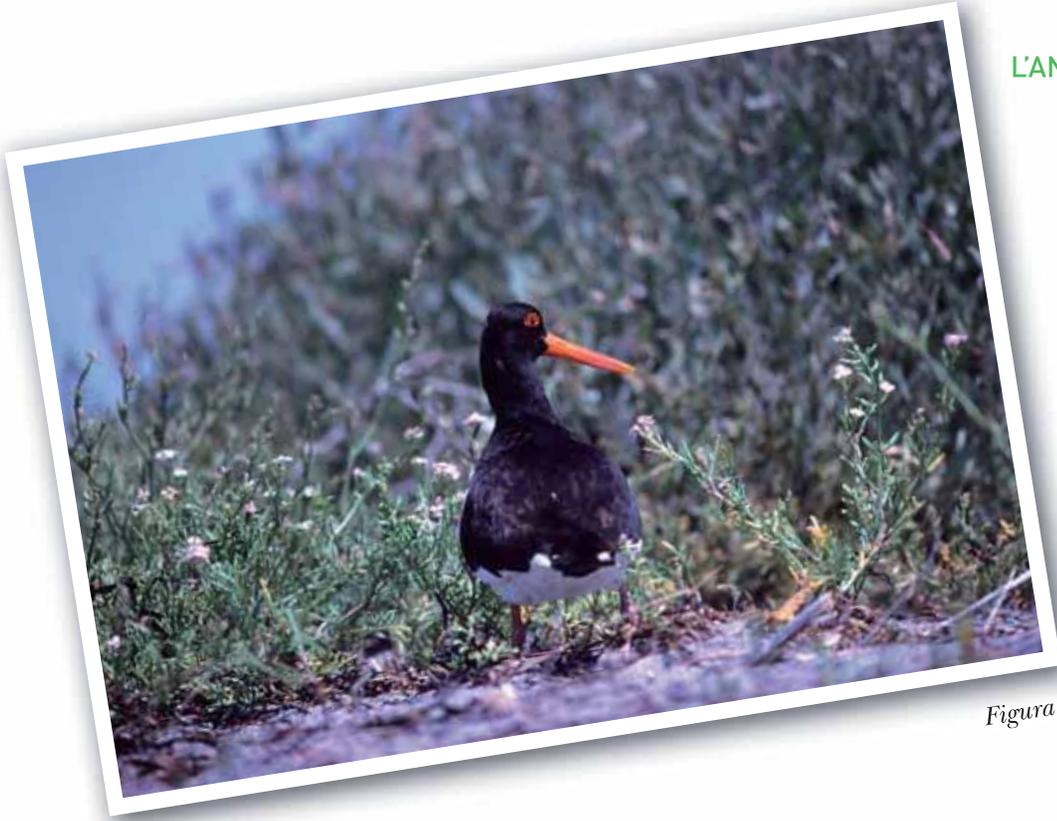


Figura 4



bolando" nell'acqua dei bassi fondali lagunari. Il contrasto tra il bianco e nero dell'Avocetta e della Beccaccia di mare, le svariate combinazioni del marrone della Pettegola e le varia-

Figura 3

zioni cromatiche del viola e del verde della vegetazione alofila circostante, forniscono al lettore indizi di un gruppo di specie di uccelli e dell'ambiente che le ospita, caratterizzato da colori,

sfumature, luci e contrasti sconosciuti ai più, che probabilmente vale la pena di visitare e conoscere.





