

Cardiologia

negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

Il Cuore sarà salvato
dai Bambini

Stiamo uniti
“per il Tuo cuore”

Il senso clinico
in una carezza

L'embolia polmonare
di Serena Williams.
Meditiamo gente,
meditiamo

L'Osservatorio delle
Cardiologie Toscane

“per il Tuo cuore”
conquista Monopoli

Quando l'orizzonte è
alto

La Troponina in PS:
...la “magnifica
ossessione” del
Cardiologo

Mimnermo e “I fiori
della giovinezza e
dell'amore”



MARZO-APRILE 2011 N°180

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



**TORNARE ALLA VITA
E DALLE PERSONE
CHE AMI.**

OGNI ANNO OLTRE **130.000 PERSONE**
SONO COLPITE DA INFARTO.
MA SE TI **CURI SUBITO** E CONTINUI
A FARLO PUOI **TORNARE A VIVERE.**

**DAI VALORE
ALLA TUA VITA**

**UNA CAMPAGNA DI SENSIBILIZZAZIONE
NATA DALL'EVIDENZA SCIENTIFICA
E DAL NOSTRO DOVERE, PROFESSIONALE
E SOCIALE, DI FAR CONOSCERE
AL PUBBLICO IL RISCHIO EVITABILE
DELL'INFARTO MIOCARDICO.**

È un progetto



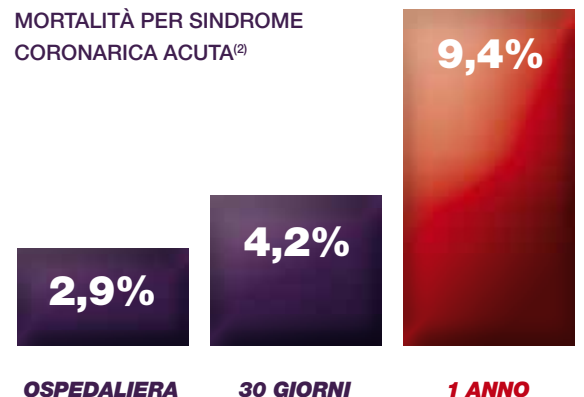
Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri



Dopo la dimissione
il paziente con SCA
permane in una condizione
di elevato rischio
di mortalità e morbilità
nel lungo termine.⁽¹⁾

**Il rischio raddoppia a 30
giorni e triplica a 1 anno.**

MORTALITÀ PER SINDROME
CORONARICA ACUTA⁽²⁾



1 • Goldberg RJ, et al. J Am Coll Cardiol. 2001;37(Suppl.A):315A

2 • Perugini E, et al. Epidemiologia delle sindromi coronariche acute in Italia. G Ital Cardiol. 2010;11:718-29



In copertina
Elaborazione grafica
di una immagine di archivio



N. 180 marzo/aprile 2011
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor
Mario Chiatto

Co - Editor
Domenico Gabrielli

Comitato di Redazione
Maurizio Giuseppe Abrignani
Pasquale Caldarola
Fabrizio Giovanni Oliva
Serena Rakar
Roberto Valle

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

ANMCO
Via A. 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 Mirannalti - Fiesole (FI)



DAL PRESIDENTE

Il Cuore sarà salvato dai Bambini
di Marino Scherillo

p. 5

AREA CARDIOCHIRURGIA

Endocardite infettiva in fase acuta: il ruolo della Chirurgia
di Pierluigi Stefano, Sandro Gelsomino, Claudio Blanzola, Carlo Rostagno

p. 30



LA FONDAZIONE "PER IL TUO CUORE" ONLUS RISPONDE

Stiamo uniti "per il Tuo cuore"
di Attilio Maseri

p. 17

AREA RADIOIMAGING

Le tecniche di Imaging nelle Sindromi Aortiche Acute
di Gian Piero Perna

p. 34

AREA EMERGENZA - URGENZA

L' Area Emergenza - Urgenza e il nuovo Comitato di Coordinamento: le persone che mi affiancheranno in questa avventura. Un gruppo di lavoro con tanti progetti da realizzare
di Maddalena Lettino

p. 37

La Fondazione "per Il Tuo cuore" e la Scuola. Due iniziative interessanti
di Pompilio Faggiano e Stefania De Feo

p. 19

AREA INFORMATICA

Il senso clinico in una carezza
di Guido Giordano

p. 39

DALLA FIC
Lettera del Presidente
di Francesco Romeo

p. 23

DALLE AREE
AREA ARITMIE
Attività da concludere e nuovi progetti da sviluppare
di Maurizio Eugenio Landolina

p. 27





AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

L'embolia polmonare **p. 42**
di Serena Williams.
Meditiamo gente, meditiamo
di *Loris Roncon*

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE
SOCRATES: **p. 44**

Survey On Cardiac Risk profile
And lylesTyle habitS in a cohort of
Italian Cardiologists. Un'indagine
conoscitiva sullo stato di salute dei
cardiologi italiani
di *Pompilio Faggiano, Pierluigi
Temporelli, Gianfrancesco Mureddu*

AREA SCOMPENSO CARDIACO

Le riospedalizzazioni **p. 46**
precoci dopo un ricovero per
scompenso cardiaco acuto
di *Mauro Feola, Giuseppe Di Tano,
Angela Beatrice Scardovi, Gianfranco
Misuraca*

DALLE REGIONI

ABRUZZO **p. 51**

Incontri interattivi abruzzesi di
implementazione delle Linee Guida
e Clinical Competence in UTIC
di *Domenico Di Clemente, Leonardo
Paloscia, Massimo Pasquale*

BASILICATA **p. 53**

Fattori di rischio cardiovascolare
al maschile e femminile, ruolo
dell'ipertensione arteriosa
di *Francesco Paolo Calciano e Antonio
Cardinale*
Indagine sui fattori **p. 55**
di rischio in 3.577 adolescenti delle
scuole medie superiori di Matera
eseguita dall'Associazione materana
degli Amici del Cuore
di *Cristina Mencoboni e Tommaso
Scandiffio*

CALABRIA **p. 65**

La Calabria "per il Tuo cuore"
di *Marilena Matta*

LA PREVENZIONE **p. 69**

Cardiovascolare nella donna
di *Cosima Cloro*

FRIULI VENEZIA GIULIA **p. 70**

Il week - end "per il Tuo cuore":
esperienza del Friuli Venezia Giulia
di *Antonella Cherubini*

IL PROGETTO **p. 73**

Regionale del Friuli Venezia
Giulia sul Follow - up del paziente
cardiopatico cronico
di *Ermanno Dametto, Marika Werren,
Tullio Morgera*

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA **p. 75**

12 febbraio 2011: Campagna "per
il Tuo cuore" e "Regalo di Cuore"
insieme per sensibilizzare i Cittadini
sul proprio rischio cardiovascolare
di *Anna Maria Costante e Gianfranco
Pistis*





PUGLIA p. 77

Storia di un paziente “resuscitato”. Come sono sopravvissuto all’infarto
di Andrea Armenise

Tante iniziative nella p. 79

Settimana “per il Tuo cuore” in Puglia
di Pasquale Caldarola, Carlo D’Agostino, Alessandro Vilella

Ci vuole una fede incrollabile p. 81

di Silvana Kühtz

“Per il Tuo cuore” conquista p. 82

Monopoli
di Vincenzo Lopriore

SICILIA p. 83

La colpa professionale medica in ambito cardiologico

di Eugenio Vinci e Ernesto Mossuti

TOSCANA p. 85

L’Osservatorio delle Cardiologie Toscane
di Giancarlo Casolo, Andrea Boni, Anna Maria Paci

UMBRIA p. 89

Attenzione alle anomalie dell’onda P in V1 in gravidanza!

di Fabio Angeli, Enrica Angeli, Paolo Verdecchia

VENETO p. 92
ANMCO: dobbiamo fare solo Scienza o difendere anche la Cardiologia da chi la vuole distruggere?
di Pietro Delise

A Chioggia, p. 94
la collaborazione Cardiologia - Medicina Generale riduce l'ospedalizzazione per scompenso cardiaco dal Territorio
di Roberto Valle

ASSOCIAZIONI PER IL CUORE E DINTORNI



Quando l'orizzonte è alto... p. 98
di Serena Rakar

FORUM
La Troponina p. 101
in Pronto Soccorso: ... la "magnifica ossessione" del Cardiologo
di Giuseppe Di Tano e Mario Chiatto

Commento all'articolo p. 107
La Troponina in Pronto Soccorso: ... la "magnifica ossessione" del Cardiologo
di Gianfranco Sinagra

Il Piano Sanitario Nazionale 2011 - 2013 p. 109
di Gianfranco Cucchi

Governo Clinico e Piani di rientro p. 111
di Renato Guzzardi

FORUM SINDACALE ORGANIZZATIVO IRAP e ALPI: p. 114
istruzioni per l'uso
di Domenico Gabrielli

IL PARERE LEGALE p. 115
Il Medico tra logica economica e tutela della salute
di Ornella Mafri

LA PAROLA AI GIOVANI CARDIOLOGI p. 117
Insufficienza cardiaca cronica: una partita da vincere con la forza del gruppo!
di Alessandro Malagoli

NORD CHIAMA SUD, SUD CHIAMA NORD. FOTOGRAFIE DELL'ATTIVITA' INFERMIERISTICA p. 119
Intervista a Silvia Marchei
di Nadia Aspromonte

Intervista a Vincenza Fodale
di Maurizio Giuseppe Abrignani

COME ERAVAMO p. 123
Piccola storia della Medicina Cardiovascolare. Il cuore nella Medicina degli antichi popoli extraeuropei
di Maurizio Giuseppe Abrignani



VIAGGIO INTORNO AL CUORE
Mimnermo e "I fiori della giovinezza e dell'amore" p. 126
di Silvana Ruffolo

FIGURARE LA PAROLA p. 128
Amore e Psiche che si abbracciano
di Mario Chiatto



Il Cuore sarà salvato dai Bambini

DI MARINO SCHERILLO

Art for Heart and Art for Heart School: l'arte sostiene "il Valore della Vita"

La Campagna di Sensibilizzazione "il Valore della Vita" sarà protagonista del 42° Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO a Firenze,



te nei mesi di novembre e dicembre 2010, sono state di grande impatto emotivo e tuttavia, da soli, avrebbero rappresentato il consueto modo di comunicare. **Art for Heart** e **Art for Heart School** hanno costituito l'elemento innovativo della Campagna di Sensibilizzazione.

"il Valore della Vita", la prima Campagna di Sensibilizzazione per la Lotta all'Infarto Miocardico, arriva a Firenze al 42° Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO: in mostra gli elaborati artistici dei bambini delle 273 Scuole primarie e secondarie che hanno partecipato alla Gara Creativa sul Cuore

11 - 14 maggio 2011, attraverso le sue sezioni **Art for Heart** e **Art for Heart School**. È stata allestita una ampia Galleria per esporre le opere dei Fotografi professionisti e gli elaborati artistici provenienti dalle Scuole italiane. Alla Cerimonia Inaugurale del Congresso saranno presenti per la premiazione ufficiale le due Classi vincitrici della gara creativa. L'Arte è stato l'elemento di sfida nella ricerca di nuove modalità di comunicazione per i cittadini italiani sul rischio evitabile dell'infarto miocardico con una mortalità e morbilità che, dopo la dimissione dall'Ospedale, raddoppia a trenta giorni e triplica ad un anno. Spot TV e campagne stampa, realizza-

il VALORE della VITA

TORNARE ALLA VITA E DALLE PERSONE CHE AMI.
OGNI ANNO OLTRE 130.000 PERSONE SONO COLTTE DALL'INFARTO. MA SE TI CURI SUBITO E CONTINUI A FARLO PUOI TORNARE A VIVERE

DAI VALORE ALLA TUA VITA

È un progetto

UNA CAMPAGNA DI SENSIBILIZZAZIONE NATA DALL'EVIDENZA SCIENTIFICA E DAL NOSTRO DOVERE, PROFESSIONALE E SOCIALE, DI FAR CONOSCERE AL PUBBLICO IL RISCHIO EVITABILE DELL'INFARTO MIOCARDICO.

Dopo la dimissione il paziente con SCA permane in una condizione di elevato rischio di mortalità e morbilità nel lungo termine.¹⁾

Il rischio raddoppia a 30 giorni e triplica a 1 anno.

MORTALITÀ PER SINDROME CORONARICA ACUTA²⁾

2,9%	4,2%	9,4%
OSPEDALIERA	30 GIORNI	1 ANNO

ilvaloredellavita.it • artforheart.it

1 • Goldberg RJ, et al. J Am Coll Cardiol. 2001;37(Suppl A):315A
2 • Perugini E, et al. Epidemiologia delle sindromi coronariche acute in Italia. G Ital Cardiol. 2010;11:718-29

Art for Heart

Con la collaborazione della Fondazione FORMA per la Fotografia, **Art for Heart** ha raccolto le opere fotografiche donate da Maestri della fotografia - tra cui Gabriele Basilico, Gianni Berengo Gardin, Elliott Erwitt, Federico Scianna, Mimmo Iodice - rendendole disponibili per una prestigiosa mostra. Questa manifestazione è stata inaugurata il 21 marzo 2011 e ben 58 opere sono state battute all'asta per sostenere la Campagna "il Valore della Vita"



*Renè Burri (1933)
La mostra di Picasso con
Guernica
Milano 1953*



*Gaetano Gianzi
Schiavonea, Cuore mediterraneo
2009*



*Mario Francesco Dotti,
dalla serie VISTAMAR 2010*



*Gianni Berengo Gardin (n.1930)
Venezia, 1958*

voluta dall' ANMCO e dalla Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus, da sempre impegnate nell'opera di sensibilizzazione e divulgazione scientifica sul tema delle malattie cardiovascolari.

Art for Heart School

Una attività di edutainment, che ha coinvolto gli studenti delle scuole primarie e secondarie in un programma educativo ed una gara creativa.

Arte, letteratura, scienza, cinema, poesia... il cuore si trova dappertutto ed è molto più che un simbolo romantico: è il motore del nostro corpo, l'icona dei buoni sentimenti, una parola ai quali tanti scienziati e tanti artisti

hanno dedicato il proprio talento e la propria vita. Il kit didattico creato per **Art for Heart School** ha fornito strumenti, spunti didattici ed esercitazioni per un percorso interdisciplinare avente quale protagonista il Cuore nelle sue mille forme. Manuale didattico, schede formative, vademecum per i genitori, sticker adesivi e anche locandina quiz "il Cuore alla prova" erano contenuti nel Kit didattico in quantità adeguate allo svolgimento del programma educativo innovativo con l'obiettivo di promuovere un ruolo attivo degli studenti quali Ambasciatori del Cuore per la fami-

glia per promuovere la prevenzione e l'adozione di stili di vita "salva cuore". Fin qui la parte educativa, seguita ed integrata dalla possibilità di partecipare ad una Gara Creativa sull'argomento Cuore. Gli studenti sono diventati protagonisti e hanno saputo esprimere, sotto la guida dei loro Insegnanti, il tema Cuore creando elaborati artistici con i supporti preferiti: disegni (matite, pennarelli, carboncini, fumetti), dipinti (con qualsiasi tecnica pittorica, compreso il collage), racconti, poesie, sceneggiature o fotografie. Tutti gli elaborati pervenuti, che suscitano stupore ed emozione



per la loro qualità, sono consultabili sul sito www.artforheart.it.

L'ANMCO e la Fondazione "per il Tuo cuore" ringraziano le 2.648 Scuole che hanno richiesto il kit didattico e le 273 Classi iscritte alla Gara Creativa per i 2.180 elaborati artistici attraenti ed intriganti pervenuti da tutte le Regioni. Lavori collettivi, singoli, con le tecniche più disparate, delle dimensioni più varie, bidimensionali e tridimensionali e tutte con un unico focus, il Cuore. Lo stesso focus che guida la nostra professione, i nostri sacrifici, la voglia di ricercare nuove soluzioni e scoprire differenti modalità di indagine, sempre con l'obiettivo di salvaguardare la salute cardiovascolare dei nostri pazienti.

La lunga marcia della Campagna "il Valore della Vita"

Dopo l'invio del mailing postale a tutti i Soci ANMCO nei primi giorni di novembre 2010, la Campagna ha fatto irruzione con lo Spot Emozionale in prime time (19:50 e 20:25) sugli schermi delle reti TV nazionali, RAI 1, RAI 2, CANALE 5, nei giorni 20, 21 e 22 novembre 2010, preceduta da annunci stampa e video inseriti nei principali siti Web, che hanno registrato oltre 33 milioni di contatti.

A seguire la pagina della Campagna è stata presente sulle testate nazionali Corriere della Sera, Repubblica e Sole 24ore, per tutta la settimana successiva; in contemporanea, per una durata di 15 giorni, lo Spot Emozionale è stato trasmesso anche dalle TV collocate negli Aeroporti italiani e nelle Metropolitane di Roma e Milano, generando oltre 34 milioni di contatti.



La Campagna aveva anche risonanza e continuità anche su due siti dedicati:

- www.ilvaloredellavita.it, è il sito istituzionale dove trovare tutte le informazioni sul suo significato, le modalità di svolgimento, lo spot televisivo e le pagine advertising. Di fondamentale importanza il link di questo Sito con i Siti ANMCO e Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus;
- www.artforheart.it, diviso in due par-



ti il sito permette di accedere all'area della mostra fotografica e alla parte del progetto dedicato alle Scuole. Il Progetto "il Valore della Vita" è stato realizzato con il supporto di AstraZeneca a cui va il ringraziamento dell'ANMCO per la grande sensibilità dimostrata. Questa prima Campagna di sensibilizzazione dei cittadini italiani per la lotta all'infarto miocardico ha ricevuto importanti riconoscimenti nell'ambito della comunicazione

vincendo il **GranPrix della Comunicazione** per la categoria No Profit e la **Freccia d'Argento** premio per la comunicazione di relazione XVII Edizione 2010 - 2011, nella categoria Non Profit. I protagonisti di questo successo sono:

- Comitato Scientifico dell'iniziativa di ANMCO e Fondazione "per il Tuo cuore", costituito da Maurizio Giuseppe Abrignani, Pompilio Faggiano, Francesco Mazzuoli, Gian Luigi Nicolosi, Pier Luigi Temporelli, Massimo Uguccioni e Stefano Urbinati;
- Staff della Segreteria ANMCO e Fondazione "per il Tuo cuore";
- Agenzia CDM Milan nelle persone del Dr. Ignazio Iasiello, della Dr.ssa Chiara Lattuada e della Dr.ssa Cinzia Uboldi. A Tutti un grazie di Cuore per il grande impegno, sostenuto con passione ed entusiasmo.

grazie di Cuore

alle 273 classi che hanno partecipato con passione ed entusiasmo alla gara creativa Art for Heart school inviando 2180 elaborati.

Visita il sito www.artforheart.it, troverai tutti gli elaborati proposti dalle scuole e scoprirai le classi vincitrici.



Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri



LEGENDA

Dir. DIRIGENTE SCOLASTICO
Cor. COORDINATORE PROGETTO
Ins. INSEGNANTI

ABRUZZO

scuola primaria

**PRINCIPE DI PIEMONTE
LANCIANO CH**
Dir. Sirolli Anna Maria
Ins. Bellisario Antonella
Mausoleo Marilena
n° elaborati 1

Dir. Sirolli Anna Maria
Ins. Mausoleo Marilena
De Crecchio Mariangela
Bellisario Antonella
n° elaborati 1

**SCUOLA PRIMARIA PARITARIA
EUGENIA RAVASCO
PESCARA PE**
Dir. Poeta Franca
Ins. Suor Suardi Graziella
n° elaborati 16

**ISTITUTO SANTA MARIA
DEGLI ANGELI
L'AQUILA AQ**
Dir. Nichetti Anna Maria
n° elaborati 20

**DIREZIONE DIDATTICA
PENNE M.GIARDINI
PENNE PE**
Dir. D'Anteo Bruno
Ins. Ruggeri Gabriella
Massa Annunziata
n° elaborati 1

**ISTITUTO COMPRENSIVO RANALLI
NERETO TE**
Dir. Ciliberti Michele
Ins. Cosenza Gabriella
n° elaborati 19

**ISTITUTO COMPRENSIVO SAN VITO
CHIRTIMO PLESSO DI TREGLIO
SAN VITO CHIETINO CH**
Dir. D'Agostino Rosanna
Cor. Memmo Mirella
Ins. Memmo Mirella
n° elaborati 13

**DIREZIONE DIDATTICA STATALE
3° CIRCOLO PESCARA
PESCARA PE**
Dir. Colangelo Maria Rosaria
Cor. Di Donato Giuliana
Ins. Colombotto Anna
Novelli Giovanna
n° elaborati 53

**ISTITUTO COMPRENSIVO
GENZANO DI LUCANIA PZ**
Dir. Vertulli Pasquale
Cor. Pinto Maria
Ins. Muscillo Rosaria
Grimaldi Felicia
Lamorte Antonia
n° elaborati 1



scuola secondaria

SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO ORSOGNA CH

Dir. Taraborelli Lucilla
Ins. Monetti Patrizia
Properzio Amalia
n° elaborati 1

ISTITUTO COMPRENSIVO ORSOGNA CH

Dir. Taraborelli Lucilla
Ins. Gentile Graziella
Torto Barbara Ivana
n° elaborati 1

SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO ORSOGNA CH

Dir. Taraborelli Lucilla
Ins. Marino Patrizio
Morano Piera
n° elaborati 1

ISTITUTO COMPRENSIVO MONTORIO CROGNALETO MONTORIO AL VAMANO TE

Dir. Di Donato Gabriele
Ins. Cardone Carolina
n° elaborati 18

Dir. Di Donato Gabriele
Ins. Cardone Carolina
n° elaborati 2

BASILICATA

CUSTOMIZIAMO NEL NOSTRO
CUORE
EMOZIONI E SENTIMENTI



scuola primaria

18 AGOSTO 1860 POTENZA PZ

Dir. Gerardi Carmela Anna
Cor. Rizzo Mariantonietta
Ins. Mecca Donata
n° elaborati 9

Dir. Gerardi Carmela Anna
Cor. Labbate Lucia
n° elaborati 2

ISTITUTO COMPRENSIVO GENZANO DI LUCANIA PZ

Dir. Vertulli Pasquale
Cor. Pinto Maria
Ins. Cosentino Franca,
Cancellara Maria
n° elaborati 1

Dir. Vertulli Pasquale
Cor. Pinto Maria
Ins. Muscillo Rosaria
Grimaldi Felicia
Lamorte Antonia
n° elaborati 1

scuola secondaria

ISTITUTO COMPRENSIVO SCUOLA DELL'INFANZIA PRIMARIA E SECONDARIA SAN FELE PZ

Dir. Pinto Annamaria Filomena
Cor. Tonto Donata
Ins. Tonto Donata
n° elaborati 15

CALABRIA



scuola primaria

DIREZIONE DIDATTICA R.BEVILACQUA 3 CIRCOLO

CROTONE KR
Dir. Rizzuti Franco
Cor. Blefari Valeria Renata
n° elaborati 6

C.D. CATANOSO SCUOLA PRIMARIA CANNAVO'

REGGIO CALABRIA RC
Dir. Arena Francesca
Cor. Cotroneo Grazia
Ins. Abate Giuseppina
Lagana' Ilaria
n° elaborati 25

scuola secondaria

PIETRO ARDITO LAMEZIA TERME CZ

Dir. Esposito Arigamello Angelina
Cor. Donato Cettina
Ins. Michienzi Maria Cristina
n° elaborati 1

ISTITUTO COMPRENSIVO RIZZICONI RIZZICONI RC

Dir. Mercuri Maria
Cor. Zumbo Silvana
Ins. Vazzana Severina
Zanzaro Fiorenzo
n° elaborati 1

SCUOLA MEDIA DOMENICO SCOLERI GERACE RC

Dir. Zaccheria Pasqualina Maria
Cor. Fazzari Lucia
Ins. Mazzone Leonilde
Minniti Marcella
n° elaborati 1

CAMPANIA

scuola primaria

S.S.S.P.G NICOLA CAPASSO ACERRA NA

Dir. Ponsiglione Mario Rosario
Cor. Tanzillo Milena
Ins. Tanzillo Milena
Zaccaria Francesco
n° elaborati 3

DIREZIONE DIDATTICA STATALE 1° CIRCOLO - CASTEL VOLTURNO

CASTEL VOLTURNO CE
Dir. Rota Giovannina
Cor. Carlino Clementina
Ins. Carlino Clementina
n° elaborati 30

DIREZIONE DIDATTICA S.GIORGIO DEL SANNIO

BENEVENTO BN
Dir. Cirocco Gabriella
Cor. Pescatore Clelia
n° elaborati 2

Dir. Cirocco Gabriella
Cor. Fiengo Caterina
Ins. Camerlengo Dina
Soricelli Maria Carmela
n° elaborati 1

Dir. Cirocco Gabriella
Cor. Ammendolla Carmela
Ins. Follo Palma
Ammendolla Carmela
n° elaborati 2

Dir. Cirocco Gabriella
Cor. Piccirilli Maria
Ins. Panarese Maria
Maddaloni Anna
n° elaborati 1

Dir. Cirocco Gabriella
Cor. Rossetti Marie Rose
Ins. Perrotta Matrona
Orsillo Immacolata
n° elaborati 5

Dir. Cirocco Gabriella
Cor. Belmonte Annamaria
Ins. Buonocuore Maria
Chiavelli Giulia
n° elaborati 4

Dir. Cirocco Gabriella
Cor. Salerno Carmela
n° elaborati 1

Dir. Cirocco Gabriella
Cor. Lombardi Mariagiuseppa
n° elaborati 1

Dir. Cirocco Gabriella
Cor. Salerno Patrizia
Ins. Massimo Mariarita
n° elaborati 2





Dir. Cirocco Gabriella
Cor. Colucciello Emilia
Ins. Colucciello Emilia
Colantuoni Tommasina
 n° elaborati 1

Dir. Cirocco Gabriella
Cor. Camerlengo Dina
Ins. Fiengo Caterina
Ranauro Giovanna
 n° elaborati 3

Dir. Cirocco Gabriella
Cor. D'Onofrio Pierina
 n° elaborati 1

Dir. Cirocco Gabriella
Cor. Colucciello Emilia
Ins. Colucciello Emilia
Mervogliano Rita Lucia
 n° elaborati 1

Dir. Cirocco Gabriella
Cor. Colucciello Emilia
Ins. Colucciello Emilia
Grasso Carmelina
 n° elaborati 1

ADOLPHE FERRIERE SOC COOP
NAPOLI NA
Dir. Spasiano Loredana
Cor. Rivellino Antonella
Ins. Spasiano Loredana
Rivellino Antonella
 n° elaborati 10

ISTITUTO PARITARIO GIORNI LIETI
S. CIPRIANO D'AVERSA CE
Dir. Ditelia Cipriano
Cor. Cecoro Maria
Ins. Ciervo Giuseppina
Cecoro Maria
 n° elaborati 3

ISTITUTO D'AMATO
GRAGNANO NA
Dir. Di Paolo Paola
Cor. Carotenuto Anna
Ins. Apicella Anna
 n° elaborati 1

39° CIRCOLO DIDATTICO
G. LEOPARDI
NAPOLI NA
Dir. Sangiorgio Armando
Cor. Falanga Marina
Ins. Falanga Marina
 n° elaborati 2

ISTITUTO V. D'AMATO
GRAGNANO NA
Dir. Di Palo Paola
Cor. Russo Marianna
Ins. Vicinanza Velia
 n° elaborati 1

SCUOLA PRIMARIA
MONTECORVINO PUGLIANO SA
Dir. Boninfante Elvira Vittoria
Cor. Cappellana Concetta
 n° elaborati 1



scuola secondaria

ENRICO DE NICOLA
CASALNUOVO DI NAPOLI NA
Dir. Sirico Concetta
Cor. Salvati Sofia
Ins. Tancovi Annunziata
 n° elaborati 1

MONTESSORI
SOMMA VESUVIANA NA
Dir. Scognamilio Alessandro
Cor. Febraro Alessandro
Ins. Castiello Carolina
 n° elaborati 1

DE MENNATO
PONTE BN
Dir. Fucci Maria Angela
Cor. Maglione Antonio
Ins. De Toma Paola
Del Vecchio Maria Consiglia
 n° elaborati 4

G. DI PETTO
PONTE BN
Dir. Fucci Maria Angela
Cor. Maglione Antonio
Ins. D'Alessio Angelina
 n° elaborati 3

G. DI PETTO
PONTE BN
Dir. Fucci Maria Angela
Cor. Maglione Antonio
Ins. Pannella Giuseppina
 n° elaborati 3

SMS DANTE ALIGHIERI
CASERTA CE
Dir. Menditto Mariachiara
Cor. Zupanic Anna
Ins. Catalano Angela
Gallicola Palma
 n° elaborati 6

Dir. Menditto Mariachiara
Cor. Zupanic Anna
Ins. Catalano Angela
Gallicola Palma
 n° elaborati 3

ISTITUTO COMPENSIVO T ANARDI
SCAFATI SA
Dir. Medugno Elvira
Cor. D'Atti Antonietta
Ins. Damiano Giovanna
 n° elaborati 3

EDUARDO DE FILIPPO
SANT'EGIDIO DEL MONTE ALBINO SA
Dir. De Virgilio Armando
Cor. Petrone Clara
Ins. Attianese Anna
 n° elaborati 1

IMBRIANI
ROCCABASCERANA AV
Dir. Russo Filomena
Cor. Luongo Maria
Ins. Ciardiello Benedetto
De Simone Generoso
 n° elaborati 5

Dir. Russo Filomena
Cor. D'Archi Mariantonia
Ins. Ciardiello Benedetto
D'Amore Ilaria
 n° elaborati 4

SMS G. PASCOLI TORRE ANNUNZIATA
NAPOLI NA
Dir. Salzano Claudio
Cor. Amitrano Filomena
Ins. Amitrano Filomena
Sannino Annunziata
 n° elaborati 1

I.C. MONS. CATALDI GENNARO
BOSCOREALE NA
Dir. Piccolo Ernesto
Cor. Cuomo Veronica
Ins. Acanfora Rosa
Morbidelli Maria Rosaria
 n° elaborati 2

ISN NAPLES INTERNATIONAL SCHOOL
OF NAPLES
NAPOLI NA
Dir. Soviero Josephine
Cor. Bruno Giovanni
Ins. Savini Silvia
 n° elaborati 11



SCUOLA PRIMARIA STATALE A.C.
POLITI
MINORI SA
Dir. Scannapieco Lino
Ins. Di Lieto Maria
Pisani Mariella
 n° elaborati 22



EMILIA ROMAGNA



scuola primaria

VITTORINO DA FELTRE
PIACENZA PC

Dir. Pastorini Lidia
Cor. Massimiliani Sara
Ins. Massimiliani Sara
n° elaborati 33

Dir. Pastorini Lidia
Cor. Turci Silvana
Ins. Sgorbati Silvana
Granelli Caterina
n° elaborati 3

Dir. Pastorini Lidia
Cor. Savini Barbara
Ins. Crincoli Maria Libera
n° elaborati 26

Dir. Pastorini Lidia
Ins. Simoncini Antonella
n° elaborati 23

Dir. Pastorini Lidia
Ins. Savinini Barbara
Crincoli Maria Libera
n° elaborati 1

SCUOLA CERRETA
BOLOGNA BO
Dir. Boriani Caterina
Cor. Petrelli Diana
Ins. Avanzi Mascia
n° elaborati 2

I.C SASSO MARCONI SC. PRIMARI
CAPOLUOGO
SASSO MARCONI BO
Dir. Cuppi Gulielmo
Cor. Franza Grazia
Ins. Ouranos Victoria
Mancino Paolo
n° elaborati 23

CASA DEL FANCIULLO
PIACENZA PC
Dir. Brancato Anna Maria
Cor. Decarli Rita
Ins. Decarli Rita
Liberi Karina
n° elaborati 1

scuola secondaria

TAVELLI
RAVENNA RA
Dir. Signorelli Patrizia Anna
Cor. Poleri Paola
Ins. Mazzotti Cristina
Rizzo Francesca
n° elaborati 1

Dir. Signorelli Patrizia Anna
Cor. Donatini Lara
Ins. Mazzotti Cristina
Lanciotti Lara
n° elaborati 1

ISTITUTO COMPRENSIVO SS I GRADO
LONGASTRINO
ALFONSINE RA
Dir. Agnellino Giorgio
Cor. Pelloni Paolo
n° elaborati 20

AGOSTINO CHIEPPI
PARMA PR
Dir. Emanuelli Rosa Maria
Cor. Bombagi Isabella
Ins. Tamani Francesca
Carubelli Paola
n° elaborati 2

ISTITUTO COMPRENSIVO C.GOVONI
FERRARA SCUOLA MEDIA TASSO
FERRARA FE
Dir. Trisolino Elisa
Cor. Sala Giovanna
Ins. Musmecci Gabriella
Nanni Stefania
n° elaborati 9

ISTITUTO CAMPOGALLIANO
CAMPOGALLIANO MO
n° elaborati 15

LAZIO



scuola primaria

LEONARDO SCIASCIA
ROMA RM
Dir. Serafin Paola
Cor. Campi Emanuela
Ins. Paoletti Rosanna
Izzo Anna Maria
n° elaborati 34

A.FRANK
ADRIA RM
Dir. Ruzza Paolo
Cor. Siviero Roberta
Ins. D'Aloia Piera
Franzolin Renata
n° elaborati 1

JEAN PIAGET
ROMA RM
Ins. Gargiulo Paola
Ins. Lonza Adriano
n° elaborati 4

ISTITUTO SAN ENEDETTO
ROMA RM
Dir. Lozzi Giovanna
Cor. Ronca Vincenzina
n° elaborati 27

ISTITUTO GESU' MARIA
ROMA RM
Dir. Loconte Caterina
Cor. Faustini Veronica
n° elaborati 1

scuola secondaria

SCUOLA MEDIA STATALE
BASILIO SISTI
RIETI RI
Dir. Temperanza Anna Maria
Cor. Leoncini Rossella
Ins. Leoncini Rossella
n° elaborati 11

GIUSEPPE TONINOLO
ROMA RM
Dir. Frasca Maura
Cor. Furlani Marina
Ins. Petrucci Vincenza
Ruiti Giancarlo
n° elaborati 2

SCUOLA MEDIA STATALE
ANGELO SANTILLI
S.ELIA FIUMERAPIDO FR
Dir. Cocorocchia Roberto
Cor. Cataldi Filomena
Ins. D'Alessandro Paola
n° elaborati 1

Dir. Cocorocchia Roberto
Cor. Cataldi Filomena
Ins. Cavaliere Giuseppina
n° elaborati 1

Dir. Cocorocchia Roberto
Cor. Cataldi Filomena
Ins. Raso Pompea Maria
n° elaborati 6

Dir. Cocorocchia Roberto
Cor. Cataldi Filomena
Ins. D'Alessandro Paola
n° elaborati 1

AURELIO MARIANI
VELLETRI RM
Dir. De Lucia Bruno
Cor. Limiti Patrizia
n° elaborati 3

ISTITUTO COMPRENSIVO
CASTROCCIELO
CASTROCCIELO FR
Dir. Petraccone Mario Giovanni
Cor. Magnapera Carolina
Ins. Caprio Anna
Magnapera Carolina
n° elaborati 2

SCUOLA MEDIA CATTOLICA
PARITARIA BONIFACIO VIII
ANAGNI FR
Dir. Santucci Agostino
Cor. Tommasi Umberto
Ins. Cortina Roberta
Siliberti Alma
n° elaborati 1

ISTITUTO COMPRENSIVO
PARITARIO
ROMA RM
Dir. Rocca Mafalda
Cor. Sgro Rosanna
n° elaborati 24

ISTITUTO COMPRENSIVO
LA GIUSTINIANA
ROMA RM
Dir. Giovannini Daniela
Cor. D'Anto' Angela
Ins. Valenza Valeria
n° elaborati 20

LIGURIA



scuola primaria

PARIFICATA MATER MISERICORDIAE SANREMO IM

Dir. Hernandez Maria Dolores
Cor. Colianni Lucrezia
Ins. Colaianni Lucrezia
n° elaborati 27

FONDAZIONE SCUOLE D.ALIGHIERI PER L'ISTRUZIONE SANREMO IM

Dir. Bianchi Bianca
Cor. Gambino Valeria
Ins. Curti Arianna
Curti Daniela
n° elaborati 5

PRIMARIA G.GARIBALDI LA SPEZIA SP

Dir. Sciacca Giuseppe
Cor. Dura Felicia
Ins. Dura Felicia
n° elaborati 29

ISTITUTO PRIMARIO PARITARIO FIGLIE DI S.GIUSEPPE GENOVA GE

Dir. Carrari Rosalba
Cor. Forino Maria
Ins. Forino Maria
n° elaborati 19

scuola secondaria

ISTITUTO COMPRESIVO DI ORTONOVO ORTONOVO SP

Dir. Scapazzoni Giancarlo
Cor. Arioni Bruna
Ins. Guiso Graziano
n° elaborati 6

SCUOLA SECONDARIA I GRADO SANTA MARTA GENOVA GE

Dir. Cervetto Giacomina
Cor. Aita Giovanna
Ins. Aita Giovanna
n° elaborati 1

Dir. Cervetto Giacomina
Cor. Espinoza Elena
Ins. Corti Alessandra
Pirovano Flavia
n° elaborati 1

I.C. DI CASELLA CASELLA GE

Dir. Ferrarelli Giuseppe
Cor. Rosatto Rita
Ins. Canepa Stefano
Cresta Alessandra
n° elaborati 36

ISTITUTO ALIGHIERI PLESSO MOBEL SANREMO IM

Dir. Criscuolo Roberti
Cor. Iannelli Patrizia
n° elaborati 59

ISTITUTO COMPRESIVO DI LEVANTO LEVANTO SP

Dir. Raggio Linda
Cor. Annunziata Dorina
Ins. Del Bene Patrizia
n° elaborati 2

LOMBARDIA



scuola primaria

ISTITUTO SANTA DOROTEA ARCORE MB

Dir. Usai Maria Gisella
Cor. Genovesi Donata
n° elaborati 2

Dir. Rossetto Giuseppina
Cor. Sala Maria
Ins. Genovesi Donata
n° elaborati 18

ANGELO CANOSSI BRESCIA BS

Dir. Mazzarella Nino
Cor. Cepich Lucia
Ins. Rosa Fiorenza
n° elaborati 2

SCUOLA PRIMARIA DON PRIMO MAZZOLARI CREMONA CR

Dir. Citterio Maria Caterina
Cor. Leli Antonella
Ins. Spelta Elena
n° elaborati 2

ISTITUTO COMPRESIVO DI CALVISANO

CALVISANO BS
Dir. Covri Claudia
Cor. Zanini Ilaria
Ins. Alberti Laura, Zaniboni Clara
n° elaborati 15

PRIMARIA STATALE DI CADORAGO CADORAGO CO

Dir. Colombo Anna Maria
Cor. Marinoni Anna
n° elaborati 17

GIOVANNI BOSCO VARESE VA

Dir. Deleo Francesco
Cor. Lovelli Amalia
Ins. Lovelli Amalia
Pisano Giovanna
n° elaborati 54

SCUOLA PRIMARIA PARITARIA M DI CANOSSA CREMONA CR

Dir. Celia Francesco
n° elaborati 1

D.PICCINELLI IC.VARESE 2 BRINZIO VA

Dir. Delco Francesco
Cor. Piccinelli Anna
Ins. Piccinelli Anna
n° elaborati 17

SANTA DOROTEA BRESCIA BS

Dir. Caset Carmela
Cor. Crippa Gloria
n° elaborati 52

ISTITUTO PARITARIO M. DI CANOSSA COMO CO

Dir. Lombardini Maria
Cor. Dalfovo Sofia Meri
Ins. Ceinini Stefania
Dalfovo Sofia Meri
n° elaborati 42

PRIMARIA E CALVI RIVOLTA D'ADDA CR

Dir. Samarani Alessandro
Cor. Serra Barbara
Ins. Monaco Alda
Cobasso Elena
n° elaborati 2

ISTITUTO PARITARIO MADDALENA DI CANOSSA

MARTINENGO BG
Dir. Castanola Lucia
Cor. Gritti Claudia
Ins. Di Gloria Anna
n° elaborati 5

ISTITUTO SAN PAOLO DELLE SUORE ANGELICHE MILANO MI

Dir. Bosini Rosa Maria
Cor. Siclari Tiziana
n° elaborati 1

ISTITUTO COMPRESIVO DI CALVISANO

CALVISANO BS
Dir. Covri Claudia
Cor. Zanini Ilaria
Ins. Zaniboni Clara
Alberti Laura
n° elaborati 19

SCUOLA PRIMARIA PARITARIA CANOSSA CASTELLEONE CR

Dir. Allevi Rita
Cor. Zacchi Pietro
Ins. Zacchi Pietro
n° elaborati 23

CLAUDIO MONTEVERDI CREMONA CR

Dir. Miglioli Alessandro
Ins. Boschiero Cominetti
Buoli, Azzoni
n° elaborati 3

ISTITUTO MARIA CONSOLATRICE S.OMOBONO TERME BG

Dir. Rubini Beatrice
Cor. Fetti Stefania
n° elaborati 21

SUOR MARIA DILETTA MANERA MEDE PV

Dir. De Martini Maria Grazia
Cor. Morgantini Milena
Ins. Strada Cristina
De Martini Maria Grazia
n° elaborati 17

scuola secondaria

I.C. GORLAGO • GORLAGO BG

Dir. Benedetti Anita
Cor. Gavazzeni Giovanna Carla
Ins. Valentino Teresa
Bellini Marisa
n° elaborati 38

SCUOLA BLAISE PASCAL CASTIGLIONE DELLE STIVIERE MN

Dir. Semeraro Grazia
Cor. Veronese Fulvia
Ins. Mazzoldi Marina
Veronese Fulvia
n° elaborati 6

Dir. Semeraro Grazia
Cor. Veronese Fulvia
Ins. Mutti Daniela
Veronese Fulvia
n° elaborati 5

ISTITUTO MARIA CONSOLATRICE S.OMOBONO TERME

Dir. Rubini Beatrice
Cor. Fetti Stefania
n° elaborati 21

ISTITUTO COMPRENSIVO MAZZI BERGAMO BG

Dir. Messina Emanuele
Cor. Santelli Armando
Ins. Vasco Giuseppa
n° elaborati 23

FALCONE BORSELLINO CAPONAGO MB

Dir. Severa Emanuela
Cor. Santarpia Anna
Ins. Santarpia Anna
n° elaborati 1

SC. SECONDARIA I GRADO CARDUCCI CORRENTI ABBIATEGRASSO MI

Dir. Baietta Marina
Cor. Valsecchi Luigia
Ins. Bregoli Marlia
Dimummo Tiziana
n° elaborati 4

CENTRO CULTURALE CONTARDO FERRINI MANTOVA MN

Dir. Aldrigo Chiara
Cor. Pantiglioni Cristina
Ins. Ghidorzi Federica
n° elaborati 8

ISTITUTO COMPRENSIVO FERMI GERENZANO VA

Dir. Milanese Walter
Cor. Vanzulli Anselma
Ins. Girola Luigia
Belotti Daniela
n° elaborati 18

SMS E FARE - B CROCE LISSONE MB

Dir. Bestetti Patrizia
Cor. Cogliati Paola
Ins. Cogliati Paola
n° elaborati 50

MADRE ANNA TERZAGHI MAGENTA MI

Dir. Locati Adele
Cor. Minardi Laura
Ins. Baroni Simona
Rossini Vania
n° elaborati 15



MOLISE

scuola primaria

CIRCOLO DIDATTICO SAN PIETRO CELESTINO

ISERNIA IS
Dir. Monaco Maria Loreta
Cor. Di Tata Adelia
Ins. Chiaverini Rita
n° elaborati 1

PIEMONTE



scuola primaria

ISTITUTO SAN GIUSEPPE TORTONA AL

Dir. Cortella Annamaria
Cor. Di Lorenzo Ingrid
n° elaborati 17

NOSTRA SIGNORA DELLE GRAZIE NIZZA MONFERRATO AT

Dir. Giordani Anna Maria
Cor. Gentile Rosa
Ins. Picciolo Salvatore
n° elaborati 16

I.C. BORGATA PARADISO (SCUOLA CATTAMEO)

COLLEGNO TO
Dir. Viglione Nicoletta
Cor. Cravero Sonia
Ins. Cravero Sonia
n° elaborati 2

scuola secondaria

SCUOLA MEDIA INCISA SCAPACCINO IC NIZZA MONFERRATO INCISA SCAPACCINO AT

Dir. Cairo Isabella
Cor. Bandiera Regina
Ins. Minoletti Antonell
Perfumo Carlo
n° elaborati 1

ISTITUTO S.ANNA MONCALIERI TO

Dir. Falletti Giovanni
Cor. Elice Liana
n° elaborati 29

ISTITUTO COMPRENSIVO DI CUNEO BORGO SAN GIUSEPPE BORGO SAN GIUSEPPE CN

Dir. Casadio Mauro
Cor. Cirillo Lidia
n° elaborati 35

SMS A.GRAMSCI PLESSO GOBBETTI SETTIMO TORINESE TO

Dir. Vitanza Marcello
Cor. Polisenio Giovanna
Ins. Aiosa Isabella
n° elaborati 1

IC CAIROLI TORINO TO

Dir. Mander Ugo
Cor. La Croce Donatella
n° elaborati 9

SMS NIGRA TORINO TO

Dir. Tomeo Maurizio
Cor. Reinerio Roberta
Ins. Zipoli Claudia
Testa Vilma
n° elaborati 9

SC. MEDIA ST. A.GRAMSCI PLESSO GOBETTI SETTIMO TO. SE TO

Dir. Vitanza Marcello
Cor. Mondello Antonella
Ins. Mondello Antonella
Natalini Maria
n° elaborati 1

SMS NIEVO MATTEOTTI PLESSO MATTEOTTI TORINO TO

Dir. Capellino Maria Maddalena
Cor. Capetti Patrizia
Ins. Benzi Laura
n° elaborati 12

Dir. Capellino Maria Maddalena
Cor. Basili Maria Teresa
Ins. Rezzani Paola
n° elaborati 21



PUGLIA



scuola primaria

**3° CIRCOLO FRAGGIANI
BARLETTA BT**
Dir. Basile Alfredo
Cor. Ferrandino Caterina
Ins. Ferrandino Caterina
n° elaborati 30

Dir. Basile Alfredo
Cor. Castagnaro Mariella
Ins. Patrucci Vincenza
Ricco Angela M
n° elaborati 2

**DON PIETRO PAPPAGALLO
TERLIZZI BA**
Dir. Bufi Margherita
Cor. Di Grumo Gaetana
Ins. Minafra Maria
D'Aniello Isabella
n° elaborati 49

**S.TERESA
MARTINA FRANCA TA**
Dir. Paparo Mariateresa
Cor. Nigri Doriana
Ins. Nigri Doriana
n° elaborati 3

**SCUOLA PRIMARIA DON SAVERIO
BAVARO
GIOVINAZZO BA**
Dir. Rossiello Carmela
Cor. Palmisano Antonia
Ins. Modugno Porzia
Roselli Patrizia
n° elaborati 2

scuola secondaria

**G.ETTORE BALDASSARRE
TRANI BT**
Dir. Lanzone Giovanni
Cor. Russo Bianca
Ins. Mingarro Castillo Sara
Bianchi Giuditta
n° elaborati 1

Dir. Lanzone Giovanni
Cor. Russo Bianca
Ins. Mingarro Castillo Sara
n° elaborati 4

Dir. Lanzone Giovanni
Cor. Russo Bianca
Ins. Mingarro Castillo Sara
Scarpa Filomena
n° elaborati 1

Dir. Lanzone Giovanni
Cor. Russo Bianca
Ins. Porrone Rita
Fiandanese Rosalba
n° elaborati 1

**MOZZILLO UNGARETTI
MANFREDONIA FG**
Dir. Gramigna Raffaella
Ins. La Torre Michele
Rignagnese Concetta
n° elaborati 6

Dir. Gramigna Raffaella
Cor. Renzulli Maria Maddalena
Ins. Farina Liliana
n° elaborati 16

**SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO
ISTITUTO COMPRENSIVO ALDO MORO
STORNARELLA FG**
Dir. Grossi Maria Carmela
Cor. Tiso Giovanna
Ins. Grillo Paola
n° elaborati 11

**SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO
VINCENZO RUFFO
CASSANO DELLE MURGE BA**
Dir. Annoscia Maria Rosaria
Cor. Spadafina Vincenza
Ins. Direnzo Rosa
D'Addabbo Pasqua
n° elaborati 4

Dir. Annoscia Maria Rosaria
Cor. Spadafina Vincenza
Ins. Chiarullo Giuseppina
D'Addabbo Pasqua
n° elaborati 9

**MANZONI
MOTTOLA TA**
Dir. Anzolin Preneste
Cor. Campanelli Anna
Ins. Clemente Miriam
n° elaborati 24

**ISTITUTO COMPRENSIVO POLO 1
MONTERONI DI LECCE
MONTERONI DI LECCE LE**
Dir. Indirli Carmen
Cor. Lezzi Paolo
Ins. Mazzotta Gerarda
Montinari Cristiana
n° elaborati 1

**ISTITUTO COMPRENSIVO S.G.BOSCO
GINOSA TA**
Dir. Calabrese Vincenzo
Cor. Pizzulli Giuseppe
n° elaborati 3

**ANNA DE RIENZIO
BITONTO BA**
Dir. Quatela Giuseppe
Cor. Bacelliere Angela
Ins. Bellerra Angela
Lovero Mariagiovanna
n° elaborati 18

**S.S.1°GRADO GIOVANNI XXIII
ACQUAVIVA DELLE FONTI BA**
Dir. Errico Nicola Giovanni
Cor. Donvito Vito Leonardo
Ins. Mariani Silvana
Pesce Enrico
n° elaborati 13

**SCUOLA SECONDARIA STATALE
1°GRADO DI COTUGUO
RUVO DI PUGLIA BA**
Dir. Bonasia Michele
Cor. Arcadite Anna Lucia
Ins. Gangai Carmela
De Leo Giovanna
n° elaborati 12

**SCUOLA MEDIA S. DOMENICO SAVIO
MATTINATA FG**
Dir. Rinaldi Antonio
Prencipe Angela
n° elaborati 3

**SCUOLA SECONDARIA 1° GRADO
D.ALIGHIERI
CASAMASSIMA BA**
Dir. Santolla Francesca
Cor. Alfonso Domenica
Ins. Netti Maria
Alfonso Domenica
n° elaborati 6

SARDEGNA

scuola primaria

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
SERRAMANNA
SERRAMANNA VS**
Dir. Caddeo Laura
Cor. Lai M.Virginia
Ins. Serra Valentino
Lai M.Virginia
n° elaborati 1

**ISTITUTO COMPRENSIVO SARDARA
SCUOLA PRIMARIA
SARDARA VS**
Dir. Miceli Giuseppina
Cor. Vinci Gianluigi
n° elaborati 10

**ISTITUTO COMPRENSIVO
DI SARDARA
SARDARA VS**
Dir. Miceli Giuseppe
Cor. Porta Angela
n° elaborati 27

Dir. Miceli Giuseppina
Cor. Vinci Gianluigi
n° elaborati 10

scuola secondaria

**SC. SECONDARIA DI I GRADO
S. FANCELLO
DORGALI NU**
Dir. Piras Antonio Luigi
Cor. Masuri Rina
Ins. Flore Barbara
Fanello Maria Lucia
n° elaborati 19

**SCUOLA MEDIA N° 1+3
G. DELEDDA
ALGHERO SS**
Dir. Sanna Luciano
Cor. Trova Rosanna
Ins. Nulvesu Silvana
Cau Maria Teresa
n° elaborati 1



SICILIA

scuola primaria

ISTITUTO COMPRENSIVO EMANUELE ARMAFORTE ALTOFORTE PA
Dir. Iannello Irene
Cor. Di Frisco Benedetta
Ins. Norcia Franca
n° elaborati 1

I.C.S. PEPPINO IMPASTATO PALERMO PA
Dir. Settineri Maria Michela
Cor. Spoto Maria Grazia
Ins. Leyva Rosa Maria
n° elaborati 1

Dir. Settineri Maria Michela
Cor. Collura Angela
Ins. Cuttone Rosa
n° elaborati 1

Dir. Settineri Maria Michela
Cor. Carramusa Maria Rita
Ins. La Manna Rosalia
n° elaborati 1

E.VITTORINI DONNALUCATA DONNALUCATA RG
Dir. Pipitone Carmela
Cor. Scarnato Carmela
Ins. Scarnato Carmela
Manta Salvatrice
n° elaborati 23

II ISTITUTO COMPRENSIVO A. MANZONI PRIOLO GARALLO SR
Dir. Lonerio Enzo
Cor. La Bruna Maria
Ins. La Bruna Maria
n° elaborati 1

CUORE IMMACOLATO DI MARIA PALERMO PA
Dir. Tessie Mifsud
Cor. Maggio Giuseppina
Ins. Maggio Giuseppina
n° elaborati 19

ISTITUTO COMPRENSIVO EMANUELE ARMAFORTE ALTOFORTE PA
Dir. Iannello Irene
Cor. Polizzi Angela
Ins. Megna Francesca
n° elaborati 1

Dir. Iannello Irene
Cor. Tuttoilmondo Giuseppe
Ins. Rizzo Carmelo
Tuttoilmondo Giuseppe
n° elaborati 1

ISTITUTO MARIA IMMACOLATA CANICATTI AG
Dir. Margiotta Teresa Maria
Cor. Saturno Giovanna
Ins. Saturno Giovanna
n° elaborati 30

ISTITUTO COMPRENSIVO 1°SAN DOMENICO MAZZARINO CL
Dir. Mendolia Vincenzo
Cor. Galizia Rosa
Ins. Arena Maria Concetta
D'Alberti Rosaria
n° elaborati 14

D.IST VILLAFRANCA TIRRENA VILLAFRANCA TIRRENA ME
Dir. Giunta Maria Concetta
Cor. Alessi Gianfranca
Ins. Rao Nunziata
n° elaborati 2

scuola secondaria

ISTITUTO SCOLASTICO PARITARIO SACRO CUORE DI GESU' MESSINA ME
Dir. Gaeta Lucia
Cor. Agostino Andrea
Ins. Zanghi Francesco
n° elaborati 10

I.C. G VERGA FIUMEFREDDO DI SICILIA CT
Dir. Leotta Maria Luisa
Cor. Gambino Adriana
Ins. Finocchiaro Veneragrazia
Vasta Anna Maria
n° elaborati 12

RONCALLI CASCINO PIAZZA AMERINA EN
Dir. Sottostanti Sergio
Cor. Sutura Rossella
Ins. Gentile Sabrina
Gorbino Lucia
n° elaborati 28

ISTITUTO COMPRENSIVO G. MAZZINI CAMPOBELLO DI LICATA AG
Dir. Dicaro Giuseppina
Cor. Zagarrigo Angela
Ins. La Porta Maria
Marrali Salvatore
n° elaborati 2

ISTITUTO COMPRENSIVO SAN BIAGIO VITTORIA RG
Dir. Vaccarello Antonia Maria
Cor. Bordonaro Elisa
Ins. Gennusa Monia
n° elaborati 1

XV ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE PAOLO ORSI SIRACUSA SR
Dir. Barlotta Gaetano
Cor. Valerio Stefania
Ins. Sgroi Mariella
n° elaborati 4

ISTITUTO MARIA AUSILIATRICE CATANIA CT
Dir. Di Rosa Margherita
Cor. Spampinato Daniela
Ins. Tarascio Elena
n° elaborati 1

SCUOLA MEDIA STATALE VITTORIA COLONNA VITTORIA RG
Dir. Barrera Emma
Cor. Zisa Maria Rosa
Ins. Ximenes Giuseppa
Aloisi Maria Pia
n° elaborati 1

Dir. Barrera Emma
Cor. Conti Rosa Anna
Ins. Giunta Giuseppa Maria Alba
Aloisi Maria Pia
n° elaborati 1

I.C.S. OTTAVIO GRAVINA DE CRUYLLAS RAMACCA CT
Dir. Maccarrone Antonia
Cor. Catania Carmela
Ins. Ilardi Diego
n° elaborati 17

I.C. E.VITTORINI SOLARINO SR
n° elaborati 1

ISTITUTO COMPRENSIVO EMANUELE ARMAFORTE ALTOFORTE PA
Dir. Iannello Irene
Cor. Sabella Anna Michela
Ins. Caracci Natalia
n° elaborati 1

ISTITUTO COMPRENSIVO MISTRETTA MISTRETTA ME
Dir. Nicosia Caterina
Cor. Dolcemaschio Giuseppe
n° elaborati 2

ISTIT. COMPR. G.MAZZINI CAMPOBELLO DI LICATA AG
Dir. Di Caro Giuseppina
Cor. Zagarrigo Angela
Ins. La Porta Maria, Marrali Salvatore
n° elaborati 7

I.C. GIOVANNI XXIII PACECO TP
Dir. Catalano Giuseppa Maria
Cor. Di Bella Nazzena
Ins. Stellana Rosaria
n° elaborati 1

TOSCANA



scuola primaria

SCUOLA PRIMARIA BIBOLOTTI TONFANO LU
Dir. Tartarini Maurizio
Ins. Cancogni Maria Antonietta
n° elaborati 1

PRIMARIA PARITARIA L'IMMACOLATA LIVORNO LI
Dir. Lunghi Laura
Cor. Nikpal M.Grazia
Ins. Benanchi Doretta
n° elaborati 10

ISTITUTO SACRO CUORE LIVORNO LI
Dir. Giachi Alessandra
Cor. Terreni Elena
n° elaborati 1

Dir. Giachi Alessandra
Cor. Costanzi Diana
n° elaborati 1

SANTA MARTA VICIOMAGGIO AR
Dir. Seriche Carmen
Cor. Seriche Carmen
Ins. Rani Silvia
Langella Luigi
n° elaborati 2

SCUOLA PRIMARIA STATALE DI VIALE MAGNANI CASCIANA TERME CASCIANA TERME PI
Dir. Maurizio Dario
Ins. Cavallin Patrizia
Caporali Rosanna
n° elaborati 18

SCUOLA PRIMARIA P.PASCUCCI GROSSETO GR
n° elaborati 32

ISTITUTO COMPRESIVO
PIETRASANTA
M.PIETRASANTA LU
Dir. Tartarini Maurizio
Cor. Terrizzano Maura
Ins. Giusti Chiara
Telara Silvia
n° elaborati 1

scuola secondaria

ISTITUTO COMPRESIVO G.VASARI
AREZZO AR
Dir. Sorbini Assunta
Cor. Amico Carmela Lucia
n° elaborati 1

ISTITUTO COMPRESIVO M.FERRARA
MELFI PT
Dir. Doddis Salvatore
Cor. Murano Diana
n° elaborati 8

ISTITUTO COMPRESIVO
FILIPPO MAZZEI
POGGIO A CAIANO PO
Dir. Cellai M.Francesca
Cor. Giacomelli Gloria
Ins. Maniscalco Tiziana
n° elaborati 1

Dir. Cellai M.Francesca
Cor. Bigalli Maria Pia
Ins. Galli Francesca
n° elaborati 1

Dir. Cellai M.Francesca
Cor. Giacomelli Gloria
Ins. Moreno Nives
Galli Francesca
n° elaborati 1

Dir. Cellai M.Francesca
Cor. Giacomelli Gloria
Ins. Doro Chiara
Galli Francesca
n° elaborati 1

I.C. MAZZONI
PRATO PO
Cor. Tabacco Maria
Ins. Sciandivasci Lia
n° elaborati 6

ISTITUTO COMPRESIVO
LAMPORRECCHIO
LAMPORRECCHIO PT
Dir. Mancini Daniela
Cor. Maccioni Elisabetta
Ins. Maccioni Elisabetta
Moneta David
n° elaborati 1

Dir. Mancini Daniela
Cor. Maccioni Elisabetta
Ins. Maccioni Elisabetta
Perinot Antonio
n° elaborati 1

Dir. Mancini Daniela
Cor. Maccioni Elisabetta
Ins. Maccioni Elisabetta
Gazzini Alessandra
n° elaborati 1



TRENTINO ALTO ADIGE

scuola secondaria

ISTITUTO COMPRESIVO C.A
MARTINI REVO'
REVO' TN
Dir. Puglisi Salvatore
Cor. Maffei Giuliana
Ins. Atzei Mariella
Bertoldi Chiara
n° elaborati 6

UMBRIA

scuola primaria

SCUOLA PRIMARIA GABELLETTA
TERNI TR
Dir. Montella Michele
Cor. Palozzo Roberta
n° elaborati 1

VALLE D'AOSTA

scuola secondaria

ISTITUZIONE SCOLASTICA ABBE'
PROSPER DUC
CHATILLON AO
Dir. Todesco Claudio
Cor. Fremura Maria Cristina
Ins. Fremura Maria Cristina
n° elaborati 10



VENETO

scuola secondaria

ISTITUTO COMPRESIVO TITO LIVIO
SAN MICHELE TAGL.TO VE
Dir. Canciani Renata
Cor. Cicuto Isabella
Ins. Beltrame Emma
Bussolo Lorenza
Pessa Ivano
n° elaborati 1

I.C. G MARCONI CEGGIA PLESSO
TORRE DI MOSTO
CEGGIA VE
Dir. Flaborea Paola
Cor. Sambo Laura
Ins. Lucchetta Monica
Melchiori Graziella
n° elaborati 1

I.C.GIOVANNI XXIII S.SEC I°V.PISANI
VENEZIA VE
Cor. Brentegani Silvia
n° elaborati 8

BARTOLOMEO LORENZI DI FUMANE
FIUMANE VR
Dir. Viviani Giovanni
Cor. Franchini Novella
n° elaborati 1

ISTITUTO COMPRESIVO CASALEONE
CASALEONE VR
Dir. Passarin Alfredo
Cor. Gobbetti Susanna
Ins. Gobbetti Susanna
n° elaborati 12

MEDIA MARCO POLO ISTITUTO
COMPRESIVO DI SILEA
SILEA TR
Dir. Dai Pra Milena
Cor. Ferrabò Marina
Ins. Romanatti Roberta
n° elaborati 44

DAI VALORE ALLA TUA VITA

È un progetto



Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri



con il supporto di:

AstraZeneca 

ilvaloredellavita.it
artforheart.it



Da sinistra a destra: Gianmarco Mazzi, Marino Scherillo, Aldo P. Maggioni, Attilio Maseri, Gianni Morandi



Stiamo uniti "per il Tuo cuore"

DI ATTILIO MASERI

Nella sede della Fondazione a Firenze il 28 marzo 2011 si è svolta la Conferenza Stampa di chiusura della terza edizione della Campagna "per il Tuo cuore" che si è tenuta dal 12 al 20 febbraio 2011 con il contributo della Rai. A questo incontro hanno partecipato i Presidenti della Fondazione e



dell'ANMCO con i rispettivi Consigli Direttivi, Luigi De Siervo, Direttore di Rai Trade, Luciano Onder, Gianni Morandi e Gianmarco Mazzi, rispettivamente Presentatore e Direttore Artistico dell'ultimo Festival di Sanremo. In questa occasione sono stati comunicati i risultati della raccolta fondi che ha già raggiunto 1.173.000,00



euro. Sono oltre 500.000 le persone che hanno voluto sostenere l'iniziativa inviando donazioni liberali o sms; un successo a cui vanno aggiunti circa 350.000 euro ricavati dalla vendita dei 115.000 CD, realizzati da Rai Trade, con i brani musicali presentati al Festival nella serata dedicata ai 150 anni dell'Unità d'Italia. Il CD distribuito in tutto il territorio nazionale è andato subito esaurito. La musica fa bene al cuore! La Conferenza Stampa ha rappresentato una occasione per ringraziare tutti coloro che hanno sostenuto l'iniziativa, ricordando loro che le malattie cardiovascolari rappresentano il più importante problema di salute nel mondo occidentale. Malattie che generano un pesante impatto sull'aspettativa di vita delle persone, sulla qualità della vita di chi è malato e sull'impegno di risorse sanitarie. Basti pensare che in Italia ogni anno 240.000 persone muoiono per malat-

tie cardiovascolari: una città intera che si spopola. Inoltre le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di ospedalizzazione e di Spesa Sanitaria. La Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus, che è sempre impegnata nella riduzione del rischio cardiovascolare mediante la ricerca di più efficaci e specifici bersagli terapeutici, può contare su una sua rete costituita da 843 Unità Operative di Cardiologia, 80 Reparti di Medicina Interna e 40 Divisioni di Diabetologia distribuiti sull'intero territorio nazionale e sugli oltre 5.000 iscritti all'ANMCO. Hanno animato questa Campagna in particolare 160 Cardiologie organizzando diverse manifestazioni locali nell'ambito dell'iniziativa Cardiologie "per il Tuo cuore" alcune delle quali molto fantasiose e partecipate. Tra queste la "Volee per il Cuore", "Cardiologie ... sulla neve", le tantissime iniziative in cui sono stati coinvolti i bambini,

i concerti organizzati da Cardiologi musicisti, le camminate e le maratone! A tutte la Fondazione è profondamente grata! Vorrei terminare riportando due belle e significative frasi: la prima di Gianni Morandi e la seconda di Gianmarco Mazzi.

Gianni Morandi :« ... *l'idea che, nell'occasione dei 150 anni dell'Unità d'Italia ci fosse anche un momento particolare di solidarietà lo abbiamo ritenuto importante. È stato per noi sentirci più utili, più orgogliosi di fare un piccolo passo per promuovere la ricerca proprio per il Tuo cuore...*».

Gianmarco Mazzi:«... *Abbiamo chiesto a tutti gli artisti la disponibilità ad aiutarci a fare questa serata ed abbiamo pensato che tra le eccellenze che avremmo voluto rappresentare, oltre all'eccellenza artistica del premio Oscar Roberto Benigni, ce n'erano altre due: il talento degli italiani in un campo importante come è il campo scientifico, e la generosità degli italiani...*».

La Fondazione "per il Tuo cuore" e la **scuola**

Due iniziative interessanti



DI POMPILIO FAGGIANO E STEFANIA DE FEO

A colorful poster for the 'Il Valore della Vita' project. It features a group of diverse cartoon children and a teacher. The text includes 'C'è cuore fra i Banchi!', 'Inviamo il materiale e... aspettiamo col cuore in gola!', and 'Iscriviamo la nostra classe alla gara creativa del progetto Art for Heart School e potremo vincere tanti premi! Basta interpretare il cuore in chiave personale e creativa scegliendo il modo preferito fra disegno, racconti, poesie, sceneggiature e fotografie.' The logo 'IL VALORE della VITA Art for Heart School' is in the top left corner.


IL VALORE della VITA
Art for Heart School

C'è cuore fra i Banchi!

Inviamo il materiale e... aspettiamo col cuore in gola!

Iscriviamo la nostra classe alla gara creativa del progetto Art for Heart School e potremo vincere tanti premi! Basta interpretare il cuore in chiave personale e creativa scegliendo il modo preferito fra disegno, racconti, poesie, sceneggiature e fotografie.

Figura 1 - Aree della Sezione La Scuola "per il Tuo cuore". Help - Line per Insegnanti

1. Introduzione al progetto	
2. Slide Kit	In questa area sono disponibili file di diapositive, su vari argomenti della prevenzione cardiovascolare, che gli Insegnanti possono scaricare ed utilizzare per realizzare le loro lezioni o seminari. Gli argomenti trattati riguardano fumo, alimentazione, esercizio fisico e riconoscimento e gestione delle emergenze cardiovascolari.
3. Pubblicazioni	In questa area sono disponibili testi che la Scuola può ordinare alla Fondazione "per il Tuo cuore". Attualmente sono disponibili i manuali "Mi muovo, sto bene", "Apprendere a portare soccorso al cuore", mentre di prossima pubblicazione è il manuale "Mangio, sto bene". Inoltre sono disponibili anche opuscoli su fumo, alimentazione, esercizio fisico.
4. Il cuore dalla A alla Z	In questa area è possibile consultare e richiedere di ricevere a casa gli Opuscoli della Fondazione "per il Tuo cuore".
5. I nostri Tutor	In questa area sono disponibili elenchi di Cardiologi, classificati per Regione, che hanno dato disponibilità ad essere contattati dalle singole Scuole per costruire con gli Insegnanti dei percorsi specifici, per intervenire per lezioni/seminari, o semplicemente per fornire consigli sui materiali disponibili. Gli elenchi riguardano sia Cardiologi esperti nel campo della prevenzione, che nel campo delle emergenze cardiovascolari.
6. Iniziative regionali	In questa area si potranno consultare materiali, soprattutto brevi video, che illustrano iniziative locali nate dalla collaborazione tra Cardiologi ANMCO e singole Scuole, che hanno ricevuto l'approvazione della Fondazione "per il Tuo cuore". Saranno presentati rationale, caratteristiche, materiali e, quando disponibili, risultati ottenuti da queste iniziative. Lo scopo è sia di dare visibilità a queste iniziative, sia di creare una rete ed uno scambio di esperienze e di metodologia tra le scuole che partecipano al progetto.
	N.B. Mentre l'accesso alle diverse aree della Sezione è libero, per scaricare i materiali è necessario registrare i dati dell'Insegnante e della Scuola.

La Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus da anni è impegnata nel settore della Scuola per trasmettere messaggi di salute cardiovascolare attraverso nuove modalità educative che prevedono il coinvolgimento diretto ed attivo degli studenti da parte dei Docenti, a loro volta "istruiti" da Cardiologi esperti nel campo della prevenzione. Nell'ultimo anno sono stati avviati due progetti ad ampia diffusione e di notevole interesse culturale.

La Scuola "per il Tuo cuore". Help - Line per Insegnanti

La Scuola "per il Tuo cuore" - Help-Line per gli Insegnanti è un progetto promosso nel 2010 dalla Fondazione "per il Tuo cuore", attraverso il Sito www.periltuocuore.it. L'iniziativa mette a disposizione degli Insegnanti delle Scuole Elementari, Medie Inferiori e Superiori e degli Operatori scolastici materiale informativo,

esperti disponibili a collaborare con le Scuole, testi, percorsi didattici, il tutto finalizzato alla conoscenza del sistema cardiovascolare e soprattutto a promuovere uno stile di vita sano (assenza/abolizione del fumo, controllo del peso corporeo, promozione dell'attività fisica e di una alimentazione sana). Il raggiungimento dell'obiettivo, così importante, di un più corretto stile di vita da parte del maggior numero possibile di soggetti può essere conseguito solo con una migliore informazione e con una migliore conoscenza e quindi dall'acquisizione di corrette abitudini fin dall'età giovanile. Infatti, le abitudini acquisite da giovani spesso persistono nel tempo. Sappiamo ad esempio che il bambino obeso ha molte probabilità di rimanere obeso anche da adulto. Dati recenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolineano l'aumento di prevalenza dell'obesità, in particolare

in età evolutiva: l'obesità giovanile in Europa è attualmente 10 volte più frequente rispetto agli anni '70. Il 20% dei bambini europei è in sovrappeso o obeso, con un picco del 34% nei bambini da 6 a 9 anni. Il recente progetto "Okkio alla salute" stima che nel 2010 in Italia il 22.9% dei bambini entro i 10 anni di vita è in sovrappeso e l'11.1% è obeso; tale percentuale cresce in modo preoccupante nel sud Italia, dove oltre il 40% dei bambini è obeso o in sovrappeso. L'aumento del peso corporeo dipende non solo da uno scorretto regime alimentare, ma anche da una vita sedentaria, con molto tempo trascorso davanti alla televisione o al computer, a scapito di attività fisiche all'aperto o in palestra. La Scuola rappresenta di fatto non solo il luogo istituzionale ove la cultura della prevenzione può essere acquisita ma anche il luogo fisico in cui la totalità della popolazione gio-



vanile può essere raggiunta, indipendentemente dalle condizioni etniche e socioeconomiche. Nella Figura 1 sono presentate sinteticamente le caratteristiche del progetto ed i materiali disponibili. In particolare, la Sezione Iniziative regionali permette di dare visibilità alle attività congiunte tra le Scuole e la Fondazione "per il Tuo cuore". Tutti i Soci ANMCO sono invitati ad entrare in questa Sezione e sono incoraggiati a inserire le iniziative che le singole Scuole vorranno portare avanti con il supporto della Fondazione. È nostra intenzione effettuare un censimento di tutte le iniziative e le attività effettuate localmente, al fine di creare e favorire sinergie. Uniti si vince.

Art for Heart School Campagna "Il Valore della Vita"

Promossa dall'ANMCO e dalla Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus con il supporto di AstraZeneca, la Campagna "Il Valore della Vita", si propone di informare e sensibilizzare l'opinione pubblica sull'importanza di salvaguardare la salute del cuore, con un focus sulle patologie cardiovascolari e sui rischi che colpiscono i pazienti. Delle iniziative della Campagna si parla diffusamente in altra sezione di questo

numero di "Cardiologia degli Ospedali". Vogliamo qui richiamare l'attenzione su quella parte della Campagna dedicata all'attività educativa e creativa nelle Scuole: Art for Heart School. Promosso in partnership con l'Editrice La Scuola il progetto Art for Heart School si rivolge alle Scuole Primarie e Secondarie. L'iniziativa mira a coinvolgere gli studenti sul tema centrale della Campagna, attraverso una attività didattica specifica e mediante una gara creativa sul tema del cuore. Nel dettaglio, il progetto si è articolato in una serie di step.

1 - Un'attività educativa in classe. Ogni scuola che ha aderito al concorso ha ricevuto un Kit Didattico, che può essere utilizzato dai Docenti per articolare delle vere e proprie lezioni sul tema "Il cuore dà valore alla vita", con spunti per contestualizzare l'argomento in funzione delle diverse materie scolastiche. Per esempio "Il cuore motore del corpo umano" (con

contenuti di scienze e anatomia), "Il cuore della terra" (con contenuti di geografia e ambiente), ecc. La informazione sulla campagna è stata diffusa mediante opuscoli indirizzati a Dirigenti Scolastici e Professori; la adesione al progetto è stata elevata: 2.648 Scuole hanno richiesto e ricevuto il materiale didattico.

2 - Un concorso creativo "Art for Heart: disegna ciò che ti dice il cuore". Gli studenti sono stati invitati a realizzare elaborati sul tema del Concorso, che sono stati poi selezionati da una Giuria e andranno ad allestire le aree cardiologiche di Ospedali selezionati in tutta Italia.

Il Concorso è partito a gennaio 2011 e la premiazione dei vincitori è prevista a conclusione dell'intera Campagna, nel corso del 42° Congresso Nazionale ANMCO.



PRESIDENTE



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

PRESIDENTE DESIGNATO



FRANCESCO BOVENZI
 Direttore di Struttura Complessa
 U.O. di Cardiologia
 Ospedale "Campo di Marte"
 Via dell'Ospedale, 1 - 55100 Lucca
 Tel. 0583/449515 - Fax 0583/970448
 e-mail: f.bovenzi@usl2.toscana.it

PAST - PRESIDENT



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

VICE-PRESIDENTE Attività Culturali



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

VICE-PRESIDENTE Attività Organizzative e Gestionali



FRANCESCO MAZZUOLI
 Dirigente Medico
 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

SEGRETARIO GENERALE



PASQUALE CALDAROLA
 Direttore di Struttura Complessa
 Cardiologia - UTIC
 Ospedale "San Paolo"
 Via Caposcardicchio, 1 - 70123 Bari
 Tel. 080/5843491 - Fax 080/5843433
 e-mail: pascald@libero.it

TESORIERE



DOMENICO GABRIELLI
 Direttore di Struttura Complessa
 U.O. di Cardiologia
 Ospedale Civile "Augusto Murri"
 Via Augusto Murri, 9 - 63023 Fermo
 Tel. 0734/6252071 - Fax 0734/625238
 e-mail: d.gabrielli@asl11.marche.it

CONSIGLIERI

MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI



Dirigente Medico
 U.O. di Cardiologia
 Ospedale Civile
 "Sant'Antonio Abate"
 Via Cosenza
 91016 Erice (TP)
 Tel. 0923/809315

Fax 0923/809317
maur.abri@alice.it

FABRIZIO OLIVA



Dirigente Medico
 Cardiologia 2
 Ospedale "Niguarda"
 Piazza Ospedale Maggiore,
 3
 20162 Milano
 Tel. 02/64442335

Fax 02/66101716
fabrizio.oliva@ospedaleniguarda.it

SERENA RAKAR



Dirigente Medico
 S.C. di Cardiologia
 Ospedale "Cattinara"
 A.O.U. Ospedali Riuniti
 Via Valdoni, 1
 34149 Trieste
 Tel. 040/3994865

Fax 040/3994878
serenarakar@hotmail.com

ROBERTO CERAVOLO



Dirigente Medico
 UTIC - Emodinamica e
 Cardiologia Interventistica
 Ospedale Civile Pugliese
 Viale Pio X, 91 - 88100
 Catanzaro
 Tel. 0961/883447

Fax 0961/883944
roberto.ceravolo@alice.it

FILIPPO OTTANI



Dirigente Medico
 U.O. di Cardiologia
 Ospedale "G.B. Morgagni
 L. Pierantoni"
 Via Forlanini, 34
 47100 Forlì
 Tel. 0543/735160

Fax 0543/735115
ottanif@alice.it

ROBERTO VALLE



Dirigente Medico
 U.O. di Cardiologia
 Ospedale Civile
 Strada Madonna Marina, 500
 30019 Chioggia (VE)
 Tel. 041/5534236
 Fax 041/5534265

rvalle@asl14chioggia.veneto.it

C

Lettera del Presidente

DI FRANCESCO ROMEO



Cari Colleghi,
vorrei condividere con Voi alcune considerazioni sul lavoro svolto dal Consiglio Direttivo della FIC da me presieduto. In linea con la mission della FIC, che è quella di rappresentare unitariamente la Cardiologia italiana sia nella sua attività clinico - assistenziale che programmatica abbiamo attivato alcune iniziative che subito e sinteticamente Vi presento:

1) **Censimento Strutture Cardiologiche**

E' stata istituita una Commissione paritetica SIC - ANMCO che aggiorna e ridefinisce i dati strutturali e organizzativi della Cardiologia italiana. Questo lavoro è coordinato dal Centro Studi ANMCO. E' stata preparata la Scheda raccolta dati, valutata positivamente dal CD FIC. Pertanto dovremmo iniziare questa attività che credo sia estremamente utile ed urgente per una migliore conoscenza della situazione strutturale e organizzativa della Cardiologia.

2) **Registri nazionali di Studi internazionali**

Sono stati attivati alcuni Registri che sono la prosecuzione di Studi pilota già avviati. Il primo è il Registro osservazionale sullo Scompenso Cardiaco coordinato dal Prof. Marco Metra. Il secondo è un Registro sulla Fibrillazione Atriale coordinato dal Dr. Giuseppe Inama. La ESC ha fortemente voluto un Registro indipendente dalle Società Nazionali sull'interventistica percutanea valvolare (TAVI e MITRAL CLIP).

Si sta facendo un censimento di tutte le strutture che praticano e/o a breve praticeranno queste tecniche. Il Coordinatore, d'accordo con il Coordinatore del GISE, è stato individuato nel Dr. Giampaolo Ussia.

Come altre iniziative posso segnalare l'istituzione fissa annuale di un Simposio congiunto FIC - ACC da fare al Congresso dell'American College e ad uno o entrambi i Congressi di SIC e ANMCO. E' un'iniziativa fortemente voluta dalla FIC e altrettanto fortemente apprezzata dall'ACC.

In questo programma è stato molto apprezzato un intervento del Dr. Leonardo De Luca, in rappresentanza della FIC, al Congresso della Pennsylvania Chapter dell'American College of Cardiology, dove il nostro Collega ha relazionato brillantemente nell'organizzazione della Cardiologia in Italia. Tale richiesta era anche in relazione all'applicazione della riforma OBAMA negli USA.

3) Congresso ESC in Italia

Questo obiettivo è uno dei più significativi a mio parere. Sin dall'inizio della mia Presidenza, ho avviato una serie di contatti finalizzati a portare per la prima volta in Italia la sede di una delle prossime edizioni del Congresso della ESC. Il risultato del mio interessamento ha portato ad una visita dei Dirigenti della struttura organizzativa dell'ESC il 6 - 7 Aprile a Roma, durante la quale ho evidenziato l'importanza della candidatura dell'Italia e della città di Roma. Il feed - back è molto positivo.

4) Sentenza 2 marzo della IV Sezione della Corte di Cassazione

Mi è stato chiesto un intervento in qualità di Presidente della FIC per commentare questa sentenza primitiva e iniqua. In virtù di ciò voglio fare qualche considerazione. Probabilmente la difesa del Collega è stata non adeguata alla cultura sofista della Magistratura anche se nella sentenza ci sono dei passaggi positivi per quello che è la mia personale posizione sul ruolo del Medico. In essa viene ribadito il principio che non è possibile anteporre la logica dell'economia alla logica della tutela alla salute, diritto primario e ineludibile della persona e che il medico è esentato dal seguire disposizioni, linee guida di enti amministrativi che contrastino con questo principio. In tal modo viene conferito nuovamente al Medico il ruolo etico di responsabile della salute dei pazienti che è ad un livello superiore di quello esercitato dalle strutture amministrative nel gestire il principio di priorità della tutela della salute rispetto a logiche economiche.

A me sembra un momento importante nella riaffermazione di un ruolo che distrattamente avevamo perso. Ciò implica ovviamente maggiori responsabilità alle quali la nostra generazione non si deve sottrarre se vogliamo consegnare alla futura generazione una professione altamente etica, dignitosa e responsabile.

Comitati di Coordinamento

AREE ANMCO 2011 - 2012



M. E. Landolina

AREA ARITMIE

Chairman Maurizio Eugenio Landolina (Pavia)
Co - Chairman Massimo Grimaldi (Acquaviva delle Fonti - BA)
Comitato di Coordinamento

Giuseppina Belotti (Treviglio - BG)
Francesco Lisi (Catania)
Carlo Pignalberi (Roma)
Roberto Rordorf (Pavia)
www.anmco.it/aree/elenco/aritmie



G.P. Perna

AREA CARDIOIMAGING

Chairman Gian Piero Perna (Ancona)
Co - Chairman Alberto Roghi (Milano)
Comitato di Coordinamento

Erberto Carluccio (Perugia)
Stefania Renne (Catanzaro)
Carlo Tedeschi (Napoli)
Paolo Trambaiolo (Roma)
www.anmco.it/aree/elenco/cardioimaging



AREA CARDIOCHIRURGIA



P. Stefàno

Chairman Pierluigi Stefàno (Firenze)
Co - Chairman Giuseppe Di Benedetto (Salerno)
Comitato di Coordinamento
Mauro Cassese (Catanzaro)
Francesco Maisano (Milano)

Francesco Musumeci (Roma)
Michele Portoghese (Sassari)
www.anmco.it/aree/elenco/chirurgia



M. Lettino

AREA EMERGENZA - URGENZA

Chairperson Maddalena Lettino (Pavia)
Co - Chairperson Leonardo De Luca (Roma)
Comitato di Coordinamento
Alessandro Capecchi (Bentivoglio - BO)

Emilio Di Lorenzo (Avellino)
Niccolò Brenno Grieco (Milano)
Ignazio Maria Smecca (Palermo)
www.anmco.it/aree/elenco/emergenza

AREA INFORMATICA



Chairman Antonio Mantero (Milano)
Co - Chairman Alfredo Posteraro (Tivoli - Roma)
Comitato di Coordinamento
 Antonio Falcone (Pescara)
 Carmelo Grasso (Siracusa)

Arturo Raisaro (Pavia)
 Giovanni Tonti (Sulmona - AQ)
www.anmco.it/aree/elenco/informatica

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE



Chairman Loris Roncon (Rovigo)
Co - Chairman Michele Azzarito (Roma)
Comitato di Coordinamento
 Elena Maria Fernanda Adornato (Reggio Calabria)
 Nicola D'Amato (Bari - Carbonara)

Iolanda Enea (Caserta)
 Martina Perazzolo Marra (Padova)
www.anmco.it/aree/elenco/circolo

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ



Chairperson Daniela Pavan (San Vito al Tagliamento - PN)
Co - Chairperson Quinto Tozzi (Roma)
Comitato di Coordinamento
 Vincenzo Cirrincione (Palermo)
 Antonella Mannarini (Monopoli - BA)

Cristina Nesta (Catanzaro)
 Giancarlo Piovaccari (Rimini)
www.anmco.it/aree/elenco/management



Chairman Medico Giuseppe Trocino (Monza - MB)
Co - Chairman Medico Gaetano Satullo (Messina)
Chairperson Infermiera Cristiana Caredda (Cagliari)

Co - Chairperson Infermiera Sabrina Barro (San Donà di Piave - VE)

Comitato di Coordinamento
 Laura Piccioni (Teramo)
 Roberta Rosso (Novara)
 Sonia Tosoni (Brescia)
 Donatella Radini (Trieste)

www.anmco.it/aree/elenco/nursing



AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE



Chairman Pompilio Faggiano (Brescia)
Co - Chairman Francesco Fattirolli (Firenze)
Comitato di Coordinamento
 Michele Gabriele (Castelvetro - TP)
 Gian Francesco Mureddu (Roma)
 Fausto Rigo (Mestre - VE)

Luigi Tarantini (Belluno)
www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione

AREA SCOMPENSO CARDIACO



Chairman Gianfranco Misuraca (Cosenza)
Co - Chairman Giuseppe Di Tano (Cremona)
Comitato di Coordinamento
 Manlio Cipriani (Milano)
 Stefania De Feo (Peschiera del Garda - VR)

Mauro Feola (Fossano - CN)
 Angela Beatrice Scardovi (Roma)
www.anmco.it/aree/elenco/scompenso

C

Attività da concludere e nuovi progetti da sviluppare

DI MAURIZIO EUGENIO LANDOLINA



Da qualche mese si è insediato il nuovo Comitato di Coordinamento dell'Area Aritmie che celebra il 150° anniversario dell'Unità d'Italia coinvolgendo membri provenienti da tutta Italia, dal Nord alle Isole. Nella speranza che la distanza geografica costituisca non un ostacolo ma semmai uno stimolo a collaborare fattivamente all'attività, vorrei, in accordo con il Co - Chairman Massimo Grimaldi, proseguire il cammino tracciato dal mio predecessore Massimo Zoni Berisso promuovendo una serie di iniziative mirate a diffondere la conoscenza aritmologica tra i Cardiologi e a rispondere ad alcune criticità nella gestione delle problematiche aritmologiche. Un altro compito importante dell'Area nel prossimo biennio sarà continuare a prodigarsi per consolidare i rapporti con le altre

strutture organizzative che si occupano di aritmologia in continuità con quanto fatto dal Comitato di Coordinamento precedente. In effetti non vi sono motivi di contrapposizione tra l'Area Aritmie e le altre Associazioni o Gruppi di Studio Aritmologici in quanto l'Area è un organo consultivo dell'ANMCO e ha lo scopo di diffondere la cultura aritmologica tra tutti i Cardiologi italiani e, perché no, anche tra i Medici di Medicina Generale. Proprio per questa caratteristica l'Area ha continuato a svolgere la sua attività in modo efficace, nonostante le perplessità sollevate da alcuni sulla necessità di mantenerla attiva. Dopo questa breve premessa, passiamo ad analizzare in dettaglio le attività da concludere e i progetti che il Comitato di Coordinamento che presiedo intende sviluppare durante il prossimo biennio.

Attività da concludere

Due sono le iniziative da portare a termine promosse dal Comitato di Coordinamento del biennio 2009 - 2010. Una è la Survey sui "Percorsi diagnostico - terapeutici per la cura della fibrillazione atriale in Italia" in collaborazione con la Società Italiana di Medicina Generale, mirata a valutare le problematiche connesse al trattamento della fibrillazione atriale che, nei paesi a maggior sviluppo economico, rappresenta un problema aritmologico importante che assorbe risorse economiche rilevanti. Perché si è scelto di coinvolgere i Medici di Medicina Generale per raccogliere i dati? Fondamentalmente per due motivi: primo perché sono distribuiti in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, in secondo luogo perché spesso sono spettatori neutrali

e quindi obiettivi della scelta delle differenti strategie terapeutiche e dei risultati delle stesse. Durante l'attività del precedente Comitato di Coordinamento è stato preparato il Piano della Ricerca, completata la scheda raccolta dati, risolti i problemi organizzativi e, compito veramente difficile, reperiti gli sponsor. La Survey verrà effettuata mediante la compilazione di una scheda raccolta dati computerizzata da parte di un gruppo di circa 400 - 500 Medici di Medicina Generale scelti secondo un criterio di distribuzione omogenea per aree geografiche e in grado di fornire ciascuno dati relativi a 15 - 20 pazienti con fibrillazione atriale. Ora siamo sulla linea di partenza, a fine aprile si è svolto l'Investigator Meeting per illustrare il protocollo e subito è partita la raccolta dei dati. Ci aspettiamo molto da questa iniziativa che potrà fornirci un quadro delle strategie terapeutiche adottate per il trattamento della fibrillazione atriale e dei risultati ottenuti nel "mondo reale". Un'altra iniziativa da completare promossa dal precedente Comitato di Coordinamento è la stesura di un Documento relativo alle problematiche riguardanti le Linee Guida sull'indicazione all'impianto del defibrillatore per la prevenzione primaria della morte cardiaca improvvisa nei pazienti con disfunzione cardiaca avanzata. La necessità di un Documento in tal senso è stata evidenziata dai risultati di due iniziative: 1) la Survey "Strategie di Prevenzione Primaria della Morte Improvvisa. Prassi clinica - comportamentale delle Unità Operative di Cardiologia Italiane", promossa dal Comitato di

Coordinamento del biennio 2007 - 2008; 2) le risposte al quesito posto sul Sito WEB dell'ANMCO se le Linee Guida fossero ritenute dai Cardiologi completamente esaustive della problematica relativa all'impianto del defibrillatore in prevenzione primaria. Entrambe hanno evidenziato come l'atteggiamento dei Cardiologi italiani sia tutt'altro che omogeneo in merito all'impianto del defibrillatore in prevenzione primaria e come sia sentita la necessità di un documento che raccolga il parere dei maggiori esperti nazionali. Ovviamente, un documento di tale portata deve necessariamente coinvolgere le altre Società Scientifiche Italiane, in particolare l'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardiostimolazione e il Gruppo di Studio delle Aritmie della Società Italiana di Cardiologia. Questa iniziativa evidenzia ancora una volta il ruolo dell'Area Aritmie, in collaborazione con le altre Associazioni o Gruppi di Studio Aritmologici nel promuovere iniziative scientifiche e formative in risposta alle esigenze dei Cardiologi italiani. Per inciso, i risultati della Survey "Strategie di Prevenzione Primaria della Morte Improvvisa. Prassi clinica - comportamentale delle Unità Operative di Cardiologia Italiane" sono raccolti in un manoscritto che è stato inviato per la pubblicazione ad una Rivista scientifica internazionale da Giuseppe Inama, Chairman del Comitato di Coordinamento dell'Area Aritmie nel il biennio 2007 - 2008.

Attività da iniziare nel nuovo biennio

Anche nel prossimo biennio le iniziative dell'Area in campo scientifico

saranno indirizzate alla promozione di Registri e Survey nella convinzione che siano i mezzi più efficaci a disposizione dell'Area per verificare le criticità nella gestione di problematiche aritmologiche e per suggerirne eventuali soluzioni. Al momento stiamo lavorando al progetto di un Registro mirato ad evidenziare, nei pazienti con disfunzione cardiaca avanzata impiantati con un defibrillatore per la prevenzione primaria della morte improvvisa, l'esistenza di caratteristiche cliniche che potrebbero differenziare i soggetti che non hanno mai avuto interventi del defibrillatore da quelli che invece hanno avuto numerosi interventi del dispositivo. È noto che soltanto il 3% dei pazienti impiantati in prevenzione primaria riceve uno shock appropriato del defibrillatore durante un follow-up di due anni. All'opposto un numero limitato di pazienti ha numerosi interventi del defibrillatore talora con le caratteristiche di uno "storm" aritmico. Studiare i due estremi, cioè i soggetti in cui il dispositivo non è mai intervenuto e quelli che hanno avuto un numero elevato di interventi, ha una rilevanza clinica ed economica notevole. Non ci aspettiamo di risolvere il problema con la raccolta di dati clinici semplici, ma da questo registro potrebbero derivare indicazioni utili per tracciare un percorso più complesso per identificare i pazienti che pur avendo una frazione di eiezione ridotta hanno poche probabilità di utilizzare il defibrillatore. Un'altra iniziativa riguarda una survey relativa al trattamento delle tachicardie ventricolari emodinamicamente ben tollerate in pazienti

con cardiopatia strutturale. I dati ad oggi disponibili nella letteratura scientifica non permettono di definire con sufficiente chiarezza quale sia il trattamento ottimale. In particolare, per i pazienti con cardiopatia strutturale e frazione di eiezione solo modestamente depressa, non vi è uniformità di trattamento nella comunità cardiologica: alcuni pazienti vengono indirizzati all'ablazione transcateretere, altri all'impianto del defibrillatore,

questa Survey ci proponiamo di valutare quali scelte terapeutiche vengano adottate per le tachicardie ventricolari emodinamicamente ben tollerate nel contesto delle Cardiologie Italiane.

Iniziative organizzative e formative per il nuovo biennio

Il Comitato di Coordinamento ha pensato di avviare alcune iniziative in tal senso. In primo luogo, maggior utilizzo del Sito WEB dell'Area, inse-

e Cardiostimolazione e con la Società Italiana di Medicina Generale. Abbiamo in programma di estendere questa iniziativa anche ad altre regioni. Infine, è nostra intenzione proseguire con l'attività di formazione rivolta ai Cardiologi che svolgono attività ambulatoriale, organizzando corsi informativi di durata settimanale da tenersi presso diversi Laboratori di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazio-

Nuovi progetti da sviluppare:

1) Registro dei pazienti con disfunzione cardiaca avanzata impiantati con un defibrillatore in prevenzione primaria, mirato a studiare i due estremi cioè i soggetti in cui il dispositivo non è mai intervenuto e quelli che hanno avuto un numero elevato di interventi;

2) Survey sulle scelte terapeutiche adottate dalle Cardiologie Italiane nei pazienti con cardiopatia strutturale e tachicardie ventricolari emodinamicamente ben tollerate

altri ancora alla terapia farmacologica. Inoltre, sebbene nei pazienti con frazione di eiezione compresa tra il 35 e 40% vi sia un maggior consenso sull'utilizzo del defibrillatore, non vi è unanimità di consensi sul ruolo dell'ablazione transcateretere; alcuni pazienti vengono trattati con defibrillatore ed ablazione come terapia di prima scelta, altri vengono candidati al trattamento ablativo solo in caso di recidive di tachicardia ventricolare riconosciute dal defibrillatore. Con

rendo articoli ritenuti di particolare interesse con un breve commento in modo da suscitare la discussione con gli Iscritti. In secondo luogo, promuovere eventi formativi diretti ai Cardiologi clinici e ai Medici di Medicina Generale relativi ad argomenti aritmologici di particolare interesse. Come primo atto, abbiamo organizzato un Convegno sulla fibrillazione atriale a Milano in collaborazione con l'ANMCO Lombardia, con l'Associazione Italiana di Aritmologia

ne distribuiti sul territorio nazionale. Ci aspetta una grande mole di lavoro. Tuttavia, l'attività svolta da coloro che ci hanno preceduto ci mette in condizione di partire con il "piede giusto", nella speranza di lasciare, a quanti ci seguiranno, la stessa proficua eredità che abbiamo ricevuto. Colgo l'occasione per invitare tutti gli Iscritti all'Area a partecipare alle nostre iniziative, a suggerire nuovi progetti e, soprattutto, a collaborare con noi per rendere sempre più "vitale" l'attività dell'Area.

Endocardite infettiva in fase acuta: *il ruolo della Chirurgia*

Una patologia temibile il cui esito può essere migliorato dal trattamento chirurgico precoce

PIERLUIGI STEFÀNO, SANDRO GELSOMINO, CLAUDIO BLANZOLA, CARLO ROSTAGNO

L'Endocardite Infettiva (EI) resta una condizione assai grave, con incidenza invariata nel tempo ed una mortalità vicina al 30% ad un anno. La Chirurgia è un trattamento potenzialmente salvavita, ed è richiesta nel 25 - 50% dei casi in fase acuta e nel 20 - 40% in fase postacuta. Il ruolo della Chirurgia nella EI attiva ha conosciuto una progressiva crescita; il decremento della mortalità da essa conseguito può essere attribuito a numerosi fattori, ma certo la precocità del trattamento in pazienti selezionati, assieme al miglioramento delle tecniche, è stato il più importante; se si tiene conto del fatto che questo sottogruppo di pazienti giunge spesso in condizioni cliniche severamente compromesse e con disfunzione multiorgano, costituendo perciò un sottogruppo a rischio particolarmente elevato, si apprezzano ancor più i risultati sin qui ottenuti. Le Linee Guida internazionali forniscono raccomandazioni applicabili nella maggior parte dei casi; nonostante ciò,

la decisione clinica è resa difficile da numerose considerazioni, tra cui l'età sempre più avanzata, la presenza di comorbidità e, non ultima, la disponibilità di un Centro di Cardiocirurgia con sufficiente esperienza. In termini generali, la prognosi è migliore se il trattamento chirurgico è precoce, prima che la distruzione dei tessuti e il deterioramento delle condizioni cliniche renda il rischio chirurgico inaccettabile. L'outcome non è mai determinato dalla durata, dal tipo e dall'intensità della terapia antibiotica iniziale, ed un errore tuttora frequente è quello di procrastinare l'intervento nella speranza vana di ottenere un campo operatorio sterilizzato.

La gestione del caso, in definitiva, è altamente dipendente dall'esperienza del team chirurgico e dalla interazione dei Chirurghi con i Cardiologi ed i Microbiologi.

Nella Cardiocirurgia della AOU Careggi di Firenze, un Centro di terzo livello con elevato volume di interventi, è stata condotta una indagine allo scopo di individuare alcuni parame-

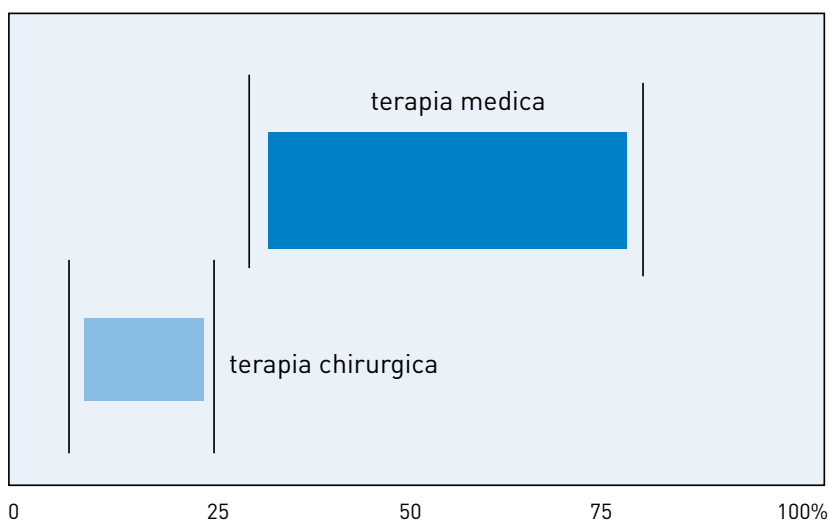
tri clinici e strumentali predittivi di mortalità, e focalizzare lo stato delle correnti indicazioni, timing e strategie operative. Sono stati inclusi 101 pazienti consecutivi, ammessi dal 1 gennaio 2003 al 31 dicembre 2007 per EI acuta (2.7% del totale delle ospedalizzazioni); 72 pazienti (71.2%) sono stati inviati da Ospedali di primo o secondo livello, i restanti dal Dipartimento di Emergenza del nostro Ospedale. L'età media dei pazienti è stata 59.5 anni (range 22 - 84). Ci sono stati più pazienti di sesso maschile (64 vs 37), ma le femmine erano significativamente più anziane (63.0 vs 57.4 anni; $p = 0.03$). La valvola nativa era coinvolta in 58 casi (NVE), la protesi in 35 (PVE); quattordici erano affetti da PVE precoce (inizio delle manifestazioni cliniche entro 12 mesi dalla chirurgia valvolare), mentre in altri 21 casi il tempo trascorso tra il precedente intervento e l'inizio dei sintomi era in media di 8.5 anni; i restanti otto pazienti avevano una Endocardite su pacemaker. Ciascun paziente è stato sottoposto alle procedure cliniche e

strumentali routinarie; in accordo con le correnti Linee Guida sono stati raccolti 3 prelievi per emocoltura nelle prime 12 ore ed eseguito antibiogramma. L'Ecocardiogramma transtoracico e transesofageo è stato effettuato da due Ecocardiografisti esperti. È stata posta diagnosi di Endocardite nei pazienti con sintomi sistemici di infezione che corrispondevano ai criteri ecocardiografici maggiori per EI, poi confermata all'esame macroscopico. Quando individuato e clinicamente possibile, il focus infettivo primario è stato bonificato. Particolare attenzione è stata data alla ricerca della presenza e sede di vegetazioni e/o segni di estensione perivalvolare del processo infettivo (ascessi, fistole, ecc.). Il processo endocarditico coinvolgeva una singola valvola nativa in 46 casi (mitrale in 19, aortica in 21, tricuspide in 6). Nei restanti 12 pazienti, sia la valvola aortica che la mitrale erano interessate dall'infezione. Una insufficienza mitralica da moderata a severa è stata trovata in 10 pazienti con EI aortica isolata, con meccanismo da dilatazione anulare per compromissione emodinamica. Circa il 50% dei pazienti aveva insufficienza tricuspide severa con ipertensione polmonare. Vegetazioni valvolari singole o multiple (diametro medio 9.2 mm, range 3 - 20 mm) sono state trovate in 49 pazienti. L'infezione di una protesi riguardava la posizione aortica in 22 pazienti e quella mitralica in 13. In entrambe, erano coinvolte più frequentemente le protesi biologiche delle meccaniche; questo rilievo appare però correlato solo al maggior numero di protesi biologiche impiantate.