Figura 5

Figura 6



Neruda: il cantore malinconico della sensualità della vita

di Silvana Ruffolo

In una poesia come quella del '900, che spesso ha diffidato del canto, dello slancio vitale, dell'impulso creativo, l'opera di Neruda rappresenta un'eccezione. Egli infatti ha avuto un dono straordinario: quello di dare voce alle eterne e profonde esigenze del cuore umano. Il poeta nasce, da una famiglia modesta, in quel Cile meridionale che è il paese "dove nasce la luce" o dove il selvaggio oceano incontra la maestà del vento che schiaffeggia le rocce. Questo paesaggio tormentato e primordiale lo segna, e il suo linguaggio poetico ne sarà intriso. Poi la sua esistenza, il suo lavoro diplomatico, (fu console cileno negli anni dal 1927 al 1933 in molti paesi asiatici e poi in Spagna dal '34 al '45) e il suo impegno politico (nel 1945, tornato in Cile, è eletto senatore ma viene deposto nel 1948, quando comincia il lungo esilio durato fino al 1970, un anno prima del premio Nobel), lo porteranno in giro per il mondo: India, Argentina, Spagna, Francia, Messico, Italia, Europa orientale. Ma rimarrà sempre uomo di quella striscia di terra solitaria dove è facile ascoltare la voce della natura, la rabbia della pioggia, l'urlo del mare, la violenza del vento. Esordisce a 20 anni con la raccolta **Venti poesie d'amore e una canzone disperata**, con cui si pone sotto il segno dell'estasi sensuale e del metamorfismo in cui natura, società e cosmo si incontrano. Il ritmo dei versi è incalzante, il linguaggio è quello che accumula ed enumera, è chiaro l'uso della metafora e della similitudine. Si instaura un corto circuito tra carne e natura, tra corpo e cosmo: è

quest'amalgama tra sensualità individuale e anima delle cose che fa la grandezza di Neruda. Il corpo diventa mare, gli occhi diventano "oceanici", la luce è dappertutto. Negli anni della maturità, accostatosi alla vita degli umili e degli sfruttati, ne condivide la pena, la gioia semplice, il punto di vista diretto. Con le **Odi elementari** il poeta, intesse un canto che viene dal basso, direttamente dal corpo e dalle sue pulsioni, e celebra il diritto dei poveri della terra ad amare ed essere amati. Così è nell'**Ode al giorno felice**, in cui l'autore chiede soltanto il permesso di godere di una non cercata e inspiegabile felicità. Nelle raccolte più tarde, (**Memoriale di Isla Negra, Cento sonetti d'amore**) ricompare una metafisica amorosa dolente e dolce che il poeta, negli anni dell'impegno politico, era sembrato voler espellere da sé. Si arriva pertanto alla bellissima lo tornerò in cui il poeta esprime l'amore sviscerato per la sua terra con la quale alla fine della vita vorrebbe ricongiungersi identificandosi con essa e, con accento di pietà cosmica e nostalgica, invita il viandante a cercarlo un giorno là dove era la sua piccola terra stretta tra la pietra e l'onda. Leggendo Neruda si è presi da un vortice di immagini, di energie e di musica, e ci si rende conto che cantare il mondo è stato possibile anche nel secolo dei massacri e degli orrori, contro cui egli stesso si

batté da democratico. La sua poesia ha potuto così accompagnare la vita, consolarla, celebrarla e sposarla con un linguaggio appassionato intriso di carnalità e corralità.





*Le tre abitazioni
possedute da Neruda in Cile:
la Chascona a Santiago*



Qui io ti amo

Tra pini scuri si srotola il vento. /
Brilla fosforescente la luna su acque
erranti. /
Passano giorni uguali, inseguendosi
l'un l'altro. /

Si dirada la nebbia in figure danzanti. /
Un gabbiano d'argento si stacca dal
tramonto. /
A volte una vela. Alte, alte stelle. /

O la croce nera di una nave. /
Solo. /
A volte mi alzo all'alba e persino la
mia anima è umida. /
Suona, risuona il mare lontano. /
Questo è un porto. /
Qui io ti amo. /

Qui io ti amo e invano l'orizzonte ti
occulta. /
Ti sto amando anche in mezzo a que-
ste cose fredde. /
A volte vanno i miei baci su quelle
navi gravi, /
che corrono sul mare dove non arri-
veranno. /
Mi vedo già dimenticato come queste
vecchie àncore. /

Sono più tristi le banchine quando
ormeggia la sera. /
Si stanca la mia vita inutilmente
affamata. /
Amo quel che non ho. Tu sei così
distante. /
La mia noia lotta con lenti crepuscoli. /
Ma poi giunge la notte e inizia a can-
tarmi. /
La luna proietta la sua pellicola di
sogno. /

Mi guardano con i tuoi occhi le stelle
più grandi. /
E poiché io ti amo, i pini nel vento /
vogliono cantare il tuo nome con le
loro foglie metalliche. /

Tratto da "Venti poesie d'amore e una
canzone disperata" (1924)

Ode al giorno felice

Questa volta lasciate che sia felice, /
non è successo nulla a nessuno, /
non sono da nessuna parte, /
succede solo che sono felice /
fino all'ultimo profondo angolino del
cuore. /