Caratteristiche della popolazione in esame

Pazienti (età media ± SD)	
Tutti (n = 101)	59.5±16.1
Uomini (n = 64)	57.4±15.8
Donne (n = 37)	63.0±16.8
Pressione Arteriosa Sistolica [mm Hg]	125±23
Pressione Arteriosa Diastolica [mm Hg]	67±14
Frequenza cardiaca [battiti/min]	113±9.5
Tipo di coinvolgimento valvolare	
Endocardite su valvola nativa	58
Endocardite su protesi	35
Endocardite su Pace-Maker	8
Valvola coinvolta	
Mitrale	32
Aorta	43
Tricuspide	6
Mitrale + aorta	12
Classe NYHA	
IV	26
III	28
II	16
I	31
C-reactive protein [mg/L]	23.7±6.6

Intervento su valvola nativa	Aorta (n=21)	Mitrale (n=19)
Protesi Meccanica	2 = 9,5%	1= 5,2%
Protesi Biologica	12 = 57,1%	6= 31,5%
Homograft	5 = 23,8%	0
Valvuloplastica	2= 9,5%	12= 63,15%



Mortalità in pazienti con EI in III - IV classe NYHA trattati con terapia medica o chirurgica

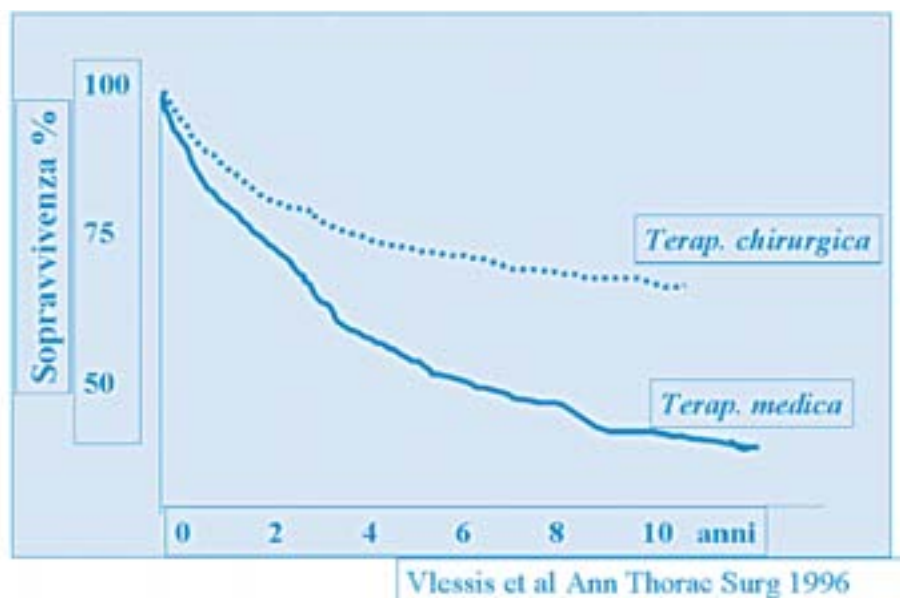
Agente eziologico

	Valvola nativa	Valvola Protetica	Pace Maker	Totale
Staphylococcus aureus	18%	23%	17%	23%
Staphylococcus epidermidis	6%	17%	50%	13%
Altri staphylococchi	4%	0%	17%	4%
Streptococcus faecalis	4%	17%	0%	7%
Streptococcus viridans	8%	0%	0%	4%
Altri streptococchi	4%	0%	17%	4%
Gram-negativi	4%	10%	0%	7%
Candida	2%	0%	0%	1%
Emocolture negative	16.8%	7%	2%	25.7%

tate rispetto alle meccaniche. Vegetazioni sono state osservate in 5 pazienti con PVE su protesi biologica aortica, mentre un ascesso perivalvolare è stato trovato in 14. In 15 su 22 pazienti con PVE aortica abbiamo trovato una insufficienza da moderato a severa: da leak perivalvolare in 7 pazienti, in altri 8 da danno e perforazione dei lembi protesici. La compromissione emodinamica associata a insufficienza aortica o mitralica severa è stata l'indicazione principale alla chirurgia nel 48% dei pazienti. In 16 l'indicazione era dovuta alla presenza di ascessi (14 pazienti, 87,5% nelle endocarditi su protesi, PVE), in un paziente per

fistola aorto - atriale. Vegetazioni > 10 mm e embolie ricorrenti sono state le altre indicazioni principali. La mortalità ospedaliera complessiva è stata dell'11,8% (12 su 101); saliva al 12,9% (12 su 93) escludendo i pazienti con endocardite su PM. Tre pazienti sono morti prima dell'intervento, 9 nel peri e post operatorio. In un caso, il decesso si è verificato in sala operatoria per rottura del solco atrioventricolare; gli altri pazienti sono morti entro 30 giorni dall'intervento: 3 per shock cardiogeno, 4 per insufficienza multiorgano da shock settico e l'ultimo per rottura di un aneurisma micotico dell'arteria splenica. Gli obiettivi prin-

cipali della Chirurgia sono il controllo del sito di infezione (eradicazione) e la ricostruzione della morfologia e della funzione delle strutture cardiache. Le tecniche impiegate, pertanto, sono state rivolte non solo alla radicalità nella bonifica di tutto il materiale infetto, o all'impiego di omoinnesti per la loro resistenza alla recidiva di infezione, ma anche alla conservazione, per quanto possibile, dei tessuti valvolari e perivalvolari; la riparazione infatti offre vantaggi notevoli in termini di risultati immediati e a lungo termine, il rischio di recidive di infezione è ridotto e si evita l'impiego dell'anticoagulazione; benché non sia ancora stata possibile una dimostrazione statistica, a causa della ridotta numerosità del campione di molte serie, l'impatto favorevole di un atteggiamento prevalentemente conservativo è percezione comune a tutti i Centri con esperienza. L'età, la frequenza cardiaca più elevata, la disfunzione ventricolare sinistra e i parametri clinici o di laboratorio correlati alla severità dello stato settico si sono dimostrati correlati alla mortalità ospedaliera; il sesso, la posizione, il tipo di valvola coinvolta, se nativa o protesica e il microrganismo isolato non hanno mostrato invece di influenzare l'outcome clinico. In conclusione, appare possibile l'identificazione di pazienti ad alto rischio con un semplice approccio clinico e strumentale; il sensibile miglioramento dell'outcome è strettamente legato alla precocità e alla tecnica chirurgica: l'impiego degli omoinnesti aortici, tanto delicati alla manipolazione chirurgica quanto resistenti all'aggressione dei microrganismi, e la costante ricerca di un



Sopravvivenza dei pazienti con EI trattati con terapia medica e chirurgica

gesto capace di coniugare la radicalità nella bonifica del tessuto infetto con la conservazione dell'anatomia e della funzione dei tessuti sani, piuttosto che la loro sostituzione tout court, hanno permesso di ottenere risultati notevoli in termini di frequenza di recidive e mortalità assoluta.

Bibliografia

- Hogevik H, Olaison L, Andersson R et al. Epidemiologic aspects of infective endocarditis in an urban population: A 5-year prospective study. *Medicine (Baltimore)*, 1995; 74: 324–339.
- Cabell CH, Jollis JG, Peterson GE et al. Changing patient characteristics and the effect on mortality in endocarditis. *Arch Intern Med*, 2002; 162: 90–94.
- Netzer RO, Zollinger E, Seiler C, Corey GL. Infective endocarditis: Clinical spectrum, presentation and outcome. An analysis of 212 cases: 1980–1995. *Heart*, 2000; 84: 25–30.
- Habib G. Management of infective endocarditis. *Heart*, 2006; 92: 124–130.
- Baddour LM, Wilson WR, Bayer AS et al. Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Councils on Clinical Cardiology, Stroke, and Cardiovascular Surgery and Anesthesia; American Heart Association; Infectious Diseases Society of America. Infective endocarditis: Diagnosis, antimicrobial therapy, and management of complications: a statement for healthcare professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Councils on Clinical Cardiology, Stroke, and Cardiovascular Surgery and Anesthesia, American Heart Association: Endorsed by the Infectious Diseases Society of America. *Circulation*, 2005; 111: e394–e434.
- Delahaye F, Bannay A, Selton-Suty C et al. Long-term mortality of infective endocarditis in a population-based cohort study conducted between 1999 and 2005 in France. *Eur Heart J*, 2008; 29: (suppl.): 782 (abstract).
- Horstkotte D, Follath F, Gutschik E et al. Task Force Members on Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG); Document Reviewers. Guidelines on prevention, diagnosis and treatment of infective endocarditis executive summary; the task force on infective endocarditis of the European society of cardiology. *Eur Heart J*, 2004; 25: 267–276.
- Bishara J, Leibovici L, Gartman-Israel D et al. Long term outcome of infective endocarditis: The impact of early surgical intervention. *Clin Infect Dis*, 2000; 33: 1636–1643.
- Murdoch DR, Corey GR, Hoen B et al. International Collaboration on Endocarditis-Prospective Cohort Study (ICE-PCS) Investigators. Clinical presentation, etiology, and outcome of infective endocarditis in the 21st century: The International Collaboration on Endocarditis-Prospective Cohort Study. *Arch Intern Med*, 200; 169: 463–473.
- Wallace SM, Walton BI, Kharbanda RK, Hardy R, Wilson AP, Swanton RH. Mortality from infective endocarditis: Clinical predictors of outcome. *Heart*, 2002; 88: 53–60.
- Cheitlin MD, Alpert JS, Armstrong WF et al. ACC/AHA guidelines for the clinical application of echocardiography: Executive summary: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Clinical Application of Echocardiography): Developed in collaboration with the American Society of Echocardiography. *J Am Coll Cardiol*, 1997; 29: 862–887.
- Durack DT, Lukes AS, Bright DK. Duke Endocarditis Service. New criteria for diagnosis of infective endocarditis: Utilization of specific echocardiographic findings: Duke Endocarditis Service. *Am J Med*, 1994; 96: 200–209.
- Tornos P, Iung B, Permanyer-Miralda G et al. Infective endocarditis in Europe: Lessons from the Euro Heart Survey. *Heart*, 2005; 91: 571–575.
- Grover FL, Cohen DJ, Oprian C, Henderson WG, Sethi G, Hammermeister KE. Determinants of the occurrence of and survival from prosthetic valve endocarditis: Experience of the Veterans Affairs Cooperative Study on Valvular Heart Disease. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 1994; 108: 207–214.
- Wang A, Athan E, Pappas PA et al. Contemporary clinical profile and outcome of prosthetic valve endocarditis. *JAMA*, 2007; 297: 1354–1361.
- Fortun J, Navas E, Martinez-Beltran J et al. Short-course therapy for right-side endocarditis due to *Staphylococcus aureus* in drug abusers: Cloxacillin versus glycopeptides in combination with gentamicin. *Clin Infect Dis*, 2001; 33: 120–125.
- Nadji G, Réyadi JP, Coviaux F et al. Comparison of clinical and morphological characteristics of *Staphylococcus* endocarditis with endocarditis caused by other pathogens. *Heart*, 2005; 91: 932–937.
- Hoen B, Selton-Suty C, Lacassin F et al. Infective endocarditis in patients with negative blood cultures: Analysis of 88 cases from a one-year nationwide survey in France. *Clin Infect Dis*, 1995; 20: 501–506.
- Eykam SJ. Endocarditis: Basics. *Heart*, 2001; 86: 476–480.
- Piper C, Horstkotte D. Prosthetic valve endocarditis. *Heart*, 2001; 85: 590–593.
- Akouwah EP, Davies LL, Olsen S. Prosthetic valve endocarditis early and late outcome following medical or surgical treatment. *Heart*, 2003; 89: 269–272.
- Oakley CM, Hall RJ. Endocarditis: Problems. Patients being treated for endocarditis and not doing well. *Heart*, 2001; 85: 470–474.
- Montseny JJ, Kleinknecht D, Meyrier A. Glomerulonephritis rapidement progressives d'origine infectieuse. *Ann Med Interne (Paris)*, 1993; 144: 308–310.
- Di Nubile MJ, Koya D, Ryuichi K et al. Infective endocarditis. *N Engl J Med*, 2002; 346: 782–778.

Le tecniche di Imaging nelle Sindromi Aortiche Acute

Quali informazioni dalle singole metodiche?

DI GIAN PIERO PERNA



Le Sindromi Aortiche Acute (SAA) sono caratterizzate da un processo patologico della tunica media della parete aortica con associato alto rischio di rottura e complicanze correlate. La Dissezione Aortica (DA) è la più frequente, la più conosciuta e la più temibile di queste entità nosografiche; l'ematoma intramurale (dissezione senza lacerazione intimale) rappresenta con tutte le sue possibili evoluzioni il 15% delle SAA; l'ulcera penetrante, nelle sue varianti (dalla placca aterosclerotica con ulcerazione intimale al

falso aneurisma avventiziale) rappresenta l'ulteriore 5% della SAA diagnosticate (Figura 1). L'Imaging non invasivo costituisce oggi una componente essenziale del processo di cura nelle SAA, capace di modificarne la prognosi intraospedaliera, che è stret-

tamente dipendente dalla precisione e tempestività della diagnosi. L'Eco-cardiografia Transtoracica (TTE), l'Eco-cardiografia Transesofagea (TEE), la TAC Multistrato (MSTC), la Risonanza Magnetica Nucleare (MRI) e soprattutto la integrazione di queste tecniche ha consentito di coniugare accuratezza predittiva, completezza di informazione e rapidità diagnostica. Comparare oggi la accuratezza predittiva delle tecniche di Imaging nella diagnosi di SAA è assolutamente privo di senso: il rapido progresso tecnologico ha infatti vanificato gli studi

Figura 1 : Sindromi Aortiche Acute
- Dissezione aortica
- Ematoma intramurale
- Ulcera penetrante

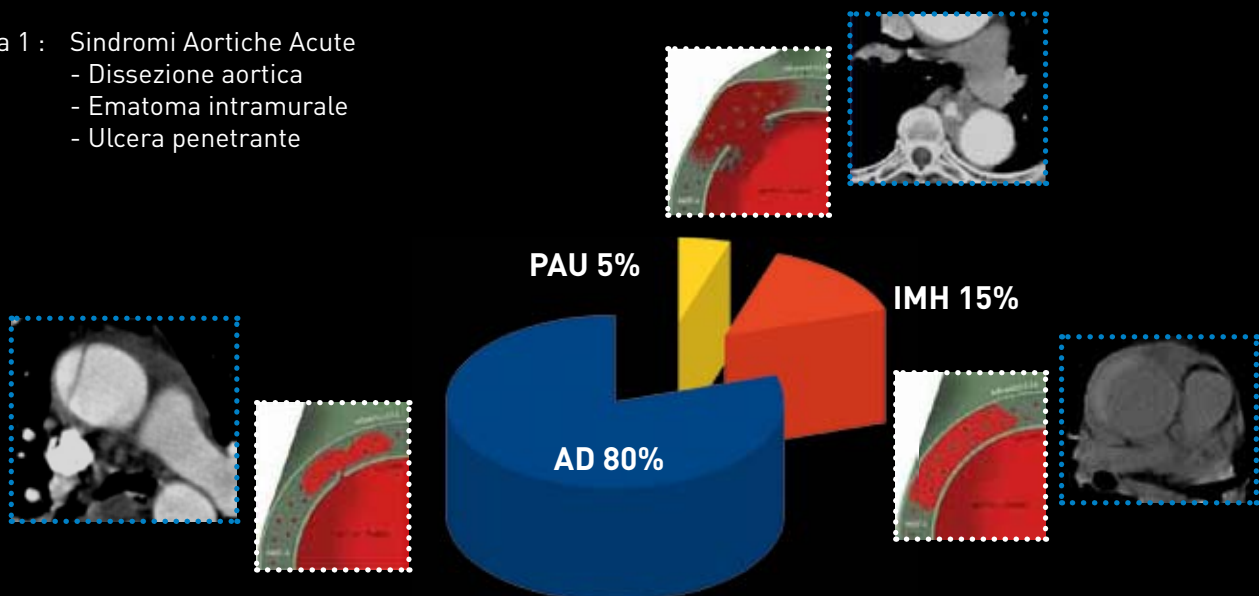


Tabella 1

	CT	TEE	MRI
Accuracy with classic dissection	+++	+++	+++
Accuracy with dissection variants	+++	+	+++
Visualization of entire aorta	+++	-	+++
Branch artery involvement	+++	+	+++
Coronary involvement	++	++	++
Aortic valve involvement	+	+++	+
Entry/reentry tear localization	+++	+	+++
Rupture	+++	++	+++
Objectivity/reproducibility	+++	+	+++
Portability	-	+++	-
Availability	+++	++	+
Speed	+++	++	+
Ease of monitoring patients	+++	+++	-
Patient comfort/lack of invasiveness	+++	-	+

Key: +++, excellent; ++, good; +, fair; -, poor.

eseguiti in passato. Allo stato attuale, l'Ecocardiografia integrata (TTE + TEE), la MSTC e la MRI hanno sensibilità e specificità sovrapponibili, ed estremamente elevate. Per una probabilità pretest del 50% il valore predittivo positivo di ciascuna tecnica è del 95%; per una probabilità pre-test del 5% il valore predittivo del test negativo è praticamente assoluto. Quello che distingue queste tecniche di Imaging è la accuratezza diagnostica per alcune varianti cliniche, la panoramicità, la capacità di valutare la valvola aortica, il dettaglio nello studio dei rami arteriosi che originano dalla

aorta, la versatilità di uso (Tabella 1). Lo studio ecocardiografico integrato è sicuramente più disponibile in ambito cardiologico, è attuabile in pronto soccorso, al letto del malato, in sala operatoria o in emodinamica; la TAC multistrato è l'imaging "ideale" per le dettagliate informazioni anatomiche, per la "visione panoramica" di tutta l'aorta e dei suoi rami, per la rapidità con cui le informazioni vengono acquisite nei pazienti "critici", per la possibilità di analizzare tutti i parametri anatomofunzionali necessari per una gestione completa del paziente con SAA (Tabella 2). Quali informa-

zioni dalle singole metodiche di Imaging nelle SAA? La Ecocardiografia integrata (TTE + TEE), oltre al rilievo del "flap" (informazione che da sola ha valore diagnostico e prognostico elevatissimo) fornisce altri elementi diagnostico - decisionali di rilievo come la presenza di versamento pleurico e/o pericardico, la presenza e il meccanismo della insufficienza aortica. Nonostante gli indubbi vantaggi "logistico - gestionali", l'Ecocardiografia integrata ha il limite di una visualizzazione non perfetta di alcuni settori e di una panoramicità assolutamente non comparabile a quella della

Tabella 2
Informazioni diagnostiche essenziali nella Dissezione Aortica (DA)

- Diagnosi di dissezione
- Tipo anatomico / estensione
- Tear d'entrata
- Insufficienza aortica
- Versamento pericardico, pleurico, ematoma periaortico o mediastinico
- Trombosi falso lume
- Coinvolgimento collaterali
- Arterie coronarie
- Funzione ventricolare sinistra



Figura 2 : MSTC

MSTC. Quest'ultima, invece, consente di visualizzare tutta l'aorta, esplorare in una unica soluzione estesi settori anatomici, ricostruire le immagini in 3D, con dettagliata localizzazione del "tear" e dei rapporti con l'origine dei rami aortici, valutare la estensione del falso lume e la presenza di indicatori prognostici sfavorevoli (Figura 2). Il tutto con una velocità impensabile per tutte le altre metodiche di Imaging e con minimi artefatti "pulsatili" se si impiega il gating ECG. Vantaggi aggiuntivi della MSTC sono la esplorazione diagnostica degli organi toraco-addominali, con conseguenti informazioni "aggiuntive" (malperfusione viscerale, edema intestinale), e possibili diagnosi "incidentali" o "alternative" nel "rule-out" del dolore toracico. Nella DA di tipo B la MSTC costituisce la metodica di riferimento per la valutazione della terapia endovascolare; ma l'Ecocardiografia transesofagea rimane la tecnica di scelta per il monitoraggio intraprocedurale finalizzato a ottimizzare il risultato. Nonostante la multiplanarità, la disponibilità di ricostruzione 3D, la possibilità di

impiego in alcune condizioni peculiari, la possibilità di studio della valvola aortica, la MRI è tecnica poco impiegata nelle SAA (Registro IRAD :1 %) per la scarsa versatilità nei pazienti instabili. E' tuttavia metodica ideale per il follow-up ed utile nelle SAA "non classiche" (ematoma intramurale, ulcera penetrante) in cui il paziente è stabile ma "potenzialmente evolutivo". Nell'ematoma intramurale infatti la evoluzione è estremamente variabile, il confine con la dissezione aortica è "labile", ed è necessario un follow-up strutturato, attento a cogliere gli indicatori di prognosi sfavorevole e/o evolutività. La attenzione massima va riservata alla forma di tipo A, in cui la mortalità è elevata (dal 10 al 36% nell'IRAD). L'ulcera penetrante ha un rischio di rottura uguale o addirittura più alto rispetto alla dissezione aortica e all'ematoma intramurale, con il quale spesso si associa. La MSTC e la MRI sono sicuramente le metodiche di scelta per questa variante di SAA, nella cui valutazione non sono state testate, nonostante un razionale teorico favorevole, le tecniche intralumini-

nali. Delle tecniche intraluminali, utili come guida alle procedure di fenestrazione e stenting, la Ecocardiografia intracardiaca "phase-array" sembra più efficace dell'IVUS, ma al momento non si vede ancora lo spazio per un impiego clinico estensivo. Prossimamente saranno disponibili aggiornamenti tecnologici delle tecniche non invasive: gli scanner "Multiplex" renderanno ancora più veloce la MSTC, aggiungendo risoluzione e dettaglio anatomico, la MRI 3 Tesla consentirà di abbinare maggiore risoluzione spaziale a maggiore risoluzione temporale. Conclusioni: l'Imaging è un componente essenziale del processo di cura delle SAA, indispensabile per la valutazione diagnostico/prognostica e per la pianificazione dei trattamenti. L'utilizzo appropriato dell'Imaging è basato sul quesito clinico, sulle condizioni del paziente, sulle realtà locali, sulle potenzialità delle singole metodiche. L'Imaging multimodale, gli aggiornamenti tecnologici, l'impiego di biomarkers specifici saranno il futuro prossimo nella valutazione di questi pazienti.

L'Area Emergenza - Urgenza e il nuovo Comitato di Coordinamento: *le persone che mi affiancheranno in questa avventura*

Un gruppo di lavoro con tanti progetti da realizzare

È un grande piacere presentarvi i nuovi membri del Comitato di Coordinamento dell'Area Emergenza - Urgenza: ci siamo incontrati a febbraio per tracciare insieme le linee del nostro futuro lavoro e ci auguriamo di continuare a percorrere una strada comune con tutti gli Iscritti all'Area e con tutti i Cardiologi che in seno all'ANMCO condivideranno il nostro entusiasmo. Il Co - Chairman è Leonardo De Luca, di Roma, che nell'Area lavora già da diverso tempo, e che ha condiviso con me tanta vita associativa negli ultimi quattro anni. E di vita si è realmente trattato, perchè insieme agli altri membri dei precedenti Comitati abbiamo progettato, provato, realizzato, fallito e riprovato, come tutti i gruppi affiatati di persone che vogliono arrivare ad un obiettivo e passano attraverso un percorso produttivo. Leonardo ha curato per l'Area Emergenza - Urgenza alcuni progetti di ricerca che scaturivano dal-

DI MADDALENA LETTINO



la messe di dati disponibili dai Registri ANMCO già conclusi, dei quali c'erano ancora correlazioni da analizzare, spunti da verificare. Ha contribuito a generare i primi Corsi di Clinical Competence per il Cardiologo dell'UTIC, quando, dopo esserci interrogati sull'opportunità di definire meglio il ruolo professionale del Cardiologo Intensivista, abbiamo ritenuto opportuno tracciarne un percorso formativo in un momento in cui la complessità della patologia cardiologica acuta e la ricchezza degli avanzamenti tecnologici rischiavano di essere gestite da altre specialità, senza trovare un Cardiologo consapevole del proprio ruolo che fosse in grado di governar-

le. Leonardo rappresenta insieme la continuità e l'innovazione: sarà con noi per trasformare le vecchie idee in nuovi progetti e per portarle avanti in futuro, anche quando questo Comitato di Coordinamento avrà finito il suo compito. Ignazio Maria Smecca e Alessandro Capecchi, rispettivamente di Palermo e Bentivoglio, vengono dalla grande esperienza dei Gruppi di Rianimazione Cardiopolmonare: una vera palestra di lavoro comune, rigoroso e vivace, capace di formare e di far crescere. Contribuiranno al progetto di implementazione della competenza cardiologica in area intensiva di cui abbiamo più volte parlato. Rappresenteranno in seno all'Area le due macroregioni del Centro - Sud e del Centro - Nord, in modo tale che nelle nostre iniziative non vada perduta nessuna delle istanze che possano provenire da regioni differenti, spesso accomunate dagli stessi problemi, anche se talora costrette a fronteggiarli con strumenti diversi. Al

Simposio dell'Area, al Congresso Nazionale 2011, a loro è affidato il tema dei pazienti complessi: pazienti con sindrome coronarica acuta e compromissione della funzione renale, o che manifestano la malattia coronarica con l'insufficienza ventricolare sinistra, condizioni nelle quali la figura del Cardiologo Intensivista si cimenta quotidianamente, dal corretto impiego della terapia antitrombotica, al monitoraggio emodinamico, all'emodiafiltrazione e all'assistenza ventricolare. Niccolò Brenno Grieco, di Milano, è un giovane Cardiologo che vive la quotidianità dell'UTIC di un Centro Hub, ma che ha maturato anche una grande esperienza nel mondo dell'emergenza sul territorio, ricoprendo un ruolo attivo nel 118 lombardo, alle prese con quelle patologie cardiologiche acute che arriveranno alla terapia intensiva o all'Emodinamica, veicolate dalla "rete" interospedaliera. Niccolò si è occupato in modo attivo dell'organizzazione della Rete per l'Emergenza Cardiologica territoriale di Milano contribuendo alla stesura di protocolli di trattamento preospedaliero delle sindromi coronariche acute e alla realizzazione di registri tematici sui diversi aspetti clinico - epidemiologici delle stesse. Emilio Di Lorenzo è il quarto membro del Comitato di Coordinamento dell'Area Emergenza - Urgenza. In Campania, regione

in cui vive, si occupa di Emodinamica e di terapia Intensiva Cardiologica e ricoprirà il ruolo importante di colui che ci "porta" a tutti gli altri; gestirà infatti a nome di tutti noi quella parte del Sito WEB che è riservata alle Aree e che auspichiamo diventi per noi lo strumento per continuare a comunicare con gli Iscritti e con tutti coloro che sono interessati ai nostri progetti. Con la nostra prima riunione abbiamo tracciato le linee dell'attività del prossimo biennio. Come già scritto su questa stessa Rivista vorremmo rivedere e migliorare i nostri corsi di Clinical Competence, concependoli anche come uno strumento di qualificazione per la certificazione europea. Abbiamo immaginato un unico corso annuale intensivo, che consenta di acquisire un titolo e che possa configurarsi come uno strumento privilegiato per accedere all'esame del Working Group Europeo di Acute Cardiac Care. Siamo già stati la prima Associazione cardiologica nazionale che ha promosso l'identificazione delle competenze del Cardiologo Clinico Intensivista e saremmo ancora una volta la prima che si allinerebbe con gli standard di formazione europea. Abbiamo inoltre concepito un progetto scientifico di valutazione prospettica delle complicanze emorragiche che avvengono nelle nostre Cardiologie durante il trattamento delle sindromi

coronariche acute e del loro peso prognostico. Il progetto farà tesoro di esperienze regionali già strutturate e pronte a partire, per estendere poi la valutazione alle numerose realtà del territorio nazionale. Ci occuperemo infine di corretto utilizzo dei più moderni biomarcatori di necrosi miocardica. Abbiamo infatti raccolto le richieste di maggior chiarezza e regolamentazione di tanti circa l'impiego delle troponine ad alta sensibilità nei dipartimenti di emergenza e intendiamo proseguire l'ottimo lavoro già compiuto prima di noi insieme ai medici di quelle realtà a proposito della corretta e comune gestione del dolore toracico. Al nostro fianco lavoreranno quelli che la burocrazia ci impone di chiamare Consulenti dell'Area e che noi vorremmo chiamare Amici, come Giuseppe Fradella, di Firenze, precedente Chairman, che sarà al nostro fianco per il progetto della Clinical Competence, e Paolo Trambaiolo, di Roma, che collaborerà con noi per tutto ciò che riguarda le metodiche di immagine in emergenza e il loro impiego ragionato. Il nostro impegno principale sarà quello di essere aperti alle esigenze di tutti coloro che lavorano nell'emergenza cardiologica: con questo spirito vi aspettiamo al Congresso Nazionale per ricevere direttamente i vostri consigli e la vostra preziosa collaborazione.



Il senso clinico in una carezza

Il “senso clinico” per ovviare all'imprecisione delle indagini strumentali

DI GUIDO GIORDANO

La tenera carezza della mamma che sfiora la fronte della propria bambina per capire se ha la febbre; la mamma che usa il termometro digitale per lo stesso scopo: due gesti consueti, accomunati da un significato clinico, in entrambi i casi la mamma cerca segni di malattia. La misurazione con termometro digitale lascia pochi margini di dubbio, richiede l'osservanza di una semplice procedura e fornisce risultati certi. Il primo gesto, quello della carezza, è invece più ricco



di significati emotivi, non fornisce dati precisi ma richiede la “sensibilità clinica” della mamma che conosce bene la sensazione di “normalità” della temperatura corporea del proprio

bambino. La “sensibilità clinica” della mamma serve quindi ad ovviare alla imprecisione insita nella rilevazione della temperatura corporea mediante il termo - tatto. Il ricorso al termometro digitale, invece, è un gesto impersonale che fornisce risultati precisi. Cosa c'entra tutto questo con la Medicina? Raccogliere i “segni della malattia” è compito della semeiotica; il Medico abbina il sapiente uso dei cinque sensi al crescente ricorso a sofisticate metodiche strumentali,

Il Medico abbina il sapiente uso dei cinque sensi al crescente ricorso a sofisticate metodiche strumentali, capaci di cogliere “segni di malattia” altrimenti impercettibili con i cinque sensi



capaci di cogliere “segni di malattia” altrimenti impercettibili con i cinque sensi. La diagnostica strumentale ha ruoli e potenzialità sempre crescenti e la diagnostica per immagini ne rappresenta una componente fondamentale. La rilevazione della temperatura corporea con termometro digitale è un

te, il calcolo della frazione d’iezione. In questo caso l’errore di misura può essere maggiore del 20%. Stimare i volumi ventricolari e la frazione d’iezione con tale margine di errore significa ricavare dati clinici poco affidabili e quindi rendere opinabili le conseguenti decisioni cliniche. Ma come

ne di misura ma anche il frutto di un giudizio clinico che porta a scartare risultati incoerenti e stimare il risultato. Per migliorare la precisione occorrono strumenti di qualità, tecnologie innovative, elevata competenza tecnica e professionale ma anche tempi di esecuzione dell’indagine considere-

Come la mamma ha imparato a riconoscere la “normale” temperatura corporea del proprio bambino, il Medico fa proprio un enorme patrimonio culturale scientifico combinato con una lunga e complessa fase di addestramento clinico che gli consente di intuire e cogliere aspetti altrimenti non rilevabili con determinatezza e precisione strumentale

esempio di diagnostica strumentale, semplice ed economica, che fornisce risultati precisi ed affidabili. Ci sono innumerevoli metodiche diagnostiche, sofisticate e tecnologicamente complesse, che tuttavia, a differenza del termometro digitale, spesso forniscono dati clinici imprecisi e poco riproducibili, penalizzati da un rilevante margine di errore di misura. In questo caso occorre “interpretare” i dati ottenuti. L’errore di misura è insito in qualsiasi procedura di misurazione ed è ineliminabile; talvolta è minimo e la misura è molto precisa, in altri casi è rilevante e la misura è imprecisa. Un esempio è la stima ecocardiografica dei volumi diastolico e sistolico del ventricolo sinistro e, conseguentemente-

fare ad ovviare all’inevitabile errore di misura? Si ricorre a diversi espedienti: far uso sapiente delle tecnologie disponibili, da quelle più datate a quelle più recenti, utilizzare apparecchiature di elevata qualità, disporre di grande esperienza ed elevate competenze nella tecnica di scansione, ricorrere a mezzi di eco contrasto. Impiegando le più recenti e sofisticate metodiche ecocardiografiche si può raggiungere un grado di precisione confrontabile con quello della risonanza magnetica, che è la metodica di riferimento. Ma questi espedienti tecnologici e professionali non bastano, occorre aggiungere le competenze cliniche. Il calcolo della frazione d’iezione non è solo una mera e scrupolosa operazio-

volmente più lunghi. Ne consegue la necessità di saper calibrare il grado di precisione sulla base delle esigenze del contesto clinico. L’imprecisione è insita in molte attività mediche, ed è la ragione per cui non può essere affrontata solo eseguendo scrupolose procedure tecniche ma richiede le competenze cliniche che sono proprie del Medico. Da qui l’analogia con il gesto della mamma che rileva la temperatura corporea toccando la fronte del proprio bambino; la mamma non sbaglia nel distinguere la temperatura corporea dalla febbre alta, ma può sbagliare a riconoscere la febbre. Quando il termometro non era stato ancora inventato la mamma poteva fare ricorso solo alla propria “sensibi-



lità” clinica, oggi dispone di uno strumento di semplice utilizzo, affidabile e molto preciso. Nel momento in cui una metodica diagnostica per quanto complessa si traducesse nella misura di parametri affidabili e precisi, essa diverrebbe di pertinenza di operatori tecnici opportunamente addestrati e non richiederebbe più l'intervento del Medico, che è indispensabile quando entra in gioco l'imprecisione, cioè quando occorre interpretare ed esercitare il senso clinico. Il calcolo dei volumi ventricolari è alla base di importanti momenti decisionali: impiantare un device elettrofisiologico oppure procedere ad un intervento chirurgico. In questo esempio una decisione terapeutica strategica è basata su parametri poco affidabili ed imprecisi. Nel caso in cui una decisione diagnostica fosse basata su dati clinici rilevabili con precisione ed assai riproducibili, essa

diverrebbe il frutto dell'applicazione di algoritmi, poco dipendente dalla interpretazione del Medico. Paradossalmente potremmo immaginare scenari utopistici in cui il ruolo del Medico verrebbe soppiantato dai computer. È proprio l'imprecisione, la dipendenza dall'operatore delle indagini diagnostiche e il loro margine di indeterminazione che richiedono una risposta. La soluzione proviene dalla competenza clinica che è specifica della professione medica. Il referto strutturato, cioè l'insieme del referto diagnostico e del materiale videografico che ne sostiene la veridicità, documentando gli elementi su cui si basa la diagnosi, i margini dell'imprecisione ed il contesto in cui si opera, è lo strumento che migliora l'affidabilità della diagnosi e mette in evidenza il merito di chi conduce l'indagine. Come la mamma ha imparato a riconoscere la “norma-

le” temperatura corporea del proprio bambino, il Medico fa proprio un enorme patrimonio culturale scientifico combinato con una lunga e complessa fase di addestramento clinico che gli consente di intuire e cogliere aspetti altrimenti non rilevabili con determinatezza e precisione strumentale. Ipotizzo uno scenario fantascientifico e paradossale in cui l'invenzione di strumenti diagnostici assai accurati, precisi ed affidabili ridurrebbe il bisogno delle capacità interpretative cliniche proprie del Medico, il cui ruolo, paradossalmente, potrebbe essere sostituito dall'applicazione di algoritmi decisionali e quindi affidato ai computer. Siamo ben lontani da uno scenario simile perché le metodiche diagnostiche, per quanto sofisticate ed evolute, presentano limiti di incertezza che trovano come unica soluzione le competenze cliniche del Medico.

L'embolia polmonare di Serena Williams

Meditiamo gente, meditiamo

DI LORIS RONCON

«... Ho avuto paura per la mia vita... Non riesco più a respirare... Non riesco più a prendere aria... E le gambe erano diventate molli...». Sono queste le parole dell'intervista rilasciata dalla campionessa di tennis Serena Williams all'uscita del Cedars Sinai Medical Center di Los Angeles dove era stata ricoverata a seguito di una embolia polmonare. E in quei primi giorni del marzo scorso i giornalisti di tutti i media si rincorrevano nel ricercare esperti che dessero spiegazioni su questa malattia diventata famosa



polmonare fu descritto nel 1837 da un Medico francese in una paziente (anch'essa donna) ricoverata in Ospedale per una distorsione ad un arto inferiore e due settimane dopo, mentre stava parlando con i vicini di

casa, manifestò improvvisamente una cianosi del volto. Dopo alcuni minuti si riprese ma morì poco dopo durante un accesso analogo. All'autopsia il Medico descrisse «Un cuore ingrandito e coaguli scuri ben organizzati nel ventricolo destro e nell'arteria polmonare». La storia della Williams è paradigmatica di un paziente con embolia polmonare. L'intervento chirurgico ad un piede, l'immobilizzazione prolungata, un lungo viaggio aereo e quindi la dispnea improvvisa con successivo ricovero per embolia polmonare. L'ac-

La notizia che una giovane campionessa di tennis è stata colpita da embolia polmonare fa presto il giro del mondo e improvvisamente ci si accorge che questa malattia ritenuta poco diffusa, se non rara è invece la terza causa di morte per motivi cardiovascolari

per avere colpito improvvisamente una giovane atleta. «Nessuno è immune da questa malattia nemmeno un super atleta», dichiarava Samuel Goldhaber, ben noto a noi Cardiologi in quanto considerato massimo esperto in tema di embolia polmonare, e rimbalzava il ricordo che il primo caso di embolia



cusa che «Da parte dei Medici ci sarebbe stata all'inizio una grave sottovalutazione della gravità del suo malessere...» e le domande sempre più frequenti nei blog: perché una atleta di 29 anni vincitrice di 13 titoli del Grande Slam ex campione numero uno mondiale del tennis possa essere colpita da questa malattia? Che rischio abbiamo tutti

noi di fronte a questa patologia? Quali sono le cose che dobbiamo sapere per evitarla? E questi interrogativi presenti in tutti i giornali, hanno riconfermato quanto siano ancora contemporanee le osservazioni del Dott. Pietro Zonzin, che nel 2002 aveva costituito l'Area delle Malattie del Circolo Polmonare, in un articolo di "Cardiologia negli Ospedali" (N. 128/129 luglio/settembre 2002, pag. 26) e che credo visto quanto sopra sia opportuno ricordare.

L'embolia polmonare in cifre

30 - 100 nuovi casi per anno per 100.000 abitanti;

3° posto per mortalità tra le malattie cardiovascolari;

84% omissione della diagnosi;

8% mortalità in casi diagnosticati e trattati;

30% mortalità nei casi non diagnosticati;

0,5% dei sopravvissuti sviluppa ipertensione polmonare.

Scopi dell'Area

1. Sensibilizzare la comunità cardiologica alle patologie del circolo polmonare (troppo spesso erroneamente considerate dal cardiologo come marginali ai suoi interessi culturali e pratici).

2. Aggregare i Centri di Cardiologia che si interessano, curano e seguono queste patologie.

3. Collaborare con altri Gruppi di Studio e Società Scientifiche che coltivano interessi analoghi.

Per questo motivo in occasione del 42° Congresso Nazionale di Cardiologia il Comitato di Coordinamento

dell'Area Malattie del Circolo Polmonare ha deliberato di dedicare il Simposio dell'Area a quegli aspetti di tipo diagnostico - terapeutico che possono essere utili al Cardiologo clinico, che non necessariamente ha come interesse di ricerca la malattia tromboembolica venosa o l'ipertensione polmonare, nella gestione di questa patologia.

Il Simposio

"Embolia polmonare: mia, tua, di nessuno", il titolo nasce da quelle che sono proprio le peculiarità dell'embolia polmonare. "Di nessuno", in quanto è una della diagnosi principalmente mancate dal Medico. Se non c'è sospetto clinico non ci può essere diagnosi di embolia polmonare ed esso rappresenta il prerequisito necessario per arrivare ad una diagnosi di certezza. Bisogna sospettare spesso l'embolia polmonare per poterne confermare la presenza qualche volta, anche in un caso di "giovane atleta". "Tua" perché la malattia è di interesse multidisciplinare e vede coinvolti molteplici attori. Situazione che porta talvolta, in mancanza di percorsi assistenziali predeterminati, a frammentare il coinvolgimento del singolo professionista limitandolo solo ad una prestazione diagnostica o a quella parte della cura che riguarda esclusivamente la propria specialità, senza considerare il continuum della malattia tromboembolica venosa che può iniziare con una trombosi venosa profonda agli arti inferiori, primo evento in alcuni casi di una patologia neoplastica fino ad allora misconosciuta, e terminare

con l'ipertensione cronica post embolica, con nel mezzo i problemi legati all'anticoagulazione orale. "Mia", è questo l'aggettivo che deve interessare di più la figura del Cardiologo, in quanto deve riappropriarsi di quella che il precedente Chairman dell'Area, Dott. Andrea Rubboli, usava definire "la cultura" dell'embolia polmonare. La nostra specialità per conoscenze sia nel campo clinico che diagnostico - terapeutico ci permette di avere un ruolo fondamentale in questa malattia. Ruolo che non deve limitarsi a considerare gli aspetti della fase acuta, ma anche tenere in considerazione altri elementi che possono influenzare la prognosi a lungo termine, come ad esempio le modalità di un follow - up adeguato non ancor considerato nelle Linee Guida e sul quale l'Area si sta impegnando nel produrre, con un gruppo di lavoro coordinato dal Dott. Carlo D'Agostino, un documento di consenso. Su questi punti si alterneranno nel Simposio: il Dott. Franco Casazza nel ruolo del Cardiologo in questa malattia alla luce anche dei dati del Registro Italiano sull'embolia polmonare (IPER) di cui è il coordinatore; il Dott. Giuseppe Favretto su cosa il Cardiologo deve ricordarsi fra i vari esami diagnostici e terapia ed infine il Dott. Amedeo Bongarzone su cosa fare dopo l'embolia polmonare. È tempo anche per noi, analogamente a quanto hanno già fatto i nostri Colleghi anglosassoni, di una "call to action" per sollecitare la nostra attenzione sul tema della malattia tromboembolica venosa in tutti i suoi aspetti.

SOCRATES

(Survey On Cardiac Risk profile And lyfesTyle habitS in a cohort of Italian Cardiologists)

Un'indagine conoscitiva sullo stato di salute dei Cardiologi italiani

DI POMPILO FAGGIANO, PIERLUIGI TEMPORELLI, GIANFRANCESCO MUREDDU



Un'efficace prevenzione cardiovascolare (primaria e secondaria) si basa sia su strategie di popolazione, sia sulla stratificazione del rischio individuale. Il Cardiologo, nella sua attività clinica quotidiana, ha da sempre rivestito un ruolo fondamentale nel diffondere l'abitudine alla stratificazione del rischio cardiovascolare ed all'applicazione pratica di misure di prevenzione appropriate. Per il ruolo centrale che riveste nella valutazione del rischio cardiovascolare, inoltre, viene di frequente identificato come opinion leader, figura professionale in grado di comunicare la conoscenza scientifica sulla prevenzione cardiovascolare ad altri medici e figure professionali sanitarie. Infine, sia per l'indubbio effetto sulla propria salute che per la possibilità di costituire un esempio per la popolazione generale,

avendone gli strumenti "culturali" il Cardiologo dovrebbe rappresentare egli stesso un soggetto con "profilo di rischio ideale" ⁽¹⁾. Sorprendentemente, vi sono invece informazioni molto limitate sullo stato di salute cardiovascolare dei Medici, e dei Cardiologi in particolare, ed i dati disponibili sono poco confortanti, in termini di aderenza a corretti stili di vita e di adeguato (o ottimale) controllo dei fattori di rischio; inoltre, la classe medica tende generalmente a sottovalutare su se stessa il peso del singolo fattore di rischio e quindi del rischio cardiovascolare globale ⁽²⁻⁶⁾.

Da questi presupposti parte una indagine conoscitiva con l'obiettivo di valutare lo stato di salute dei Cardiologi italiani ideata e voluta dall'Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO e dal Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preven-

tiva (GICR - IACPR), denominata S.O.C.R.A.T.E.S. (Survey On Cardiac Risk profile And lyfesTyle habitS in a cohort of Italian cardiologists). La collaborazione dell'Associazione Regionale Cardiologi Italiani (ARCA), consentirà una diffusione sul territorio nazionale che ne farà crescere il potenziale impatto informativo e clinico. Quanti Cardiologi controllano periodicamente il proprio stato di salute? E come lo fanno? Applicano su se stessi le Linee Guida scientifiche e la medicina basata sull'evidenza che molto spesso e con successo, predicano e diffondono? Queste domande sono rilevanti e legittime, perché i Cardiologi come del resto tutti i comuni mortali, non sono esenti da forme di resistenza verso le proprie patologie, i propri fattori di rischio e la disponibilità o motivazione a cambiare stili di vita non salutari.

Il riquadro: dati antropometrici e clinici e stile di vita			
Scatoli:			
Cardiologo clinico	SI	NO	
Intendimentista/elettrofisiologo	SI	NO	
Radiologo	SI	NO	
Cardiologo	SI	NO	
In che regione lavori:			
HA			
Sesso	M	F	
Peso (Kg)			
Altezza (cm)			
Circonferenza vita (cm)			
Frequenza Cardiaca a riposo			
Nel storia di:			
ictus/ischemia/IMA/stroke/infarto/angioplastica	SI	NO	
Ipertensione cronica			
Sesso	M	F	ANNI dalla sospensione: SI NUMERO/ORA:
Nel storia di:			
ipertensione arteriosa	SI	NO	
ipercolesterolemia	SI	NO	
Diabete mellito	SI	NO	
Nel famiglia per arteriosclerosi precoce (parenti di I grado con età di insorgenza < 55 anni)			
	SI	NO	

Figura 1

Il riquadro: anamnesi personale			
Pressione arteriosa			
abituamente la tua pressione arteriosa è:	<=140/90	<= 130/80	>140/90
quando hai misurato la PA l'ultima volta?	<12 mesi	>12 mesi	
Ultimo valore di PA misurato (mmHg)			
Profilo lipidico			
quando hai misurato il profilo lipidico l'ultima volta?	< 12 mesi	>12 mesi	
Ultimo valore di Col. T disponibile (mg/dl)			
Ultimo valore di Col. HDL disponibile (mg/dl)			
Ultimo valore di Trigliceridi disponibile (mg/dl)			
Profilo metabolico			
hai mai eseguito l'emoglobina glicata	SI	NO	
quando hai misurato la glicemia l'ultima volta?			
	<12 mesi	>12 mesi	
Ultimo valore di glicemia disponibile (mg/dl)			
Ultimo valore di creatinemia disponibile (mg/dl)			

Figura 2

Il progetto SOCRATES potrebbe e dovrebbe:

- colmare una lacuna conoscitiva sul profilo di rischio cardiovascolare di una categoria di soggetti, di età generalmente compresa tra 30 e 70 anni, classicamente considerata molto informata sui meccanismi patogenetici delle malattie cardiovascolari, sul ruolo dei fattori di rischio cardiovascolari e sulle modalità di controllo degli stessi;
- identificare discrepanze tra le competenze specifiche nei confronti della malattia cardiovascolare e dei suoi trattamenti e atteggiamenti individuali a rischio o trattamenti inadeguati, potenzialmente modificabili;
- contribuire ad avviare progetti finalizzati di educazione sanitaria ed interventi strutturati, con comprensibili ricadute anche sulla popolazione di soggetti/pazienti in cura presso il

singolo Cardiologo preso in considerazione.

Lo strumento che è stato scelto è quello del questionario, che naturalmente sarà un questionario moderno, web - based e di rapida compilazione (per favorire l'adesione della classe medica al progetto), ma nello stesso tempo esauriente e ricco d'informazioni. Nella Figura 1 è rappresentato il primo dei 5 riquadri in cui il questionario è strutturato, quello relativo ai dati antropometrici. La Figura 2 mostra il II riquadro del questionario, relativo all'anamnesi personale. Il lancio del progetto SOCRATES è previsto nel corso del Congresso Nazionale ANMCO con l'obiettivo di chiudere la raccolta dei dati entro ottobre 2011. La consapevolezza è il primo passo verso la vera conoscenza. Partecipate numerosi!

Bibliografia

1. Lloyd-Jones DM et Al . Defining and Setting National Goals for Cardiovascular Health Promotion and Disease Reduction. The American Heart Association's Strategic Impact Goal Through 2020 and Beyond. *Circulation*. 2010;121:586-613
2. Scranton E et Al . Lack of Cholesterol Awareness among Physicians Who Smoke. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2009, 6:635-642.
3. Scranton RE et Al. Characteristics Associated with Differences in Reported Versus Measured Total Cholesterol Among Male Physicians. *The Journal of Primary Prevention* 2005; 26:51-61.
4. Kay MP et Al. Doctors do not adequately look after their own physical health. *MJA* 2004; 181: 368-370.
5. Mathavan A. Madurai Area Physicians Cardiovascular Health Evaluation Survey (MAPCHES) – an alarming status. *Can J Cardiol* 2009;25(5):303-308.
6. Abuissa H et al. Personal Health Habits of American Cardiologists. *Am J Cardiol* 2006; 97: 1093-1096.

Le riospedalizzazioni precoci dopo un ricovero per scompenso cardiaco acuto

Con la Consensus a che punto siamo?

DI MAURO FEOLA, GIUSEPPE DI TANO, ANGELA BEATRICE SCARDOVI, GIANFRANCO MISURACA

È noto come lo scompenso cardiaco cronico sia una patologia debilitante, gravata da un'alta mortalità, con un impatto negativo sulla salute fisica e sull'equilibrio psico-emotivo del paziente e rappresenti un crescente problema economico dovuto soprattutto all'elevato numero dei ricoveri ospedalieri, alle riospedalizzazioni, spesso ravvicinate e alla lunga durata

2%), una riduzione della durata delle degenze (da 10,8 a 9,9 giorni per ricovero) ma soprattutto un elevato tasso di riospedalizzazione nei 12 mesi successivi del 17,4%. La più estesa indagine effettuata in Italia sull'argomento è quella svolta nel 2006 grazie al Registro sullo Scompenso Cardiaco Acuto, coordinato dall'ANMCO, nella quale 206 centri cardiologici hanno raccolto per 3 mesi dati relativi a 2.807

era del 12,8% con una riospedalizzazione del 38,1% (maggiore nel gruppo di pazienti con scompenso cardiaco cronico dimessi dopo un episodio di instabilizzazione). I dati americani provenienti dallo studio osservazionale OPTIMIZE - HF, effettuato su 225 ospedali e riguardante 30.136 pazienti con età maggiore di 65 anni dimessi dopo un episodio di scompenso cardiaco acuto, dimostrano una degenza

Lo scompenso cardiaco è una malattia cronica nella quale sono molto frequenti i ricoveri e le riospedalizzazioni precoci dopo la dimissione. Tramite una rete di collegamento tra Ospedale, Strutture dedicate territoriali e Medici di Medicina Generale si può gestire la patologia in modo migliore deospedalizzando il paziente

di ciascun ricovero. In una indagine condotta sui dati delle dimissioni per scompenso cardiaco (DRG 127) avvenuti nella Regione Piemonte dal 1996 al 2001, è stato osservato un aumento progressivo dei ricoveri (dall'1,3 al

pazienti ricoverati per scompenso cardiaco acuto. Dalla Survey è emerso che il tempo medio di degenza era di 9 giorni e che nel follow-up a 6 mesi (ottenuto soltanto in circa la metà della popolazione coinvolta) la mortalità

media minore (circa 4 giorni) ma una riospedalizzazione precoce (entro 30 gg) del 21,3%. Sebbene ci siano evidenze scientifiche che la terapia farmacologica diminuisca la mortalità e migliori la qualità della vita, molti



Figura 1

pazienti continuano ad essere sintomatici e si rivolgono prevalentemente all’Ospedale per le ricorrenti instabilizzazioni. Configurato ad affrontare prevalentemente lo scompenso cardiaco acuto (che nell’80% dei casi è secondario ad un peggioramento di uno scompenso cronico già noto), l’Ospedale è infatti visto spesso come la soluzione più “rapida, disponibile e di facile accesso” ai bisogni del paziente scompensato. Purtroppo mancano ancora, nella maggior parte della realtà italiana, le connessioni necessarie ad assicurare la continuità assistenziale al paziente dal momento della dimissione in poi. La guerra alle riospedalizzazioni si combatte con molteplici armi. Sul fronte strettamente ospedaliero risulta cruciale migliorare l’accuratezza della stratificazione prognostica alla dimissione, utilizzando una valutazione multiparametrica, possibilmente la più accurata e personalizzata possibile. È noto infatti come una riammissione precoce sia probabilmente provocata anche da una inadeguata gestione intraospedaliera. I dati del Registro ADHERE riportano come il 20% dei pazienti dimessi risulti ancora non essere nel “range” del peso “ideale”; la correzione della congestione e il raggiungimento della normoidratazione, obiettivi indubbiamente non sempre semplici da perseguire, associati a livelli ematici ridotti di BNP pre - dimissione dovrebbero rappresentare la guida per ogni clinico nel programmare la dimissione dall’Ospedale. In particolare per quanto riguarda il BNP vi sono recenti

segnalazioni che la persistenza di valori plasmatici elevati rappresentino un forte predittore di eventi (morte o riospedalizzazione) nei 6 mesi successivi alla dimissione. Tuttavia, la sensazione che traspare è che la decisione di quando dimettere un paziente con scompenso cardiaco venga condizionata non solo dai dati clinici (riduzione degli edemi e della classe NYHA, calo ponderale) ma anche da fattori di ordine gestionale e pratico (necessità di posti letto, durata improduttiva della degenza, ecc.). Inoltre la crescente presenza dell’età avanzata e delle comorbilità rendono il paziente scompensato sempre più complesso e condizionano indubbiamente sia la

particolare con il Medico di famiglia. La lettera deve contenere tutta una serie di dati utili per inquadrare il livello di severità della malattia assieme ad una serie di dati (come il peso ed il BNP alla dimissione) che potranno essere utilizzati dal Medico curante per individuare con appropriatezza e precocemente un episodio di instabilizzazione. Il potenziamento delle strategie di counselling infermieristico rivolto al paziente e a i suoi familiari, rivelatosi efficace in molteplici esperienze, risulta di altrettanta fondamentale importanza. È noto come il 50% dei frequenti ricoveri ripetuti viene precipitato da fattori potenzialmente modificabili (comorbidità poco

Molti pazienti continuano ad essere sintomatici e si rivolgono prevalentemente all’Ospedale per le ricorrenti instabilizzazioni

risposta clinica alle terapia sia il tipo di scelte terapeutiche e gestionali. Un’altra arma da sfruttare appieno è quella di migliorare l’accuratezza, la completezza e la comprensibilità delle nostre lettere di dimissione, che rappresentano il mezzo principale di comunicazione con il territorio ed in

o non trattate, ridotta compliance con bassa aderenza alle prescrizioni farmacologiche, dietetiche e comportamentali, inadeguati piani di dimissioni e follow - up, scarsa consapevolezza della malattia, richiesta tardiva di intervento medico, terapie inadeguate o inappropriate). Infine, ma non

certamente ultimo, è necessario il potenziamento dei collegamenti con il territorio, dove il paziente scompenso affronta, fortunatamente, gran parte della sua quotidianità. Tale obiettivo è ormai prioritario in tutti i sistemi sanitari occidentali: negli Stati Uniti è da poco partita una iniziativa

espressione delle figure professionali coinvolte nell'assistenza al paziente scompenso (Figura 1). L'obiettivo era quello di costruire delle reti organizzative tra ospedale e territorio, coinvolgendo varie figure professionali, e di delineare dei percorsi per gestire nel modo migliore il paziente

La riduzione dei ricoveri per scompenso cardiaco si può ottenere attuando i percorsi gestionali suggeriti dalla "Consensus Conference" del 2006

fortemente ambiziosa, coordinata dall'American College of Cardiology e dall'Institute for Healthcare Improvement, denominata H2H, Hospital to Home, che si propone, tramite un attento monitoraggio delle fasi successive alla dimissione, di ridurre del 20% entro il 2012 le riammissioni per scompenso cardiaco e infarto del miocardio. Il Medico di famiglia per le sue competenze e per il ruolo che riveste nel nostro SSN rappresenta il case manager della maggioranza dei pazienti con scompenso cardiaco. La definizione e l'implementazione dei collegamenti tra la sua figura e gli altri attori coinvolti nella gestione della malattia cronica, assieme agli appropriati percorsi diagnostici - terapeutici intra ed extraospedalieri, sono stati oggetto della Consensus Conference "Il Percorso Assistenziale del Paziente con Scompenso Cardiacaco" che l'ANMCO ha realizzato in collaborazione con le varie Società Scientifiche

con scompenso cardiaco, riducendo il tasso di ricoveri ripetuti. Dai lavori della Consensus Conference è scaturito un Documento pubblicato sul *Giornale Italiano di Cardiologia* nel 2006 che doveva rappresentare la guida per ogni Regione per redigere dei documenti programmatici di orientamento per le Aziende Sanitarie e Ospedaliere rispettando le specificità locali. Il Comitato di Coordinamento dell'Area Scompenso Cardiaco del biennio in corso ha deciso di fare il punto sull'attuazione dei contenuti della Consensus sullo Scompenso Cardiaco a cinque anni dalla pubblicazione del Documento, diffondendo un questionario ai Presidenti Regionali ANMCO dalle cui risposte si potrà ottenere una "fotografia" della realtà italiana nell'ambito della gestione dello scompenso cardiaco e il suo impatto sull'organizzazione dei Piani Sanitari Regionali.

Bibliografia essenziale

1. Anselmino M, Petrelli A, Gnani R, Bobbio M, Trevi GP. Epidemiologia dei ricoveri per scompenso cardiaco in Piemonte tra il 1996 e il 2001. *It Heart J Suppl* 2005;6:42-52
2. Curtis LH, Whellan DJ, Hammill BG, et al. Incidence and prevalence of heart failure in elderly persons, 1994-2003. *Arch Intern Med.* 2008;168(4):418-424.
3. Konstam MA, Gheorghade M, Burnett JC Jr, et al; Efficacy of Vasopressin Antagonism in Heart Failure Outcome Study With Tolvaptan (EVEREST) Investigators. Effects of oral tolvaptan in patients hospitalized for worsening heart failure: the EVEREST Outcome Trial. *JAMA.* 2007;297(12):1319-1331
4. Fonarow GC; Adams KF, Abraham WT, Yancy CW, Boscardin WJ from the ADHERE Scientific Advisory Committee, Study Group and Investigators. Risk stratification for in-hospital mortality in acutely decompensated heart failure. *JAMA* 2005; 293: 572-80
5. Peacock WF. Rapid optimization: strategies for optimal care of decompensated congestive heart failure patients in the emergency department. *Rev Cardiovasc Med* 2002; 3(Suppl 4): 41-8
6. Valle R, Aspromonte N, Giovinazzo P et al. B-Type natriuretic peptide-guided treatment for predicting outcome in patients hospitalized in sub-intensive care unit with acute heart failure. *J Cardiac Fail* 2008;14:219-24.
7. Tavazzi L, Maggioni AP, Lucci D et al. Nationwide Survey on acute heart failure in cardiology ward services in Italy. *Eur Heart J* 2006; 27:1207-15
8. Hernandez AF, Greiner MA, Fonarow GC et al. Relationship between early physician follow-up and 30-day readmission among Medicare beneficiaries hospitalized for heart failure. *JAMA* 2010; 303:1716-22
9. Di Lenarda A, Scherillo M, Maggioni AP et al. Current presentation and management of heart failure in cardiology and internal medicine hospital units: a tale of two words - the TEMISTOCLE study. *Am Heart J* 2003; 146:E1
10. Consensus Conference su Modelli Gestionali dello Scompenso Cardiaco (documento dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri -ANMCO2006) *G Ital Cardiol* 2006; 7:387-432

ABRUZZO



L. Paloscia

Presidente: Leonardo Paloscia (Pescara)
Consiglio Regionale:
 Domenico Di Clemente (Pescara)
 Giacomo Levantesi (Vasto - CH)
 Loredana Mantini (Chieti)
 Cosimo Napoletano (Teramo)
 Massimo Pasquale (Chieti)
 Marco Flavio Tiburzi (Avezzano - AQ)
www.anmco.it/regioni/elenco/abruzzo

BASILICATA



L. Truncellito

Presidente: Luigi Truncellito (Policoro - MT)
Consiglio Regionale:
 Antonio Giovanni Cardinale (Matera)
 Michele Antonio Clemente (Matera)
 Berardino D'alessandro (Policoro - MT)
 Salvatore Gubelli (Venosa - PZ)
 Pasqualino Innelli (Marsico Vetere - PZ)
 Antonio Lopizzo (Potenza)
 Rosa Anna Manta (Policoro - MT)

Vincenzo Domenico Martone (Potenza)
www.anmco.it/regioni/elenco/basilicata

CALABRIA



M. Chiatto

Presidente: Mario Chiatto (Cosenza)
Consiglio Regionale:
 Francesco Antonio Benedetto (Reggio Calabria)
 Roberto Caporale (Cosenza)
 Nicola Cosentino (Cariati - CS)
 Alfredo De Nardo (Vibo Valentia)
 Alessandro Ferraro (Località Germaneto - CZ)
 Raffaele Lumare (Crotone)
www.anmco.it/regioni/elenco/calabria

CAMPANIA



G. Gregorio

Presidente: Giovanni Gregorio (Vallo della Lucania - SA)
Consiglio Regionale:
 Cesare Baldi (Salerno)
 Gennaro Bellizzi (Ariano Irpino - AV)
 Nicola Capuano (Nocera Inferiore - SA)
 Aldo Celentano (Napoli)
 Franco Mascia (Caserta)
 Gerolamo Sibilio (Pozzuoli - NA)

Paolo Silvestri (Benevento)
 Attilio Varricchio (Napoli)
www.anmco.it/regioni/elenco/campania

EMILIA ROMAGNA



D. Ardissino

Presidente: Diego Ardissino (Parma)
Consiglio Regionale:
 Alessandro Capecchi (Bentivoglio - BO)
 Nicoletta Franco (Rimini)
 Alessandro Fucili (Ferrara)
 Alessandro Navazio (Reggio Emilia)
 Giampiero Patrizi (Carpi - MO)
 Angelo Placci (Ravenna)
 Claudio Reverberi (Parma)

Giovanni Quinto Villani (Piacenza)
www.anmco.it/regioni/elenco/emilia

FRIULI VENEZIA GIULIA



A. Di Chiara

Presidente: Antonio Di Chiara (Tolmezzo - UD)
Consiglio Regionale:
 Salvatore Accardo (Gorizia)
 Antonella Cherubini (Trieste)
 Ermanno Dametto (Pordenone)
 Giuseppe Di Fonso (Latisana - UD)
 Grazia Fazio (Gemona del Friuli - UD)
 Laura Massa (Trieste)
 Alessandro Proclmer (Udine)

Antonio Riccio (Spilimbergo - PN)
www.anmco.it/regioni/elenco/friuli

LAZIO



F. Colivicchi

Presidente: Furio Colivicchi (Roma)
Consiglio Regionale:
 Francesco Biscione (Roma)
 Giuseppe Cacciatore (Roma)
 Giuseppe Ferraiuolo (Roma)
 Antonino Granatelli (Tivoli - RM)
 Fabio Menghini (Roma)
 Roberto Mezzanotte (Ostia - RM)
 Giuseppe Pajes (Albano Laziale - RM)

Giovanni Pulignano (Roma)
www.anmco.it/regioni/elenco/lazio

LIGURIA



G. Mazzotta

Presidente: Gianfranco Mazzotta (La Spezia)
Consiglio Regionale:
 Federica Airoidi (Pietra Ligure - SV)
 Stefano Benedetto (Rapallo - GE)
 Ornella Magaia (Genova)
 Sandro Orlandi (Sestri Levante - GE)
 Claudio Rapetto (Imperia)
 Andrea Saccani (Genova)
 Luisa Torelli (Savona)
 Alberto Valbusa (Genova)

www.anmco.it/regioni/elenco/liguria

LOMBARDIA



L. Oltrona Visconti

Presidente: Luigi Oltrona Visconti (Pavia)
Consiglio Regionale:
 Francesca Buffoli (Mantova)
 Antonio Cirò (Monza)
 Giuseppe Di Tano (Cremona)
 Niccolò Grieco (Milano)
 Alberto Limido (Varese)
 Daniele Nassiacos (Saronno - VA)
 Marco Negrini (Milano)
 Carlo Sponzilli (Milano)

www.anmco.it/regioni/elenco/lombardia

MARCHE



L. Minutiello

Presidente: Luigi Minutiello (Fabriano - AN)
Consiglio Regionale:
 Luigi Aquilanti (Ancona)
 Giovanni Bersigotti (Pesaro)
 Gianserafino Gregori (Ascoli Piceno)
 Marco Marini (Ancona)
 Anna Patrignani (Senigallia - AN)
 Michele Danilo Pierri (Ancona)
 Andrea Pozzolini (Fano - PU)
 Ettore Savini (Fermo)

www.anmco.it/regioni/elenco/marche

MOLISE



C. Olivieri

Presidente: Carlo Olivieri (Isernia)
Consiglio Regionale:
 Giuseppe Attademo (Agnone - IS)
 Carolina De Vincenzo (Campobasso)
 Emilio Musacchio (Campobasso)
 Pierluigi Paolone (Campobasso)
 Roberto Petescia (Isernia)
 Marina Angela Viccione (Isernia)
www.anmco.it/regioni/elenco/molise

SARDEGNA



B. Loi

Presidente: Bruno Loi (Cagliari)
Consiglio Regionale:
 Raffaele Congiu (Cagliari)
 Francesco Dettori (Oristano)
 Rosa Chiara Manzi (Carbonia)
 Ignazio Maoddi (Nuoro)
 Antonella Marocco (Cagliari)
 Francesco Uras (Sassari)
www.anmco.it/regioni/elenco/sardegna

P.A. BOLZANO



R. Oberhollenzer

Presidente: Rainer Oberhollenzer (Bolzano)
Consiglio Regionale:
 Rupert Paulmichl (Merano - BZ)
 Walter Pitscheider (Bolzano)
www.anmco.it/regioni/elenco/bolzano

SICILIA



E. Mossuti

Presidente: Ernesto Mossuti (Siracusa)
Consiglio Regionale:
 Francesco Amico (Catania)
 Calogero Catalano (Siccia - AG)
 Roberto Di Paola (Catania)
 Giovanna Geraci (Palermo)
 Gianni Mobilia (Messina)
 Ignazio Maria Smecca (Palermo)
www.anmco.it/regioni/elenco/sicilia

P.A. TRENTO



D. Catanzariti

Presidente: Domenico Catanzariti (Rovereto - TN)
Consiglio Regionale:
 Annalisa Bertoldi (Trento)
 Roberto Bettini (Mezzolombardo - TN)
 Alessio Coser (Trento)
 Giuseppe Vergara (Rovereto - TN)
www.anmco.it/regioni/elenco/trento

TOSCANA



G. Casolo

Presidente: Giancarlo Casolo (Lido di Camaiore - LU)
Consiglio Regionale:
 Andrea Boni (Lucca)
 Gabriele Castelli (Firenze)
 Nicola Ciabatti (Livorno)
 Massimo Fineschi (Siena)
 Ugo Limbruno (Grosseto)
 Massimiliano Mariani (Massa)
 Anna Maria Paci (Pisa)
 Guido Parodi (Firenze)
www.anmco.it/regioni/elenco/toscana

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA



M.R. Conte

Paolo Scacciatella (Torino)

www.anmco.it/regioni/elenco/piemonte

Presidente: Maria Rosa Conte (Torino)
Consiglio Regionale:
 Paolo Angelino (Rivoli - TO)
 Giacomo Giovanni Boccuzzi (Torino)
 Paolo Corsetti (Torino)
 Anna Maria Costante (Alessandria)
 Brunella Demichelis (Torino)
 Federico Nardi (Verbania)
 Elena Maria Richiardi (Torino)

UMBRIA



P. Verdecchia

Presidente: Paolo Verdecchia (Perugia)
Consiglio Regionale:
 Daniella Bovelli (Terni)
 Rita Liberati (Foligno - PG)
 Sara Mandorla (Gubbio - PG)
 Cristina Martino (Spoleto - PG)
 Mariagrazia Sardone (Perugia)
 Donatella Severini (Città di Castello - PG)
www.anmco.it/regioni/elenco/umbria

PUGLIA



A. Villella

Luigi Stella (Gallipoli - LE)

www.anmco.it/regioni/elenco/puglia

Presidente: Alessandro Villella (Lucera - FG)
Consiglio Regionale:
 Giovanni Deluca (Barletta)
 Vincenzo Lopriore (Monopoli - BA)
 Antonella Mannarini (Monopoli - BA)
 Tiziana Mazzella (Lecce)
 Teresa Pascente (Taranto)
 Giuseppe Santoro (Conversano - BA)
 Giuseppe Scalera (Bari - Carbonara)

VENETO



P. Delise

Presidente: Pietro Delise (Conegliano - TV)
Consiglio Regionale:
 Emanuele Carbonieri (Bussolengo - VR)
 Fabio Chirillo (Trevise)
 Fabio De Conti (Camposampiero - PD)
 Alessandro Desideri (Castelfranco Veneto - TV)
 Cosimo Perrone (Arzignano - VI)
 Guerrino Zuin (Mestre - VE)
www.anmco.it/regioni/elenco/veneto

Incontri interattivi abruzzesi di implementazione delle Linee Guida e Clinical Competence in UTIC

Attraverso la discussione di casi clinici, vengono presentate le più recenti Linee Guida su STEMI, SCA/NSTE, Scopenso Acuto ed Aritmie

DI DOMENICO DI CLEMENTE, LEONARDO PALOSCIA, MASSIMO PASQUALE



Negli ultimi due due decenni si è assistito sempre più in campo medico allo sviluppo e all'implementazione di Linee Guida, che rappresentano una sintesi aggiornata su quelli che sono i pareri più autorevoli in campo internazionale su interventi diagnostici e terapeutici specifici. Esse costituiscono quindi il prodotto della cosiddetta Evidence Based Medicine, cioè della Medicina basata su solide evidenze scientifiche che permettano al clinico di operare le migliori scelte di strategia diagnostica che terapeutica per i propri pazienti. Pur non costituendo un obbligo rigido ed assoluto di comportamento, anche da un

punto di vista medico - legale, le Linee Guida hanno l'indubbio merito di fornire uno strumento, una "traccia" di Best Medical Practice, per un corretto percorso di trattamento dei pazienti affetti da una specifica patologia, basato su esperienze di migliaia di pazienti raccolti in studi clinici controllati ed in grado di ottenere documentati risultati clinici ed economici favorevoli nell'interesse della comunità. Le Linee Guida, calate nelle singole realtà locali, hanno in ultima analisi la capacità di uniformare e standardizzare il comportamento medico di fronte ad una specifica patologia. Per tale motivo è fondamentale la conoscenza e la divulgazione di esse da parte di

tutti i sanitari coinvolti, soprattutto per quelle patologie che comportano sinergie tra diverse Strutture ospedaliere, come ad esempio le sindromi coronariche acute, il cui trattamento prevede il trasferimento dei pazienti tra Centri a diversa intensità di cure, nel rispetto di tempistiche precise che hanno documentato reale vantaggio ed efficacia. Le Società Scientifiche delle diverse Specialità sono per prime coinvolte in questo processo di diffusione delle Linee Guida: tra queste l'ANMCO è sicuramente in prima fila per quanto riguarda l'ambito cardiologico.



Figura 1

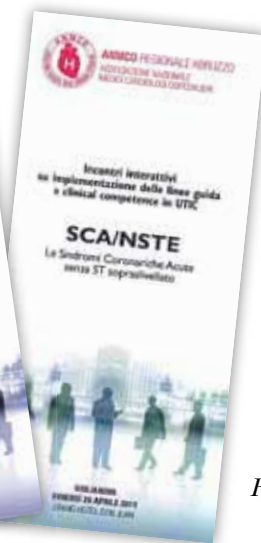


Figura 2

Incontri interattivi monotematici regionali sull'implementazione delle Linee Guida

Il Consiglio Direttivo Regionale dell'ANMCO Abruzzo ha promosso, sin dalle prime riunioni del giugno e luglio 2010, l'organizzazione di incontri interattivi monotematici regionali, della durata di un giorno, sulla implementazione delle Linee Guida riguardanti le diverse aree di patologia cardiovascolare. Si è deciso di preparare un programma che, prendendo spunto da casi clinici preconfezionati, illustrasse nei dettagli le Linee Guida europee ed americane su quella determinata patologia. L'organizzazione di tali eventi è stata affidata al consigliere Dr. Massimo Pasquale. Si è stabilito di effettuare 4 incontri: sullo STEMI, sulle SCA/NTE, sulle Aritmie e sullo Scompenso Acuto. Il Consiglio ha deciso di proporre questi incontri sul territorio regionale privilegiando soprattutto le aree meno rappresentate nel Consiglio stesso, coinvolgendo pertanto in primis i Colleghi degli Ospedali del luogo sede dell'incontro. Costituendo gli argomenti scelti il cuore delle attività di una UTIC, si è deciso di associare durante gli incontri anche un Corso di Clinical Competence, illustrando il funzionamento di particolari device con l'ausilio

di tecnici specializzati. L'invito alla partecipazione è stato pertanto esteso a tutti i Colleghi che lavorano nelle varie UTIC della Regione.

Incontro interattivo sulle Linee Guida dello STEMI

L'imminenza del varo di una Rete Regionale per l'Emergenza Coronarica che impone una strategia comune e condivisa di intervento, ha fatto sì che il primo di questi incontri sulle Linee Guida sia stato rivolto allo STEMI. Questo è stato effettuato a Lanciano il 17 febbraio, ed ha suscitato un vivo interesse nel numeroso pubblico presente (Figura 1). I 3 casi clinici proposti hanno riguardato: trombolisi o angioplastica primaria in paziente che giunge in Ospedale senza UTIC; trombolisi o angioplastica primaria in paziente ricoverato in UTIC senza Emodinamica; paziente con STEMI in shock in Ospedale Spoke. Quindi il Collega Emodinamista Dr. Marco Mascellanti ed un tecnico specializzato hanno illustrato le indicazioni e la tecnica di impianto del contropulsatore aortico con l'ausilio di un device in sala.

Incontro interattivo sulle Linee Guida delle SCA/NSTE

Il 29 aprile si è svolto a Giulianova l'incontro sulle Linee Guida delle SCA/NSTE (Figura 2). I casi clinici riguarderanno le indicazioni alla

coronarografia: elettiva, in urgenza, in emergenza. Inoltre sono previste relazioni di messa a punto di particolari situazioni: il trattamento dei pazienti con insufficienza renale acuta e prevenzione della CIN; la gestione dei pazienti con anemia e delle complicanze emorragiche dopo PCI; la problematica dei pazienti che vanno incontro a chirurgia non cardiaca. Infine un tecnico illustrerà il dispositivo di misurazione in sala di Emodinamica dell'aggregabilità piastrinica.

Incontri futuri

Come già detto, in futuro saranno in programma altri due incontri di implementazione delle Linee Guida e Clinical Competence in UTIC: il primo si terrà a L'Aquila nell'ottobre p.v. e verterà sulla gestione dello Scompenso Cardiaco Acuto. Il secondo è invece previsto a Sulmona nel febbraio 2012, sul trattamento in UTIC delle Aritmie più complesse. Il Consiglio Direttivo Regionale dell'ANMCO Abruzzo si augura che questa iniziativa possa fornire un reale contributo alla corretta gestione delle problematiche che si presentano in UTIC, e ad una standardizzazione dei trattamenti alla luce delle ultime Linee Guida internazionali. Siamo sicuri che i Colleghi apprezzeranno lo sforzo compiuto testimoniando il gradimento con la loro presenza numerosa.

Fattori di rischio cardiovascolare al maschile e femminile, ruolo dell'ipertensione arteriosa

Indispensabile coinvolgere i Cittadini, perché la Ricerca richiede l'impegno diretto da parte di ogni persona

DI FRANCESCO PAOLO CALCIANO E ANTONIO CARDINALE



Fattori di rischio cardiovascolare al maschile e femminile, ruolo dell'ipertensione arteriosa, sono i temi della manifestazione tenutasi a Matera presso l'Auditorium del Conservatorio. La manifestazione è stata organizzata nell'ambito della Settimana

di morbosità e mortalità. Tema portante, richiamato dai Relatori, l'invito ad aderire alla Campagna "per il Tuo cuore" facendo una donazione tramite SMS o da telefono fisso. Il messaggio sembra essere stato recepito dal pubblico presente. La manifestazione è

Tema centrale della prima parte della manifestazione, dedicata all'informazione e alla prevenzione cardiovascolare, l'ipertensione arteriosa, fattore di rischio cardiovascolare al maschile e femminile. In modo sobrio ed esauriente si è presentato lo stato dell'arte

La manifestazione organizzata nell'ambito della Settimana promossa dalla Fondazione "per il Tuo cuore" per sensibilizzare l'opinione pubblica sui temi della prevenzione e della ricerca cardiovascolare

na promossa dalla Fondazione "per il Tuo cuore" per sensibilizzare l'opinione pubblica sui temi della prevenzione e della Ricerca cardiovascolare, partendo dai dati epidemiologici che ricordano come le patologie cardiovascolari sono al primo posto in termini

stata preparata con il coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato, le Associazioni Amici del Cuore di Matera, Grassano e Tricarico e con l'adesione da parte dei Club Lions presenti a Matera. E' stata preceduta da una Conferenza stampa di presentazione.

ad oggi, partendo da dati epidemiologici, le specificità di specie e le nuove frontiere della genetica. Ed ancora spazio alla terapia, alla diagnostica, allo stile di vita, ai consigli comportamentali che richiamano un ruolo attivo del singolo, di ognuno come



essere umano e come genitore, nella responsabilità di scelte salutari verso i componenti della famiglia. Consigli semplici, ma completi in tema di attività fisica da modulare per ogni persona, ad iniziare anche dai piccoli accorgimenti quotidiani, quale la passeggiata a passo svelto per 45', il salire le scale evitando l'ascensore, non prendere un mezzo di locomozione per piccoli spostamenti. Forte è stato anche il richiamo alla dieta mediterranea, valorizzata in modo universale

il suo rischio di sviluppare un infarto. L'invito è stato quello di non eccedere con le bevande alcoliche, presentando i consigli in relazione all'età in tema di consumo di unità alcolemiche. Su alcuni di questi aspetti, è stata presentata la Lettera aperta dell'Associazione Amici del Cuore di Grassano all'Assessore alla Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità della Regione Basilicata e al Direttore dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Basilicata, con la quale si

tela della salute, anche nel rispetto di coloro che frequentano questi luoghi, malati, bambini, ragazzi, studenti.

- Favorire dispenser di frutta ed ortaggi, richiamando l'importanza di una sana alimentazione di tipo mediterraneo, nelle Scuole, negli Ospedali.

La seconda parte della manifestazione è stata rallegrata da un intrattenimento musicale di prestigio "Suonare col cuore. Musiche di Vincenzo Cipriani. For Piano and Strings". Una esecuzione spettacolare da parte di Professori eccellenti, che hanno regalato momenti intensi di piacevole e gradevole serenità con l'ascolto di ottima musica. Una manifestazione che ha regalato ai presenti, agli organizzatori un comune momento di riflessione e di intrattenimento. E' importante uscire fuori dalle isole dei Reparti, degli Studi Medici, per favorire un incontro tra Medici, Specialisti, Associazioni di Volontariato, Istituzioni, Cittadini.

I dati epidemiologici ricordano come le patologie cardiovascolari sono al primo posto in termini di morbosità e mortalità

dall'UNESCO, che l'ha inserita tra i patrimoni dell'umanità da salvaguardare. Accanto a questo il dato epidemiologico dell'obesità che vede la Basilicata al primo posto in termini di incidenza, nonostante la sua collocazione nell'area geografica della dieta mediterranea. Si è parlato del fattore di rischio rappresentato dal fumo, con il richiamo a smettere di fumare, citando i dati che testimoniano come un ex fumatore (per tale si intende colui che ha smesso completamente di fumare da un anno) riduce del 50%

chiede quanto indicato di seguito.
- Affiggere cartelloni negli Ospedali, nelle Scuole, davanti gli ingressi ester-

ni e nei perimetri degli edifici che ospitano queste strutture con l'invito ai Cittadini ad astenersi dal fumare, richiamando principi di una autotu-

Indispensabile coinvolgere i Cittadini, perché la Ricerca richiede l'impegno diretto da parte di ogni persona

È indispensabile coinvolgere i Cittadini, perché la ricerca richiede l'impegno diretto da parte di ogni persona.



ASSOCIAZIONE MATERANA DEGLI AMICI DEL CUORE

L'Associazione è stata fondata nel maggio del 1996 ed è stata cofondatrice del CONA-CUORE (Coordinamento Nazionale delle Associazioni del Cuore). L'Associazione gestisce un Ambulatorio di Cardiologia a Tirana in Albania e si fa carico delle necessità logistiche dei piccoli cardiopatici albanesi che vengono ricoverati in Italia. Fondatore e presidente è il Dottor Luigi Bradascio,

Odontoiatra, che fra l'altro dedica un giorno la settimana ai bambini disabili che necessitano di Chirurgia odontostomatologica. L'Associazione ha favorito la gemmazione sul territorio del volontariato con la nascita di altre aggregazioni in provincia, esercita il volontariato quotidiano nella Divisione di Cardiologia di Matera, offrendo il supporto psicologico e logistico ai ricoverati e a domicilio ai pazienti soli. Tutti gli anni organizza Convegni con la partecipazione

di Relatori di fama sui temi più vari della Cardiologia. Particolare attenzione ha sempre rivolto all'educazione alla salute e alla prevenzione con un occhio di riguardo ai giovani come lo dimostra una indagine promossa in oltre 200 calciatori di età fra i 6 e i 13 anni e l'articolo riportato. Il Giornalino è l'interessante periodico di divulgazione con cui l'Associazione mantiene i contatti con i propri iscritti, le altre organizzazioni di volontariato e il territorio.

Indagine sui fattori di rischio in 3.577 adolescenti delle Scuole Medie Superiori di Matera eseguita dall'Associazione materana degli Amici del Cuore

DI CRISTINA MENCOBONI E TOMMASO SCANDIFFIO

L'Associazione Materana degli Amici del Cuore ha svolto negli anni 2006 - 2008 una indagine sui fattori di rischio in oltre 5.000 alunni delle Scuole Medie superiori di Matera. Dall'analisi sono stati esclusi i dati incompleti e quelli dei ragazzi di età inferiore a 14 anni e superiore a 18 anni perché rappresentavano un campione troppo piccolo e non comparabile con le altre classi di età. Questo studio epidemiologico è particolarmente importante perché ha fornito dati sulla popolazione italiana di adolescenti e può essere utile come riferimento per i dati di normalità. Pochi sono gli studi che hanno interessato la popolazione pediatrica italiana e ancor meno quelli che riguardano la popolazione adole-



scenziale. Questo lavoro pur avendo finalità di prevenzione e di educazione sanitaria è stato condotto con metodo e rigore, applicando le indicazioni delle società scientifiche. I parametri sono stati rilevati da Infermieri volontari sempre alla presenza di Medici. Dalla mole enorme di dati sono scaturite osservazioni interessanti con ricadute pratiche. Il piano organizzativo prevedeva una prima fase di informazione nelle Scuole e successivamente la raccolta del consenso informato dai

genitori o dai tutori. A tutti veniva consegnata la risposta degli esami eseguiti e nel caso i parametri esaminati fossero patologici veniva informato il medico di famiglia con lettera chiusa. Per poter progettare una strategia di prevenzione è stata condotta questa indagine sulla prevalenza dei maggiori fattori di rischio cardiovascolare. L'obiettivo dell'indagine era:

Età	F	M	N
14	347	377	724
15	355	401	756
16	344	344	688
17	367	386	753
18	343	313	656
Totale	1756	1821	3577

Tabella 1 - Popolazione globale divisa per età

Pressione sistolica	Età	
	14 - 15	16 - 18
<95	6,8	5,8
95-109	17,4	15,9
110-119	31,3	26,7
120-129	31,1	32,2
130-139	11,8	15,9
>=140	1,6	3,4

Tabella 2
Distribuzione di valori di PAS per età

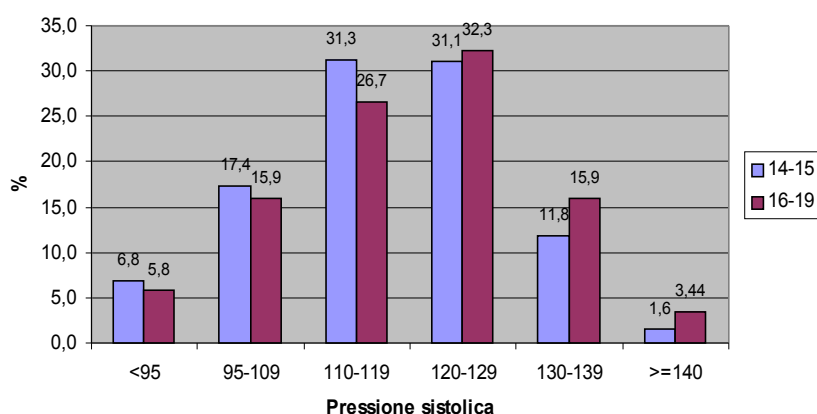


Figura 1
Nel grafico sono riportate le percentuali di soggetti per fascia di pressione sistolica, divisi per età

	Percentili pressione sistolica								
	1°	5°	10°	25°	50°	75°	90°	95°	99°
14-15 anni	91	95	100	110	117	122	130	133	140
16-18 anni	91	96	100	110	120	125	130	136	147
Tutti	91	96	100	110	119	125	130	135	145

Tabella 3 - Dati con i percentile di PAS divisi sia per fasce di età che per tutto il campione

1. Indagare su: PA, glicemia, colesterolo, BMI
2. Confronto fra popolazione maschile e femminile
3. Correlazione fra i fattori di rischio
4. Possibilità di intervento

Per quanto riguarda il fumo, alcol ed altro si è ritenuto in corso d'opera di non indagare perché l'impressione netta era che le informazioni fornite non fossero affidabili, ma ugualmente è stata fatta informazione sui danni che ne derivano. Sono stati studiati 3.577 adolescenti di età compresa fra i 14 e i 18 anni: (M 1821, F 1756) (Tabella 1). Sono stati rilevati: peso, altezza, pressione arteriosa sistolica e diastolica con apparecchi digitali omologati dotati di bracciale adeguato. Sono stati effettuati a digiuno microprelievi per la determinazione della coleste-

rolemia e glicemia. I dati sono stati elaborati dalla Dottoressa Marcella Montico del Servizio di Informatica dell'Istituto Burlo Garofalo dell'Università di Trieste. Per la sostanziale omogeneità dei valori per classi di età i dati sono stati elaborati suddividendoli per due fasce di età (14 - 15 anni e 16 - 18 anni) e per sesso. Fra i fattori di rischio l'ipertensione arteriosa (I.A.) è quello su cui è stata posta la maggior attenzione, per la prevalenza in età pediatrica che si aggira fra il 4 e il 6 % di cui oltre la metà di origine secondaria. Spesso nei bambini ed adolescenti l'I.A. può associarsi ad un eccesso di peso ed ad alterazioni metaboliche. Diversi studi hanno dimostrato che già in età pediatrica possono essere presenti stadi iniziali di aterosclerosi. E' quindi importante

mettere in atto una strategia preventiva che è tanto efficace quanto più è precoce. Come negli adulti i fattori di rischio vanno considerati nella loro globalità.

Risultati

Ipertensione arteriosa. I dati hanno evidenziato che la PA sistolica supera il 95° percentile per età e per sesso nell'1,6 % nella classe 14 - 15 anni e il 3,4 % nella classe 16 - 18anni (Tabelle 2 e 3, Figura 1). Il 95° percentile per la pressione sistolica nei 14 - 15 anni è 133, valori superiori sono da considerarsi elevati, il 99° percentile è 140, valori superiori a 140 sono molto elevati. Nella fascia 16 - 18 anni il 95° percentile è 136, valori superiori sono da considerarsi elevati, si noti che il 3,4% ha una pressione sistolica superiore ai 140, valore soglia per l'adulto.

	Percentili pressione diastolica								
	1°	5°	10°	25°	50°	75°	90°	95°	99°
14 - 15 anni	49	56	60	64	70	75	80	82	89
16 - 18 anni	50	58	60	65	70	77	80	84	90
Tutti	50	57	60	65	70	75	80	83	90

Tabella 4 - Dati percentile di PAD divisi sia per fascia di età che per tutto il campione

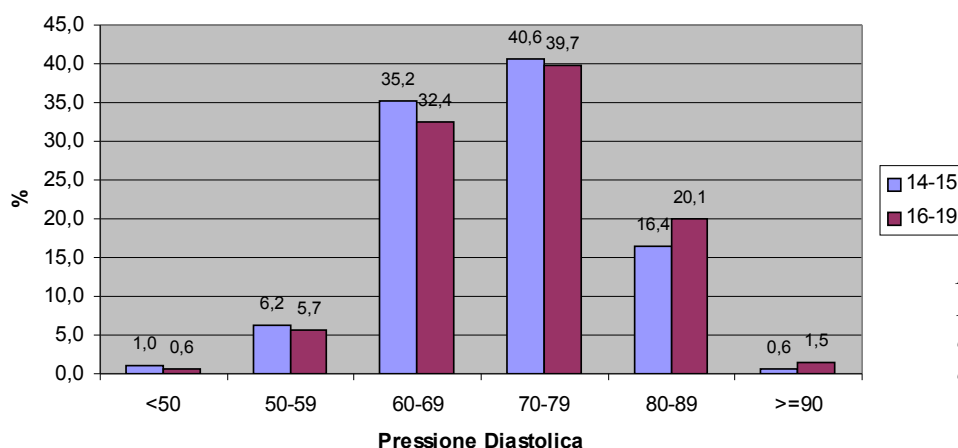


Figura 2

Nel grafico sono riportate le percentuali di soggetti per fascia di pressione diastolica, divisi per età

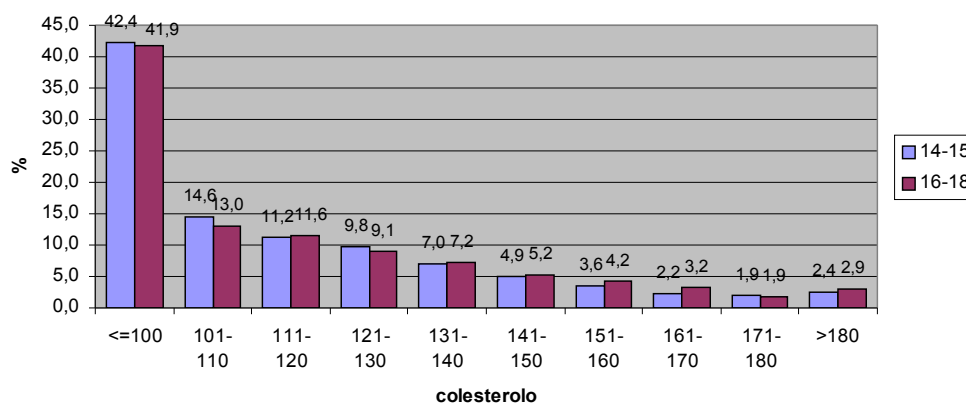


Figura 3

Nel grafico sono riportate le percentuali di soggetti per fascia di colesterolo, divisi per età

Pressione diastolica

Suddividendo la pressione diastolica in classi si nota che i valori compresi fra 60-69 e 70-79 sono quelli riscontrati più frequentemente in entrambe le fasce di età. Nella classe 14-15 anni il 95° percentile è 82, valori superiori sono da considerare elevati; mentre il 99° percentile corrisponde a un livello di pressione diastolica di 89, francamente elevato. Nella fascia 16-18

il 95° percentile è 84 valori superiori sono da considerare elevati, mentre il 99° percentile è 90. La pressione diastolica supera il 99° percentile solo nello 0,6% nella classe 14-15 anni e l'1,5% nella classe 16-18 (Tabella 4, Figura 2). Non sono state evidenziate differenze significative fra maschi e femmine.

Colesterolemia

I dati mostrano che i valori di colesterolo non variano con l'età e non vi è

un trend di crescita con l'età: valore medio 117,7 (DS \pm 25,6). I valori variano da 76 mg/dl a 270 mg/dl. La maggior parte dei ragazzi ha valori inferiori a 110 mg/dl senza differenze significative fra maschi e femmine. Tuttavia sono stati riscontrati valori superiori al 90° percentile (> 180 mg/dl) nel 2,4% (14-15 anni) e 2,9% (16-18 anni) senza sostanziali differenze fra le 2 fasce di età (Figura 3).

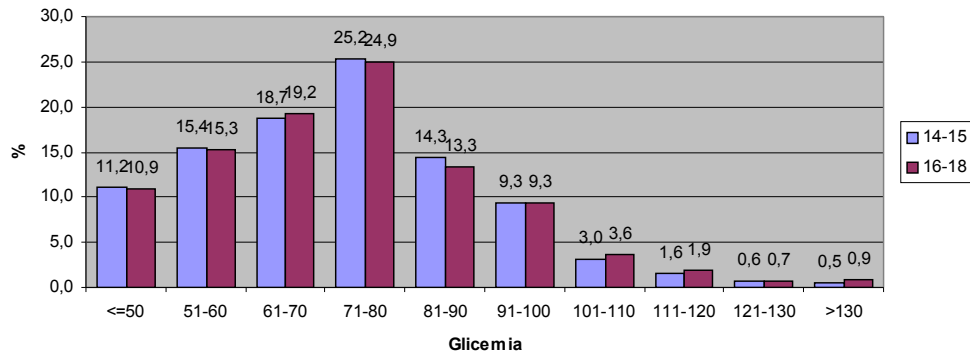


Figura 4
Distribuzione della glicemia per classi di età

Glicemia

Anche per la glicemia non si osservano differenze per età: considerando tutta la popolazione studiata si rileva una media di 72.8 mg/dl (DS +18.7), con valore minimo osservato pari a 20 e valore massimo 165. E' interessante notare che circa il 70 % dei ragazzi ha un valore di glicemia inferiore a 80 mg/dl (Figura 4) in entrambe le classi di età e sono stati rilevati anche valori molto bassi di glicemia (20 mg/dl).

Indice di massa corporea

In età pediatrica l'indice di massa corporea (IMC) varia con il variare dell'età e del sesso, pertanto sono stati elaborati dei percentili di riferimento che permettono di suddividere i soggetti in varie categorie e di classificarli: chi si colloca fra il 75° e il 95° percentile è considerato in soprappeso, chi è oltre il 95° percentile è obeso. Nella Tabella 5 sono riportati i percentili dell'IMC suddivisi per sesso come

si trovano in letteratura. L'IMC medio varia leggermente nelle due classi di età (Figura 5) e ci sono differenze fra maschi e femmine (Tabella 6). In particolare il 5.4 % delle ragazze di 14 - 15 anni e il 2.7 % di quelle di 16 - 18 anni ha un IMC uguale o superiore a 30 contro rispettivamente il 3.1 % e l'1.1 % dei maschi (30 è un valore elevato, superiore al 95° percentile e corrisponde a obesità grave).

		Percentili IMC 14 - 15 anni								
SESSO		1°	5°	10°	25°	50°	75°	90°	95°	99°
F		15,1	17,3	17,9	19,5	21,6	24,2	27,2	30,9	35,3
M		15,1	16,9	17,9	19,2	21,1	23,1	27,0	29,2	35,3

		Percentili IMC 16 - 18 anni								
SESSO		1°	5°	10°	25°	50°	75°	90°	95°	99°
F		16,4	17,5	18,5	19,9	21,8	24,7	27,2	28,9	33,4
M		15,9	18,5	19,0	20,4	21,7	24,6	26,9	28,8	30,7

Tabella 5 - Distribuzione dei percentile di IMC per sesso e fascia di età

Osservazioni e conclusioni

L'analisi dei dati offre lo spunto per alcune osservazioni. Valori elevati di pressione sistolica è presente nelle due fasce di età rispettivamente nell' 1.6 % e nel 3.4 %. La pressione diastolica invece supera il 99° percentile solo nello 0,6 % nella classe 14-15 anni e l'1.5 nella classe 16-18. Sia per i valori di sistolica che di diastolica non sono state evidenziate differenze significative fra maschi e femmine. Valori elevati di colesterolemia sono

presenti nel 2.4 % e nel 2.9 % per fascia di età con lievi differenze fra i due sessi, valori più elevati nei maschi. Negli USA il 17 % della popolazione adolescenziale ha valori elevati di colesterolemia (4). I livelli di glicemia sono elevati solo nel nello 0.5 - 0.9 % nelle due fasce di età senza differenze fra i due sessi, nella maggior parte de ragazzi i valori di glicemia erano inferiori a 80 mg/dl, per quanto i prelievi fossero effettuati a digiuno è ipotizzabile in questo gruppo un'alimentazio-

ne sregolata. L'IMC è stato riscontrato elevato (soprappeso/obesità) in una percentuale piuttosto alta che varia dal 18 % (fascia 14 - 15 anni) al 21.3 % (fascia 16 - 18 anni) significativamente maggiore nel sesso femminile. Per quanto questo dato ricalchi quello nazionale è pur sempre un fatto negativo che ha visto in Basilicata in questi ultimi anni un notevole incremento di ragazzi obesi. Infine, dato piuttosto sorprendente, non vi è alcuna correlazione fra i parametri esaminati.

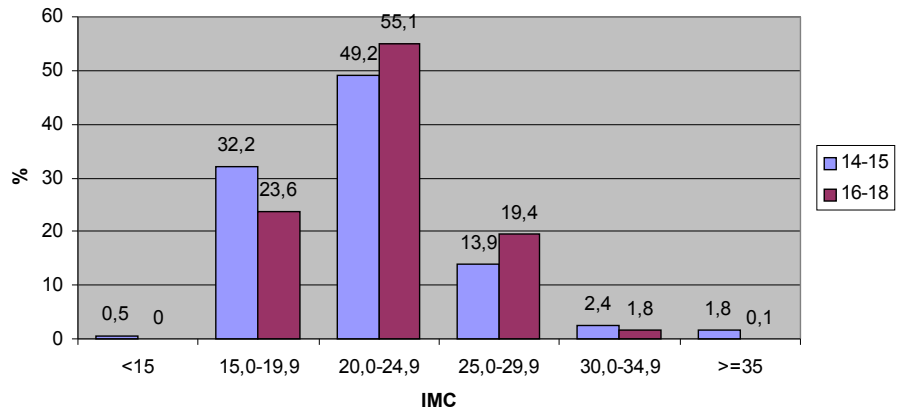


Figura 5
Distribuzione dell'IMC per fasce di età

IMC	14-15 ANNI	
	SESSO	
	M	F
<15	0,51	0,57
15,0-19,9	34,6	29,5
20,0-24,9	49,2	49,1
25,0-29,9	12,6	15,4
30,0-34,9	1,3	3,7
>=35	1,8	1,7

Tabella 6
Distribuzione dell'indice di massa corporea per fasce di età e sesso

Conclusioni

L'ipertensione arteriosa in età pediatrica è una condizione emergente (5). La tendenza a questo aumento è legata da un lato all'epidemia di obesità infantile, dall'altro alla maggiore sensibilizzazione verso tale condizione. Il riconoscimento ed il trattamento precoce dell'ipertensione arteriosa con uno stile di vita adeguato hanno lo scopo di prevenire le complicanze legate al danno d'organo e l'aterosclerosi. (2, 3). Secondo l'NHBPEP (National High Blood Pressure Education Program) è raccomandabile misurare la pressione arteriosa in tutti i bambini al di sopra dei tre anni almeno una volta all'anno (1). I dati riguardanti la nostra popolazione ricalcano i (pochi) dati epidemiologici pubblicati che danno una prevalenza di ipertensione nella popolazione adolescenziale variabile dall'1 al 3 - 4% (6) Le raccomandazioni di tutte le società scientifiche pediatriche e della OMS sono quelle di rivolgere una attenzione maggiore a queste patologie e di monitorare i soggetti in età evolutiva

rilevando i parametri: peso, altezza e IMC ogni 6 mesi. L'obesità infantile, definita dall'OMS "la malnutrizione del secolo" appare come un fenomeno in costante aumento, che si manifesta in modo progressivamente crescente con il crescere dell'età del bambino. Una diagnosi precoce è importante per un adeguato intervento terapeutico: l'obesità non trattata in età pediatrica tende a persistere nell'adulto nel 50% dei casi, con tutte le complicanze e ripercussioni sulla vita dell'adulto sfocianti spesso nella sindrome metabolica. Nella nostra realtà la prevalenza dei soggetti obesi è elevata (18 - 21%), paragonabile alla media nazionale e pertanto meritevole di attenzione e programmi educativi specifici. Il Pediatra in collaborazione con le famiglie e le autorità sanitarie può e deve svolgere un ruolo chiave nel diagnosticare precocemente i bambini affetti da obesità o da altri fattori di rischio, al fine di poter instaurare repentinamente un trattamento adeguato.

Bibliografia

1. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics 2004; 114: 555-76
 2. Daniels SR, Loggie JMH, Khoury P, Kimball TR. Left ventricular geometry and severe left ventricular hypertrophy in children and adolescents with essential hypertension. Circulation 1998; 97: 1907-11
 3. Kannel W.B., Dawber T.R.. Atherosclerosis as a pediatrics problem. J. Pediatrics 1972;80:544-544
 4. G. Bartolozzi lo screening dei lipidi e delle lipoproteine in pediatria (parte prima) : Medico e bambino 2008 ; 11 (7)
 5. Blood pressure in childhood and adolescence:the Italian normal standards: E.Menghetti ,R.Virdis; M. Strambi,V. Patriarca, MA. Riccioni,E.Fossati, A.Spagnolion behalf of the study group on Hypertension of the Italian Society of Pediatrics
 6. Freedman DS, dietz W.H., Srinivasan S.R e al: The relation of overweight in cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart study. Journal of Pediatrics 115,2005,1,22-27
- Si ringrazia la Dott.ssa Marcella Montico del Servizio di Informatica dell'Istituto Burlo Garofalo di Trieste per l'elaborazione statica.

RINNOVA LA QUOTA ASSOCIATIVA!

Dal 2009 puoi pagare la quota associativa ANMCO con addebito automatico sul tuo conto corrente bancario. In questo modo sarai sicuro di provvedere ogni anno al rinnovo della tua quota, evitando perdite di tempo. Compila il modulo RID già predisposto nella presente pagina.

Il pagamento può comunque essere effettuato con le seguenti modalità:

- Addebito Automatico in c/c (RID)

- Carta di Credito via web collegandosi all'Area Riservata ai Soci sul sito www.anmco.it nella sezione Quote associative
- Bollettino di c/c postale n. 16340507 intestato ad ANMCO
- Bonifico bancario su c/c ANMCO
IBAN IT 18 C 06160 028010 00017441C00

Quote Associative annue:

- € 30,00 per i Giovani Soci Ordinari fino al 35° anno di età
- € 90,00 per i Direttori di Struttura Complessa
- € 70,00 per i Responsabili di Struttura Semplice / Dirigenti
- nessuna quota per i Giovani Soci Aggregati fino al 30° anno di età
- € 30,00 per i Giovani Soci Aggregati dal 31° al 35° anno di età
- € 50,00 per i Soci Aggregati dal 36° anno di età
- € 10,00 una tantum per il primo pagamento per tutti i Soci Ordinari

Il suddetto importo include la somma di Euro 13,00 (dieci/00) comprensivo di IVA che, per il tramite della Federazione Italiana di Cardiologia, verrà versata in Vostro nome e conto alla società Il Pensiero Scientifico Editore con sede a Roma, Via San Giovanni Valdarno, 8 - 00138 Roma, codice fiscale: 00429130586 e partita IVA 00889601001, a titolo di corrispettivo per l'abbonamento annuale all'organo scientifico in lingua italiana della Federazione Italiana di Cardiologia, rivista denominata "Giornale Italiano di Cardiologia" con sottotitolo "Organo Ufficiale della Federazione Italiana di Cardiologia, Organo Ufficiale Società Italiana di Chirurgia Cardiaca" e la somma di Euro 27,00 (ventisette/00) che, per il tramite della Federazione Italiana di Cardiologia, verrà versata in Vostro nome e conto a titolo di corrispettivo per l'abbonamento annuale all'organo scientifico in lingua inglese della Federazione Italiana di Cardiologia alla Casa Editrice Lippincott, Wilkins & Williams con sede a Londra (GB), 250 Waterloo Road, London SE1 8RD, rivista denominata "Journal of Cardiovascular Medicine" con sottotitolo "Official Journal of the Italian Federation of Cardiology".