Camminando, dormendo o scrivendo, /
che posso farci, sono felice.
Sono più sterminato dell'erba nelle
praterie, /
sento la pelle come un albero rag-
grinzito, /
e l'acqua sotto, gli uccelli in cima,
il mare come un anello intorno alla
mia vita, /
fatta di pane e pietra la terra /
l'aria canta come una chitarra. /

Tu al mio fianco sulla sabbia, sei
sabbia, /
tu canti e sei canto. /
Il mondo è oggi la mia anima /
canto e sabbia, il mondo oggi è la tua
bocca, /
lasciatemi sulla tua bocca e sulla
sabbia /
essere felice, essere felice perché sì,
perché respiro e perché respiri, /
essere felice perché tocco il tuo
ginocchio /
ed è come se toccassi la pelle azzurra

del cielo e la sua freschezza. /
Oggi lasciate che sia felice, io e basta, /
con o senza tutti, essere felice con
l'erba /
e la sabbia essere felice con l'aria e la
terra, /
essere felice con te, con la tua bocca,
essere felice. /

Tratto da "Odi elementari" (1954)

Amore mio, se muoio io e tu non muori

Amore mio, se muoio io e tu non
muori /
Amore mio, se muoio e tu non muori,
amore mio, se muori e io non muoio,
non concediamo ulteriore spazio al
dolore:
non c'è immensità che valga quanto
abbiamo vissuto /
Polvere nel frumento, sabbia tra le
sabbie, /
il tempo, l'acqua errante, il vento
vago, /
ci ha trasportato come grano navi-
gante. /
Avremmo potuto non incontrarci nel
tempo. /
Questa prateria in cui ci siamo trovati, /
oh piccolo infinito! la rendiamo. /
Ma questo amore, amore, non è finito, /
e così come non ebbe nascita, /
non ha morte, è come un lungo fiume,
cambia solo di terra e labbra. /

Tratto da "Cento sonetti d'amore" (1959)

*La casa di Isla Negra***Un giorno, uomo o donna, viandante**

Un giorno, uomo o donna, viandante
 dopo, quando non vivrò,
 cercate qui, cercatemi
 tra pietra e oceano,
 alla luce burrascosa della schiuma.

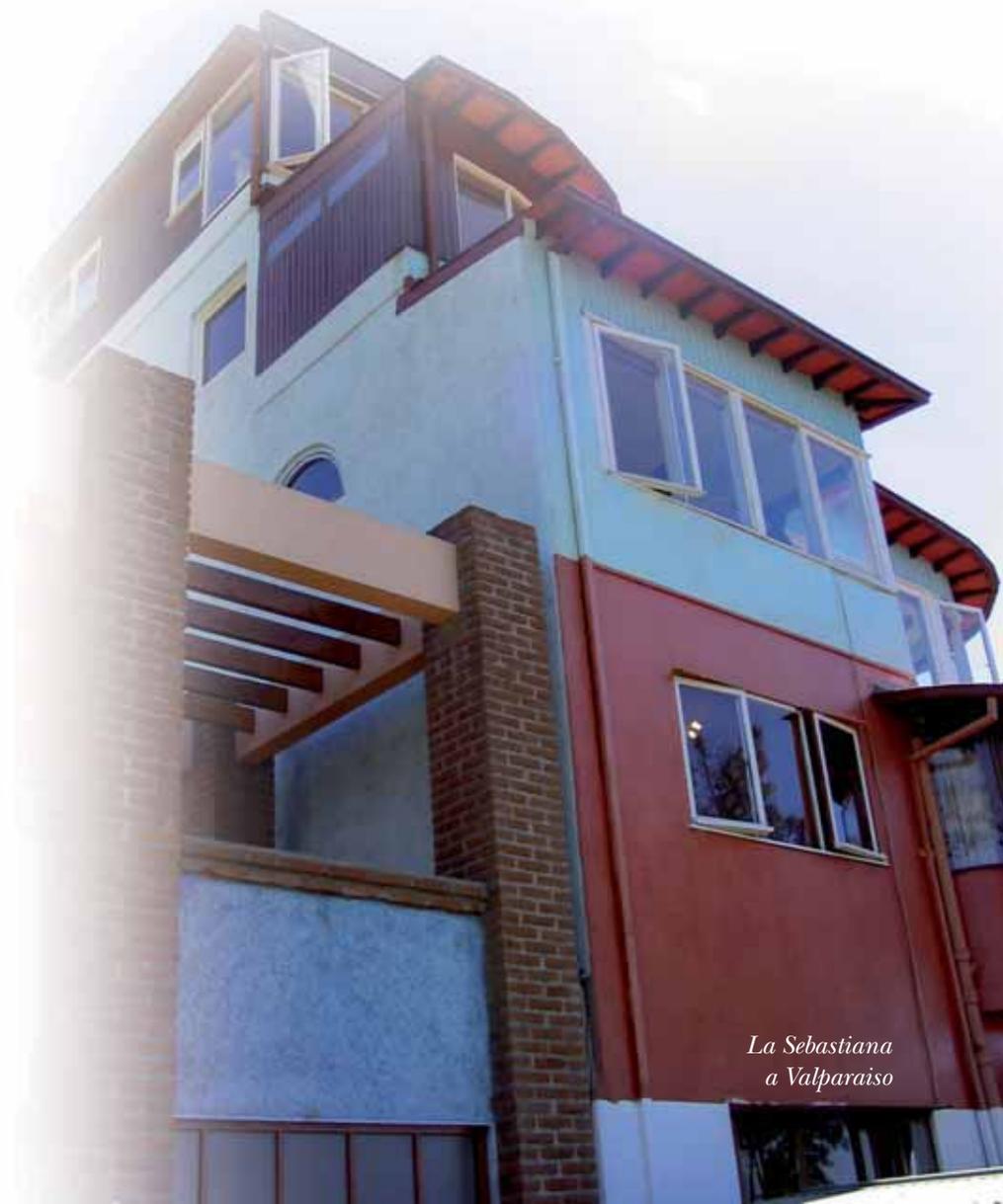
Qui cercate, cercatemi,
 perché qui tornerò senza dire nulla
 senza voce, senza bocca, puro
 qui tornerò a essere
 il movimento dell'acqua,
 del suo cuore selvaggio,
 starò qui, perso e ritrovato:
 qui sarò forse pietra e silenzio.