AUTORIZZAZIONE PER LA DOMICILIAZIONE BANCARIA (RID)

COMPILARE IN STAMPATELLO E SPEDIRE IN ORIGINALE AD ANMCO - Uffici Amministrativi Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze
(Il presente modulo può essere anche scaricato alla pagina www.anmco.it/associazione/come)

Nome e cognome Socio

Indirizzo

Comune Prov. CAP

Telefono

Codice Fiscale

Banca

Agenzia.....

Intestatario/i del conto

IBAN⁽¹⁾

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Codice Paese CIN IBAN CIN Codice ABI CAB Numero Conto Corrente

Il sottoscritto autorizza la banca suddetta ad addebitare sul proprio conto corrente, nella data di scadenza della obbligazione o data prorogata d'iniziativa del creditore⁽²⁾, la quota associativa annuale dell'ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (codice SIA 3F893), a condizione che vi siano disponibilità sufficienti e senza necessità per la Banca di inviare la relativa contabile di addebito. Il sottoscrittore ha la facoltà di opporsi all'addebito entro 8 settimane dopo la data di scadenza o la data prorogata dal creditore. Le parti hanno la facoltà di recedere in ogni momento dal presente accordo, con un preavviso pari a quello indicato nel contratto di corrente per il recesso da quest'ultimo rapporto, da effettuarsi mediante comunicazione scritta. Il sottoscrittore prende atto che sono applicate le condizioni che sono riportate nel suddetto contratto di conto corrente o comunque rese pubbliche nei Fogli Informativi predisposti dalla Banca. Il sottoscrittore dichiara di aver trattenuto copia della presente autorizzazione, che viene inoltrata ad ANMCO in originale.

Luogo e data

Firma del sottoscrittore

⁽¹⁾ Verificare al momento della sottoscrizione del presente modulo con la propria Banca la correttezza del codice IBAN.

⁽²⁾ Per il primo anno il pagamento della quota associativa avverrà entro due mesi dalla data di ricevimento; per gli anni successivi l'addebito sarà effettuato nel mese di gennaio, salvo eventuali modifiche deliberate dall'Assemblea.



Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO



per il tuo cuore

Fondazione per il Tuo cuore - Onlus

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./Cell. Fax E - mail.....

DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale
Indirizzo
Città Prov. CAP
Tel. Fax E - mail Reparto:
Specializzato in Cardiologia: Si No Altre Specializzazioni

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"/> Ambulatorio* | <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 dipartimento | <input type="checkbox"/> Direttore Generale | <input type="checkbox"/> Direttore Sanitario |
| <input type="checkbox"/> Direttore di struttura complessa | <input type="checkbox"/> Responsabile di struttura semplice | <input type="checkbox"/> Dirigente Medico |
| <input type="checkbox"/> Ricercatore | <input type="checkbox"/> Borsista | <input type="checkbox"/> Specializzando |
| <input type="checkbox"/> Ambulatoriale | <input type="checkbox"/> Libero professionista | <input type="checkbox"/> Altro |

In quiescenza

Non di ruolo

CAMPI DI IMPEGNO PROFESSIONALE

Generale (non più di due)

- Valutazione funzionale e riabilitazione del cardiopatico (VFR)
- Biologia cellulare del cuore (BCC)
- Farmacologia in Cardiologia (FCA)
- Cardiologia Nucleare e Risonanza Magnetica in Cardiologia (CNR)
- Ecocardiografia (ECO)
- Aritmologia ed elettrostimolazione (AES)

- Circolazione polmonare e funzione ventricolare destra (CPF)
- Epidemiologia e prevenzione (EPR)
- Cardiopatie valvolari (CAV)
- Informatica (INF)
- Aterosclerosi, emostasi e trombosi (AET)
- Ipertensione arteriosa sistemica (IPR)
- Terapia Intensiva Cardiologica (TIC)

- Malattie del miocardio e del pericardio (MMP)
- Emodinamica e Cardiologia Interventistica (EMC)
- Cardiocirurgia (CCN)
- Insufficienza cardiaca (INC)
- Cardiologia Pediatrica (CPO)
- Cardiologia Clinica (CCL)
- Sindromi Coronariche Acute (SCA)

SONO INTERESSATO ALLA SEGUENTE AREA

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

Ai sensi dell'art. 3 dello Statuto ANMCO dichiaro di non volerli iscrivero alla Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus
Dichiaro di accettare lo Statuto dell'ANMCO come previsto dall'articolo 4

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

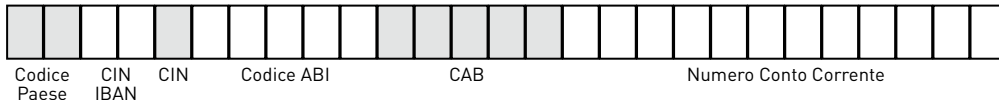
ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati, attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante i moduli di iscrizione ai 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, dati trattati vengono inseriti in un database informatizzato, ubicato nel sito web dell'ANMCO (www.anmco.it), in una parte del sito riservata ai soli soci e consultabile solo dopo registrazione tramite login e password. I dati richiesti - inclusi quelli relativi alla Sua carta di credito ove inseriti - 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 precedentemente indicati, 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 A. La Marmorata 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 Roma c/o Policlinico Universitario "Tor Vergata", Cattedra di Cardiologia, Viale Oxford n. 81 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" Onlus, entrambe con sede in Firenze Via La Marmorata n. 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.). Con riguardo ai dati finanziari, ove da Lei inseriti, gli stessi saranno utilizzati e/o comunicati esclusivamente per la gestione di incassi e pagamenti derivanti dalla Sua iscrizione solo a istituti bancari e finanziari. 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 Marmorata 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

AUTORIZZAZIONE PER LA DOMICILIAZIONE BANCARIA (RID)

Nome e Cognome Socio..... Indirizzo.....
Comune..... CAP..... Prov..... Codice Fiscale.....
Banca Agenzia
Intestatario/i conto.....
IBAN⁽¹⁾.....



Il sottoscritto autorizza la banca suddetta ad addebitare sul proprio conto corrente, nella data di scadenza della obbligazione o data prorogata d'iniziativa del creditore⁽²⁾, la quota associativa annuale dell'ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (codice SIA 3F893), a condizione che vi siano disponibilità sufficienti e senza necessità per la Banca di inviare la relativa contabile di addebito. Il sottoscrittore ha la facoltà di opporsi all'addebito entro 8 settimane dopo la data di scadenza o la data prorogata dal creditore. Le parti hanno la facoltà di recedere in ogni momento dal presente accordo, con un preavviso pari a quello indicato nel contratto del suddetto conto corrente per il recesso da quest'ultimo rapporto, da effettuarsi mediante comunicazione scritta. Il sottoscrittore prende atto che sono applicate le condizioni che sono riportate nel suddetto contratto di conto corrente o comunque rese pubbliche nei Fogli Informativi predisposti dalla Banca. Il sottoscrittore dichiara di aver trattenuto copia della presente autorizzazione, che viene inoltrata ad ANMCO in originale.

Luogo e data Firma del sottoscrittore

⁽¹⁾ Verificare con la propria Banca la correttezza del codice IBAN.
⁽²⁾ Per il primo anno il pagamento della quota associativa avverrà entro due mesi dalla data di ricevimento; per gli anni successivi l'addebito sarà effettuato nel mese di gennaio, salvo eventuali modifiche deliberate dall'Assemblea.
Per avere ulteriori informazioni sulle modalità di pagamento è possibile contattare la Segreteria ANMCO al numero 055 5101203.



Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri

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. / Cell. Fax E - mail.....

DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale
Denominazione Struttura
Indirizzo
Città Prov. [] [] CAP [] [] [] [] []
Tel. / Cell..... 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 CardioChirurgia - ACH Area Cardiolmaging - ACI
 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 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 A. 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 Roma c/o Policlinico Universitario "Tor Vergata", Cattedra di Cardiologia, Viale Oxford n. 81 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" 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. 055/510111.

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

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data

..... Firma

Fellow ANMCO 2011



NOME	COGNOME	OSPEDALE	REPARTO	CITTA'	PROV.
DIEGO	ARDISSINO	AZ. OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DI PARMA	U.O.C. CARDIOLOGIA	PARMA	PR
MARCO	FERLINI	FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO	DIVISIONE DI CARDIOLOGIA	PAVIA	PV
TONINO	LANZILLO	A.O.R.N. "SAN GIUSEPPE MOSCATI"	U.O. CARDIOLOGIA-UTIC	AVELLINO	AV
ALFREDO	MADRID	A.O.R.N. "A. CARDARELLI"	U.O. S.C. CARDIOLOGIA	NAPOLI	NA
CRESCENZO	MATERAZZI	A.O.R.N. "A. CARDARELLI"	U.O. S.C. CARDIOLOGIA	NAPOLI	NA
ALESSANDRO	NAVAZIO	OSPEDALE CIVILE	U.O.C. CARDIOLOGIA-UTIC	GUASTALLA	RE
CARLOS ALBERTO	PATERNO	CENTRO MEDICO DIAGNOSTICO TELESFORO	CENTRO DI CARDIOLOGIA CLINICA E STRUMENTALE	FOGGIA	FG
ENRICA	PERUGINI	OSPEDALE MAGGIORE	U.O. CARDIOLOGIA	BOLOGNA	BO
FRANCESCO	ROTONDI	A.O.R.N. "SAN GIUSEPPE MOSCATI"	U.O. CARDIOLOGIA-UTIC	AVELLINO	AV
GEROLAMO	SIBILIO	OSPEDALE SANTA MARIA DELLE GRAZIE	U.O. CARDIOLOGIA - UTIC	POZZUOLI	NA
GIANCARLO	VITAGLIANO	A.O.R.N. "A. CARDARELLI"	U.O. S.C. CARDIOLOGIA	NAPOLI	NA



La Calabria “per il Tuo cuore”

DI MARILENA MATTA

Anche in Calabria c'è un cuore che pulsa e risponde con forza all'appello nazionale della raccolta fondi che l'ANMCO con La Fondazione “per il Tuo cuore” ha lanciato in Italia dal 12 al 20 febbraio. I Calabresi non sono stati mai sordi all'appello per la ricerca cardiovascolare nato due anni fa al Quirinale e da allora hanno partecipato sempre numerosi a tutte le iniziative che i Cardiologi delle Cardiologie Calabresi hanno programmato nelle varie città. Più che le parole parlano i fatti: in una Calabria afflitta da problemi sanitari con un piano di rientro che tarda a decollare e con una razionalizzazione della Spesa Sanitaria che si traduce in servizi meno efficienti per i Cittadini, in tanti hanno risposto all'invito e si sono recati in Ospedale per sottoporsi ad esami cardiologici nella giornata di domenica 13 febbraio. Molto interesse



hanno suscitato tutte le iniziative di sensibilizzazione sui fattori di rischio e sulla ricerca cardiovascolare che pone al centro degli studi non la malattia con la sua crescente standardizzazione ma il malato con la sua individualità. Analizzando in dettaglio i programmi compilati negli Ospedali calabresi si possono interpretare positivamente tutte le iniziative della sensibilizzazione sui fattori di rischio e sulla responsabilità di sostenere la ricerca cardiovascolare. A Cetraro nell'Ambulatorio di Cardiologia, nella giornata del 6 febbraio 2011 numerose sono state le prestazioni cardiologiche effettuate a

cui si sono sottoposti i soci “Associazione Amici del Cuore” e i cittadini cetraresi. Per una settimana tutte le Associazioni di Volontariato, gli “Amici del Cuore”, il “Circolo Anziani”, il personale medico e paramedico dell'Ospedale Civile si sono adoperati insieme ai cittadini a realizzare la Settimana “per il Tuo cuore”. I Cardiologi della Cardiologia di Cetraro, Dr.ssa Marilena Matta e il Dr. Pietro Lo Presti, hanno visitato e informato cittadini e pazienti sull'importanza di sostenere la ricerca, programmando intrattenimenti ed incontri con gli alunni delle Scuole Medie di Cetraro e di Guardia Piemontese, sottolineando l'importanza di combattere i fattori di rischio coronarico e fare informazione sull'importanza della ricerca in Cardiologia. Il secondo appuntamento della Settimana “per il Tuo cuore” è stato il Concerto Bandistico “Battiti d'Orchestra” organizzato in collabora-



zione con l'Associazione "Amici del Cuore". L'evento è stato realizzato al Teatro Comunale della città e finalizzato alla raccolta fondi per la ricerca. Un altro incontro molto seguito è stato il Convegno Medico dal titolo "Salvaguardare la salute del tuo Cuore" rivolto ai Soci, ai cittadini e ai pazienti della Cardiologia. Il Dr. Lo Presti ha relazionato su "come mantenere giovane il proprio cuore"; l'Infermiera professionale Candida D'Andrea sul tema "dopo l'infarto" dando consigli utili a chi ha subito un evento cardiovascolare; la Fisioterapista Rosaria Barbarello ha illustrato l'importanza dell'esercizio fisico per il paziente che ha avuto un evento cardiovascolare e ha spiegato come si lavora in un Servizio di Riabilitazione. Infine la Dr.ssa Marilena Matta ha spiegato l'importanza di "mangiare sano" e di "fare attività fisica" per combattere i fattori di rischio coronarici; interessante è stato anche l'animato dibattito che ha concluso la serata. Un altro appuntamento importante è stato quello con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri per programmare insieme "percorsi diagnostici e terapeutici" per i pazienti dell'alto e basso Tirreno cosentino: gli argomenti sono stati illustrati dal Dr. Lo Presti e dalla Dr.ssa Marilena Matta che hanno tracciato percorsi di appropriatezza, illustrando Linee Guida nazionali ed europee per l'esecuzione degli esami strumentali cardiologici e l'importanza del ricovero in Day

Hospital, ricovero diurno, che abbatta costi e riduce le ospedalizzazioni. La Settimana "per il Tuo cuore" cetrarese si è conclusa con serata danzante nella sede del "Circolo Anziani" per riscoprire il gusto di stare insieme e lasciarsi trasportare dalle note della mazurka e del tango argentino e inviare tra una nota e un giro di valzer SMS per la ricerca. Non da meno sono state le iniziative crotonesi che il Reparto di Cardiologia diretto dal Dr. Massimo Elia ha messo in campo durante la Settimana "per il Tuo cuore" dedicata alla raccolta fondi per la ricerca cardiovascolare. Due sono state le iniziative: la prima, Arance "per il Tuo cuore", domenica 13 febbraio, in cui i Medici e gli Infermieri dell'U.O. di Cardiologia hanno incontrato la popolazione presso il mercato ortofrutticolo biologico "Farmer Market" nel centro della città. Sono state distribuite confezioni di arance e di dolci a forma di cuore e illustrati i temi sulla prevenzione cardiovascolare con distribuzione di depliant della Fondazione. Sono stati raccolti 500.00 euro devoluti alla Fondazione "per il Tuo cuore". Responsabile dell'evento il Dr. Sergio Arena. La seconda iniziativa dal titolo "Questioni di cuore", martedì 15 febbraio, presso l'Aula Magna dell'Istituto Professionale "Sandro Pertini" è stata una

Conferenza - Dibattito sulle cardiopatie e sulla prevenzione, tanti sono stati i suggerimenti per un corretto stile di vita. Hanno relazionato i Dr. Massimo Elia, il Dr. Raffaele Lumare, il Dr. Sergio Arena e la Dr.ssa Anna Pirozzi. Responsabile dell'evento il Dr. Raffaele Lumare. Tutti gli eventi di Cetraro e Crotona sono stati ampiamente divulgati dalla stampa locale e su radio e TV locale. Anche il "Mater domini" di Catanzaro ha partecipato all'iniziativa in riferimento alla Campagna "per il Tuo cuore" 2011. Infatti la U.O.C. di Cardiologia Riabilitativa ha organizzato un momento di contatto con il pubblico, nella Sala riunioni dell'U.O., dedicato all'informazione sulla prevenzione primaria e secondaria e sulla cura delle malattie cardiovascolari, spiegando gli obiettivi della riabilitazione cardiologica. L'iniziativa si è svolta in data 12 febbraio 2011 dalle ore 9.00 alle ore 13.00; ci sono stati incontri con Medici, Infermieri, Terapisti della Riabilitazione e Dietisti, i quali hanno illustrato le modalità del loro intervento nell'ambito della prevenzione e dei programmi riabilitativi. Inoltre, è stato distribuito materiale informativo fornitoci dalla Fondazione "per il Tuo cuore". La Cardiologia di Vibo Valentia, con referente il Dott. Alfredo De Nardo per le Cardiologie "per il Tuo cuore", ha elaborato un programma di distribuzione di materiale informativo ai pazienti ricoverati, ai pazienti in Ambulatorio ed ai loro familiari da parte degli Infermieri ed i Medici di Reparto (100 i partecipanti)

nei giorni tra il 12 e 13 febbraio.

Martedì 15 febbraio 2011: "Incontro - Dibattito" tra Fondazione "per il Tuo cuore" e il Liceo Classico "Morelli" sulle problematiche relative alla prevenzione cardiovascolare con dibattito e distribuzione di materiale informativo e gadget della fondazione; l'incontro ha registrato circa 150 partecipanti. Sabato 19 febbraio 2011: a Soriano Calabro "Incontro - Dibattito" tra la Fondazione "per il Tuo cuore" e gli Studenti della Scuola Media Inferiore e del Liceo Scientifico di Soriano Calabro, relazione sulle problematiche relative alla prevenzione cardiovascolare, dibattito con gli Studenti ed i Docenti, breve esibizione musicale degli studenti della Scuola, distribuzione di materiale informativo e gadget della fondazione.

Sabato 19 febbraio 2011 pomeriggio: presenza di un punto di incontro nel centro della Città di Vibo Valentia, su Corso Vittorio Emanuele, per la sensibilizzazione sulla raccolta fondi per la Fondazione con distribuzione di materiale informativo e di gadget per i bambini, con la partecipazione di Medici ed Infermieri della U.O. di Cardiologia di Vibo Valentia.

La Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza - Stabilimento Ospedaliero "Mariano Santo" ha aderito alla manifestazione Cardiologie "per il Tuo cuore" con un programma educativo dal titolo "Il Cuore... per i Ragazzi", manifestazione di educazione sanitaria sul rischio cardiovascolare per i ragazzi delle Scuole Medie Super-

riori di Cosenza. La manifestazione ha previsto la relazione di tre Cardiologi della SC di Cardiologia del "Mariano Santo" con i seguenti temi: Dr. Francesco De Rosa "Il momento... buio del cuore (la sincope)"; Dr. Mario Chiatto "Come nutrire... il cuore (l'alimentazione)"; Dr. Carmine Carpino "I Rischi... del cuore (fattori di rischio CV)". Dopo le Relazioni si è aperta una discussione con i ragazzi e si sono analizzate tutte le problematiche inerenti alla prevenzione cardiovascolare e ai fattori di rischio, il problema della ricerca e la sua importanza nel combattere le malattie del cuore. Si sono invitati gli studenti a sostenere la ricerca con l'invio di un semplice SMS. Sono stati distribuiti gli opuscoli della Fondazione. Un numeroso e attento pubblico ha seguito l'iniziativa di informazione sanitaria organizzata dal Reparto di Cardiologia del Presidio Ospedaliero di Cariati e dal gruppo locale degli "Amici del cuore", nell'ambito della Campagna "per il Tuo cuore" 2011. Il tema centrale della serata è stato "L'Obesità infantile", trattato dal Dr. Nicola Lazzaro, responsabile del Centro di Diabetologia nell'età pediatrica dell'Ospedale di Crotona. *«Gli studi epidemiologici documentano come la Calabria sia una delle Regioni a più alto tasso di obesità infantile, per cui è assolutamente necessario che non solo i Medici, ma anche e soprattutto le famiglie, la Scuola, le autorità pubbliche prendano coscienza della gravità del fenomeno ed adottino con urgenza le opportune iniziative correttive»*. La serata è stata, poi,

completata dagli interventi del Dr. Mario Chiatto e del Dr. Nicola Cosentino, rispettivamente Presidente e Componente del Consiglio Direttivo ANMCO Calabria, che si sono soffermati sulle ragioni di una ricerca cardiologica libera, indipendente e sostenuta dal contributo di tutti i cittadini, quale strumento indispensabile per conseguire mete scientifiche sempre più importanti e ambiziose. La Settimana "per il Tuo cuore" è stata ricca di appuntamenti vissuti dalle famiglie catanzaresi. La manifestazione è stata organizzata per il terzo anno dall'ANMCO, nella persona di Roberto Ceravolo, responsabile dell'U.O. di Emodinamica e Cardiologia interventistica dell'Ospedale Pugliese Ciaccio oltre che Consigliere Nazionale ANMCO, dall'Associazione "Donne in arte" e con la collaborazione del Comune di Catanzaro. Quest'anno si è pensato di dare un taglio più consistente alla III edizione della Campagna aumentando il numero degli eventi, andando incontro ad un maggiore consenso delle famiglie. Si è iniziato il giorno 16 febbraio presso la Chiesa del Conventino con l'esibizione di cori e di orchestre degli Istituti Comprensivi di Catanzaro. Il giorno 17 febbraio, presso la Casa delle Culture, si è svolto il convegno "Anima e cuore", nel quale con interventi della Dr.ssa Cristina Segura, Docente della Cattedra di Psichiatria dell'Università degli Studi "Magna Grecia" di Catanzaro, del Dr. Arturo Puja, Docente della Cattedra in Scienze Dietetiche, presso la mede-

sima Università, dello Chef Antonio Abbruzzino e del Dr. Ceravolo: si sono elaborati temi riguardanti benessere e sana alimentazione. La chiusura della manifestazione è stata affidata, anche quest'anno, ad un grande artista del panorama musicale italiano: Edoardo Bennato. Nello scenario del Teatro Politeama di Catanzaro, il cantante partenopeo ha ripercorso le tappe più importanti della sua lunga e luminosa carriera. Il suo concerto è stato un vero viaggio nel tempo, un rivivere emozioni che il cantante ha regalato con le sue canzoni. Un'altra iniziativa si è svolta a Palmi: il Dr. Pino Caridi e il Dr. Rosario Ortuso hanno incontrato la cittadinanza e gli studenti in piazza il 12 febbraio. Domenica 13 è stato organizzato, sempre in piazza a Palmi, un check - up cardiovascolare per i cittadini per combattere i fattori di rischio coronarici.

... Per il tuo CUORE III edizione

11/20 FEBBRAIO 2011
DIREZIONE ARTISTICA: ANTONIETTA SANTACROCE

11 FEBBRAIO - Ore 18.00
IL CABARET DEL CUORE
Con Piero Procopio
Circolo Culturale Sportivo di Gagliano
13 FEBBRAIO - Ore 18.30
INCONTRO CON L'ESPERTO
con la partecipazione del Dr. R. Ceravolo
Circolo Culturale Sportivo di Gagliano
13 FEBBRAIO - Ore 18.00
IL RITMO DEL CUORE
Balletto classico e moderno
a cura della Scuola di Danza RELEVE
Circolo Culturale Sportivo di Gagliano
18 FEBBRAIO - Ore 19.00
LA SCUOLA PER IL CUORE
Concerto con le orchestre ed i cori
degli Istituti comprensivi di Catanzaro
Chiesa del Conventino
17 FEBBRAIO - Ore 18.00
CONVEGNO CUORE E PSICHE
Casa delle culture
20 FEBBRAIO - Ore 21.00
CONCERTO DI EDOARDO BENNATO
DA "BANDIERA GIALLA" A "L'ISOLA CHE NON C'È",
DA "IL ROCK DI CAPITAN UNGINO" A
"SONO SOLO CANZONETTE" "UN SUONO"
"IL GATTO E LA..."

Si ringraziano:
COMUNE DI CATANZARO
FONDAZIONE POLITEAMA
PROVINCIA DI CATANZARO
CAFFÈ GUGLIELMO





La Prevenzione Cardiovascolare *nella donna*

DI COSIMA CLORO

Da poche settimane si è conclusa nella città di Cosenza, la prima parte di una Campagna di informazione e sensibilizzazione per la prevenzione cardiovascolare: *“Il cuore delle donne nella realtà calabrese: come salvarlo?”* rivolta alle donne con la finalità ambiziosa di aprire una nuova strada capace di responsabilizzare e promuovere nella donna la consapevolezza delle sue condizioni in termini di rischio cardiovascolare. Il progetto nato in seno alla Settimana *“per il Tuo cuore”* promosso dalla Fondazione *“per il Tuo cuore”* Onlus è stato patrocinato dalla Regione ANMCO Calabria e dal Comune di Cosenza. Presso il Teatro *“Italia”* della città, è stato realizzato, grazie alla volontà della Dott.ssa Cosima Cloro, Caterina Tomaselli, i Dottori Mario Chiatto, Gianfranco Misuraca e Roberto Caporale, un primo evento, come progetto formativo scolastico, che ha coinvolto le mamme delle studentesse del Liceo polifunzionale *“Lucrezia Della Valle”*. In



tale occasione, sono stati espletati in termini semplici e comprensivi ad una platea di non addetti ai lavori, quanto incidono nella donna i fattori di rischio cardiovascolare. Alcuni giorni dopo, supportati anche da un gruppo di Infermiere dell’U.O. di Cardiologia dell’Ospedale Civile (Palmina Coppola, Rosalia Vizza, Rosaria Bruno, Giuliana Aloe, Maria Corrado e Rosanna Russo) è stata organizzata e dedicata una intera giornata all’informazione e al rilevamento attraverso un questionario e il rilevamento clinico, dei principali fattori di rischio cardiovascolare, nella piazza principale della città. I due eventi da poco conclusi, gettano le basi ed aprono le porte ad ulteriori

progetti, tutti rivolti ad una maggiore tutela e cura della salute della donna (ad esempio informazione e sensibilizzazione delle studentesse degli Istituti scolastici superiori, una Campagna di prevenzione cardiovascolare nelle donne itinerante nei principali centri cittadini della provincia di Cosenza e per finire, a fine anno, sarà realizzato un evento scientifico che concluderà la serie delle manifestazioni). Ancora oggi, nonostante negli ultimi anni sia cresciuta sensibilmente la consapevolezza della donna rispetto alle malattie di cuore, meno del 15% delle donne ritiene utile eseguire una visita cardiologica, pur essendo a conoscenza del fatto che la malattia cardiovascolare è la principale causa di morte nella donna. Le donne in particolare pensano che per loro sia maggiore il rischio di ammalarsi di tumore del seno, sottovalutando l’importanza di screening, diagnosi e terapie connesse al trattamento delle patologie cardiovascolari.



Il week-end “per il Tuo cuore”: **esperienza del Friuli Venezia Giulia**

In Friuli Venezia Giulia sabato 12 febbraio si sono organizzate una camminata non competitiva a Trieste ed una conferenza stampa ad Arta Terme.
Domenica 13 febbraio Cardiologie “*per il Tuo cuore*” si è trasferita sulla neve.

DI ANTONELLA CHERUBINI



La camminata in riva al mare

Sabato 12 febbraio 2011 non è stata una giornata tipica triestina, di Bora neanche l'ombra, l'aria era ferma ed una nebbiolina copriva la città. Nonostante il tempo uggioso, sul Lungomare di Barcola verso le dieci di mattina cominciarono ad arrivare alla spicciolata sempre più persone. In pochi minuti Volontari, Medici ed Infermieri hanno istituito un banchetto con materiale informativo sulla Campagna "per il Tuo cuore", magliette ricordo da consegnare ai primi cinquecento partecipanti e spilline con cuoricini lampeggianti. Un grande arco gonfiabile era partenza ed arrivo per la camminata. E' il terzo anno che la Fondazione "per il Tuo cuore" organizza a livello nazionale una Campagna per il sostegno della ricerca sulle malattie cardiovascolari, proponendosi come obiettivo lo studio di casi particolari che escono dalle statistiche, con l'intento di portare l'attenzione sulla prevenzione delle malattie di cuore. Nei giorni precedenti vi era stato un passaparola nelle Cardiologie della Città e della Regione, a livello di Associazioni di volontariato, con consegna di volantini, affissione di poster, segnalazioni sulla stampa locale, tutti per dare inizio alla settimana di raccolta fondi per la ricerca cardiovascolare. A Trieste siamo giunti alla terza edizione della Camminata "per il Tuo cuore", evento aperto a tutti, giovani e meno, Pazienti, Medici, Infermieri, parenti ed amici sul Lungomare amato dai triestini. Alla partenza vi è un allegro vociare, è tutta una festa, ritrovarsi, salutarsi al di fuori delle corsie e degli Ambulatori, bambini di una Scuola Elementare accompagnati dalle

Maestre, Associazioni di volontariato e sportive, tutti con la maglietta del cuore e il cuoricino lampeggiante acceso. Prima dell'inizio un breve discorso del Dott. Andrea Di Lenarda, Direttore del Centro Cardiovascolare e l'intervento del Prof. Attilio Maseri, Presidente della Fondazione "per il Tuo cuore", arrivato da Roma per partecipare alla giornata di apertura della settimana dedicata alla raccolta fondi per la ricerca cardiovascolare. Si sottolineano alcuni messaggi indirizzati a tutti: sosteniamo la ricerca, non solo per avere grandi statistiche ma anche per studiare gli individui che escono dalle standardizzazioni, per chiarire le risposte imprevedibili alla malattia, per conoscere meglio le caratteristiche di quelli che sono "outliers" cioè che hanno un comportamento diverso da quello atteso. Entrando più nel concreto e quotidiano: diamo il giusto spazio al moto, all'attività fisica, promuoviamo stili di vita più sani a tutte le età. L'entusiasmo e la voglia di partire sono tali che qualche minuto prima dell'ora prevista il gruppo parte per la camminata. I più allenati di corsa, gli altri camminando, chi a passo svelto, chi meno, alcuni con bambini in carrozzina, altri in braccio, tutti con molto entusiasmo. Non si vince né si perde, si sta insieme per fare del moto e per una buona "causa". Il tempo regge, la camminata è un chiacchierata, salutarsi, ritrovarsi insieme al di fuori della routine frenetica delle giornate di lavoro. All'arrivo ci aspetta un tè caldo con pane e marmellata.

Diverse esperienze a confronto

Per alcuni di noi, dopo una rapida ricognizione a casa, c'è un secondo

appuntamento nel pomeriggio, non più vicino al mare, ma all'altro capo della Regione, in montagna. Ad Arta Terme, un paesino della Carnia, all'interno del comprensorio termale recentemente rinnovato, si è tenuta una conferenza stampa organizzata dal Consiglio Direttivo ANMCO Friuli Venezia Giulia. Si mettono a confronto diverse esperienze in Sanità: quella dei Direttori delle Cardiologie e Cardiochirurgie della Regione con il Dott. Antonio Di Chiara, Presidente Regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia, quella dei pazienti con la voce dei rappresentanti delle Associazioni di Volontariato, quella dei politici, con l'intervento del Governatore del Friuli Venezia Giulia Renzo Tondo e quella del Presidente della Fondazione "per il Tuo cuore", Prof. Attilio Maseri, che espone i progressi recenti della ricerca. Non mancano le domande dei singoli cittadini, su cosa è bene fare per prevenire l'infarto e su quali sono le novità in tema di farmaci cardiovascolari. Il Prof. Maseri riesce a rispondere a tutte le domande postegli in tempo per prendere l'aereo, la settimana che è iniziata è per lui fitta di interviste, interventi in televisione ed alla radio per la Campagna di raccolta fondi "per il Tuo cuore". La Conferenza stampa si conclude con un aperitivo con prodotti tipici carnici ed una visita alle Terme, pronte per l'inaugurazione che si terrà due giorni dopo.

La giornata in montagna

Il giorno seguente, domenica 13 febbraio 2011, il programma Cardiologie "per il Tuo cuore" si sposta ... sulla neve: a pochi chilometri da Arta Terme, sul comprensorio sciistico dello Zoncolan. Già di prima mattina è istituito



un chiosco accanto alla partenza degli impianti, punto di ritrovo dei partecipanti alla giornata sulla neve. Il programma è intenso e vario, si parte subito con una gara di sci, seguono una gara di torte, una passeggiata sulla neve, per finire con premiazioni ed un pranzo tutti insieme vicino al fuoco, al rifugio. Il tempo non è molto invitante: nebbioso, più tardi inizia una fitta nevicata, ma alla gara di sci non si vuole mancare, ci sono Medici, Infermieri, Pazienti con i familiari, quelli che non partecipano fanno il tifo e si preparano per la parte “dolce”: assaggio delle torte e selezione di quelle migliori. La passeggiata è aperta a tutti, ma visto che il paesaggio si è celato dietro alla nebbia, si

sceglie un percorso abbreviato. A conclusione della giornata, ci si ritrova tutti di nuovo al chiosco per premiare e fotografare i vincitori delle gare. Considerato il persistere della nevicata, il rifugio diventa riparo e momento conviviale per un pranzo tutti insieme. Di queste due giornate intense, resta l'entusiasmo degli organizzatori per la riuscita dell'evento Cardiologie *“per il Tuo cuore”*, che ha visto in Friuli Venezia Giulia la promozione dell'attività sportiva e l'avvicinamento delle Cardiologie alla popolazione. L'impegno è stato ripagato dalla partecipazione, dal piacere di ritrovarsi fuori dagli ambienti lavorativi per promuovere la raccolta fondi per la ricerca cardiovascolare, ma anche per ricordare e

dare l'esempio a tutti che un pò di moto si può sempre fare vicino a casa, per vivere meglio. Per il prossimo anno il bilancio è positivo, si vorrebbe riorganizzare un week - end analogo, con la combinazione del mare e della montagna, così vicini nella nostra Regione, in modo da accostarsi il più possibile alle preferenze di tutti e portare il messaggio che è fondamentale sostenere la ricerca, con una novità in più rispetto al passato: l'attenzione si sposta anche ai casi più rari, quelli che sfuggono alle leggi della probabilità, che hanno un comportamento inatteso e che quindi sono meno interessanti per le grandi industrie e per i grandi trial internazionali.



Regione Friuli Venezia Giulia

Follow-up del cardiopatico con **Aritmie**

Documento di consenso regionale 2011



Il Progetto Regionale del Friuli Venezia Giulia *sul Follow - up del paziente cardiopatico cronico*

DI ERMANNO DAMETTO, MARIKA WERREN, TULLIO MORGERA



Il Follow - up del paziente cardiopatico cronico

È un progetto nato all'interno del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia nel biennio 2009 - 2010 sotto la Presidenza del Dr. Tullio Morgera (Monfalcone) e proseguito sotto l'attuale Presidenza del Dr. Antonio Di Chiara (Tolmezzo), con il coordinamento della Dott.ssa Marika Werren (Udine). Lo scopo è di definire i modi ed i tempi dei principali percorsi di follow - up del cardiopatico cronico. La presa in carico del paziente e l'individuazione di un percorso definito ha la potenzialità di migliorarne la prognosi, di dare sicurezza, di aumentare l'appropriatezza delle richieste, di razionalizzare l'impiego delle risorse e, non ultimo, di limitare l'autoprescrizione delle visite specialistiche. Tuttavia ciò impone di stabilire un calendario che sia razionale dal punto di vista della patologia e dell'impiego di risorse, cosa non sempre facile e codificata. Le Linee Guida attuali sulle varie patologie cardiovascolari appaiono infatti incentrate soprattutto sulla diagnostica e sul trattamento e meno sul follow - up dei pazienti cardiopatici. A questo progetto hanno contribuito i Cardiologi e i Cardiochirurghi della nostra Regione, all'interno di quattro gruppi di lavoro che hanno avuto il compito di individuare il percorso del paziente per le varie patologie e gravità, tenendo conto

della letteratura, e dei protocolli esistenti. I temi affrontati sono stati quelli che hanno maggiore rilevanza clinica e organizzativa: l'aritmologia, le valvulopatie e la malattia dell'aorta, lo scompenso cardiaco e la cardiopatia ischemica. Il 29 gennaio 2011 si è tenuta presso l'Ospedale di Udine la prima riunione regionale ANMCO, dedicata al Follow - up del paziente cardiopatico con aritmie, con patrocinio dell'AIAC regionale. Come nei convegni del biennio precedente è stato dato ampio spazio ai Casi Clinici, sempre fonte di attivo confronto con il pubblico che è intervenuto numeroso (oltre ai Relatori e Moderatori erano presenti 55 Cardiologi, 40 Infermieri e 4 Tecnici di Cardiologia). In due Minisimposi, dedicati rispettivamente a pazienti con aritmie sopraventricolari e ventricolari ed a pazienti portatori di devices impiantabili (pacemaker e defibrillatori) sono stati presentati e discussi rispettivamente tre Casi Clinici. È seguita la presentazione del Documento di Consenso Regionale inerente tali problematiche, elaborato dai Dottori Massimo Zecchin (Trieste), Tullio Morgera (Monfalcone), Ermanno Dametto (Pordenone), Alessandro Proclemer (Udine) e Luca Rebellato (Udine). Infine è stata organizzata una Tavola Rotonda di confronto tra esperienze regionali su realtà e prospettive del controllo da postazione remota nei portatori di dispositivi impiantabili.

Oltre all'affermazione univoca del miglioramento nella qualità dell'assistenza per riconoscimento e trattamento precoce di patologie come la fibrillazione atriale o di malfunzionamenti dei devices, sono state sollevate problematiche quali il riconoscimento amministrativo del controllo remoto come prestazione e problemi inerenti la privacy, discusse anche con il Dr. Alessandro Fanzutto della Direzione Centrale della Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche della Regione Friuli Venezia Giulia, invitato all'incontro. In una Sessione dedicata, Infermieri e Tecnici di Cardiologia si sono confrontati su argomenti inerenti il follow - up di pazienti con devices, sia dal punto di vista tecnico, organizzativo che psicologico. Anche qui una Tavola Rotonda ha visto portare le esperienze dei centri regionali sul ruolo dell'Infermiere e Tecnico di Cardiologia nel controllo remoto dei devices. Ai partecipanti al convegno è stato consegnata copia del Documento di Consenso Regionale pubblicato anche online sulla Sezione regionale Friuli Venezia Giulia del Sito WEB ANMCO (Area Download) ed i Soci della Regione sono stati stimolati ad inviare via e - mail eventuali commenti e critiche che possano essere utili per una futura edizione.

12 febbraio 2011: Campagna “per il Tuo cuore” e “Regalo di Cuore” insieme per sensibilizzare i Cittadini sul proprio rischio cardiovascolare

Un invito a riflettere sul proprio rischio cardiovascolare, attraverso il match dei propri fattori di rischio personali con le carte del rischio e a modificare il proprio stile di vita

DI ANNA MARIA COSTANTE E GIANFRANCO PISTIS

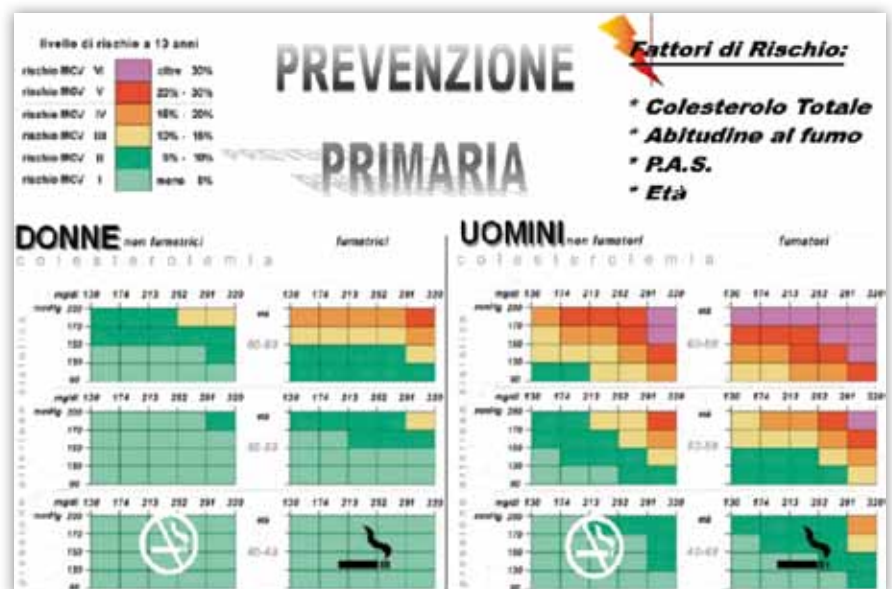


Continuata eccezionalmente anche il 12 di febbraio 2011, nella giornata delle Cardiologie “per il Tuo cuore” la Campagna di sensibilizzazione sui fattori di rischio cardiovascolare denominata “Regalo di Cuore”: visita cardiologica ed elettrocardiogramma

con valutazione del rischio cardiovascolare nel giorno del 40° compleanno per gli alessandrini. È il regalo che offre l’Azienda Ospedaliera di Alessandria, in collaborazione con il Comune di Alessandria a tutti i residenti che nel 2011 compiono quarant’anni. Una Campagna

di sensibilizzazione sul rischio cardiovascolare, sponsorizzata da Takeda Italia Farmaceutici, allo scopo di rendere sempre più consapevoli i cittadini di Alessandria sui fattori di rischio legati alle problematiche cardiovascolari, la prima causa di morte nel mondo occidentale. Il

progetto prevede l'invito ad ogni residente nel Comune di Alessandria, che nel 2011 compirà quarant'anni, a recarsi presso l'Ambulatorio di Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria, il giorno del proprio compleanno per una visita cardiologica e il calcolo dei fattori di rischio individuali. Verranno coinvolti 1.500 alessandrini neo - quarantenni contattati dall'Assessorato alla Salute del Comune di Alessandria, attraverso un talloncino invito: cogliere questa particolare opportunità, come "Regalo di Cuore". Sabato 12 febbraio 2011 in occasione di Cardiologie "per il Tuo cuore" dalle 9.30 alle 11.30 un Cardiologo ed un Infermiere hanno accolto negli Ambulatori di Cardiologia dell'Ospedale SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria quanti, neoquarantenni, desideravano avere indicazioni sul proprio rischio cardiovascolare. È stato eseguito un elettrocardiogramma insieme alla misurazione del colesterolo capillare e del giro vita considerato, quest'ultimo, da molti studi recenti, un fattore di rischio indipendente di malattia cardiovascolare sia negli uomini che nelle donne sani. L'abbattimento del proprio profilo di rischio cardiovascolare attraverso sani stili di vita è un progetto a lungo termine che può partire dalla presa d'atto, nel giorno in cui si taglia il traguardo degli "anta", che la salvaguardia della salute passa necessariamente dal "cuore".



Storia di un paziente “resuscitato”

Come sono sopravvissuto all’infarto

DI ANDREA ARMENISE



Raccontarsi non è mai semplice, raccontare poi l’inattesa avventura che ti ha trasformato da “comune mortale” a “resuscitato” lo è ancora meno, ma avverto il bisogno di scrivermi, ascoltarmi, convincere me stesso che tutto è accaduto, proprio così come mi è stato riferito sì ... proprio riferito ... perché io “non c’ero” o meglio ... ero già in viaggio per la meta finale ... fortunatamente non raggiunta! Questa del ricordo è una questione seria, in quanto non avere traccia nella memoria di un evento della propria vita estremamente significativo, mette un pò a disagio e sei sempre lì a tentare di comporre il mosaico con frammenti raccolti da fonti e momenti diversi, in circostanze anche casuali, avendo sempre il dubbio che manchi un tassello, magari quello più significativo, per vederlo e finalmente capire! È però sicura-

mente più importante concentrarsi sul “qui ed ora”, ripartire dall’attuale condizione, così com’è, con la voglia di viverla e migliorarla, sapendo che è possibile, se davvero lo si vuole. Non pensavo di sicuro a tutto questo quel tardo pomeriggio di giugno dello scorso anno andando in pineta, come usavo fare con una certa regolarità, ormai da qualche anno, per praticare il running senza finalità agonistiche ma per il piacere di correre e di mantenersi in forma all’aria aperta, in contesti frequentati da sportivi dilettanti. E siamo al momento! Mentre correvo ho avuto un’occlusione del 90% della coronaria interventricolare anteriore che ha causato l’arresto cardiaco, sono caduto ai bordi della pista e perso immediatamente coscienza. Qui inizia il mio black - out durato 7 giorni! La fortuita presenza di due ragazzi: Gianluca, conosciuto per lavoro, e Giuseppe, soccorritore sulle Ambulan-

ze del 118, che, compresa la situazione, si attivarono immediatamente per soccorrermi, praticandomi alternativamente il massaggio cardiaco e la respirazione bocca a bocca sino all’arrivo del 118, quindi per circa 15 - 20 minuti: è a loro che devo la Vita! Con l’arrivo dell’ambulanza e il trasporto all’Ospedale San Paolo è iniziata la mia avventura: dal Pronto Soccorso sono passato subito in rianimazione e, nella stessa notte, mi è stata praticata l’angioplastica con il ripristino della funzionalità coronarica e cardiaca: quei Medici hanno ripreso quel filino di Vita e, alitando, smanettando e sudando, gli hanno restituito la dignità che merita ... la Vita non l’uomo che di essa si nutre. Il mio stato di incoscienza totale o parziale si è protratto per 7 giorni che sento semplicemente mancare alla mia vita, pur essendo forse tra i più importanti. Al mio risveglio non ricordavo e non mi rendevo

conto di nulla, nemmeno del perché fossi lì, in Ospedale. Ho combinato dei pasticci con qualche mattana che avrebbe potuto nuocermi gravemente e di cui non avevo affatto consapevolezza, è soltanto grazie all'attenzione e alla cura dei miei "angeli custodi" che non è successo l'irreparabile. I giorni in reparto sono trascorsi scanditi dal ritmo ospedaliero, tra la curiosità di comprendere cosa fosse successo e la conoscenza degli altri pazienti, le loro storie ed esperienze ospedaliere, i confronti con la mia; ho anche iniziato il ciclo di riabilitazione fisica che ha rappresentato la speranza per il ritorno alla "normalità"... (cosa poi significherà mai ?) e così è stato. Qui si è formato un gruppetto di pazienti da riabilitare che in quello spazio temporale ritornavano a credere in se stessi e alla possibilità di farcela con l'aiuto di altri "angeli custodi". La palestra era diventato il luogo della rigenera-

zione non solo fisica ma soprattutto psicologica ... la nostra agorà. Ritornato a casa è iniziato il percorso per il cambiamento, non senza difficoltà ma con determinazione. Avevo necessità di riprendere la vita nelle mie mani e mi sono sforzato di costruire un contesto compatibile con la nuova situazione, ho deciso di riprendere subito il lavoro, cosa che ho fatto a ottobre cioè dopo meno di quattro mesi dall'infarto. Ho capito che non c'è un punto di arrivo: il percorso è la tua vita, a ciascuno spetta la scelta di come viverla. È ciò che mi ripeto quasi ogni giorno, in modo da non dimenticare e ringraziare Qualcuno lassù. Nei quattro indimenticabili mesi trascorsi per la riabilitazione nella palestra dell'Ospedale, i rapporti del gruppetto si sono consolidati, le discussioni hanno generato idee, le idee hanno preso forma di progetti, i progetti hanno innescato la voglia di fare e di

condividere con altri la nostra esperienza che siamo convinti essere stata motivante, pur nel contesto vissuto da ciascuno. Insomma si è creato un circolo virtuoso capace di trasformare le idee in azioni concrete e da questo alla costituzione di un'Associazione di Volontariato, il passo è stato breve. Ecco come il 5 novembre 2009 è nata "Ama Cuore Bari": 1 Medico Cardiologo, 2 Fisioterapiste, 4 Cardiopatici, 2 Mogli di Cardiopatici. Dopo oltre un anno di attività l'Associazione esiste e si occupa sul territorio di prevenzione e supporto al cardiopatico, credendo negli scopi e nelle finalità che ci siamo prefissi e che raggiungeremo con i nostri progetti rivolti alla collettività, un passo alla volta, con la stessa volontà e forza d'animo con cui viviamo la nostra cardiopatia.

Tante iniziative

nella Settimana "per il Tuo cuore" in Puglia

DI PASQUALE CALDAROLA, CARLO D'AGOSTINO, ALESSANDRO VILLELLA



A Bari

Le Cardiologie dell'Ospedale "San Paolo" e del "Di Venere" con la collaborazione dell'Associazione di Volontariato "Ama Cuore Bari", della CRI e di "Cardio On line Europe", hanno realizzato le iniziative indicate di seguito.

- Dal 12 al 20 febbraio distribuzione nei Reparti e negli Ambulatori di materiale informativo sulla prevenzione del rischio cardiovascolare e sulla ricerca in ambito cardiologico.
- Domenica 13 febbraio nella mattinata è stata allestita dal comitato provinciale della Croce Rossa, in Piazza S. Ferdinando a Bari, una tenda da campo in cui circa 100 cittadini sono stati sottoposti all'esecuzione di ECG e misurazione dei valori pressori, grazie alla disponibilità di Medici, del personale infermieristico, dei volontari dell'Associazione "Ama Cuore Bari" e dell'equipe della centrale di telecardiologia "Cardio On line Europe"; nella serata si è tenuto nella Cattedrale "S. Sabino" di Bari un concerto di beneficenza della chitarrista solista di fama internazionale Linda Calsolaro e dell'orchestra di chitarre e strumenti

"De Falla" diretta dal maestro Pasquale Scarola, con voce recitante della poetessa Silvana Khutz. Entrambe le iniziative hanno avuto grande partecipazione di cittadini e di pubblico sinceramente entusiasta e meritato rilievo sulla stampa cittadina.

- A Barletta, Bisceglie e Canosa "10.000 passi per il Tuo cuore".

La BAT CUORE in collaborazione con l'Associazione A.S.D. Barletta Sportiva ha organizzato una passeggiata lungo un percorso cittadino per la diffusione della cultura ad una sana attività fisica utile per la Prevenzione EFFICACE:

- E = Età
- F = Familiarità
- F = Fumo
- I = Ipertensione Arteriosa
- C = Colesterolo
- A = Aritmie
- C = Circonferenza Addome
- E = Esercizio Fisico

Nel corso della manifestazione, presso la UO di Cardiologia Riabilitativa i volontari della BAT CUORE, in collaborazione con i MMG, la CRI e il Laboratorio d'analisi ospedaliero hanno eseguito il controllo dei fattori di rischio cardiovascolare ai parteci-

panti alla passeggiata della salute, con la elaborazione della Carta di Rischio Cardiovascolare.

A Brindisi

Un brindisi... al nostro cuore.

Sabato 12 febbraio 2011 nella Sala convegni dell'ex Ospedale di Summa - Brindisi si è tenuto un convegno.

Programma della serata: presentazione dell'iniziativa, Dott.ssa Alessandra De Castro (Presidente Brindisi Cuore), l'attività cardiologica in provincia di Brindisi, Dott. Gianfranco Ignone, la continuità assistenziale in cardiologia - proposte, Dott. Sergio Pede.

A Casarano

Convegno su Cuore e droghe presso il Liceo Classico.

A Cerignola

"per il Tuo cuore": il personale medico dà informazioni sulle patologie cardiovascolari e sulle potenzialità tecnologiche delle moderne U.O. di UTIC.