Tratto da "Memoriale di Isla Negra" (1963)

L'età ci copre come una pioggerella

L'età ci copre come una pioggerella,
 interminabile e arido è il tempo
 una penna di sale tocca il tuo volto
 una gocciolatura rose il mio vestito:
 il tempo non distingue tra le mie
 mani
 o un volo d'arance tra le tue
 punge con neve e con zappa la vita:
 la vita tua che è la vita mia.
 La vita mia che ti diedi s'empie
 d'anni, come il volume di un grappolo.
 Ritourneranno l'uve alla terra.
 Anche laggiù continua il tempo ad
 esistere,
 ad attendere, a piovere sulla polvere,
 avido di cancellare fin l'assenza.

Tratto da "Cento sonetti d'amore" (1959)

*La Sebastiana
a Valparaíso*

In ricordo di Vincenzo Masini

di *Eligio Piccolo*

84

Se mi venisse in sogno ne sarei felice, ma gli direi che non si può lamentare: a 90 anni con la sua intelligenza ancora viva, una bella moglie amata e riamato, una carriera invidiabile, i figli mi dicono bravi, un carattere che faceva felice chi lo avvicinava e una fede discreta ma incrollabile. Tutto però, glielo dobbiamo riconoscere, guadagnato sul campo con i suoi talenti. Conobbi il Cardiologo romano negli anni '50, non personalmente ma da un aureo libretto di Elettrocardiografia, ricordo ancora, di colore blu, ben rilegato e che mi fece tirare un sospiro di sollievo, perché finalmente riuscivo a capire alcuni di quei concetti che i testi "autorevoli", infarciti di teorie, formule e teoremi li rendevano astrusi e quasi angoscianti. Quando finalmente ci incontrammo capii tante cose: capii che una persona così, più che un Collega, gioviale, simpatica, con quella calata romanesca che toglieva ogni imbarazzo, per me che mi sentivo quasi un allievo, non poteva aver affrontato l'elettrocardiografia che con il distacco di chi aveva capito non solo quei concetti, ma anche come va il mondo, meno serio di quanto molti lo vogliono far apparire. Mi disse che l'aveva scritto durante la convalescenza da un'epatite, lì per lì forse gli mostrai ammirazione, ma non gli credetti perché l'impegno e la cultura, per quei tempi, c'erano tutti. Arrivammo presto alle confidenze e avendolo una volta chiamato Vincenzo la moglie quasi si irritò. Chi, Enzo? Forse quel Santo sapeva troppo di sacrestia, dove i romani bazzicano volentieri ma non vi si vogliono confondere. Enzo era per tutti e con tutti egli aveva il complimento buono, sincero, comprensivo. Si presentava bene, vestito di sartoria, ma senza ostentazione; sempre pronto alla battuta, non maliziosa nemmeno quando poteva sembrarlo; si intratte-