A Fasano

Screening Cardiologico ai bimbi di 5° elementare.

Lo screening si è svolto con un questionario anamnestico (familiarità, abitudini alimentari, attività fisica, uso tecnologie multimediali etc), ECG, Misurazione della PA, Calcolo del BMI.

A Lucera

Dalla qualità percepita alla qualità certificata. Come ottenere il miglioramento della qualità delle cure in Cardiologia. Visita guidata in piccoli gruppi di 10 persone alla Struttura Cardiologia-UTIC del PO Lastaria.

Scopo dell'incontro, illustrare ai cittadini l'opera compiuta per realizzare la certificazione della S.C. Cardiologia UTIC del PO Lastaria, secondo le norme ISO 9001:2008.

A Lecce

- Convegno sulla prevenzione cardiovascolare.
- Presentazione della Campagna (Dott. F. Magliari; Dott. A. Montinaro): Mantieni giovane il tuo cuore (Dott. F. Magliari); Mangiare sano (Dott. V. De Rito); Muoviamoci di più (Dott.ssa T. Maz-

zella); Parliamo di fumo (Dott. A. Picciolo); La rete dell'infarto: salentina (Dott. A. Montinaro).
A Gallipoli
 Giornata "Cardiologie Aperte".
 I medici del reparto a disposizione del pubblico nella sala convegni dell'Ospedale per fornire informazioni sui fattori di rischio cardiovascolare.

A Monopoli

- Sabato 12 febbraio 2011 presso l'Aula Magna della Scuola Media di Monopoli, Simposio dal titolo Educazione alla Salute "per il Tuo cuore";
- Sabato 12 febbraio 2011 ore 19.30 presso il teatro Canale 7 Musica per il Tuo cuore";
- Domenica 13 febbraio 2011 in piazza centrale a Monopoli evento sportivo; "Maratona per il Tuo cuore" con ritrovo la mattina;
- Domenica 13 febbraio 2011 per tutto il giorno "Porte aperte" della Cardiologia.



ANMCO PUGLIA
 UNITÀ CARDIACA
 CARDIOLOGIA
 OSPEDALE S. GIACOMO
 MONOPOLI (BA)

presenta
per il tuo cuore
 Manifestazione di musica, danza, cabaret e tanto altro per la raccolta fondi in favore della ricerca cardiovascolare

MONOPOLI (BA)
 12 FEBBRAIO 2011
 ORE 20,30
 TEATRO CANALE 7

CON MINGO
 STRISCIA in notizia

CON LA PARTECIPAZIONE ECCEZIONALE DI DANIELA MAZZACANE

CONFERENZIATORI
 DR. ANTONELLA MARRAMÀ
 DR. VINCENZO LUPINORE

DIREZIONE ARTISTICA
 ANTONIO RELLINO

INSIEME
 ai più delle scuole
 Dance Academy e
 Ng Dance Academy

Ci vuole una fede incrollabile

Ci vuole una fede incrollabile
nel mondo
per sentirci parte dell'immensità
e uscire dalle secche della brutta stagione.
Ci vuole una fede stupita
nelle note
quando la musica se n'è andata altrove
e tu sei davanti a un foglio bianco
e l'invenzione è proibita.
Il reale mi supera
e come uno spalancamento
si mangia la luce
e la poesia delle cose guardate
ritorna
perchè sulla notte delle cose
vissute come sentimento
splende inafferrabile
il nulla.
e il tutto.

Tratta dalla raccolta inedita
di Silvana Kühtz www.poesiainazione.it



“per il Tuo cuore” conquista Monopoli

DI VINCENZO LOPRIORE



Come tutti gli anni a Monopoli durante la Settimana “per il Tuo cuore” abbiamo effettuato una serie di manifestazioni volte a ricordare l’importanza della prevenzione e della lotta contro le malattie cardiovascolari. Abbiamo iniziato durante la settimana con vari incontri nelle Scuole e convegni con Professori ed Alunni per sensibilizzarli dapprima sul tema della prevenzione delle malattie cardiovascolari, mostrando e distribuendo i vari Opuscoli che la Sede centrale di Firenze ci ha inviato e parlando dei danni del Fumo, di quanto importante sia il Movimento e il Mangiar Sano. Così parlare a tanti alunni riuniti in Aula Magna è stata una esperienza nuova, coinvolgente, sentita tanto che i ragazzi mi hanno chiesto di ripetere l’esperienza una seconda volta coinvolgendo (al di fuori dell’orario scolastico) anche i genitori. In particolar modo mi sono soffermato sull’importanza dell’alimentazione del giovane studente, sull’importanza della Dieta Mediterranea, sull’importanza di frutta e verdura e sull’importanza dell’olio extravergine di oliva di

cui la nostra terra è particolarmente ricca. Sul movimento per i ragazzi si sfonda una porta aperta, anche se esiste sempre qualche eccezione, ed infine mi sono soffermato sui danni provocati dal Fumo e da tutte le sostanze stupefacenti sull’apparato cardiovascolare e non solo. Sono risultate riunioni molto soddisfacenti, hanno riferito i vari Presidi e Professori al termine dei convegni perché toccano temi attuali ed introduco l’argomento “Educazione alla Salute” visto con l’occhio del “Tecnico esperto” in grado di comunicare realmente l’importanza della prevenzione e della Lotta alle Malattie Cardiovascolari. Al termine della settimana (il sabato pomeriggio) la Dott.ssa Mannarini ha organizzato presso l’Auditorium di Canale 7, una TV locale, una manifestazione volta

alla sensibilizzazione della cittadinanza in favore della Lotta contro le Malattie Cardiovascolari, in cui ha preso parte Mingo (di “Striscia la Notizia”) come conduttore e presentatore di artisti e comici vari. L’auditorium ci è stato offerto gentilmente dall’Amministrazione comunale di Monopoli e dal Sindaco che è intervenuto personalmente. Infine abbiamo organizzato la domenica pomeriggio un Torneo di Burraco per la raccolta fondi, in collaborazione con i Lions di Monopoli. Qui la partecipazione è stata davvero esorbitante, tanto che un intero Hotel a malapena riusciva a contenere tutti i partecipanti. E devo ringraziare mia sorella Anna Lopriore che si è prodigata molto per la riuscita della manifestazione. L’intero incasso è stato devoluto alla Fondazione “per il Tuo cuore”, ben lieti di partecipare come paese di provincia a questo nobile scopo. Abbiamo anche apprezzato molto i ringraziamenti personali che il Prof. Attilio Maseri mi ha inviato per tutto quello che stiamo facendo per la Fondazione.

La colpa professionale medica in ambito cardiologico

DI EUGENIO VINCI E ERNESTO MOSSUTI



Negli ultimi anni si è assistito a un notevole aumento del contenzioso sia civile sia penale in tema di responsabilità in ambito sanitario. Ciò è dovuto, a nostro avviso, per un verso alla presa di coscienza da parte della collettività del diritto alla salute, grazie anche all'attività di sensibilizzazione da parte dei mezzi di comunicazione, e di molteplici associazioni fra cui a esempio, il "Tribunale dei diritti dell'ammalato", per altro verso al diffondersi di terapie e mezzi diagnostici tanto utili quanto potenzialmente rischiosi. La considerazione inoltre che l'esercizio della Medicina, a differenza di molte altre professioni è caratterizzata da innumerevoli incertezze scientifiche, dubbi diagnostici, insufficienze dei mezzi curativi, rischi di complicanze imprevedibili, ha fatto sì che si stia venendo a sviluppare una classe medica sempre più incerta e dubbiosa, atta a praticare la Medicina difensiva, la quale si connota per eccesso di indicazioni

sia di prescrizioni diagnostiche che di prescrizioni terapeutiche. Tutto ciò ha anche come conseguenza una drammatica autolimitazione, da parte del Medico stesso, delle proprie pure doverose prestazioni. Le Linee Guida stesse, sia nazionali sia internazionali, per quanto costituiscano una solida e irrinunciabile ancora di salvezza cui far ricorso nella pratica quotidiana, sono esse stesse soggette a mutamenti in tempi brevi nell'incalzare delle nuove esperienze e conseguenti proposte comportamentali. D'altro canto, in tema giurisprudenziale, in assenza di modifiche legislative, tutto è affidato al cosiddetto "diritto vivente" cioè a quello che è elaborato attraverso interpretazioni evolutive, sia dottrinali sia giurisprudenziali, di norme risalenti alla prima metà del secolo scorso, in aperto contrasto con l'evoluzione della scienza e della tecnologia medica. Fortunatamente per la classe medica, dall'anno 2000, ha ripreso quota in ambito penalistico una posizione più rigorosa da parte della magistratura

a difesa del principio di presunzione di innocenza dell'imputato, ispirata anche dalla consapevolezza delle difficoltà dell'attività medico - chirurgica. Grandi passi sono stati compiuti nel riconoscere anche per la responsabilità medica, non solo del nesso di causalità ma, in ultima analisi, dell'elevata probabilità statistica e circostanziale che l'operato, omissivo e/o commissivo del sanitario, possa essere stato causa dell'evento infausto oggetto del procedimento penale. Alla luce di quanto sopra, si sente sempre più l'esigenza sia di comportamenti professionali sempre più rigorosi da parte della classe medica (con l'elaborazione da parte delle Società Scientifiche di Progetti Formativi capaci di migliorare il sapere medico e la capacità tecnologica dei professionisti), che di percorsi diagnostici e terapeutici "rigorosi", nel cui ambito il Professionista, pur non rinunciando al proprio ruolo decisionale, possa garantire al paziente la massima copertura assistenziale ed, in ultima analisi

a se stesso, il minor rischio di comportamenti potenzialmente suscettibili di connotazioni di colpa professionale. L'ANMCO, come è noto, ormai da tempo si trova "in prima linea" nella identificazione ed elaborazione sia di percorsi diagnostici sia di Piani Formativi riguardanti "obiettivi sensibili", possibili fonti di errori clinici in ambito cardiologico. Non vi è dubbio, infatti, che il dolore toracico costituisce, ancora oggi, la fonte più "rigogliosa" di possibili imputazioni per colpa professionale medica. Le diagnosi "omesse" di sindromi coronariche acute, nonostante l'elaborazione da parte delle Società Scientifiche di Cardiologia e di Medicina di Emergenza/Urgenza, sono ancora elevate, a testimonianza dell'incompletezza di formazione dei Medici e forse anche della incompletezza delle conoscenze scientifiche. Altro argomento "emergente" nei procedimenti per colpa professionale in ambito cardiologico è costituito dalla mancata indicazione da parte del Cardiologo di un esame

angiografico coronarico nel paziente con instabilità del quadro clinico o, ancora, tempi di trasferimento troppo lunghi da centri Hub a centri Spoke per l'effettuazione di angioplastica primaria e/o di salvataggio. Tutto ciò nonostante, nell'ambito medico/scientifico, la Cardiologia rimanga, a tutt'oggi, la specialità con il maggior numero di Linee Guida.

Ma, com'è ormai noto e consolidato, l'applicazione di tali Linee deve essere sempre "clinica e critica" ed esse devono essere considerate strumenti idonei a individuare su ogni singolo paziente il più appropriato iter decisionale nell'ambito, però, del contesto sanitario in cui ogni singolo Medico si trova ad operare. Il che potrebbe anche indicare che il Cardiologo è parte di un sistema che si organizza per fornire le cure migliori in quel contesto ma che ci sono anche altri attori quali, ad esempio, i Decisori Pubblici.

L'Osservatorio delle Cardiologie Toscane

Le nostre Cardiologie stanno cambiando
L'Intensità di Cura è entrata nel nostro sistema di lavoro
Le UTIC non sono più solo in Cardiologia
I Cardiologi si vanno "esaurendo" numericamente
Possiamo permetterci di non sapere ciò che accade?

DI GIANCARLO CASOLO, ANDREA BONI, ANNA MARIA PACI



L'Osservatorio delle Cardiologie Toscane

Nel programma del biennio 2010 - 2012 dell'ANMCO Toscana il Consiglio Direttivo Regionale ha individuato alcune azioni volte a recuperare informazioni importanti ai fini della programmazione futura e delle scelte dell'Associazione. Senza entrare in dettagli troppo specifici che potrebbero solo appesantire la lettura di queste poche righe, ed evitando così l'elenco dei propositi che periodicamente vengono riportati dalle Regioni abbiamo ritenuto importante conoscere al meglio la realtà della Toscana e delle Strutture

ospedaliere afferenti che operano in ambito cardiologico. Per raggiungere questo obiettivo abbiamo disegnato l'Osservatorio Permanente delle Cardiologie Toscane. La raccolta dei dati si è appena conclusa, in tempi rapidissimi (circa 15 giorni), grazie alla appassionata partecipazione delle Cardiologie Toscane che testimonia sia l'interesse per le iniziative ANMCO che la diffusa condivisione dell'iniziativa da parte dei Soci. Non può essere dimenticato il ruolo fondamentale dei Referenti Aziendali che hanno garantito la diffusione del questionario e la sua compilazione. Sono così state

raccolte informazioni da 40 Strutture cardiologiche di cui 33 organizzate quale Struttura Complessa, 2 Unità Semplici Aziendali e 6 Unità Semplici Dipartimentali. Negli intenti del Consiglio Direttivo Regionale questo strumento dovrebbe essere aggiornato quasi automaticamente almeno due volte l'anno. Lo scopo è palese: quello di monitorare in modo continuo la situazione delle Cardiologie toscane che, come in altre realtà nazionali, stanno vivendo una profonda ristrutturazione che ne va modificando sia l'aspetto che le competenze. Accanto ad alcune Strutture cardiologiche che

vengono potenziate (poche) vi sono accorpamenti di Unità Operative, scioglimento delle Strutture Complesse in altri Dipartimenti, spezzettamenti delle Strutture cardiologiche nell'organizzazione per intensità di cura. Non solo, laddove la Direzione di Struttura Complessa

viene a essere vacante sono sempre più i casi in cui viene nominato un Direttore "ad interim" facente funzioni e dove l'interim si prolunga per anni. Questa condizione della Cardiologia ospedaliera desta molte preoccupazioni nel Consiglio Direttivo e nei Soci ed appare tanto più grave

laddove la mancanza di informazioni si associa alla crescente sfiducia dei Medici Cardiologi nelle possibilità e nei modi di affrontare in modo corretto con il Decisore Pubblico le istanze di salute della popolazione. L'ANMCO, come è stato più volte sottolineato, non è una organizzazione sindacale. Tuttavia è senz'altro depositaria dell'autorevolezza scientifica che deriva dalla professione applicata, dalla ricerca scientifica indipendente e dalla mission stessa dell'Associazione che comprende la promozione delle buone pratiche e delle Linee Guida in campo clinico. Non di secondaria importanza l'autorità guadagnata a livello anche internazionale per gli straordinari risultati in termini di salute che la Cardiologia, nella organizzazione che conosciamo e viviamo da molti anni, ha garantito e garantisce ai pazienti. Il cambiamento di assetto organizzativo che la organizzazione per "intensità di cura" indurrà sia sui risultati in termini di salute che sul mantenimento della qualità delle cure cardiologiche è ignota. Come è noto la Toscana, prima di altre Regioni sta applicando con varia modalità ed espressione il sistema cosiddetto di "Intensità di Cura" che è stato oggetto di ampio dibattito in Toscana e non solo. Il numero di gennaio 2011 del *Giornale Italiano di Cardiologia* riporta articoli molto illuminanti al riguardo e commenti di autorevoli componenti dell'ANMCO Nazionale (vedi bibliografia). La situazione è ben nota e sta varcando i confini della Toscana per interessare le altre Regioni. In

L'Osservatorio delle Cardiologie Toscane è stato varato alla fine del mese di febbraio

A metà marzo sono state raccolte informazioni su tutte le strutture Cardiologiche Ospedaliere della Toscana

I dati principali confermano che l'organizzazione per intensità di cure procede speditamente nella nostra regione con molte UTIC che non sono più in ambito esclusivo della Cardiologia ma sono in Aree Intensive pluridisciplinari

Ancora, l'età media dei Cardiologi aumenta in modo sensibile e presto vi sarà una carenza di Specialisti Questa ed altre informazioni costituiscono la base informativa per orientare una strategia che guidi i cambiamenti

L'Osservatorio Toscano è uno strumento fondamentale per verificare i cambiamenti in atto e cercare di partecipare al loro governo

G

sintesi, l'aspetto organizzativo di un percorso di cure può essere associato al concetto di linea di produzione industriale. Attraverso il mappaggio dell'attività, la sua formalizzazione in documenti operativi, la definizione dei ruoli è possibile immaginare una analogia tra un processo di cura e la costruzione di un prodotto finito di tipo industriale. Impiegando opportuni indicatori di processo e di uso appropriato di risorse dovrebbe essere possibile garantire il percorso del paziente. Sono previste figure responsabili dei processi che si incrociano nel percorso di cure ed un Tutor che dovrebbe avere la visione d'insieme. Si tratta di un cambiamento sostanziale dal modello usuale dove la malattia ed il paziente sono al centro e gli Operatori, sotto la guida del Medico (Cardiologo nel nostro caso), provvedono a garantire le cure idonee interfacciandosi con le altre Strutture e Professioni. Poche righe non consentono di entrare nei dettagli ma in estrema sintesi si tratta di incrociare la griglia del percorso organizzativo con il piano Professionale, ammesso che quest'ultimo possa essere visto come rigido, univoco e immutabile. In questa ottica disporre di un Reparto d'Organo diventa inutile poiché i percorsi sono definiti, il paziente è classificato sulla base della sua necessità di risorse, laddove eventuali competenze professionali specialistiche sono garantite da consulenze. Il modello idealmente è interessante. Tuttavia, a livello locale, l'interpretazione di come impiegare questo sistema nella realtà

vedeva posizioni assai variegata. Le Società Scientifiche in Toscana sono state invitate ad un tavolo promosso dalla Regione per cercare di trovare un modo condiviso di applicare il modello senza stravolgere i livelli assistenziali. Il gruppo di lavoro ha espresso un documento scaricabile dal Sito della nostra Regione ed al quale l'ANMCO ha dato un significativo e fondamentale contributo attraverso molti dei suoi Soci. In effetti non è interesse di nessuno che un sistema che ha garantito cure adeguate, risultati clinici eccellenti e costituisce motivo di orgoglio per la Regione venga smantellato e sostituito da qualcosa che non soddisfa il paziente e, soprattutto dal punto di vista etico, può causare rischi per la salute. Sono così stati riuniti i rappresentanti di tutte le Società Scientifiche e, come spesso e per fortuna accade, i Dottori si sono trovati d'accordo su alcuni concetti base che sono stati recepiti nel documento: a) Permane chiaramente definita una Struttura organizzativa professionale Cardiologica con relativo Responsabile e Coordinatore, b) il Medico Tutor del paziente Cardiologico è e resta il Cardiologo e, infine, c) la UTIC, variamente definita nei livelli di competenza, resterebbe garantita almeno prevalentemente nella subintensiva in tutti gli Ospedali e deve prevedere la guardia h24 del Cardiologo. Ciò nonostante questa organizzazione avanza e deve prioritariamente essere monitorizzata e studiata. La diversa declinazione nelle realtà toscane può costituire

una fonte informativa preziosa per mantenere, oppure riorientare questa nuova organizzazione.

I dati dell'Osservatorio Toscano

L'Osservatorio testè attivato documenta senza ombra di dubbio che il processo in Toscana è ad uno stato avanzato. Non solo il modello per "Intensità di Cura" è un modello in corso di implementazione in Toscana ma già in 19 su 40 Strutture cardiologiche Toscane la "Intensità di Cura", declinata in modalità diverse, è già una realtà operativa. Il primo e più evidente messaggio che emerge è che ben 12 delle 31 UTIC toscane sono inserite in un livello 1 o 2 (secondo la definizione nel linguaggio della "Intensità di Cura") e quindi non vivono più di una situazione completamente autonoma con personale e strumenti esclusivamente della UO di Cardiologia. Uno degli obiettivi dell'Osservatorio era quello di verificare la età media dei Cardiologi che operano nelle Strutture ospedaliere. Di fatto dei 489 Cardiologi toscani 449 sono strutturati e cioè con contratto a tempo indeterminato. E' stata rilevata la presenza di 46 Specializzandi che, di fatto, prestano la loro attività assistenziale sia nelle sedi universitarie che nelle sedi collegate ospedaliere anche di Aziende differenti. Il primo significativo dato è la elevata percentuale di Cardiologi sopra i 55 anni (134) che costituiscono grosso modo un terzo del totale. Ciò conferma i dati già emersi in altri settori Sanitari e, se possibile, rafforza le più fosche previsioni per un mantenimento della attuale organizzazione

cardiologica in assenza di misure specifiche. Se infatti complessivamente gli Specializzandi sono pochi, e sono necessari 4 anni per la loro definitiva formazione per l'inserimento a ruolo, si evidenzia una "forbice" significativa tra la pianta organica che occorrerà coprire e la relativa carenza di Cardiologi da immettere nei ruoli. Il dato che emerge è che il problema del turn-over diverrà manifesto e problematico già nei prossimi 5 anni anche in Toscana. La scheda dell'Osservatorio prevede molte altre domande che offrono informazioni concise sulla organizzazione di ciascuna Cardiologia. Tuttavia già analizzando pochi dati appare chiara l'importanza di uno strumento come questo: agile, immediato con contenuto informativo chiaro ed inequivocabile. Non si tratta di uno strumento in antitesi o peggio in contrasto col Censimento Nazionale, censimento in corso di prossimo avvio. Il senso del Censimento è senz'altro una valutazione molto approfondita di risorse e Strutture cardiologiche che offre senza dubbio una visione molto più completa. La rete dei Referenti verrà riattivata su questo problema tra sei mesi in modo da fornire appena possibile una nuova fotografia ed un trend con il quale ragionare su aspetti strategici. L'Osservatorio delle Cardiologie Toscane è un tentativo timido ma significativo di ottenere uno strumento di governo da parte dell'ANMCO regionale.

Conclusioni

I profondi cambiamenti in corso nella organizzazione delle Cardiologie necessitano di strumenti informativi rapidi e semplici. Pochi indicatori possono offrire un contenuto informativo

assai ricco, come dimostra il nostro strumento. Dai primi dati emerge senza ombra di dubbio che questi cambiamenti sono in atto e procedono speditamente. Uno, "l'Intensità di Cura", in modo più o meno condizionale va cambiando il nostro modo di lavorare ed immaginare il percorso di cure cardiologiche, il secondo aspetto, l'invecchiamento dei Cardiologi, rischia seriamente di minare il modello che attualmente abbiamo. Può sembrare paradossale ma i due fenomeni sono tra loro legati strettamente. Senza Cardiologi l'organizzazione per "Intensità di Cura" diventa una necessità, non una opzione. Possiamo collaborare a governare il fenomeno in modo il più corretto possibile ma senza scelte strategiche di alto profilo la Cardiologia che verrà sarà molto diversa da quella che conosciamo. Pertanto, un nuovo modello organizzativo diventa urgente ed è urgente favorire azioni a livello nazionale e regionale per lavorarvi per tempo. Il modello dovrebbe essere progressivo e flessibile e non può non essere oggetto di proposte da parte dell'ANMCO. Se non vogliamo che ci vengano imposte soluzioni sulla scia di una criticità organizzativa occorre essere proattivi e governare questo processo. Per fare ciò abbiamo bisogno di strumenti come l'Osservatorio, di fatto un cruscotto sulla situazione organizzativa e gestionale della propria realtà associativa, agile e con pochi fondamentali indicatori che riassumano in se importanti informazioni immediatamente utilizzabili. Ci sia consentito un sentito ringraziamento a tutti i componenti del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana, alla splendida squadra dei Referenti

ANMCO aziendali della Regione Toscana che hanno permesso la raccolta dei dati e alla Sig.ra Franca Loreface per averci aiutato a sintetizzare le risposte e gestire il flusso dei dati a tutti coloro che direttamente od indirettamente hanno favorito questo obiettivo del Consiglio Direttivo Regionale.

Bibliografia

- Sviluppare e verificare nuovi modelli assistenziali in sanità. La prospettiva di un Cardiologo. *G Ital Cardiol* 2011, 12; 5-9
 Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana. Abbiamo scelto la speranza sulla paura. *Cardiologia negli Ospedali*, N. 167 gennaio - febbraio 2008
 Appello per la centralità del paziente cardiopatico nel sistema delle cure. Le proposte dell'ANMCO contro la frammentazione della Cardiologia all'interno degli Ospedali. *Cardiologia negli Ospedali*, N. 163 maggio - giugno 2008
 F. Bovenzi. Ospedale per intensità di cura: scegliere leggero, un compito pesante. *G Ital Cardiol* 2011, 12;1 - 2
 G. L. Nicolosi Ospedali per intensità di cura. Si persegue davvero la centralità del paziente o quella dell'organizzazione. *G Ital Cardiol* 2011, 12:16 - 18
 A. Boccanelli L'Ospedale di domani. Tra umanizzazione e contenimento della spesa. Il caso delle malattie cardiovascolari. *G Ital Cardiol* 2011; 12: 19 - 20
 F. Bovenzi. Quando l'Ospedale rischia di diventare una fabbrica di automobili. *Cardiologia negli Ospedali*, N.175 maggio - giugno 2010, pp. 18 - 21
 F. Bovenzi. Per chi suona la campana? *Cardiologia negli Ospedali*, N. 166 novembre - dicembre 2008, pp. 5 - 17

Attenzione alle anomalie dell'onda P in V1 in gravidanza!

I risultati di uno studio prospettico, nato dalla collaborazione tra Cardiologi, Internisti e Ginecologi, ha dimostrato che l'ECG durante il primo trimestre di gravidanza può essere utilizzato per predire il rischio di disordini ipertensivi

DI FABIO ANGELI, ENRICA ANGELI, PAOLO VERDECCHIA



Ipertensione in gravidanza

I disordini ipertensivi sono le patologie più diffuse durante la gravidanza. Ci sono quattro possibili forme di disordini ipertensivi che complessivamente complicano il 10% di tutte le gravidanze: (1) ipertensione arteriosa cronica o pre - esistente la gravidanza; (2) ipertensione gestazionale che si sviluppa durante il periodo gestazionale; (3) pre - eclampsia; (4) eclampsia. I disordini ipertensivi sviluppati durante la gravidanza sono temibili condizioni che espongono sia la madre che il feto ad un elevato rischio di complicanze. Numerosi

studi hanno cercato di identificare le possibili caratteristiche predisponenti lo sviluppo di disordini ipertensivi durante la gravidanza. I modelli predittivi comunemente utilizzati per stimare il rischio di disordini ipertensivi durante la gravidanza si basano solamente su alcune caratteristiche cliniche e demografiche tra cui l'età al momento della gravidanza, l'indice di massa corporea nei primi mesi di gravidanza e la pressione arteriosa (PA) misurata durante la prima visita ginecologica. Purtroppo, la stima precoce del rischio risulta ancora limitata e problematica soprattutto in donne sane ed inizialmente normotese.

L'elettrocardiogramma: se interdisciplinare è meglio

L'elettrocardiogramma (ECG) standard a 12 derivazioni è comunemente utilizzato in gravidanza per studiare gli adattamenti cardiovascolari della donna e per escludere disturbi del ritmo o patologie di conduzione. Purtroppo l'esecuzione di un ECG insieme alla valutazione specialistica cardiologica viene sempre più spesso eseguito solamente negli ultimi mesi della gravidanza. Questo ha determinato nel corso degli anni un allontanamento di alcune figure professionali (Internisti, Cardiologi e Ginecologi)

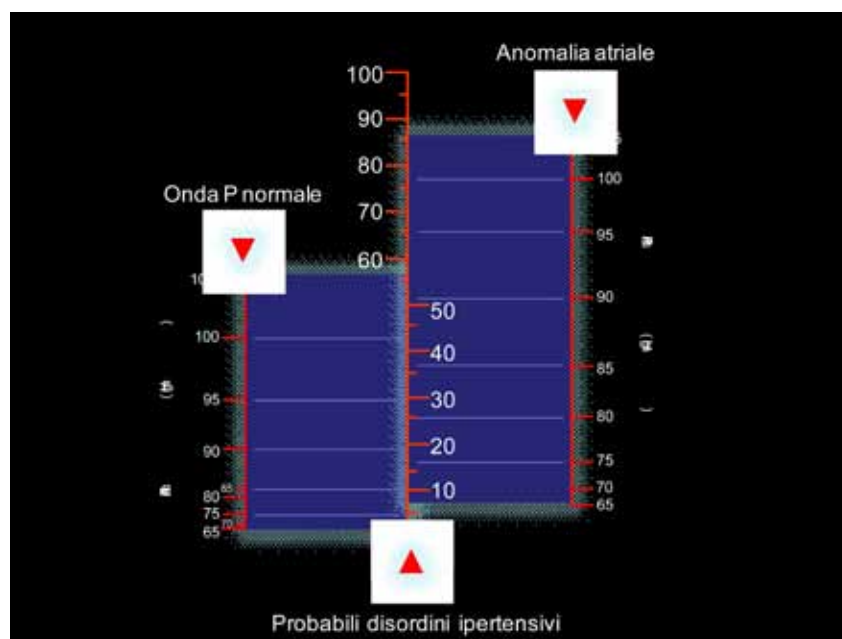


Figura 1
Normogramma per calcolare la probabilità di disordini ipertensivi in gravidanza utilizzando i valori di PA media e l'analisi dell'onda P in VI

che dovrebbero, invece, cooperare nella gestione delle pazienti ad alto rischio di disordini ipertensivi o con ipertensione arteriosa durante la gravidanza. In particolare, l'isolamento di queste diverse competenze mediche ha determinato una scarsa attenzione all'ECG come utile strumento per la corretta stratificazione del rischio di sviluppo di disordini ipertensivi durante il periodo gestazionale. Gli studi che, infatti, hanno cercato di analizzare il possibile ruolo dell'ECG nelle gestanti con disordini ipertensivi si contano sulla punta delle dita.

Un modello tutto umbro

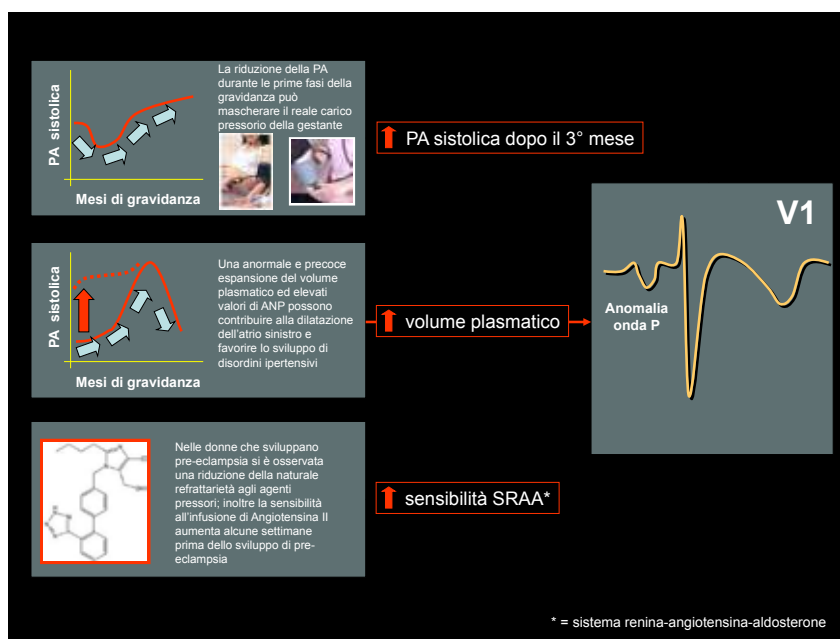
Per verificare il potenziale ruolo additivo dell'ECG di superficie nella stratificazione ed identificazione di donne ad alto rischio per lo sviluppo di disordini ipertensivi durante la gravidanza, è stato pianificato uno studio prospettico di screening che ha coinvolto Specialisti della Cardiologia Preventiva di Perugia, della Medicina Interna di Assisi e della Ginecologia di Foligno. Nell'arco di tredici mesi, sono state incluse nel progetto 221 donne normotese alla prima gravidanza. Tutte le gestanti già classificabili come ad alto

rischio per lo sviluppo di complicanze ipertensive (donne con ipertensione arteriosa cronica, diabete mellito, malattie renali o autoimmunitarie o con valvulopatie) sono state escluse dal progetto di screening. Sono state raccolte le principali variabili cliniche, demografiche e delle donne arruolate nel registro non solo nella prima visita di inclusione ma anche durante una stretta osservazione a cadenza mensile. Novità di questo studio è stata l'esecuzione di un ECG di superficie nel primo trimestre di gravidanza. Le principali variabili ECG sono state poi sottoposte a lettura centralizzata. Sono state analizzate le alterazioni del tratto ST-T, l'intervallo QT, la frequenza cardiaca, i voltaggi, la durata dei complessi QRS e le anomalie dell'onda P in VI. In particolare, l'anomalia atriale sinistra in VI è stata definita da un'onda P bifasica con componente negativa di almeno 0,04 mm·s (prodotto della durata per la profondità). **Risultati in breve**

Durante il periodo di osservazione, il 12% delle donne hanno sviluppato disordini ipertensivi. In particolare si sono osservati 22 casi di ipertensione

I risultati di uno studio di screening prospettico condotto in donne gestanti normotese ha evidenziato il ruolo dell'ECG nel predire le complicanze ipertensive durante la gravidanza
Le donne con presenza all'ECG di anomalia atriale sinistra hanno mostrato un rischio quattro volte superiore di sviluppare disordini ipertensivi

Figura 2
Meccanismi che mettono in relazione la presenza di anomalia dell'onda P all'ECG e lo sviluppo di disordini ipertensivi durante la gravidanza



gestazionale, 5 pre - eclampsie (di cui 3 complicate da Sindrome HELLP) ed una eclampsia. Tra tutte le variabili considerate, il peso, la PA (sistolica, diastolica, differenziale e media) e l'anomalia atriale sinistra sono risultati fattori di rischio significativi per lo sviluppo di disordini ipertensivi. In un modello predittivo multivariato, solamente la PA media (calcolata come la somma della PA diastolica ed un terzo della differenziale) e l'anomalia dell'onda P in V1 hanno mantenuto la significatività per stimare la probabilità di disordini ipertensivi durante la gravidanza. Nello specifico, ogni incremento di 10 mmHg della PA media e la presenza di anomalia atriale sinistra in V1 si sono associati, rispettivamente, ad un aumento di 3 e 4 volte del rischio di sviluppare disordini ipertensivi. Questo modello, ha anche permesso di costruire un normogramma che può essere utilizzato per stimare in modo semplice e veloce la probabilità di disordini ipertensivi in gravidanza (Figura 1). Seppur il meccanismo che possa mettere in relazione la presenza di anomalia dell'onda P all'ECG e lo sviluppo di disordini ipertensivi duran-

te la gravidanza non è ancora del tutto chiaro, possono essere considerate diverse ipotesi (Figura 2). Alcuni meccanismi potrebbero infatti legare lo sviluppo di dilatazione dell'atrio sinistro ai disturbi ipertensivi in gravidanza: (1) una anomale e precoce espansione del volume plasmatico associata ad elevati livelli di peptide natriuretico atriale; (2) una riduzione della naturale refrattarietà agli agenti pressori con aumentata sensibilità all'angiotensina II. Altra considerazione riguarda la fisiologica riduzione della PA durante le prime fasi della gravidanza e la stretta associazione che sussiste tra elevati valori di PA ed anomalia atriale sinistra. La presenza di anomalia dell'onda P all'ECG potrebbe contribuire a "mascherare" gestanti che mostrano normali valori di PA nelle prime fasi della gravidanza ma che in realtà avevano prime della gravidanza una PA alta o normale - alta e che quindi sono a maggior rischio di disordini ipertensivi durante la gestazione.

Implicazioni pratiche

Questo studio umbro di screening ha favorito una più stretta collaborazione tra diverse figure professionali

solitamente coinvolte nella gestione di gestanti con o a rischio di disordini ipertensivi durante la gravidanza. L'analisi dell'onda P nelle fasi precoci della gravidanza è risultata di facile esecuzione ed ha permesso una migliore stratificazione del rischio di incorrere in disordini ipertensivi.

Bibliografia

1. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 2000. 183(1): p. S1-S22.
2. Lenfant, C., Working group report on high blood pressure in pregnancy. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 2001. 3(2): p. 75-88.
3. Lindheimer, M.D., S.J. Taler, and F.G. Cunningham, Hypertension in pregnancy. *J Am Soc Hypertens*, 2008. 4(2): p. 68-78.
4. Angeli, E., et al., Additive value of standard ECG for the risk prediction of hypertensive disorders during pregnancy. *Hypertens Res*, 2011.
5. Lindheimer, M.D., Hypertension in pregnancy. *Hypertension*, 1993. 22(1): p. 127-37.
6. Myers, B.D., et al., Role of cardiac atria in the human renal response to changing plasma volume. *Am J Physiol*, 1988. 254(4 Pt 2): p. F562-73.
7. Lindheimer, M.D. and A.I. Katz, Sodium and diuretics in pregnancy. *N Engl J Med*, 1973. 288(17): p. 891-4.
8. Miller, J.T., R.A. O'Rourke, and M.H. Crawford, Left atrial enlargement: an early sign of hypertensive heart disease. *Am Heart J*, 1988. 116(4): p. 1048-51.

ANMCO: *dobbiamo fare solo Scienza o difendere anche la Cardiologia da chi la vuole distruggere?*

Difendere la nostra disciplina e difendere i cardiopatici, in questo momento, è altrettanto importante che disquisire di fatti scientifici

DI PIETRO DELISE

Nella veste di Presidente Regionale dell'ANMCO Veneto ho portato in Consiglio Nazionale una lettera della nostra Associazione Regionale inviata al Governatore e all'Assessore alla Sanità del Veneto, cofirmata da altre 9 Associazioni Scientifiche Ospedaliere. In questa lettera, pubblicata nel numero precedente a questo di "Cardiologia negli Ospedali" (N. 179, gennaio - febbraio 2011, pp. 69 - 70) si esprimeva un semplice concetto: nel Veneto si sta costruendo la Sanità



di oggi e di domani, sia a livello regionale che locale, senza sentire il parere dei Medici ospedalieri. Anzi, i Medici ospedalieri vengono volutamente tenuti fuori dai giochi e dai programmi con la scusa di presunti conflitti di interesse

più o meno confessabili. Agli specialisti ospedalieri del Veneto è sembrata una cosa inaccettabile e pericolosa per il Sistema, che non ha analogie nella maggioranza dei Paesi occidentali. Ad esempio negli Stati Uniti non si decide nulla in materia sanitaria senza un confronto trasparente e obiettivo con i tecnici, che per definizione sono i più competenti in materia. Ho portato la lettera in Consiglio Nazionale perchè sono convinto che si tratta di un problema non solo veneto ma nazionale. Mi è stato spiegato che, a differenza

La Cardiologia è minacciata e ne va della sua sopravvivenza
Difendere la nostra disciplina e difendere i cardiopatici, in questo
momento, è altrettanto importante che disquisire di fatti scientifici
Ben venga la vecchia anima sindacale che potremmo chiamare più
elegantemente "azione di lobby"

degli anni storici in cui fui Segretario Nazionale, l'ANMCO ha deciso di non farsi carico dei problemi sindacali. Per molti anni sono stato lontano dall'ANMCO nazionale per impegni vari e forse ho perso contatto con la realtà attuale del Palazzo fiorentino. Con questa premessa, che sottintende alcune lacune conoscitive sulle dinamiche che questa materia ha avuto nel recente passato, mi pongo da semplice Cardiologo che lavora nel territorio alcuni quesiti forse banali.

1. È un bene che ufficialmente l'ANMCO non prenda posizione sul tentativo di distruggere la Cardiologia

Rispolveriamo la vecchia anima sindacale che potremmo chiamare più elegantemente "azione di lobby"

da parte di alcuni programmatori regionali, lasciando che il modello degli "Ospedali per Intensità di Cura" si diffonda a macchia d'olio in tutta Italia?

2. È un bene che l'ANMCO non dica nulla sui tagli diffusi ai nostri Reparti, che curano (con profitto) le malattie che sono in testa per morbilità e mortalità condizionando la qualità del nostro

lavoro?

3. È un bene che l'ANMCO non si esprima ufficialmente sulla condanna penale di Cardiologi spinti a dimettere precocemente i pazienti sulla spinta di Amministrazioni votate prevalentemente al risparmio?

4. È un bene che l'ANMCO ignori che fra 5 anni gli Ospedali non avranno più Cardiologi perchè le Università sono sotto - finanziate e non producono un numero di Specialisti almeno pari a quello dei pensionati e pensionandi? In altre parole è utile che non si preoccupi che molte Cardiologie nel prossimo futuro spariranno, semplicemente perchè mancheranno gli operatori? E di conseguenza, è bene che non si chieda chi farà la Cardiologia nel futuro: i Dipartimenti di Emergenza o le Medicine Generali?

Potrei continuare, ma il ritornello sarebbe monotono. Chi legge ha capito quello che voglio dire. Sarò forse un patetico romantico con lo sguardo proiettato verso un nostalgico passato, ma ho la strana impressione che mentre l'ANMCO discute di se stessa, il Titanic della Cardiologia sta lentamente affondando. Difendere la nostra disciplina e difendere i cardiopatici, in questo momento, a me pare altrettanto importante che disquisire di fatti scientifici o di cavilli statutari. Ben venga allora la vecchia anima sindacale di un tempo che fu. La potremmo chiamare più modernamente e più elegantemente "azione di lobby". A prescindere dalla definizione, la discesa dell'ANMCO nel campo di battaglia a me sembra una strada obbligata per non morire.

Associazioni cofirmatarie della lettera al Presidente e all'Assessore della Sanità del Veneto

ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri)
ACOI (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani)
AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri)
AOGOI (Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri)
AUROIT (Associazione Urologi Italiani Ospedalieri)
FADOI (Federazione delle Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti)
SICVVE (Società Italiana Chirurgia Vascolare ed Endovascolare)
SIGO (Società Italiana Geriatri Ospedalieri)
SIN (Società Italiana di Neurologia)
SVOTO (Società Veneta Ortopedici Traumatologi Ospedalieri)

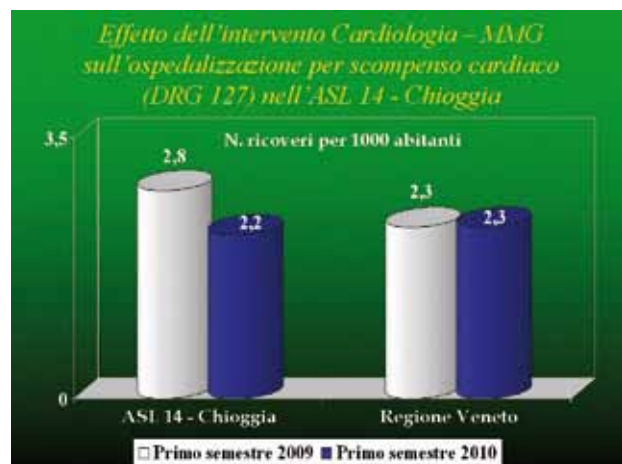
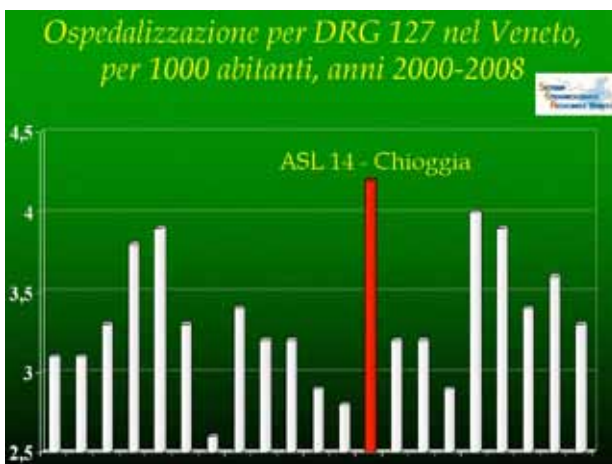
A Chioggia, la collaborazione Cardiologia - Medicina Generale *riduce l'ospedalizzazione per scompenso cardiaco dal Territorio*

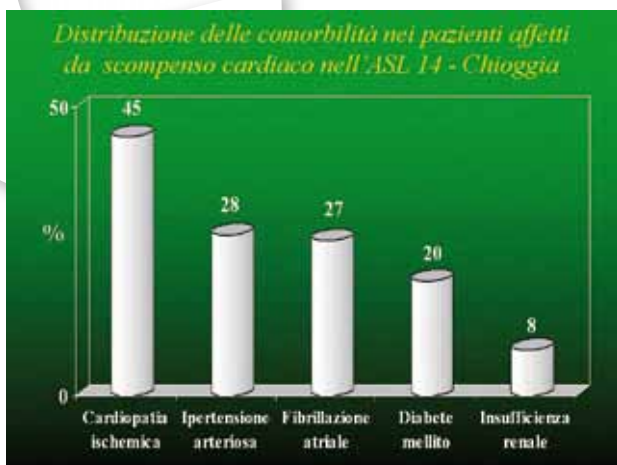
DI ROBERTO VALLE, ANGELO FRASCATI, GABRIELE BOSCOLO, LUCA OSELLADORE

Lettori di "Cardiologia negli Ospedali" forse ricorderanno la dichiarazione di intenti su un progetto di implementazione massiva di Linee Guida, sullo Scompenso Cardiaco nell'ASL 14 di Chioggia, apparso sul numero 167 del 2009? Anche se crediamo che pochi Lettori siano rimasti con la suspance di vedere se il modello avrebbe funzionato, in questo numero riportiamo, a distanza di due anni, i risultati. Va premesso che nell'ULSS 14 di Chioggia, l'ospedalizzazione per scompenso cardiaco è storicamente un problema, per i tassi osservati, che la ponevano tra le prime per numero di ricoveri, nell'intera Regione Veneto. A giugno 2009 quindi, l'ULSS 14 si è posta

l'obiettivo di incidere sull'ospedalizzazione per scompenso cardiaco, mediante un progetto coordinato Cardiologia - Medici di Medicina Generale (MMG), con la partecipazione degli altri attori, quali il Pronto Soccorso e le UO di Medicina e Geriatria, secondo il modello della Consensus Conference del 2006. Mediante l'identificazione dei pazienti ed una successiva opera di implementazione di misure di provata efficacia, è stata ottenuta la riduzione dell'ospedalizzazione primaria dal Territorio, per scompenso cardiaco (DRG 127), nell'intera ASL (70.000 abitanti). Il dato assume maggiore rilevanza, qualora si osservi come, nel medesimo periodo, l'ospedalizzazione

per DRG 127 nella Regione Veneto, abbia confermato il trend in lieve, ma costante aumento (da 10.381 a 10.417). Ma come è stato ottenuto questo risultato? Lo strumento operativo è stato quello di un progetto ECM di formazione sul campo, mirato a: 1) individuare i singoli pazienti affetti da scompenso cardiaco e 2) implementare tutte le misure di provata efficacia, allo scopo di 3) ridurre le ospedalizzazioni per scompenso e 4) migliorarne la qualità di vita. L'identificazione dei pazienti con Scompenso Cardiaco sul Territorio, non è tuttavia solo il primo tassello della catena assistenziale, ma una necessità resa stringente dalla capacità dei nuovi strumenti terapeutici

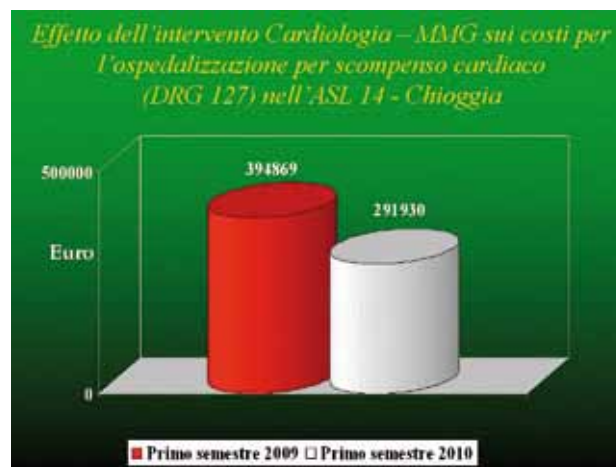
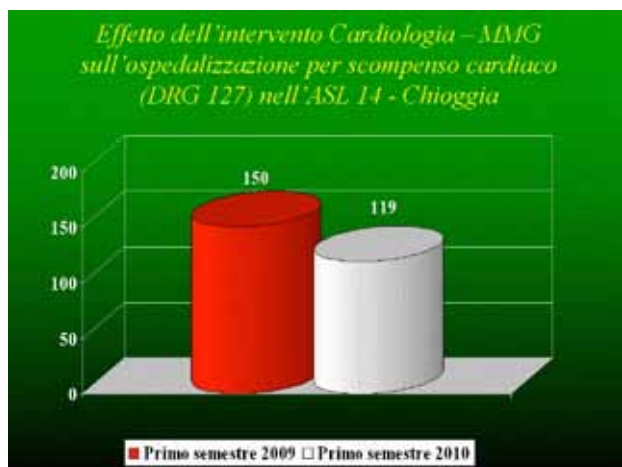




tici di ridurre morbilità e mortalità, da cui una parte significativa dei pazienti scompensati rimane esclusa. Un'esperienza pionieristica in tal senso, fu condotta nel Veneto Orientale (Valle et Al. 2006), quasi dieci anni fa, su un campione di 10.000 assistiti, utilizzando la furosemide come farmaco traccia, consentendo di ottenere la "fotografia" degli scompensati del Territorio. Sul patrimonio di quest'esperienza, un'altra Azienda del Veneto, quella dell'ASL 14 di Chioggia ha messo in atto un progetto per il miglioramento del governo clinico dello Scompenso sul Territorio (sempre mediante lo strumento dell'indagine farmaco - epidemiologica), rilanciando questa volta, a livello di intera ASL (69.130 abitanti), allo scopo di quantificare precisamente la prevalenza, l'ospedalizzazione, l'aderenza alle Linee Guida e costi sociali, in un campione rappresentativo della popolazione del Veneto. Il progetto si è realizzato grazie alla costituzione di un Gruppo di Lavoro composto da: 1) Cardiologi dell'Ospedale di Chioggia; 2) tutti i MMG operanti sul Territorio della ASL n. 14; 3) Statistici del Controllo di Gestione; 4) Farmacisti del Servizio Farmaceutico; 5) il Responsabile del

locale Distretto Socio Sanitario di Base (DSSB), 6) la Direzione Sanitaria. Il reciproco scambio di informazioni e la partecipazione a periodiche riunioni di lavoro ha consentito la messa a punto del progetto strutturato in sei fasi. Nella prima fase si è ottenuta l'identificazione dei pazienti in terapia con diuretici dell'ansa (furosemide, torasemide, ecc) nella popolazione generale della ASL n 14, mediante l'analisi del database informatico del Servizio Farmaceutico. Nella seconda fase, è stata definita la reale prevalenza di Scompenso Cardiaco in questi pazienti, mediante la consultazione degli archivi informatizzati dei MMG, Cardiologia, Controllo di Gestione, DSSB. La diagnosi è stata posta in base a: 1) pregressa diagnosi strumentale di insufficienza cardiaca; 2) pregresso ricovero per DRG 127 (scompenso cardiaco); 3) evidenza clinica. Era prevista la verifica ecografica e laboratoristica (dosaggio dei peptidi natriuretici) dei casi dubbi. Nella terza fase è stata effettuata la rilevazione delle ospedalizzazioni, tramite la consultazione del database informatizzato del Controllo di Gestione. Nella quarta fase, è stata valutata l'aderenza alle Linee Guida, mediante l'audit clinico effettuato da

ciascun MMG, grazie alla consultazione della propria cartella clinica informatizzata Millewin, in possesso di tutti i MMG dell'ASL 14. Nella quinta fase è stata rilevata una serie di parametri clinici, laboratoristici e bioumorali dei pazienti identificati, ma anche alcuni indicatori di impegno assistenziale, come l'allettamento, la demenza, la prognosi infausta ad un anno, noti per incidere marcatamente sull'assorbimento di risorse. Nella sesta ed ultima fase, i pazienti identificati (ed altri diagnosticati successivamente) sono stati seguiti longitudinalmente, da MMG e Cardiologi, con una serrata opera di implementazione di tutte le misure farmacologiche, dietetiche e comportamentali, di provata efficacia, monitorandone nel contempo la prognosi, in termini di mortalità e di ospedalizzazione per scompenso. Su un totale di circa 70.000 abitanti, l'1.1% è risultato affetto da scompenso cardiaco. Si trattava di una popolazione anziana (età media: 77+10 anni), equamente distribuita per genere (49% maschi). La causa dello scompenso era una cardiopatia ischemica, in quasi la metà dei casi (46%) l'ipertensione arteriosa nel 26% ed una malattia delle valvole cardiache nel 14%.