neva volentieri a tavola con gli amici, ma anche da solo con Marcella se la tavolata era troppo anonima e non gli consentiva di abbinare il vino di qualità con il piatto preferito. La serietà gli veniva al momento giusto, anch'essa senza soprano, come quando ragionava di cardiologia, discuteva sulle ultime ricerche, sulla migliore impostazione clinica o affrontava comunque altri temi in qualche modo impegnati. Diresse con maestria il Giornale Italiano di Cardiologia quando l'ANMCO glielo chiese. Era insomma una voce ascoltata. Sempre galante con le signore, ma controllato a vista da Marcella, la sua perfetta compagna di una vita, e lo facevano, si capiva, per un gioco delle parti. L'unica distrazione, se così possiamo chiamarla, era il suo interesse per il sesso in campo medico. Per capirne di più riuscì perfino a convincere alcune giovani infermiere ad indossare l'Holter per registrare la frequenza cardiaca durante il rapporto, con il loro partner legale si capisce. Vi dimostrò che mentre l'uomo aumenta progressivamente la frequenza fino ad un unico picco, la donna di picchi ne conquistava parecchi, multipli come si dice. Fu una pubblicazione di tutta serietà scientifica, accettata sulla nostra rivista cardiologica nazionale, ma che avrebbe potuto pretendere un maggiore impact factor perché originale, nessuno ci aveva pensato. In fondo anche queste reazioni fisiologiche devono essere capite per quando il cuore si ammala. Rimaneva la curiosità, commentavamo poi nelle nostre cene congressuali, come mai i maschi fossero più cagionevoli in certe circostanze. Aveva lavorato con Vittorio Puddu, il nostro pioniere in Cardiologia, molto impegnato nell'organizzazione internazionale della specialità. Masini ne era in un certo senso il contraltare, perché con autorità e intelligente discrezione

sapeva essere sempre presente nella Cardiologia del San Camillo. Fu lì che l'andai a trovare un giorno per vedere come aveva organizzato la sua Unità Coronarica. Dire che fu cordiale è riduttivo, non solo perché mi intrattenne a lungo con tutto il suo Staff nella visita al Reparto, ma anche perché mi volle a colazione. E qui godetti sia della buona cucina della signora Marcella che della eccezionale galleria di quadri. Mi sentivo sbalestrato fra una specie di Tate Gallery e di vedutisti de '600 romano. Le Giornate Cardiologiche Romane, alle quali da amico mi invitò sempre, erano l'aggiornamento giusto sui temi di avanguardia, non internazionale ma domestico, perché come pochi altri egli aveva capito che bisognava curare lo scambio tra di noi, a casa nostra. L'internazionalità non era più una meta irraggiungibile perché i grandi congressi d'oltre frontiera e le riviste anglosassoni erano oramai alla portata di moltissimi. Mi scuso con Marcella per il sogno profano che ho immaginato all'inizio. In realtà Enzo è una persona che manca, non solo ai suoi familiari che ne avevano assimilato la vita, ma anche agli amici e colleghi cui solo il ricordo potrà lenire l'assenza.



Il Dott. Vincenzo Masini (1919-2009)



Non tutti i cuori sono uguali

Abbiamo fatto progressi formidabili nel riconoscere e riparare i guasti delle disfunzioni cardiovascolari, ma abbiamo identificato solo alcune delle cause che li provocano. La prossima sfida è proprio individuare le cause di queste malattie, per poterle prevenire. La Fondazione "per il tuo cuore" - HCF, insieme ai 5000 cardiologi ospedalieri dell'ANMCO, studierà, con una ricerca assolutamente innovativa, le cause delle diverse risposte alla malattia fra persona e persona, per poter dare ad ognuno una "cura su misura". La ricerca è una sfida importante, raccogliila con noi.