Molto spesso i pazienti erano cronicamente affetti dalla malattia, l'esordio essendo databile a 6+5 anni prima. La capacità funzionale era compromessa in maniera rilevante in molti pazienti, come espresso da una classe New York Heart Association di 2.3+0.8; si tratta di una scala che misura la mancanza di respiro e va da 1 (mai, nemmeno dopo sforzi importanti) a 4 (mancanza di respiro anche stando a riposo). Inoltre, il 43% presentava segni di congestione, da ritenzione idrosalina, come edemi declivi. L'analisi della distribuzione della performance cardiaca (espressa dalla frazione di eiezione ventricolare sin) mostrava una rilevante quota di scompenso a funzione sistolica conservata (49%), una forma di scompenso frequente nelle donne anziane, affette da ipertensione arteriosa, che richiede un approccio assistenziale diverso da quello standard. Questo rilievo ha consentito di ottimizzare le misure terapeutiche ed assistenziali, mediante la loro individualizzazione, con miglioramento della qualità della prestazione. Una quota importante dei pazienti presentava altre malattie, come la fibrillazione atriale nel 27% dei casi, il diabete nel 20%, l'insuffi-

cienza renale nel 8%. Anche questi ultimi dati, evidenziano la "fragilità" di questo gruppo di pazienti e la necessità di un approccio complessivo al paziente e non alla malattia. La prescrizione dei farmaci di provata efficacia mostrava una buona aderenza alle linee guida, con furosemide ed altri diuretici dell'ansa in atto nel 94%, ACE inibitori e/o sartani nel 80%, betabloccanti nel 42%, spirolattoni nel 40%, digossina nel 26%. Il dosaggio medio degli ACE-inibitori (enalapril equivalente) era di 16+8 mg/die, quello dei beta-bloccanti (bisoprololo equivalente) di 3.5+2.2 mg/die. Per quanto concerne gli indicatori di alto assorbimento di risorse socio-assistenziali, è stato rilevato che il 2% era affetto da comorbidità con prognosi infausta entro un anno, il 3% presentava demenza, il 6% era allettato. Un primo risultato del progetto era stato raggiunto, dimostrando come l'utilizzo dei diuretici dell'ansa, secondo la metodica del farmaco traccia, si presti idealmente per l'identificazione dei pazienti potenzialmente affetti da scompenso cardiaco e la successiva valutazione della qualità della prestazione assistenziale in questi pazienti

grazie alle cartelle cliniche informatizzate dei MMG. Il processo di individuazione è semplice, economico ed efficace, nonché facilmente implementabile nella massima parte delle ASL. Questi rilievi inoltre hanno consentito di individuare i punti carenti nell'organizzazione delle cure ai pazienti scompensati della realtà aziendale clodiense e di mettere a punto una "targetizzazione" dell'assistenza, tarata sui bisogni assistenziali del singolo, sulla base dei dati rilevati. Tale analisi è stata condotta nel secondo semestre 2009, grazie all'inserimento del progetto nel Patto Aziendale con i Medici di Medicina Generale, chiamato "Il Percorso Diagnostico – Terapeutico Aziendale (PDTA)", che aveva come obiettivi: 1) ritardare la comparsa della disfunzione ventricolare asintomatica; 2) ritardare la progressione della disfunzione ventricolare sin a scompenso conclamato; 3) ritardare la progressione dello scompenso nei pazienti affetti; 4) prevenire le riacutizzazioni ed i ricoveri ospedalieri; 5) garantire assistenza specifica di tipo palliativo al paziente con scompenso terminale. Base del lavoro è stato il pieno impiego di tutte le misure di provata

efficacia, di natura farmacologica, dietetica e comportamentale, note per incidere favorevolmente, sia sull'ospedalizzazione che sulla sopravvivenza. Dette misure sono state ottimizzate in tutti i pazienti afferenti ai MMG, da luglio 2009 in poi, affetti da scompenso cardiaco. L'efficacia del protocollo è stata misurata su un endpoint hard, quale il numero di ricoveri per scompenso su tutta la popolazione dell'ASL 14. Il confronto tra il primo semestre 2009 (prima dell'entrata in vigore del protocollo) ed il primo semestre 2010, ha mostrato un calo rilevante dei ricoveri per DRG 127, pari al 25%. Come conseguenza virtuosa del calo dei ricoveri è conseguita una rilevante riduzione della spesa sanitaria ospedaliera, da 395.000 a 291.000 euro, pari ad un risparmio del 26%, calcolato sulla tariffa DRG. In conclusione, il progetto clodiense conferma come la razionalizzazione delle misure di assistenza al paziente scompensato, possa incidere favorevolmente sia sulla prognosi che sulla spesa sanitaria, come dimostrato in altri ambiti assistenziali della malattia, quali il follow-up post-dimissione o la dimissione precoce. Il nostro progetto altresì, estende questi risultati favorevoli ad un ambito non ancora risolto dai modelli organizzativi, costituito dall'assistenza in gestione integrata nell'ambito delle Cure Primarie distrettuali. Questi risultati sono frutto di una collaborazione multidisciplinare, tra servizi ed unità operative, che spesso faticano a comunicare in modo

pro-attivo. Il superamento di queste problematiche, consente di ottenere risultati in termini di salute, con un'ottimale efficacia clinica ed una rilevante efficienza gestionale. Da questa esperienza pilota, la Sanità clodiense si attende due risultati fondamentali: 1) il miglioramento (su larga scala) della qualità della prestazione assistenziale, per i pazienti affetti da Scompenso Cardiaco, con un intervento di salute pubblica, sulla popolazione generale, mediante l'implementazione di misure di provata efficacia; 2) la validazione di un modello operativo efficace, efficiente ed implementabile ad altre realtà aziendali (il "Modello Chioggia"), in ragione della sua semplicità e della sua economicità.

Bibliografia

1. Valle R, Garelli E, Sartori F, Marchese D. Definizione di prevalenza, tasso annuo di ospedalizzazione, aderenza alle linee guida e costi sociali dello scompenso cardiaco. *Cardiologia negli ospedali*. 2009; 167: 74-75.
2. Consensus Conference. Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco. *Giornale Italiano di Cardiologia* 2006; 7: 387-432.
3. Valle R, Baccichetto R, Barro S, Calderan A, Carbonieri E, Chinellato M, Chiatto M, D'Eri A, Corazza F, D'Atri M, Drigo R, Fabris S, Gelli GF, Lo Giudice A, Noventa F, Pollon A, Santin P, Zanardi F, Milani L. Lo scompenso cardiaco nel Veneto Orientale: prevalenza, ospedalizzazione, aderenza alle linee guida e costi sociali. *Archives of Chest Disease*. 2006; 66(1): 63-74.

Quando l'orizzonte è alto...

Associazione privata no profit di benefattori, cardiopatici e non, che si regge interamente sulla generosità dei cittadini

DI SERENA RAKAR



L'Associazione Amici del Cuore di Trieste è nata nel 1978 da una felice e moderna intuizione del Professor Fulvio Camerini, Cardiologo di chiara fama clinica e scientifica e Primario della Divisione di Cardiologia dell'Ospedale Maggiore, e del Commendator Primo Rovis, noto imprenditore triestino del caffè. Proprio tale connubio tra audacia scientifica ed imprenditoriale, entrambe di respiro internazionale, ha permesso e sta permettendo da più di trent'anni di tenere al passo con i tempi il mondo cardiologico e cittadino triestino, attraverso lo stimolo ed il sostegno di ricerche e tecnologie d'avanguardia, di continuo aggiornamento professionale, di modernizzazione delle Strutture, di educazione sanitaria e di found raising. L'Associazione fu ufficialmente costituita il 10 aprile 1978, presso uno Studio notarile della città, alla presenza dei due padri, del Prof. Lucio

Parenzan, Direttore della Cardiocirurgia di Bergamo e di altri Colleghi e personalità. Le finalità furono subito chiare, insite già nel nome dato all'Associazione, "Amici del Cuore, per il progresso della Cardiologia", e ben definite nei sei punti dello Statuto associativo:

1. contribuire al potenziamento delle Strutture cardiologiche e cardiocirurgiche di Trieste;
2. incrementare lo studio e le ricerche nel campo della Cardiologia, nonché la conoscenza delle possibilità diagnostiche e terapeutiche relative al trattamento delle cardiopatie;
3. favorire attività culturali, congressi, conferenze e pubblicazioni nel campo della Cardiologia,
4. incrementare l'attività di educazione sanitaria;
5. dare assistenza ai pazienti cardiopatici anche con interventi straordi-



La fondazione dell'Associazione presso uno Studio notarile; si riconoscono il Prof. Fulvio Camerini ed il Prof. Lucio Parenzan

nari in casi di particolare gravità, ed eventualmente aiutare i loro parenti che si trovino in disagiate condizioni economiche (l'effettiva esistenza di tali condizioni, nonché le modalità dell'assistenza, sono valutate e stabilite dal Consiglio di Amministrazione a suo insindacabile giudizio); 6. promuovere la raccolta di fondi necessari per il conse-



Il volumetto per il Corso BLS-D per la comunità



La copertina dell'ultimo numero della rivista dell'Associazione (aprile 2011)

il Prof. G. Guarnieri (già Direttore dell'Istituto di Clinica Medica). Da circa dieci anni viene pubblicata anche una rivista quadrimestrale di divulgazione scientifica denominata "Amici del Cuore", che

guimento dello scopo dell'Associazione stessa. Si tratta di una Associazione privata no profit di benefattori, cardiopatici e non, che non riceve contributi pubblici, ma che si regge interamente sulla generosità dei cittadini, attraverso donazioni, lasciti testamentari, 5 per mille, inserzioni pubblicitarie, elargizioni ad memoriam attraverso il quotidiano locale "Il Piccolo". È dotata di un Consiglio di Amministrazione, di cui è Presidente il Comm. P. Rovis, e di un Comitato Scientifico, di cui fanno parte il Prof. F. Camerini (già primario della Divisione di Cardiologia), il Dott. S. Scardi (già primario del Centro Cardiovascolare), il Prof. G. Sinagra (attuale Direttore del Dipartimento Cardiovascolare), il Dott. A. Di Lenarda (attuale Direttore del Centro Cardiovascolare), il Dott. A. Pappalardo (attuale Direttore della SC di Cardiochirurgia), la Dott.ssa A. Poletti (Dirigente della SC Cardiochirurgia),

ha una funzione di informazione e sensibilizzazione sui problemi relativi alla salute del cuore e riporta con linguaggio chiaro articoli di carattere scientifico, notizie sui progetti e sulle iniziative in ambito cardiologico, consigli e indicazioni per prevenire e curare le patologie. La rivista viene stampata in 10.000 copie e distribuita gratuitamente a tutti i Soci dell'Associazione, ad enti pubblici e privati, ad autorità, a medici e studiosi in Italia ed all'estero. Il beneficio diretto goduto dalla cittadinanza triestina in tutti questi anni è stato innanzitutto in termini di prevenzione, grazie alla presenza sin dal 1992 nelle strade e nelle piazze della città di un mezzo dell'Associazione, l'Unità Mobile, dove per 4 giorni alla settimana personale paramedico specializzato esegue direttamente e gratuitamente la misurazione della pressione arteriosa, del colesterolo e della glicemia (nel 2008 sono state eseguite ben 10.472 analisi). Inoltre

è da più di 25 anni (precisamente dal 1985) che l'Associazione, spinta dalle innovazioni che provenivano dagli USA con Safar, porta avanti i Corsi di Rianimazione Cardiopolmonare per laici, tenuti da Infermieri e Medici della SC di Cardiologia. Nel tempo sono state così istruite gratuitamente circa 4.000 persone, appartenenti a istituti scolastici, società sportive, Esercito, Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza, banche, uffici pubblici, semplici gruppi di cittadini. A tutti viene distribuito un volumetto sul trattamento dell'arresto cardiaco. Precedendo assolutamente i tempi molti di noi, da specializzandi Cardiologi o aspiranti tali, fin dal 1980 sono stati sostenuti da borse di studio mensili assegnate dall'Associazione attraverso l'Amministrazione ospedaliera, vedendo così economicamente riconosciuto il nostro entusiasmo nell'attività assistenziale e di ricerca presso l'allora Divisione di Cardiologia, dove senza grossi sforzi avremmo lavorato gratis. Gianfranco Sinagra ed Andrea Di Lenarda, grazie alla lungimiranza del Prof. Camerini, sono stati tra questi. A tutt'oggi vengono assegnati premi di studio a neolaureati in Medicina e Chirurgia, specializzandi in Cardiologia e ricercatori, distinti per l'eccellenza di studi eseguiti in ambito cardiovascolare. Tutti i Cardiologi triestini hanno avuto nel tempo un sostegno nella partecipazione a Congressi nazionali ed internazionali (chi altro ci avrebbe sponsorizzato la partecipazione al Congresso Nazionale ANMCO o all'Alpe Adria Cardiology Meeting per la comunicazione sul lavoro della nostra tesi di laurea?) e a riunioni scientifiche, nella realizzazione di produzioni e relazioni

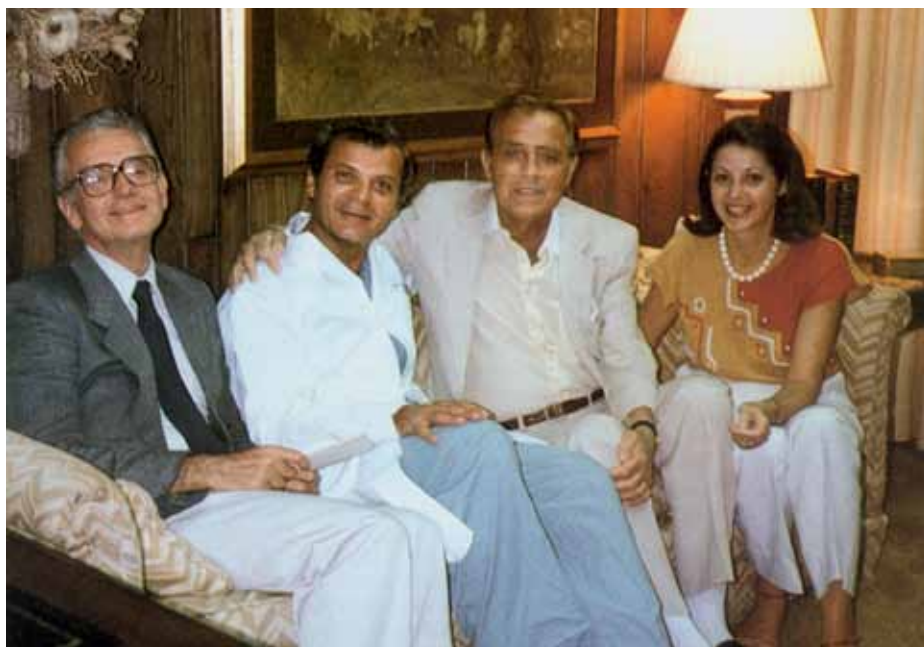
scientifiche (basta per tutti ricordare il mitico “Polaroid Palette”, donato alla Cardiologia nel 1994, grazie al quale “lanciammo” la notte prima dell’evento le diapositive delle nostre tesi di laurea e di specializzazione o delle nostre relazioni a congressi), nella permanenza per periodi di studi all’estero. Parte dell’attività segretariale di Cardiologia, Cardiochirurgia e Riabilitazione del Cardiopatico ed una parte del supporto tecnico all’ecocardiografia del Centro Cardiovascolare esistono grazie i fondi dell’Associazione. La ricaduta più importante l’hanno avuta però i pazienti, indirettamente con tutto quanto elencato sopra e più o meno direttamente con quanto di seguito. Gli interventi hanno coperto l’area della Prevenzione, Cura e Riabilitazione. Le risorse pubbliche ed i budget limitati delle Aziende Ospedaliere da soli non avrebbero consentito la tipologia, ma soprattutto la tempistica di tali traguardi. Dal 2003 viene sostenuto il Trieste Heart Failure Project, ossia l’assistenza domiciliare ai sofferenti di scompenso cardiaco svolta dal Centro Cardiovascolare, attraverso la messa a disposizione di un’autovettura e del suo complessivo mantenimento. Sono stati inoltre finanziati progetti di ricerca come lo “Studio Genetico sulla Cardiomiopatia Familiare”, “Cardiopatie, Celiachia e Scompenso Cardiaco”, “Cardiomiopatia dilatativa ed autoimmunità”, “Ruolo degli ormoni e delle citochine e rischio coronarico”, “Terapia dello Scompenso Cardiaco con beta - bloccanti”. Infine il parco tecnologico di Cardiologia, Cardiochirurgia, Riabilitazione, Centro Cardiovascolare, Cardiologia Pediatrica IRCCS Burlo Garofalo e Cardiologia

Geriatrica, è stato più volte rinnovato per quanto riguarda elettrocardiografi, registratori e lettori Holter, defibrillatori, cicloergometri, treadmill, lettoergometri, ecografi, apparecchi radiologici, software cardiologico RMN, contropulsatore, CEC, postazione mobile ECMO, ecc. Per non dimenticare che la ristrutturazione del Reparto di Cardiochirurgia nel 1988, ben prima del trasloco nel 2003 di tutto il Polo Cardiologico presso il nuovo Presidio ospedaliero di Cattinara, è stata sostenuta completamente da fondi privati, subito dopo una appassionata campagna cittadina ideata e condotta dall’instancabile Primo Rovis. Tutto ciò è potuto accadere grazie al fatto che qualcuno ha avuto gli orizzonti alti... Adesso bisognerà lavorare, in tempi di crisi, per mantenere alta l’attenzione alle elargizioni e donazioni, per accrescere il radicamento

sociale, per condurre progetti strutturati e prospettici di ricerca, per una maggior valorizzazione del Comitato Scientifico, per la creazione di opportunità di partnership con altre Associazioni attive nell’ambito delle Malattie Cardiovascolari. Ci sono grinta, visione e determinazione sufficienti!



Il logo dell’Associazione Amici del Cuore di Trieste



Il Commendator Primo Rovis con la moglie, il Prof. Pacifico ed il Prof. Fulvio Camerini

La Troponina in Pronto Soccorso: ...la “magnifica ossessione” del Cardiologo

Troponina positiva in Pronto Soccorso, non apparente cardiopatia:
come comportarsi?

DI GIUSEPPE DI TANO E MARIO CHIATTO



Prologo

Anche quella notte di guardia stava per passare, trascorsa tra ricoveri (un IMA inferiore STsopra alle 22 ed il solito scompensato instabilizzato, ma l’assumono regolarmente il diuretico questi pazienti?), l’insonnia e l’agitazione di alcuni pazienti “insofferenti all’ambiente” ed una “marea” di consulenze per il Pronto Soccorso, per le Chirurgie, l’Ortopedia, e non mi ricordo neanche più... Ma non era ancora finita: alle 4:20 ecco il “sorridente” Infermiere che annuncia l’ennesima consulenza richiesta dal Collega del Pronto Soccorso e mi consegna il modulo con la richiesta:

“Cardiopalmò, Troponina positiva: valutazione cardiologica”. C’è anche la paziente, in poltrona a rotelle, non respira poi male, condizioni generali discrete, non sofferente, più che sveglia (a quest’ora...!); l’ECG non è assolutamente significativo: ritmo sinusale, non tachicardico, meno male! Prima di interrogarla apro la scheda dell’accettazione al computer: 96 anni, ipertesa, accesso in Pronto Soccorso per... “Perdite vaginali”. Eseguita valutazione ginecologica. E allora? Troponina positiva (0,07 ng/ml)... Valutazione cardiologica! Ancora! L’incubo ritorna. Quanti dosaggi di Troponina avevo già visto e valutati?

In tutti i pazienti inviati in consulenza cardiologica, (anche quella paziente di 87 anni con caduta accidentale e rottura di femore da ridurre, aveva la sua Troponina, per fortuna negativa), ma probabilmente in tutti i pazienti che arrivano in Pronto Soccorso viene eseguito oramai di routine il dosaggio della Troponina, per la ricerca del danno miocardico acuto e per complicare la vita al povero Cardiologo di guardia che, se non sapeva sciare, imparerà rapidamente la tecnica dello slalom... Tra il ricovero precauzionale, l’osservazione breve, la rivalutazione ambulatoriale e le frasi (volutamente) esitanti e non conclu-

sive dei Referti finali, condizionati dalla positività della Troponina e dalle “pressioni dei Colleghi”, in contesti clinici spesso complessi e in assenza di evidenze sintomatologiche/strumentali suggestive. Che fare? Come affrontare in maniera adeguata questa realtà clinica divenuta oramai incalzante con la diffusione dei metodi di dosaggio ad alta sensibilità? Probabilmente la soluzione, se soluzione dovesse mai esserci, non può basarsi soltanto sulle estemporanee decisioni di una singola figura (Cardiologo o Medico dell’Emergenza) ma dovrebbe essere legata a protocolli organizzativi locali, condivisi e guidati dal... Buon senso clinico.

L’antefatto

Oltre 3 anni fa (sembra ieri, per la sua costante attualità e per le ricorrenti occasioni in cui si è chiamati ad affrontare questa “spinosa questione”) suggerimmo, sul Giornale Italiano di Cardiologia (2007; Vol.8, pg 381), la lettura di una Lettera all’Editor con la conseguente replica degli Autori, apparsa su un numero del JACC della fine del 2006 che poneva, in margine ad una State of Art Paper sui Biomarcatori, una serie di riflessioni, più che condivisibili, sul dosaggio esteso, a volte anche acriticamente della Troponina in Pronto Soccorso. Assieme alla nostra nota, l’allora Editor, Giuseppe Ambrosio, pubblicò con sensibilità e lungimiranza non comune, anche una accurata puntualizzazione “pratica” scritta appositamente da Luciano Babuin, co - autore della Review apparsa sul JACC (primo nome Jaffe) oggetto della Lettera di commento di W. B. Fey. Dopo quell’ultimo “episodio notturno”, uno di noi è andato a rileg-

La recente diffusione di metodi di dosaggio ad alta sensibilità e la richiesta spesso indiscriminata della Troponina, pone il problema della gestione in Pronto Soccorso dei sempre più numerosi casi di pazienti con Troponina positiva senza evidente cardiopatia

Si trae spunto da una Lettera al Direttore e da una puntualizzazione in risposta apparse qualche anno fa sul Giornale Italiano di Cardiologia per aprire un confronto sulla complessa problematica

gersi quelle note assieme alla “corrispondenza” che l’aveva sollecitata, trovandole di indubbia attualità e utilità. È forse cambiato qualcosa? Come ci si comporta nel “mondo reale”, in cui Cardiologi diversi fronteggiano situazioni simili ma in contesti organizzativi diversi? Ci è sembrato opportuno riproporle all’attenzione, sia per l’attualità della tematica sia, soprattutto, per sollecitare spunti di riflessione e un confronto su una problematica che ci vede coinvolti quotidianamente, la cui gestione non semplice necessita indubbiamente di attenzione, tempo, cultura clinica, buon senso e comunque mai, di superficialità ed approssimazione.

La nostra lettera

La Troponina e... il buon senso clinico

La lettura delle riviste cardiologiche internazionali rientra nelle “sane abitudini” del Cardiologo, ed in particolare i vari Commenti Editoriali, Messe a punto, Review, e ovviamente Guideline, oltre ad essere imprescindibile fonte di aggiornamento, contengono elementi utili per confrontare alcune delle nostre convinzioni o scelte cliniche. In realtà, specie su alcuni argomenti particolarmente “scottanti”, non sempre appaiono evidenti quelle certezze a cui vorremmo ancorare i tanti dubbi che ci assalgono quando siamo chiamati ad affrontare la realtà clinica, che risulta più complessa, e condizionata da specifiche variabili locali, strutturali e organizzative, di quanto una asettica linea guida o rassegna potrebbero contemplare. In più è bene ricordare che le “Linee Guida forniscono un aiuto, ma la loro trasferibilità nella pratica clinica ricade su colui il quale è il responsabile delle

Cause di elevazione della Troponina in assenza di Cardiopatia Ischemica manifesta

- Trauma (incluso contusioni, ablazione, pacing, scariche da cardioverter o da defibrillatori atriali, cardioversione, biopsia endomiocardica, chirurgia cardiaca, chiusura percutanea di difetti interatriali)
- Scompenso Cardiaco Acuto e Cronico
- Valvulopatia Aortica e Cardiomiopatia Ipertrofica ostruttiva con importante ipertrofia del ventricolo sinistro
- Ipertensione arteriosa
- Ipotensione associata ad Aritmie
- Fase post operatoria di Chirurgia non cardiaca in pazienti altrimenti stabili
- Malati critici, specie con Diabete, Insufficienza Respiratoria
- Tossicità da farmaci (es: adriamicina, 5 - fluoracile, herceptin)
- Ipotiroidismo
- Apical - ballon Syndrome
- Vasospasmo Coronarico
- Malattie infiammatorie (Miocardite, Parvovirus B19, Malattia di Kawasaki, Sarcoidosi, vaccinazione Vaiolo, estensione miocardica di Endocardite batterica)
- Post PTCA in pazienti stabili senza ulteriori problemi
- Embolia Polmonare, Ipertensione Polmonare severa
- Sepsi
- Ustioni, specie se la superficie corporea totale coinvolta supera il 30%
- Malattie infiltrative incluso amiloidosi, emocromatosi, sarcoidosi e sclerodermia
- Patologie neurologiche acute, incluso episodi ischemici cerebrali, emorragia sub aracnoidea
- Rabdomiolisi con danno cardiaco
- Vasculopatia post trapianto
- Fase terminale

cure” (K. Swedberg, 2006, comun. pers.), e che quindi molte delle nostre decisioni vengono spesso effettuate e filtrate, anche gioco - forza, con il “soccorso” del famoso “buon senso”.

Una di queste decisioni riguarda il ruolo della Troponina nel paziente acuto.

esami richiesti dal Pronto Soccorso) ed è quindi facilmente intuibile come l’approccio gestionale del malato “acuto” possa essere frequentemente condizionato dal “dato Troponina”. In Pronto Soccorso la gestione di pazienti con Troponina elevata associata a quadri clinici complessi ed estrema-

lunghe concertazioni tra le varie figure mediche coinvolte, e in mancanza di elementi evidence - based, spesso anche l’uso del “buon senso” viene a mancare, con ripercussioni decisionali non sempre appropriate e legate soprattutto a cautele difensivistiche “medico - legali”. Queste nostre conside-

I casi di pazienti con Troponina positiva in Pronto Soccorso complicano le scelte decisionali del Cardiologo: la loro gestione è spesso problematica e necessita di attenzione, abilità e... Buon senso

Il suo dosaggio è oramai entrato nella routine degli esami richiesti in Pronto Soccorso (in un indagine conoscitiva eseguita presso il Laboratorio Analisi dell’Ospedale di uno di noi, nel 2006 ha riguardato il 91% degli

mente aspecifici, sta diventando una delle problematiche più comuni, cui tutti i Cardiologi ospedalieri, al di là dei loro specifici interessi, devono misurarsi quotidianamente. In tali casi le decisioni finali scaturiscono dopo

razioni, in apparenza “sconnesse” tra loro, sono state “amplificate” da una illuminante corrispondenza, apparsa recentemente sul Journal of the American College of Cardiology sul tema della Troponina e del... “buon senso”,

la cui lettura in originale^(1,2) raccomandiamo vivamente. I due interventi (la lettera commento di WB Fey su una *State-of-the-Art Paper* dal titolo “Biomarkers in acute cardiac disease: the present and the future”, scritta dal gruppo di Jaffe e la replica di questi ultimi, tra l’altro Colleghi di Fey, in quanto anche Jaffe, una delle massime autorità nel campo dei biomarker, lavora al Dipartimento Cardiologico della Mayo Clinic di Rochester!) non forniscono la “formula magica” da utilizzare nella prossima consulenza al Pronto Soccorso ma trasmettono secondo noi, alcuni preziosi messaggi, frutto di una modalità di approccio clinica senza dubbio più “aperta” che riteniamo utile segnalare anche come stimolo per ulteriori riflessioni e considerazioni. Oltre a dimostrare come anche nella sezione “Corrispondenza”, sezione sicuramente meno visibile delle riviste scientifiche, si trovino elementi di estrema utilità per il nostro accrescimento professionale e culturale. In breve, Fey, nella lettera dal titolo più che esplicito “Troponin Trumps Common Sense”, ribadisce la diffusa sensazione che il dosaggio della Troponina sia oramai “sfuggito di mano” al Cardiologo, e descrive le sue ossessioni di fronte a casi di lieve o incidentale elevazione della Troponina in pazienti gravi, non cardiopatici o comunque senza storia suggestiva, oppure in situazioni di forte sospetto clinico, ma con coesistenza di una delle molte cause “non ischemiche” di aumento della Troponina. Dopo

aver fatto notare le prevedibili ricadute organizzative, economiche e medico - legali di tale problematica, Fey sollecita l’uso del famoso “buon senso” prima di richiedere la Troponina come test di primo approccio clinico, e aggiunge un interessante suggerimento, cioè quello di utilizzare la definizione, descrittiva, “non specifica” (come le alterazioni del tratto ST-T) per i casi di lieve positività della Troponina non associati ad evidente patologia ischemica. Nella loro replica Jaffe, Babuin e Apple aggiungono una serie di elementi sul significato clinico di valori elevati di Troponina che meritano, a nostro parere, altrettante attenzioni. In particolare, dopo aver ribadito come “elevations of biomarkers of cardiac injury are not synonymous with myocardial infarction”⁽³⁾ essi sottolineano come l’aumento della Troponina, al di là dell’eziologia e/o della necessità di interventi, è comunque un fattore predittivo di un peggior outcome a distanza, anche in pazienti apparentemente stabili⁽⁴⁻⁶⁾. Quindi anche una “incidentale” elevazione, una volta evidenziata, comporta sempre una attenta valutazione diagnostica proprio per le possibilità che essa sia legata anche ad altre eziologie. Il suggerimento è di essere più attenti e “abili” nell’affrontare tali condizioni piuttosto che ignorarle. Le conclusioni sono che, in un mondo che “va di fretta”, anche il buon senso deve “adeguarsi” all’evoluzione delle conoscenze della nostra disciplina ed “aggiornarsi” periodicamente, per

garantire una migliore e più efficace gestione dei pazienti acuti.

Bibliografia

1. Fey WB. Troponin Trumps Common Sense. *J Am Coll Cardiol* 2006;48:2357-8.
2. Jaffe AS, Babuin L, Apple FS. Reply. *J Am Coll Cardiol* 2006;48:2358-9.
3. Jaffe AS, Babuin L, Apple FS. Biomarkers in acute cardiac disease: the present and the future. *J Am Coll Cardiol* 2006;48:1-11.
4. Waxman DA, Hetch S, Schappert J, Husk G. A model for troponin I as a quantitative predictor of in hospital mortality. *J Am Coll Cardiol* 2006;48:1755-62.
5. Babuin DA, Rio Perez JA, Alegria JR, Afessa B, Jaffe AS. Elevated troponin is an independent predictor of short - and long - term mortality in medical intensive care unit patients. *Eur Heart J* 2006; 27 Suppl 1:217 - 8.
6. Landesberg G, Shatz V, Akopnik I, et al. Association of cardiac troponin, CK-MB, and postoperative myocardial ischemia with longterm survival after major vascular surgery. *J Am Coll Cardiol* 2003; 42:47 - 54.

La Risposta

Usare le Troponine nel giusto modo

Le troponine cardiache T (cTnT) e I (cTnI) sono i marcatori di scelta per evidenziare un danno cardiaco⁽¹⁻³⁾. La loro sensibilità e specificità sono decisamente più alte di quelle della creatinfosfochinasi - MB o di altri marcatori più vecchi⁽⁴⁾. Da un lato, i Cardiologi dovrebbero apprezzare il fatto che l’aumentata sensibilità e specificità delle troponine consente di evidenziare che un gran numero di pazienti senza una sindrome coronarica acuta ha evidenza di danno miocardico. Infatti, molto spesso, la presenza di danno miocardico è predittore di una prognosi peggiore^(5,6). Dall’altro, i Colleghi Internisti dovrebbero

chiaramente comprendere che un incremento della Troponina non è sinonimo di infarto del miocardio ed anzi che non tutti gli incrementi di Troponina richiedono una consulenza cardiologica urgente. Comunque, tutti gli incrementi di Troponina richiedono un follow - up, considerata la loro importanza prognostica. Nella pratica quotidiana, è obbligatorio usare il giudizio clinico e il buon senso nell'interpretare questi incrementi, ma poiché Cardiologi e Internisti hanno spesso un background diverso è essenziale svolgere una continua attività divulgativa su come usare la Troponina nel migliore dei modi. Per facilitare questo processo, noi brevemente risponderemo a dei quesiti che comunemente vengono posti riguardo alla Troponina.

• **È la Troponina completamente specifica per danno miocardico?**

I dati attuali supportano con forza l'idea che ciò che misuriamo con i differenti kit per la cTnI e per la cTnT sia la conseguenza di un danno miocardico. Non sono stati riportati casi ben documentati di rilascio da altri tessuti.

• **Il rilascio di Troponina significa sempre morte cellulare?**

C'è una controversia riguardo a questo punto. Molti esperti infatti credono che il rilascio di Troponina sia dovuto alla morte cellulare⁽³⁾, ma altri speculano sul fatto che esista la possibilità di rilascio senza morte cellulare⁽⁷⁾. Perciò il miglior termine da usare, quando la Troponina è elevata,

è danno miocardico. Comunque, indipendentemente dal meccanismo di rilascio della Troponina, ciò che è clinicamente rilevante è la capacità che questi incrementi hanno di identificare pazienti a maggior rischio.

• **Dovremmo sapere quale kit è usato nel nostro laboratorio?**

Ci sono dei kit molto sensibili e altri poco. Alcuni kit sono dotati di una scarsa imprecisione analitica e altri di un'alta imprecisione analitica, specialmente a bassi valori di Troponina. Perciò, per saper interpretare adeguatamente gli incrementi di Troponina, è necessario sapere quale kit viene utilizzato nel laboratorio del proprio Ospedale. Per identificare un incremento della Troponina, il valore chiave su cui focalizzarsi è il 99° percentile (cioè il 99° percentile di una popolazione normale). Qualsiasi valore sopra il 99° percentile dovrebbe essere considerato anormale. Ci sono diverse pubblicazioni che possono servire da guida in questa area apparentemente complessa⁽⁸⁻¹⁰⁾.

• **Sono i valori dei diversi kit di troponine comparabili?**

Esiste un solo kit per la cTnT e molti kit per la cTnI. Non c'è standardizzazione tra i diversi kit per la cTnI. Ogni kit ha il suo proprio e unico 99° percentile⁽¹⁾. Così, i valori dei diversi kit non sono comparabili (per esempio un valore di 0.1 µg/l potrebbe essere sotto il 99° percentile per un kit di cTnI e sopra il 99° percentile per un altro kit di cTnI).

• **Hanno tutti gli incrementi di Troponina la stessa importanza?**

Certamente no. Tutti gli incrementi implicano un danno miocardico, ma è l'eziologia del danno che aiuterà di volta in volta a determinare il significato e la rilevanza di un dato incremento. Se si pensa che la causa sia un'ischemia dovuta ad una patologia coronarica, è chiaro che qualsiasi incremento al di sopra del 99° percentile ha una rilevanza prognostica a breve termine^(11, 12) e potrebbe guidare l'approccio terapeutico⁽¹³⁾. Lo stesso potrebbe essere, relativamente alla prognosi, per incrementi in corso di embolia polmonare⁽¹⁴⁻¹⁶⁾, sepsi^(17, 18) o altre patologie di gravità tale da richiedere il ricovero in terapia intensiva⁽⁶⁾. Comunque, molti di questi incrementi non sono correlati ad una patologia coronarica e perciò richiedono differenti considerazioni terapeutiche (specialmente in fase acuta della patologia), molte delle quali sono ancora in fase di definizione. Ci sono inoltre molte cause di incremento della Troponina che sono correlate ad un aumentato rischio a lungo termine e che non richiedono un intervento acuto. Un buon esempio in tal senso è rappresentato dagli incrementi che si possono osservare in pazienti con insufficienza renale^(19, 20).

• **In che modo l'insufficienza renale influenza i valori di Troponina?**

Molti pazienti in dialisi hanno valori aumentati di cTnT, senza alcuna evidenza di sindrome coronarica acuta^(19, 20). È ben documentato che

questi incrementi corrispondono ad un danno miocardico e che hanno un importante impatto prognostico^(21, 22). Sarebbe importante avere per i pazienti in dialisi un valore basale di Troponina. Infatti se un paziente in dialisi ha dei valori di Troponina che sono cronicamente aumentati (senza la tendenza ad un aumento acuto), questo paziente può essere valutato dal punto di vista cardiologico come un paziente ambulatoriale. Invece, pazienti con insufficienza renale che si presentano con un quadro suggestivo di una sindrome coronarica acuta e con valori elevati di Troponina (che generalmente tendono ad aumentare acutamente)⁽²³⁾ necessitano di un trattamento aggressivo, perché tali pazienti sono a rischio ancora più elevato rispetto ai pazienti con sindrome coronarica acuta e incremento della Troponina ma senza insufficienza renale⁽²⁴⁾. Spesso, per ragioni ancora non ben chiarite, la cTnI non è cronicamente aumentata nei pazienti in dialisi senza sindrome coronarica acuta^(19, 20).

• Tutti i pazienti con valori elevati di Troponina dovrebbero essere ricoverati in Cardiologia?

Molti certamente no. L'elemento fondamentale è la patologia di base. Se è lo stress della patologia di base a causare l'esacerbazione di una patologia coronarica nota e un danno miocardico, controllare la patologia di base dovrebbe essere la preoccupazione principale. Anche nel caso in cui sia la patologia di base stessa a causare direttamente un danno miocardico (come ad esempio si crede sia il caso della sepsi), curare la patologia di base è l'intervento più importante.

Comunque, noi crediamo che ogni paziente con valori elevati di Troponina dovrebbe essere seguito nel tempo, perché gli incrementi di Troponina sono predittori di una prognosi peggiore.

Luciano Babuin, Sabino Iliceto, Allan S. Jaffe

Bibliografia

- Jaffe AS, Babuin L, Apple FS. Biomarkers in acute cardiac disease: the present and the future. *J Am Coll Cardiol* 2006;48: 1-11.
- Babu L, Jaffe AS. Troponin: the biomarker of choice for the detection of cardiac injury. *CMJA* 2005; 173: 1191-202.
- Jaffe AS, Ravkilde J, Roberts R, et al. It's time for a change to a troponin standard. *Circulation* 2000; 102: 1216-20.
- Adams JE 3rd, Abendschein DR, Jaffe AS. Biochemical markers of myocardial injury. Is MB creatine kinase the choice for the 1990s? *Circulation* 1993; 88: 750-63.
- Waxman DA, Hecht S, Schappert J, Husk G. A model for troponin I as a quantitative predictor of in-hospital mortality. *J Am Coll Cardiol* 2006; 48: 1755-62.
- Babu L, Rio Perez JA, Alegria JR, Afessa B, Jaffe AS. Elevated troponin is an independent predictor of short- and long-term mortality in medical intensive care unit patients. *Eur Heart J* 2006; 27 (Suppl 1): 217-8.
- Wu AH, Ford L. Release of cardiac troponin in acute coronary syndromes: ischemia or necrosis? *Clin Chim Acta* 1999; 284: 161-74.
- Jaffe A. Caveat emptor. *Am J Med* 2003; 115: 241-4.
- Panteghini M, Pagani F, Yeo KT, et al. Evaluation of imprecision for cardiac troponin assays at low-range concentrations. *Clin Chem* 2004; 50: 327-32.
- Panteghini M, Gerhardt W, Apple FS, Dati F, Ravkilde J, Wu AH. Quality specifications for cardiac troponin assays. *Clin Chem Lab Med* 2001; 39: 175-9.
- Hamm CW, Goldmann BU, Heeschen C, Kreyman G, Berger J, Meinertz T. Emergency room triage of patients with acute chest pain by means of rapid testing for cardiac troponin T or troponin I. *N Engl J Med* 1997; 337: 1648-53. *Corrispondenza* 383
- Henrikson CA, Howell EE, Bush DE, et al. Prognostic usefulness of marginal troponin T elevation. *Am J Cardiol* 2004; 93: 275-9.
- Morrow DA, Cannon CP, Rifai N, et al.

Ability of minor elevations of troponins I and T to predict benefit from an early invasive strategy in patients with unstable angina and non-ST elevation myocardial infarction: results from a randomized trial. *JAMA* 2001; 286: 2405-12.

- Giannitsis E, Muller-Bardorff M, Kuroski V, et al. Independent prognostic value of cardiac troponin T in patients with confirmed pulmonary embolism. *Circulation* 2000; 102: 211-7.
- Mehta NJ, Jani K, Khan IA. Clinical usefulness and prognostic value of elevated cardiac troponin I levels in acute pulmonary embolism. *Am Heart J* 2003; 145: 821-5.
- Konstantinides S, Geibel A, Olschewski M, et al. Importance of cardiac troponins I and T in risk stratification of patients with acute pulmonary embolism. *Circulation* 2002; 106: 1263-8.
- Ammann P, Maggiorini M, Bertel O, et al. Troponin as a risk factor for mortality in critically ill patients without acute coronary syndromes. *J Am Coll Cardiol* 2003; 41: 2004-9.
- ver Elst KM, Spapen HD, Nguyen DN, Garbar C, Huyghens LP, Gorus FK. Cardiac troponins I and T are biological markers of left ventricular dysfunction in septic shock. *Clin Chem* 2000; 46: 650-7.
- Freda BJ, Tang WH, Van Lente F, Peacock WF, Francis GS. Cardiac troponins in renal insufficiency: review and clinical implications. *J Am Coll Cardiol* 2002; 40: 2065-71.
- De Zoysa JR. Cardiac troponins and renal disease. *Nephrology (Carlton)* 2004; 9: 83-8.
- Apple FS, Murakami MM, Pearce LA, Herzog CA. Predictive value of cardiac troponin I and T for subsequent death in end-stage renal disease. *Circulation* 2002; 106: 2941-5.
- deFilippi C, Wasserman S, Rosanio S, et al. Cardiac troponin T and C-reactive protein for predicting prognosis, coronary atherosclerosis, and cardiomyopathy in patients undergoing long-term hemodialysis. *JAMA* 2003; 290: 353-9.
- Le EH, Klootwijk PJ, Weimar W, Zietse R. Significance of acute versus chronic troponin T elevation in dialysis patients. *Nephron Clin Pract* 2004; 98: 87-92.
- Aviles RJ, Askari AT, Lindahl B, et al. Troponin T levels in patients with acute coronary syndromes, with or without renal dysfunction. *N Engl J Med* 2002; 346: 2047-52.

Commento all'articolo

La Troponina in Pronto Soccorso: ...la “magnifica ossessione” del Cardiologo

DI GIANFRANCO SINAGRA

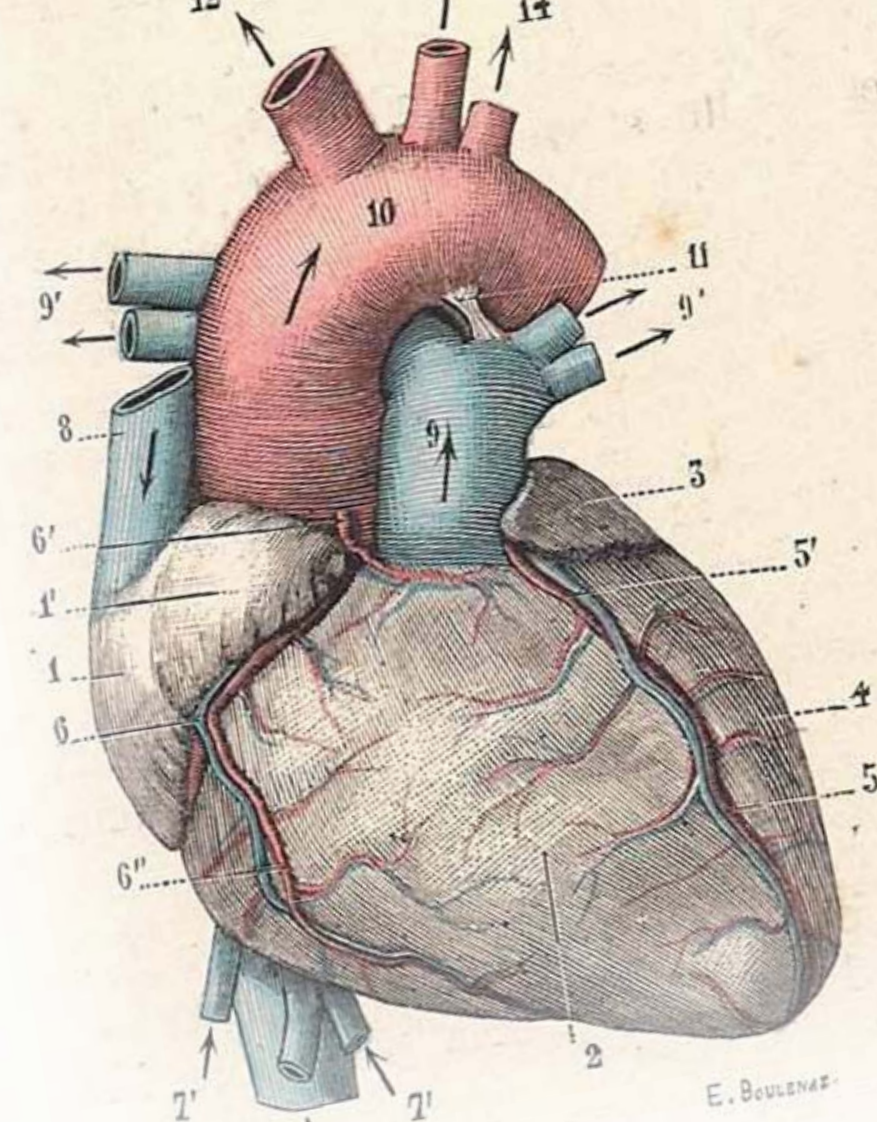


Nell' articolo che precede questo mio intervento, gli Autori ripropongono saggiamente un tema spesso poco dibattuto in letteratura ma oggetto di tante discussioni e dubbi nella pratica clinica quotidiana: il corretto utilizzo della Troponina. Quando richiederla? Quando positiva, urge sempre la richiesta di una consulenza cardiologica? Queste sono soltanto alcune delle questioni aperte che coinvolgono il Cardiologo. L'articolo definisce provocatoriamente la Troponina come “l'ossessione” del Cardiologo, forse sarebbe più corretto definirla “croce e delizia” del Clinico. Infatti sin dal 1989 e 1992, anno di introduzione nella pratica clinica rispettivamente dell'utilizzo della Troponina T e I, questi marcatori hanno consentito un notevole miglioramento nella diagnosi e stratificazione prognostica iniziale della sindrome coronarica acuta. Il continuo sviluppo tecnologico ha reso disponibili test immunochimici di sicura affidabilità e automatizza-

ti, e quindi ad elevata accuratezza analitica anche in regime di urgenza. Sebbene le troponine presentino alta specificità e sensibilità nel rilevare un danno miocardico, la loro determinazione pone diversi problemi. Il test ha certamente elevata specificità per danno miocardico ma come ricordato nell'articolo, l'aumento dei valori può essere associato anche a patologie cardiache diverse dalla sindrome coronarica acuta ed in rari casi a falsa positività con incrementi spuri di Troponina (“troponinosi”), dovuti a cross - reazione con altri componenti del plasma quali la bilirubina, o ad altri fattori tra cui l'emolisi, le possibili interferenze analitiche da anticorpi eterofili, autoanticorpi, fattore reumatoide. I marcatori biochimici riflettono infatti un “danno miocardico” ma non indicano il meccanismo che ne è alla base: molte condizioni cliniche extracardiache come le sepsi o le perimicarditi o le condizioni ischemiche cerebrali possono provocare necrosi miocardica in assenza di causa ische-

mica o compromissione funzionale miocardica clinicamente rilevante. In rare condizioni come l'insufficienza renale cronica severa vi può essere un incremento delle concentrazioni del marker per alterata clearance. Incrementi della Troponina, per lo più modesti e privi della caratteristica cinetica “a curva”, si possono riscontrare nell'amiloidosi, nell'ipotensione grave specie se associata ad aritmie, nella sepsi, nell'embolia polmonare acuta, nello scompenso cardiaco, nell'ipertensione con ipertrofia ventricolare sinistra, nella chemioterapia con farmaci cardiotossici, in molte infezioni e nei traumi. In tutte queste condizioni l'incremento del marker pur configurando una prognosi peggiore non indica necessariamente l'invasività dei percorsi diagnostici (angiografia coronarica). Numerosi dati provenienti da una coorte ormai ampia di pazienti con cardiopatia ischemica suggeriscono che multipli fattori inclusi il genere, l'età e le comorbidità possono causare un

incremento dei valori di Troponina. In questo mare magnum di indicazioni, valutazioni e dubbi è costretto a dibattersi quotidianamente il Medico nella pratica clinica, con l'insidia del possibile errore per utilizzo non adeguato della determinazione del marker. Infatti il sovrautilizzo della Troponina nelle Strutture ospedaliere è certamente un problema ancora aperto e di grande attualità. Dal Pronto Soccorso alle Rianimazioni di vario livello, la determinazione della Troponina troppo spesso viene eseguita nell'ottica di una Medicina difensivista che spesso si inceppa però nell'interpretazione del dato o si apre estensivamente ad inutili approfondimenti invasivi con ingiustificate esposizioni radiologiche. "Ad ogni azione corrisponde una reazione uguale e contraria", ma nel caso della richiesta di un esame ematochimico come la Troponina non sempre la conseguente "reazione" corretta è la richiesta di una consulenza cardiologica. Come dire dipende dal contesto clinico, quadro ECG, condizioni extracardiache associate. Una bacchetta magica non esiste e non sarà la delega ad una consulenza difensiva che risolverà il problema del malato; senza dimenticare che quadri chiari di cardiopatia ischemica acuta (in assenza di Troponina positiva, angina clinicamente instabile in paziente rivascolarizzato portatore di pacemaker o angina instabile ad ECG patologico diagnostico) possono subire indugi impropri o inutili osservazioni in "attesa della Troponina" (che se negativa sarebbe fuorviante), di fronte a scenari comunque scontati di ospedalizzazione (concetto del "Paziente in curva tro-



poninica" che "attende consulenza"! Qual è allora l'atteggiamento corretto che un Clinico deve assumere nei riguardi di uno strumento prezioso come la Troponina? Gli Autori indicano nel compromesso fra rigore scientifico e buon senso clinico, la via d'uscita. Anche l'utilizzo di protocolli diagnostici condivisi tra dipartimenti d'emergenza, i vari reparti e le SSCC di Cardiologia saranno utili nel dare al marker la maggior consistenza che deriva dal valore assoluto, dal contesto clinico, dalle coesistenti alterazioni ECG, in attesa che maggiori conoscenze scientifiche e l'utilizzo di biomarcatori ancora più sensibili e specifici possano ulteriormente aiutare il clinico nella scelta del percorso più appropriato (consulenza inclusa). In generale la risposta continuerà a risiedere nella "cultura" medica ed in un esercizio responsabile della

professione che sappia mediare i dati tecnico-laboratoristici con i loro vari significati, nei differenti contesti.