per il tuo cuore

Fondazione Italiana per la Lotta
alle Malattie Cardiovascolari
ONLUS

Costituita dall'Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri
(ANMCO)

Heart
Care
Foundation



94070130482

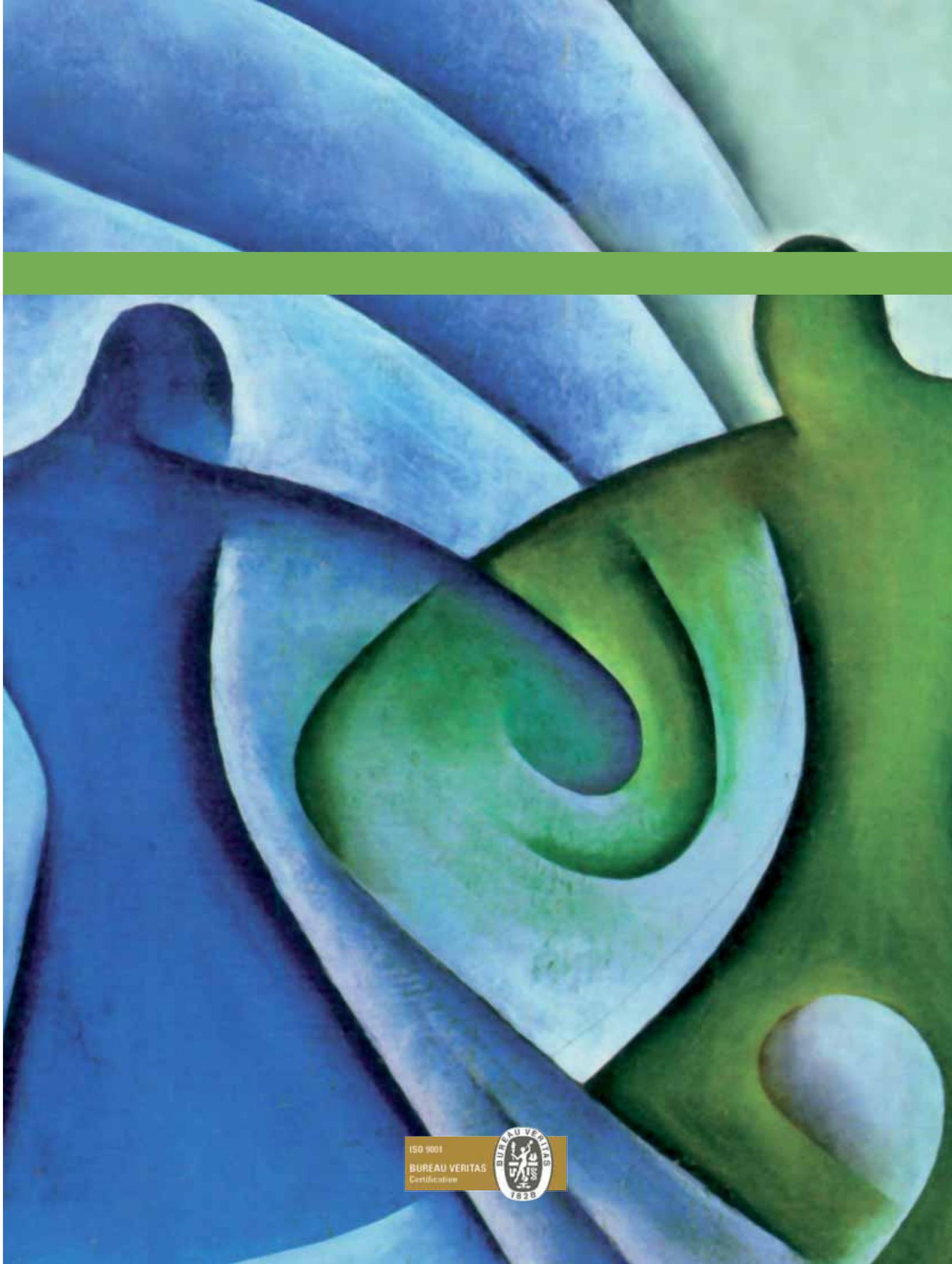
Quest'anno
il **5xMille**
è per il tuo cuore



per il tuo cuore

FONDAZIONE ITALIANA PER LA LOTTA ALLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI - ONLUS

Heart
Care
Foundation



ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