Bibliografia consigliata

- 1) Omland T. New features of troponin testing in different clinical settings. *J Intern Med.* 2010 Sep;268(3):207-17.
- 2) Bonaca M, Scirica B, Sabatine M, Dalby A, et al. Prospective evaluation of the prognostic implications of improved assay performance with a sensitive assay for cardiac troponin I. *J Am Coll Cardiol.* 2010 May 11;55(19):2118-24.
- 3) Hochholzer W, Morrow DA, Giugliano RP. Novel biomarkers in cardiovascular disease: update 2010. *Am Heart J.* 2010 Oct;160(4):583-94.
- 4) Antman EM. Decision making with cardiac troponin tests. *N Engl J Med* 2002;346:2079-82
- 5) Mahajan N, Mehta Y, Rose M, Shani J, Lichstein E. Elevated troponin level is not synonymous with myocardial infarction. *Int J Cardiol* 2006;111:442-9.

Il Piano Sanitario Nazionale 2011 - 2013

DI GIANFRANCO CUCCHI



Il Piano Sanitario Nazionale 2011 - 2013 è stato recentemente approvato dal Consiglio dei Ministri e dovrà passare al vaglio della Conferenza Stato Regioni per diventare operativo. L'iter di formazione del Piano è durato molti mesi con il contributo delle Associazioni sindacali e medico - scientifiche. Nel settembre del 2010 il Piano era stato approvato dalla Conferenza delle Regioni. Costituisce una mappa che dovrà orientare le politiche sanitarie nei prossimi trienni a tutti i livelli da quello nazionale a quello regionale e delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere. In questo Piano nel capitolo settimo, intitolato "Le patologie rilevanti", al primo posto si tratta delle malattie cardiovascolari.

Alcuni Dati

È forse la prima volta che un Piano Sanitario Nazionale dà il giusto risalto alle patologie cardiache. Dopo una premessa ove si afferma che la crescente prevalenza incide, anche in Italia, sulla Salute Pubblica e sulle risorse sanitarie ed economiche che un italiano su quattro è affetto da malattie cardiache e che rappresentano la principale causa di disabilità fra gli anziani. Inoltre si producono alcuni dati: i nuovi eventi coronarici nella fascia di età 35 - 69 anni è di 5,7/1.000/anno negli uomini e di 1/7/1.000/anno nelle donne, la Spesa Sanitaria per la Cardiocirurgia è di 650 milioni di Euro/anno e rappresenta da sola l'1% della Spesa Sanitaria, il 31,2% delle pensioni di invalidità è

rappresentato dai Cardiopatici e la spesa per farmaci rappresenta circa la metà dell'intera spesa farmaceutica. Lo scompenso rappresenta una patologia ad elevata prevalenza che colpisce l'1,5 - 2% della popolazione.

Obiettivi

Sono quattro i principali obiettivi.

1. La prevenzione delle malattie cardiovascolari sensibilizzando la popolazione sui fattori di rischio.
2. Garantire il trattamento precoce delle patologie acute migliorando la qualità dell'assistenza delle emergenze cardiologiche per ridurre la mortalità evitabile e favorire il recupero delle persone colpite da sindromi coronariche acute.
3. Ottimizzare l'intervento terapeutico e riabilitativo per favorire la stabi-

lità clinica degli ammalati agevolando i percorsi assistenziali tra Strutture di diverso livello.

4. Migliorare la qualità della vita del paziente con scompenso cronico garantendo la continuità assistenziale anche attraverso l'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare coinvolgendo le Associazioni dei pazienti.

La Prevenzione Cardiovascolare

È riconosciuto che l'80% delle malattie cardiovascolari può essere prevenuto intervenendo sugli stili di vita e sui fattori di rischio cardiovascolare. Per potenziare la prevenzione è importante:

- diffondere l'impiego della Carta del Rischio;
- ridurre le recidive di eventi acuti ed i ricoveri;
- lottare contro l'obesità in particolare a partire dall'infanzia;
- prevenire l'insorgenza del diabete e le complicanze;
- promuovere la formazione degli Infermieri;
- favorire gli interventi di Riabilitazione cardiologica;
- informare la popolazione sull'importanza di adottare sani stili di vita;
- individuare precocemente i soggetti affetti da cardiopatia;
- identificare i pazienti a maggiore rischio;
- promuovere l'attività fisica controllata.

Le Sindromi Coronariche Acute

Il Piano afferma nell'Infarto Miocardico Acuto, mentre i progressi terapeutici hanno migliorato la mortalità intraospedaliera, non si è però modificata la prognosi dei malati nella fase pre - ospedaliera dove la mortalità si attesta ancora sul 50% della mortalità globale. Si auspica quindi che il sistema emergenza - urgenza sia maggiormente organizzato per un intervento rapido ed appropriato per la diagnosi preospedaliera e per l'eventuale trattamento trombolitico e l'accompagnamento del paziente a rischio più elevato nella Struttura più idonea.

Lo Scompenso Cardiaco

Infine il Piano Sanitario afferma che lo Scompenso Cardiaco rappresenta una tra le patologie croniche maggiormente invalidanti e ad elevato impatto socioeconomico. È associato ad una elevata morbilità e mortalità. La risposta globale del sistema ai bisogni di questi pazienti deve essere migliorata attraverso queste azioni:

- lo sviluppo delle conoscenze ed il monitoraggio epidemiologico;
- una forte integrazione tra Ospedale e Territorio che garantisca una adeguata gestione del paziente;
- il miglioramento della formazione e della comunicazione dei professionisti;
- l'utilizzo degli strumenti di Telemedicina.

Riflessioni

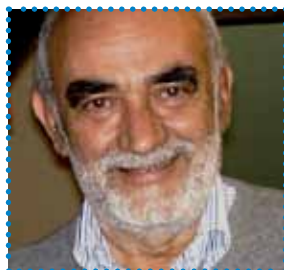
È importante che il Piano Sanitario abbia dato un posto prioritario alle

malattie cardiovascolari. È naturale che un Piano triennale non può svolgersi che per sommi capi e linee guida generali. Vi sono degli aspetti positivi come il riconoscimento della prevenzione cardiovascolare, della necessità di potenziare l'intervento preospedaliero nell'infarto anche con l'impiego della trombolisi e la lotta allo Scompenso Cardiaco. Tuttavia credo che, rappresentando le malattie cardiovascolari la prima causa di morte in Italia con quasi il 50 % dei decessi, si potrebbero meglio definire queste tematiche:

- L'epidemiologia delle malattie cardiache con una mappa regionale con l'impatto economico e la spesa pro capite, con una particolare attenzione all'invecchiamento della popolazione.
 - La presenza sul territorio delle Strutture cardiologiche e cardiocirurgiche con i relativi standard.
 - L'importanza della ricerca cardiologica ai diversi livelli.
 - Le risorse strutturali, professionali ed economiche necessarie per attuare gli importanti obiettivi.
 - Un maggiore coinvolgimento delle Società Scientifiche cardiologiche e delle Associazioni degli ammalati.
- È forse giunto il momento che il Governo centrale e le Regioni, cogliendo realmente l'importanza delle malattie cardiovascolari per la salute dei Cittadini, approntino un Piano Sanitario per le malattie cardiovascolari.

Governo Clinico e Piani di rientro

DI RENATO GUZZARDI



Le origini del Governo Clinico

Il Governo Clinico (Clinical Governance) è stato introdotto per la prima volta nel 1998 da Gabriel Scally e Liam J. Donaldson che così lo hanno definito: «*Clinical governance is a system through which NHS organizations are accountable for continuously improving the quality of their services and safeguarding high standards of care by creating an environment in which excellence in clinical care will flourish*».

Il Governo Clinico rappresenta quindi un sistema in cui le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili di un miglioramento continuo della qualità dei servizi e della salvaguardia di elevati standard di assistenza mediante la creazione di un ambiente che favorisca lo sviluppo dell'eccellenza nell'assistenza sanitaria, naturalmente compatibile con le risorse disponibili. In Inghilterra, la Clinical Governance, nasce dalla concomitanza di più circostanze tra cui:

- una sempre più marcata limitatezza delle risorse da allocare nel Sistema Sanitario;

- una crescente domanda, da parte dei cittadini inglesi, di una migliore qualità clinica scaturente sia dalle nuove prospettive dalla ricerca di settore che dalle nuove tecnologie biomediche;

- la credibilità del Sistema Sanitario inglese fortemente minacciato da svariati e rilevanti insuccessi. Infatti, in quegli anni, presso il "Bristol Royal Infirmary", anche per effetto di una eccessiva focalizzazione sul contenimento della spesa sanitaria, si registrò la morte di 35 bambini sottoposti ad interventi di cardiocirurgia pediatrica dstando tanto scalpore nell'opinione pubblica inglese da diffondere la consapevolezza di una radicale innovazione della modalità di lavoro fino ad allora praticata. Tale nuova modalità operativa, chiamata poi Clinical Governance, perseguiva due concetti chiave: centralità della persona e responsabilizzazione. In poco tempo questi due punti divennero un dovere istituzionale per tutti: politici, amministratori, medici, altro personale e pazienti che, impegnan-

dosi nella attuazione di una politica sanitaria centrata sul miglioramento della qualità delle prestazioni, in breve tempo, ottennero risultati eccellenti anche in presenza di risorse limitate.

Gli attori per lo sviluppo dei sistemi di Governo Clinico

Ormai è opinione diffusa anche in Italia che la realizzazione di un sistema di Governo Clinico richiede scelte di politiche unificanti sia economiche che sanitarie. È quindi necessario che le scelte di politica sanitaria non si focalizzino su un unico aspetto (come può essere la singola decisione clinica o economico - gestionale), ma che sviluppino il coordinamento, l'integrazione, il coinvolgimento, e la collaborazione di tutti gli stakeholder (portatori di interessi) come amministratori, medici e pazienti. Infatti, per sviluppare il Governo Clinico, ogni azione (clinica, economico - finanziaria, gestionale) intrapresa, deve essere finalizzata alla qualità dell'assistenza ed al suo miglioramento anche attraverso meccanismi

di feed - back che permettono di apprendere continuamente dalle esperienze. Dalle considerazioni di cui sopra, appare evidente che lo sviluppo del Governo Clinico dipende dalla sua architettura sistemica e non dalle sue singole componenti. In tale prospettiva, la responsabilità primaria per lo sviluppo del Governo Clinico è delle organizzazioni sanitarie cioè delle Regioni e di conseguenza delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere quali enti strumentali delle stesse. Sono quindi le Regioni gli attori principali per lo sviluppo del Governo Clinico. Infatti, le Regioni, avendo sia la responsabilità di tutela della salute dei cittadini che il potere di indirizzo politico ed operativo delle Aziende, possono e devono assumersi la responsabilità di orientare le scelte affinché in ogni Azienda venga creato un ambiente fisico e relazionale che favorisca lo sviluppo del Governo Clinico in tutte le sue dimensioni.

Piani di rientro e Governo Clinico

I Piani di rientro, finalizzati a verificare la qualità delle prestazioni ed al raggiungimento del riequilibrio dei conti dei servizi sanitari regionali, hanno sottoposto, quasi tutte le Regioni meridionali, ad una pressione ossessiva determinando una vera e propria emergenza economico - finanziaria centrata sul contenimento della spesa. Tale circostanza ha contribuito alla creazione di una frattura devastante tra la necessità di integrare Governo Clinico e Governo economico a danno, ovviamente, del cittadino paziente. In tale contesto, si è accentuata sempre di più la dicotomia tra: Direttori generali che,

costretti dalle Regioni commissariate alla responsabilità di attuare i Piani di rientro, hanno dato priorità al Governo economico - organizzativo e professionisti clinici che, vincolati al giuramento di Ippocrate, hanno dato priorità al Governo Clinico con l'obiettivo di produrre migliore salute per tutti i cittadini. Tale separazione sta producendo risultati caratterizzati da forti criticità così come recentemente evidenziati da uno studio dall'Istituto S. Anna di Pisa. Infatti, da questo studio, risulta evidente che le Regioni centro - meridionali, in particolare quelle commissariate, oltre ad aver determinato disavanzi enormi hanno altresì i peggiori dati di performance sanitaria di tutta Italia. È urgente avviare subito, anche in Italia, una alleanza tra amministratori e professionisti clinici finalizzata a sperimentare nuove modalità per un Governo condiviso dei Sistemi Sanitari ad iniziare dalla pianificazione e programmazione operativa delle Aziende che deve saper coniugare:

- Performance economico - finanziaria caratterizzata da efficienza ed economicità;
- Centralità del cittadino - paziente caratterizzata dalla soddisfazione dei suoi bisogni in contesti sicuri e nel rispetto dei principi di partecipazione e di equità;
- Esiti clinici caratterizzati da efficacia sanitaria, qualità delle prestazioni ed appropriatezza delle cure;
- Integrazione delle professionalità caratterizzata da ricerca, formazione, innovazione e collaborazione in un clima aziendale orientato a favorire l'incontro tra organizzazione e professionisti sanitari.

Strumenti operativi: la balanced scorecard

Da quanto detto appare evidente che una programmazione tradizionale top - down, con una prevalente esplicitazione degli obiettivi economico - finanziari appare completamente superata. Occorre sperimentare nuovi strumenti di programmazione che possono integrare centralità della persona assistita in un contesto di Governo Clinico armonizzato con i limiti dettati da un necessario Governo economico. Uno strumento che appare idoneo alla gestione della complessità del sistema sopra descritto è la balanced scorecard (BSC). La balanced scorecard sviluppata nel 1992 da Robert Kaplan e David Norton, propone un approccio olistico alla misurazione delle performance aziendali che permette il superamento dei limiti della prospettiva economico - finanziaria tradizionale.

Secondo la BSC l'Azienda, anche se unitaria, è vista sotto quattro diverse prospettive con cui è possibile misurare e valutare la performance complessiva.

Le prospettive di misura e valutazione proposte dalla BSC sono:

- Prospettiva finanziaria (financial perspective);
- Prospettiva del consumatore (customer perspective);
- Prospettiva interna dell'impresa (business process perspective);
- Prospettiva di innovazione e apprendimento (learning and growth perspective).

Tali prospettive, adattate al contesto sanitario, permettono di costruire una BSC con cui governare le strategie aziendali finalizzate allo sviluppo di

un sistema integrato di Governo Clinico e Governo Economico nel quale i bisogni di salute dei pazienti sono messi al centro dell'attenzione dei clinici e degli amministratori, che ne assumano una responsabilità condivisa. La necessaria contestualizzazione sanitaria della BSC prevede anche una revisione delle relative prospettive che così diventano:

- Prospettiva sociale e del cittadino - paziente;
- Prospettiva dei processi interni e degli esiti;

- Prospettiva della crescita e dell'apprendimento e della collaborazione;
- Prospettiva economico - finanziaria.

Si tratta quindi di un sistema multidimensionale di misurazione e gestione della performance che, come tale, si configura come uno strumento con cui implementare la strategia aziendale e controllarne l'esecuzione attraverso la definizione di obiettivi di performance (organizzativa ed individuale) da raggiungere. Operativamente si tratta di definire, per ogni prospettiva, indicatori per monitorea-

re i progressi conseguiti, target per stabilire i livelli attesi ed azioni da intraprendere per supportarne il perseguimento. Con un sistema siffatto sarà possibile misurare e valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola ed ai singoli dipendenti delle Aziende di servizi sanitari favorendo così lo sviluppo della responsabilizzazione di tutti.



IRAP e ALPI: istruzioni per l'uso

DI DOMENICO GABRIELLI



L'IRAP (Imposta Regionale sulle Attività Produttive) è una imposta locale che si applica alle attività produttive esercitate in ciascuna regione, è quindi in capo a chi svolge attività di impresa e non alle persone fisiche; è stata istituita con il decreto legislativo 15 dicembre 1997 n. 446 e con la Finanziaria 2008 ha assunto la natura di imposta propria della Regione; fra i soggetti passivi di imposta vi sono le Amministrazioni pubbliche e i lavoratori autonomi, l'imponibile è pari al totale dei compensi per lavoro dipendente, autonomo od occasionale, con il criterio retributivo (per le Amministrazioni pubbliche si applica quello di cassa). Abbastanza spesso si sente di Amministrazioni che mettono in carico l'IRAP, dovuta per l'attività in libera professione intramoenia, al singolo professionista, sembra quindi opportuna una breve puntualizzazione sul tema. L'IRAP (Imposta Regionale sulle Attività Produttive), così come chiarito dalla Corte Costituzionale, non è una imposta sul reddito, bensì una imposta di carattere reale che colpisce il valore aggiunto prodotto dalle attività autonomamente organizzate, pertanto non è il reddito personale, ma l'organizzazione in sé che fornisce la base imponibile per l'IRAP. In pratica il professionista medico che, nell'esercizio della libera professione, fornisce soltanto la propria opera non produce quella ricchezza aggiuntiva e non realizza il presupposto per l'applicazione della IRAP, secondo i dettami della legge istitutiva. In particolare, nel caso di esercizio da parte del medico della libera professione in regime intramoenia, l'IRAP non è dovuta dal dirigente, ma è a totale carico dell'Azienda Ospedaliera o Sanitaria. L'attività libero - professionale intramuraria è, infatti, equiparabile, ai fini fiscali, al rapporto di lavoro dipendente (L. 662/1996, art.1 comma 7) e, a differenza di quanto avviene nell'attività libero - professionale in senso proprio (extramoenia, sia l'organizzazione dell'attività e degli spazi, che la determinazione delle tariffe, non spettano al singolo medico, se non per la parte propria dell'onorario, che peraltro spesso si deve tenere in ambiti decisi dall'azienda; tale situazione configura un rapporto di tipo subordinato. Da quanto detto consegue che le Aziende datrici di lavoro sono i soli soggetti passivi dell'imposta IRAP e non i singoli medici dipendenti esercenti attività libero-professionale intramuraria. Ad ulteriore precisazione va detto che non esiste nessuna disposizione normativa e/o contrattuale che preveda il trasferimento dell'IRAP in carico al

medico dipendente che esercita la libera professione intramuraria. La giurisprudenza di merito ha sancito (sentenza Trib. Belluno, 26 aprile 2001) che: «deve dichiararsi integralmente in capo al datore di lavoro l'onere derivante dall'introduzione dell'IRAP con conseguente dichiarazione di illegittimità per ogni trattenuta stipendiale operata dall'Amministrazione a carico dei lavoratori per imposta IRAP. Quest'ultima infatti, seppur rappresentando un costo aggiuntivo per la ASL non può essere tralata e scaricata sui medici in quanto non trova alcuna giustificazione sulla base delle previsioni normative disciplinanti l'attività professionale intramuraria». Quanto sopra detto deve far riflettere e soprattutto portare a chiarire nei singoli casi come viene effettuato il prelievo per l'IRAP da parte della propria Amministrazione e, nel caso essa venga messa in carico al professionista, ad attuare quanto necessario per correggere la cosa e eventualmente ottenere il recupero delle somme indebitamente trattenute. Sicuramente l'organizzazione della LP è complessa e spesso le Amministrazioni non ricavano i giusti introiti dalla stessa, un recente rapporto dell'Age.Na.S. dimostra che una quota dell'87% degli introiti copre le varie spese; questo però non può essere motivo per imporre dei tributi non dovuti (spesso senza neanche una informazione in merito) al singolo professionista.

medico dipendente che esercita la libera professione intramuraria. La giurisprudenza di merito ha sancito (sentenza Trib. Belluno, 26 aprile 2001) che: «deve dichiararsi integralmente in capo al datore di lavoro l'onere derivante dall'introduzione dell'IRAP con conseguente dichiarazione di illegittimità per ogni trattenuta stipendiale operata dall'Amministrazione a carico dei lavoratori per imposta IRAP. Quest'ultima infatti, seppur rappresentando un costo aggiuntivo per la ASL non può essere tralata e scaricata sui medici in quanto non trova alcuna giustificazione sulla base delle previsioni normative disciplinanti l'attività professionale intramuraria». Quanto sopra detto deve far riflettere e soprattutto portare a chiarire nei singoli casi come viene effettuato il prelievo per l'IRAP da parte della propria Amministrazione e, nel caso essa venga messa in carico al professionista, ad attuare quanto necessario per correggere la cosa e eventualmente ottenere il recupero delle somme indebitamente trattenute. Sicuramente l'organizzazione della LP è complessa e spesso le Amministrazioni non ricavano i giusti introiti dalla stessa, un recente rapporto dell'Age.Na.S. dimostra che una quota dell'87% degli introiti copre le varie spese; questo però non può essere motivo per imporre dei tributi non dovuti (spesso senza neanche una informazione in merito) al singolo professionista.

Il Medico tra logica economica e tutela della salute

« A nessuno è consentito anteporre la logica economica alla logica della tutela della salute né di diramare direttive che, nel rispetto della prima, pongano in secondo piano le esigenze dell'ammalato »

DI ORNELLA MAFRICI

Nel praticare la professione «*Il Medico deve, con scienza e coscienza, perseguire un unico fine: la cura dell'ammalato utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di cui al tempo dispone la scienza medica, senza farsi condizionare da esigenze di diversa natura, da disposizioni, considerazioni, valutazioni, direttive che non siano pertinenti rispetto ai compiti affidatigli dalla legge ed alle conseguenti relative responsabilità*». Il rispetto delle Linee Guida non può essere assunto quale parametro di riferimento per ritenere legittima la decisione di dimettere il paziente dall'Ospedale e per valutare la condotta del Medico ove le stesse «*altro non siano che uno strumento per garantire l'economicità della gestione della struttura ospedaliera*». È quanto stabilito dalla Corte di Cassazione che, con sentenza del 2.3.2011, n. 8254, ha annullato la sentenza di assoluzione di un medico che aveva disposto le dimissioni di un paziente, ricoverato in Ospedale per infarto miocardico con grave insufficienza respiratoria che,



dopo essere stato sottoposto ad angioplastica coronarica, con applicazione di uno stent medicato, è stato dimesso, dopo nove giorni dall'intervento cardiaco, con diagnosi di infarto al miocardio acuto anteriore esteso e che è deceduto a seguito di un nuovo attacco cardiaco, sopravvenuto nella stessa notte delle dimissioni. In primo grado il Medico era stato condannato per omicidio colposo con giudizio abbreviato, dal GIP, sul presupposto che anche se il Medico si era attenuto scrupolosamente alle Linee Guida della Struttura ospedaliera, che prevedevano le dimissioni del paziente una volta raggiunta la stabilizzazione del quadro clinico e in assenza di

indici contrari alle dimissioni, «*le Linee Guida non costituiscono unica regola di condotta del Medico sufficiente ad escludere qualsiasi ipotesi di colpa professionale*». Secondo il GIP, il caso in questione sconsigliava le dimissioni e l'applicazione delle Linee Guida: a) perché dall'anamnesi risultava che il paziente era

soggetto a rischio in quanto fumatore, obeso, iperteso da tre anni con rifiuto di terapia, affetto da ipercolesterolemia grave e da ipertrigliceridemia; b) per la severità dell'infarto che lo aveva colpito con gravissima sintomatologia respiratoria, tanto da rendere necessaria la ventilazione meccanica e che aveva lasciato esiti rilevanti ed una funzione meccanica del cuore compromessa (29% frazione di eiezione); c) per l'elevata mortalità postinfartuale di pazienti con esteso infarto al miocardio. Poiché il paziente presentava detti fattori di rischio, lo stesso non doveva essere dimesso, con la conseguenza che, all'atto del nuovo scompenso, si sarebbe trovato

in un Reparto di Cardiologia dove sarebbe stato adeguatamente curato, evitando il decesso. A tali conclusioni il GIP è pervenuto anche se la CTU (Consulenza Tecnica di Ufficio), eseguita da un cattedratico in patologia cardiovascolare, aveva dato atto che il paziente, al momento delle dimissioni, era stabilizzato, era scevro da instabilità elettrica ventricolare, era asintomatico e non mostrava un quadro di scompenso cardiaco, era in compenso circolatorio ed anche i marker di necrosi si erano stabilizzati. In Appello l'imputato è stato proscioltto dall'accusa formulata perché, seppure il rispetto delle Linee Guida non esonera il Medico da responsabilità quando le stesse sono incompatibili con i canoni di prudenza, diligenza e perizia propri della professione medica, tale incompatibilità non è stata dimostrata, nel senso che non è stato dimostrato che il caso presentasse particolarità tali da doverli allontanare dalle Linee Guida né che un tempestivo intervento avrebbe evitato il decesso. Il caso è ancora sub iudice perché la Cassazione ha annullato, con rinvio, la sentenza della Corte d'Appello con decisione che appare solo in parte condivisibile. Ed infatti i Giudici di legittimità hanno bene indicato alla Corte remittente di indagare in ordine alla legittimità delle dimissioni con riguardo alle reali condizioni del paziente nonché di affrontare il tema del nesso causale (dimissioni - decesso) secondo i principi della ormai nota sentenza Franzese (S.U. 30328/2002) così come hanno bene affermato che l'esercizio della professione medica è regolato da norme che richiamano «il

diritto fondamentale del malato di essere curato e di essere rispettato come persona» e nello stesso tempo dai principi di autonomia nelle scelte diagnostiche e terapeutiche che svincolano il Medico da qualsiasi condizionamento e finalità diversa dal curare con la conseguenza che «*a nessuno è consentito anteporre la logica economica alla logica della tutela della salute né di diramare direttive che, nel rispetto della prima, pongano in secondo piano le esigenze dell'ammalato*». La deontologia, da un lato e la posizione di garanzia che assume il Medico davanti al paziente, dall'altro, escludono che lo stesso possa essere tenuto a seguire direttive in contrasto con le esigenze di cura, «*rinunciando al proprio compito e degradando la propria professionalità e la propria missione a livello ragionieristico*». La decisione della Corte di Cassazione sul punto è condivisibile nella misura in cui appare un monito a fronte della attuale situazione in cui è a tutti arcinoto che la Sanità risponde anche e soprattutto a logiche economiche ed in cui i budget aziendali possono condizionare la libertà di scelta del Medico. Quello che non convince è il rischio di generalizzare con la apodittica ed erronea affermazione che le Linee Guida rappresentano uno strumento per garantire l'economicità della gestione ospedaliera. È vero invece che le Linee Guida, quando provengono da Società Scientifiche accreditate a livello internazionale, costituiscono vere e proprie raccomandazioni che sono d'ausilio al Medico, unitamente alla Letteratura, alla esperienza, alla statistica per meglio orientarsi nella gestione dell'ammalato. È evidente che la decisione confonde le Linee

Guida, che rispondono al criterio rischi/benefici da trattamenti indipendentemente dai costi, con le direttive aziendali, che in alcuni contesti possono creare, a valle, momenti di criticità, le cui cause vanno ricercate, a monte, negli sprechi del passato, nei tagli della Spesa Sanitaria e, non da ultimo, negli obiettivi economici delle Aziende Sanitarie.

Insufficienza cardiaca cronica: una partita da vincere con la forza del gruppo!

«Trovare insieme è un inizio, restare insieme un progresso...
lavorare insieme un successo» (Henry Ford)

DI ALESSANDRO MALAGOLI



Rubo qualche riga all'autore per introdurre e ribadire lo spirito della nostra Rubrica su "Cardiologia negli Ospedali". Ho avuto la fortuna di incontrare il Dr. Alessandro Malagoli durante la Scuola di Specializzazione a Modena. Lui studente, un anno davanti a me, e io studente fuori sede distaccato a Niguarda (Milano). Cosa c'è di particolare? Lo scambio di esperienze. Nessun posto è uguale ad un altro, nessuno è migliore dell'altro. Peculiarità e innovazioni di un Centro possono essere esempio e spunto di riflessione per nuovi progetti e collaborazioni. Invitare Alessandro a raccontarci la sua esperienza maturata nel Centro di Piacenza, è anche invitare i giovani Cardiologi sparsi per l'Italia a fare altrettanto. Buona lettura!

ALESSANDRO VERDE

L'insufficienza cardiaca rappresenta la principale evoluzione negativa di tutte le cardiopatie. Negli Stati Uniti d'America è stato stimato che nel 2006 vi siano stati più di 600.000 nuovi casi con una incidenza bassa nella fascia d'età tra i 40 e i 50 anni che supera il 10% nei soggetti con età superiore a 75 anni. La prevalenza di questa patologia è in netto aumento a causa della maggiore aspettativa di vita e per l'aumentata sopravvivenza in seguito ad infarto miocardio acuto: in Emilia - Romagna è raddoppiata negli ultimi 10 anni. L'importanza sempre crescente di questa patologia, ad elevato impatto nella popolazione anziana, è purtroppo ben nota:

rappresenta infatti la prima causa di ricovero ospedaliero nei pazienti con età superiore a 65 anni (Framingham Study). Negli ultimi 5 anni il numero di ricoveri per insufficienza cardiaca è aumentato del 40%. Questa patologia ha un notevole impatto non solo economico per i costi sanitari ma soprattutto sociale. Determina infatti una limitazione psico - fisica del paziente che si riflette sui componenti del nucleo familiare sia durante il ricovero ospedaliero che successivamente a domicilio. La gestione in cronico di questi pazienti necessita pertanto di percorsi multidisciplinari ospedalieri e territoriali, volti ad un riconoscimento precoce delle fasi di instabilizzazione. Tale approccio è

riconosciuto come altamente raccomandato per il miglioramento della qualità di vita e della prognosi dalle Linee Guida internazionali sia Europee che Nord Americane. Inoltre a livello italiano tale evidenza scientifica è stata recepita dal documento intersocietario di Consensus Conference sottoscritto da tutte le Società Scientifiche mediche coinvolte nella cura del paziente affetto da insufficienza cardiaca. Il mio arrivo presso la Cardiologia dell'Ospedale di Piacenza ha sostanzialmente coinciso con l'attivazione del servizio di Day - Service cardiologico. L'obiettivo era la possibilità di garantire un efficace approccio assistenziale integrato, adattato alle necessità dei singoli pazienti con scompenso cardiaco cronico alla luce del fatto che tali pazienti presentavano caratteristiche cliniche ed esigenze assistenziali diverse a seconda dello stadio della malattia. Insieme ai Colleghi coinvolti nel progetto (Dr. Villani, Dr. Piepoli e Dr.ssa Armentano) in due anni siamo riusciti a creare una realtà funzionante che prevede una collaborazione multidisciplinare che ha come fine ultimo il mantenimento della stabilità clinica del paziente. I primi risultati sono stati estremamente incoraggianti al punto che il servizio è stato esteso ai centri periferici ed è in procinto di coinvolgere le cure primarie. Nel biennio 2009 - 2010 i pazienti valutati presso il nostro Day - Service sono stati 519. Coloro che hanno sviluppato almeno un episodio di insufficienza cardiaca sono stati 139 (26,8%) nel 2009 e 58 (11,2%) nel 2010, configurando un calo del 41,7%. Tra i 519 pazienti, il numero totale dei ricoveri per scom-

penso cardiaco nel medesimo biennio è risultato pari a 344: 246 nel 2009 e 98 nel 2010, configurando un calo del 39,8%. È pertanto auspicabile a livello di ogni realtà locale la creazione di un gruppo di lavoro composto da rappresentanti della Direzione Sanitaria, da Medici ospedalieri di Cardiologia, Medicina Interna e Medicina d'Urgenza, da Medici di Medicina Generale, da Psicologi e Dietisti e non da ultimi Infermieri ospedalieri e del territorio con il preciso scopo di proporre, condividere, strutturare e realizzare percorsi diagnostico - terapeutici per la gestione integrata ospedale - territorio del paziente con scompenso cardiaco. L'ANMCO può essere il luogo di incontro tra le varie esperienze in questo ambito, garantendo ai vari professionisti, soprattutto ai più giovani, la necessaria crescita formativa derivante dalla condivisione dei risultati ottenuti. Ricordando sempre che il lavoro di squadra è l'abilità di lavorare insieme verso una visione comune.



Intervista a *Silvia Marchei*

DI NADIA ASPROMONTE



Presentazione

Silvia Marchei, 46 anni, Coordinatrice infermieristica dell'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) dell'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri di Roma dal 1998. Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche. Master in Cardiologia e Coordinamento.

Fotografia della Struttura in cui opera

Il Dipartimento Cardiovascolare dell'Ospedale San Filippo Neri, diretto dal Prof. Massimo Santini comprende:

- l'U.O.C. Cardiologia: 10 letti di UTIC, 42 letti di reparto di degenza;
- l'U.O.C. Cardiologia Interventistica: 2 Sale di Emodinamica e 6 letti di Reparto di Degenza;
- l'U.O.C. Cardiochirurgia: 4 letti di Terapia Intensiva, 12 letti di Reparto di Degenza;
- l'U.O.C. Chirurgia Vascolare: 20 letti di Reparto di Degenza.

In particolare, l'UTIC comprende 10 letti di degenza, in due sale "open space", che ricovera circa 1.100 pazienti all'anno.

Numeri del personale non medico

L'equipe assistenziale dell'UTIC è composta da 22 Infermieri e 5 Ausiliari. Nei cinque turni ruotano 4 Infermieri e un Ausiliario per turno; il turno di mattina è rinforzato da ulteriori due unità, che si occupano del management generale nella saletta di monitoraggio centrale.

Orari di lavoro massimo

Gli orari dei turni sono di 7 ore per i turni di mattina e pomeriggio, dieci per il turno di notte. Il cambio del turno avviene alle 7:00, alle 14:00 ed alle 21:00.



Intervista a *Vincenza Fodale*

DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI



Presentazione

Vincenza Fodale, 58 anni, da 24 Coordinatore infermieristico dell'Unità Operativa di Cardiologia dell'Ospedale S. Antonio Abate di Trapani.

Fotografia della Struttura in cui opera

U.O. di Cardiologia con UTIC ed Emodinamica, Direttore dott. Alberto Di Girolamo. La Struttura, inaugurata nel 1987, è allocata al primo piano della Struttura principale dell'Ospedale. Il primo impianto di Pacemaker è stato eseguito nel 1989, la prima CVG nel 2005.

Sezioni

- Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (8 posti letto);
- Degenza Cardiologica (26 posti letto in stanze da 3 a 5 letti, alcuni con monitoraggio telemetrico);
- Day Hospital (2 posti letto);
- 1 Sala di Emodinamica Diagnostica e Interventistica; è attiva ogni giorno, con reperibilità h 24;
- 1 Sala di Elettrostimolazione;
- Ambulatori Dedicati (Scompenso Cardiaco, Cardiopatia ischemica e Aritmie);
- Ambulatori di Ecocardiografia, Ergometria, controllo Pacemaker e Holter.

Volume di attività annuale

Circa 2.500 ricoveri ordinari, dei quali circa la metà in UTIC; 180 DH; circa 50.000 prestazioni ambulatoriali interne (per i degenti dell'Ospedale) ed esterne; oltre 1.000 procedure emodinamiche coronariche, delle quali circa 500 angioplastiche; quasi 300 procedure emodinamiche periferiche, delle quali oltre 150 angioplastiche; circa 250 procedure di elettrostimolazione (impianti di PM/ICD/CRT).

Modalità delle consegne

Il passaggio delle consegne avviene in due fasi: verbalmente al momento del cambio a vista (15 minuti in entrata e 15 in uscita) in prossimità dell'unità del paziente; per iscritto in cartella infermieristica, sul diario clinico/assistenziale ad ogni fine turno.

L'attuale dotazione di personale è adeguata al carico di lavoro complessivo della Struttura?

Il numero degli Infermieri è adeguato agli standard, tuttavia mancano le figure di supporto. Considerando che nella nostra U.O. eroghiamo assistenza al paziente critico (ultrafiltrazione, contropulsazione, isolamento se necessario, ecc.) possono verificarsi discrepanze tra l'assistenza tecnica e le attività di comfort dove l'Infermiere non è supportato da nessuna figura dedicata.

Modello di organizzazione dell'assistenza infermieristica

L'assistenza erogata ai pazienti è per miniequipe. Strutturalmente la nostra Unità Operativa si divide in due Sale divise tra loro da una saletta centrale di monitoraggio, con 5 P.L. per ogni Sala. Gli arredi, le apparecchiature elettromedicali, i presidi medico-chirurgici, ecc. sono i medesimi in ognuna delle due Sale. Per ogni sala sono presenti due Infermieri, e nel turno di mattina vi è un Infermiere addetto alla consolle che si occupa del management posti letto, consulenti, transiti pazienti, relazioni con l'utenza locale, ecc.

Vi avvalete di protocolli e procedure scritte?

La stragrande maggioranza del nostro operato è guidata da protocolli clinici ed assistenziali. Tra i primi vi sono i protocolli per la gestione della potassiemia, dell'iperglicemia, dell'infusione di eparina, di dopamina, di abciximab, della profilassi della CIN, ecc. Per quanto riguarda i protocolli assistenziali, quasi tutte le attività sono controllate da protocolli aziendali: per la prevenzione delle lesioni da decubito, per la gestione delle cannule periferiche, per i CVC, per le medicazioni, per l'isolamento dei pazienti infetti, ecc. Infine, abbiamo altri protocolli che sono stati elaborati direttamente dalla nostra UOS UTIC.

Esiste un sistema di reportistica per le attività infermieristiche che possa fotografare i carichi di lavoro?

Le attività infermieristiche, espresse in piani di lavoro,

sono distribuite nell'arco delle 24 h e codificate su delle schede per il turno mattutino, pomeridiano e notturno. Inoltre, esiste un "Blue - book", all'interno del quale sono contenute tutte le procedure necessarie, insieme ad alcuni registri dedicati ad attività particolari; infine, vi è la documentazione infermieristica contenuta nella cartella clinica.

Formazione: quali iter? Risulta adeguata?

La formazione di base deve essere certamente incrementata per gli Infermieri destinati alle aree critiche e questo in parte avviene con i corsi ECM aziendali. L'ANMCO Lazio organizza da molti anni un convegno parallelo per gli Infermieri delle Cardiologie della regione, in occasione del congresso annuale dell'associazione regionale.

Inserimento del neoassunto: protocolli e tappe

Per quanto riguarda l'inserimento dell'Infermiere neoassunto, un gruppo di studio composto da cinque Infermieri dell'UTIC e dal coordinatore infermieristico ha elaborato un protocollo dedicato a tale argomento, all'interno del quale sono elencate le job description, le tappe che il nuovo arrivato deve percorrere, gli obiettivi che questi deve raggiungere nell'unità di tempo, ecc.

Esiste una rotazione del personale infermieristico tra le varie substrutture cardiologiche?

Non esiste una rotazione pianificata del personale assistenziale tra le varie substrutture cardiologiche. Le assegnazioni temporanee di tale personale sono gestite centralmente dall'ufficio infermieristico.

Esiste un progetto di continuità assistenziale che preveda l'assistenza del paziente a livello domiciliare dopo la dimissione?

Presso il Servizio di Cardiologia, gestito dalla Coordinatrice infermieristica Gioia Cassoni, vi sono degli ambulatori dedicati: l'ambulatorio dell'aritmologia, della sincope, del controllo pacemaker; inoltre, abbiamo un ambulatorio per la prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica, che è gestito dai colleghi infermieri sul modello delle *nurseled secondary prevention clinics* britanniche: qui vengono seguiti i pazienti nel periodo post acuto dopo un evento ischemico. Infine, presso il settore dedicato all'Holter, è possibile seguire i pazienti da casa tramite la telecardiologia.

Bacino d'utenza

Area urbana di Trapani (circa 150.000 abitanti). Gli utenti diventano quasi 200.000 nei mesi estivi, per la presenza turistica. Siamo di riferimento per altri 150.000 abitanti circa della provincia per procedure di emodinamica. Non è presente Cardiochirurgia (il Centro più vicino è a Palermo, a 100 km).

Numeri del personale non medico

L'UTIC e la Cardiologia dispongono di 30 Infermieri e di 5 OSS; 5 Infermieri sono dedicati alle Sale di Emodinamica, 8 alle attività ambulatoriali; vi è anche una unità amministrativa di supporto. L'Emodinamica ha un proprio Coordinatore infermieristico. Il personale dell'Ambulatorio è dedicato, e non partecipa ai turni di Reparto. Gli OSS sono dedicati all'attività domestico - alberghiera verso i pazienti ricoverati e di supporto agli Infermieri.

Orari di lavoro massimo

Gli Infermieri lavorano con turni "in quinta", ognuno con 5 unità: pomeriggio (14:00 - 21:00), mattina (7:00 - 14:00), notte (20:00 - 7:00). Vi sono poi 2 - 3 OSS al mattino e 1 - 2 al pomeriggio. Il personale di Sala Emodinamica e 2 unità in regime "fuori turno" lavorano in fasce orarie diurne. La copertura del turno di pronta disponibilità riguarda sia gli Infermieri del Reparto (per eventuali trasferimenti in Cardiochirurgia/Urgenze eccezionali) sia le unità destinate all'Emodinamica (per procedure di emergenza notturne, pomeridiane o festive). Il personale turnista, così come gli Infermieri dell'ambulatorio, generalmente, se non ci sono imprevisti, mantiene l'orario nei limiti, medi ovviamente, delle 36 ore settimanali senza ricorso a massivo uso di straordinario e/o recuperi.

Modalità delle consegne

Le consegne relative agli eventi, ai problemi e ai programmi dei pazienti vengono trasmesse da un turno al successivo in forma scritta attraverso l'utilizzo della Cartella Infermieristica. Nel periodo di tempo tra la fine di un turno e l'inizio del successivo le consegne vengono verbalmente discusse in collaborazione. Con i Medici e il Direttore lo "scambio" avviene al mattino durante la visita.

L'attuale dotazione di personale è adeguata al carico di lavoro complessivo della Struttura?

Il personale presente allo stato attuale non è sufficiente, anche perché non è prevista la sostituzione delle assenze

per congedi o malattie di breve durata. Perciò spesso basta una piccola criticità per accentuare le difficoltà, alle quali generalmente si cerca di porre rimedio con la collaborazione e la buona volontà del personale (es. rientro nel giorno libero, ma anche chiamata in reperibilità). In assenza di imprevisti, il personale riesce invece a far fronte alle attività programmate, anche se spesso picchi di attività scuotono l'organizzazione che, fortunatamente, essendo stata pensata per essere flessibile, riesce a compensare in qualche modo gli aumentati carichi di lavoro.

Modello di organizzazione dell'assistenza infermieristica

Il modello di assistenza adottato si basa sul principio organizzativo di equipe e quindi sulla distribuzione della responsabilità in funzione delle competenze, con pianificazione del lavoro e interazione tra gli operatori. Il processo assistenziale, diversificato a seconda della complessità dei bisogni del paziente, viene considerato nella sua globalità come un percorso che va dall'ingresso alla dimissione. Il personale turnista, cui si aggiungono in genere 1 - 2 Infermieri di giornata e sempre un OSS, si divide la gestione globale dei pazienti ricoverati. In pratica ogni turnista funge da referente per il suo gruppo di pazienti, dalla rilevazione dei bisogni alla risposta. Per ogni paziente è compilata una cartella infermieristica che riporta tutti i dati generali, i programmi, gli aggiornamenti, la valutazione quotidiana e la pianificazione degli interventi. Il piano assistenziale si suddivide in sei momenti fondamentali:

1. Accoglienza (quando il paziente incontra per la prima volta il personale);
2. Accertamento (la conoscenza del paziente e la raccolta dei dati attraverso l'intervista sulla cartella infermieristica);
3. Diagnosi (per individuare i problemi e i bisogni del paziente);
4. Pianificazione (dei programmi d'intervento adeguati alla condizione del paziente tramite protocolli e linee guida individualizzati);
5. Attuazione (l'effettuazione delle procedure previste nel progetto terapeutico; sulla cartella infermieristica devono essere riportati data, ora, tipo di intervento);
6. Valutazione (verifica del raggiungimento degli obiettivi per individuare e correggere eventuali errori).

Vi avvalete di protocolli e procedure scritte?

Sì, ci sono alcuni protocolli presenti in forma sia cartacea

sia informatica. Alcuni sono stati scritti dal personale stesso e riguardano la preparazione dei pazienti ad alcune procedure diagnostico - terapeutiche e varie pratiche infermieristiche (reperimento accessi venosi, prevenzione e gestione delle lesioni da decubito e delle flebiti, ecc.). Accanto a questi protocolli interni esistono poi dei protocolli aziendali che tutti devono conoscere e adottare (smaltimento dei rifiuti, prevenzione delle infezioni, prevenzione incendi, protezione politica del farmaco, privacy, ecc.).

Esiste un sistema di reportistica per le attività infermieristiche che possa fotografare i carichi di lavoro?

A parte i report generali aziendali (come numero dei ricoveri o delle procedure) l'unità amministrativa redige dei database per le diverse attività eseguite allo scopo di dimostrare i carichi di lavoro cui è sottoposto il personale. Sulla base di questi dati si può costruire un modello di misurazione del carico di lavoro infermieristico basato sul calcolo del tempo impiegato per compiere le singole azioni che compongono l'attività infermieristica. Questo modello non tiene conto sia dei carichi individuali sia della qualità dell'assistenza, per cui sarebbe da valutare un sistema di reportistica che parta dalla complessità assistenziale e arrivi al lavoro dei singoli.

Formazione: quali iter? Risulta adeguata?

Si partecipa a rotazione alla formazione extra - aziendale organizzata da Associazioni come l'ANMCO. C'è poi non frequentemente una formazione aziendale, ma c'è soprattutto quella promossa dal personale medico e infermieristico delle varie strutture. Ad esempio lo scorso anno sono stati effettuati corsi sull'elettrocardiografia ed il counseling alla dimissione, accreditati ECM, in modo da fornire agli Infermieri la formazione di cui hanno effettivamente bisogno da una parte, dall'altra assolvere all'obbligo dei crediti, senza doversi spostare, investire tempo e denaro, ed evitando una formazione non in linea con i propri bisogni. La partecipazione ai diversi corsi è documentata ed inserita nel curriculum di ogni operatore presso l'ufficio personale dell'Azienda.

Inserimento del neoassunto: protocolli e tappe

Il neoassunto è inserito progressivamente nella Unità Operativa. Inizialmente è presentato all'equipe e visita la struttura. La prima fase dell'inserimento avviene in UTIC,

in affiancamento al personale esperto già previsto, in modo che conosca bene le varie patologie, i materiali, la documentazione e le procedure dell'U.O. Ciò garantisce un intervento formativo e di tutoraggio pianificato sulle competenze e sulle capacità specifiche. Trascorse alcune settimane mesi si procede ad una valutazione (il cui scopo non è quello di determinare il valore della persona, ma quello di garantire sicurezza ai pazienti e competenze aggiuntive). Nel caso che la valutazione riscontri ancora qualche deficit, si allunga il periodo di tutoraggio, programmando una valutazione successiva. Qualche volta ci rendiamo conto che un Infermiere non è adatto alla gestione di condizioni di emergenza, ma in questo caso purtroppo la sua sostituzione non è facile.

Esiste una rotazione del personale infermieristico tra le varie substrutture cardiologiche?

La flessibilità è un momento importante di crescita professionale degli Infermieri. Sarebbe importante che tutto il personale fosse polivalente e sapesse affrontare tutte le problematiche. L'immissione di un operatore inesperto in cambio di uno esperto richiede quasi sempre un esubero di personale, per cui finora abbiamo potuto realizzare solo una parziale rotazione tra le strutture. Quasi tutto il personale di sala e ambulatoriale ha avuto una congrua esperienza come turnista in UTIC, prima di passare agli incarichi attuali. Tutti gli Infermieri possono supportare, in caso di bisogno, eventuali carenze nell'ambulatorio.

Esiste un progetto di continuità assistenziale che preveda l'assistenza del paziente a livello domiciliare dopo la dimissione?

L'assistenza sanitaria nella Provincia di Trapani è garantita da una unica Azienda. Purtroppo allo stato attuale non esiste un progetto di continuità assistenziale, né un centro di riabilitazione. I pazienti dimessi dalla Cardiologia hanno comunque un programma di controlli stabiliti attraverso gli ambulatori dedicati (ischemici, scompensati, aritmici e di elettrostimolazione). Alcuni dei pazienti aritmici sono seguiti con monitoraggio remoto. Stiamo elaborando un programma di counseling per i pazienti con SCA e con scompenso cardiaco. In considerazione dell'elevata percentuale di persone anziane non autosufficienti sarebbe opportuna la disponibilità di Residenze Sanitarie Assistite e di una Assistenza Domiciliare.

Piccola storia della Medicina cardiovascolare

Il cuore nella Medicina degli antichi popoli extraeuropei

DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI

Il cuore nell'antica Mesopotamia

La totalità delle informazioni sulla Medicina Sumera deriva dalle tavolette di argilla, realizzate durante il regno dell'assiro Assurbanipal (669 - 626 a.C.), che fece ricopiare gran parte dei testi sumeri. Nella società sumera il medico (A-su, colui che conosce l'acqua) era un ibrido tra uno scienziato, un sacerdote e uno stregone, e il male era considerato un castigo divino. La completa equivalenza fra sangue ed energia conservatrice della vita costituiva per le popolazioni mesopotamiche il fondamento di una concezione fisiologica epatocentrica. Il fegato, considerato sede dell'anima, era assimilato a sangue coagulato e quindi a riserva di vita. Pertanto a esso, e non al cuore, era attribuita la funzione di motore centrale dell'organismo, punto di origine delle vene e sorgente del sangue, considerato la linfa vitale. Il cuore era invece visto



dai Sumeri e dagli Assirobabilonesi come sede dell'intelligenza, cosicché ogni turbamento mentale si faceva derivare da un'alterazione cardiaca. Secondo Erodoto i Babilonesi «*portano il malato in un luogo di mercato... così i passanti gli danno consigli circa la sua malattia*» (...un po' come oggi succede in Internet!).

Il cuore nella Medicina ebraica

Nella Bibbia il termine cuore, data la sua densità semantica e le molte citazioni, ha un ampio spettro di significati. Come gli Egizi, anche gli Israeliti ritengono che dal cuore sgorga la vita e che esso è la sede del pensiero, dell'anima, dell'intelligenza, della coscienza e della memoria. Non a caso, per dire «*pensare*» nella Bibbia si usa «*parlare col cuore*» (Qo 1,16). Nonostante queste affinità, nella Sacra Scrittura il concetto di cuore subisce un forte slittamento

semantico che si può ricondurre a quattro caratteristiche strutturali. La prima è costituita dalla dimensione antropologica: quasi sempre il termine cuore fa riferimento a quello umano o a quello di Gesù. Il secondo elemento consiste nell'impostazione, di sapore quasi illuministico, propria del monoteismo ebraico, nettamente contrario a qualsiasi divinizzazione della natura e a qualsiasi raffigurazione di Dio, che allontana drasticamente il concetto biblico di cuore dai riti magico-teurgici dell'antica eliolatria. La terza caratteristica è rappresentata dal principio della insondabilità del cuore: nessun uomo da solo può mai completare la conoscenza di sé, toccare il fondo del proprio cuore, tanto meno di quello altrui. Solo Dio può scrutare e «*pensare*» ciò che si nasconde nel cuore umano (Ger 17,10). Infine, la Bibbia vede il cuore come il terreno elettivo dell'incontro con Dio. La conversione avviene nel cuore, e in esso si rende il vero culto. Non è quindi possibile comprendere la natura dell'amore divino senza afferrare il significato focale del concetto biblico di cuore. «*Tu amerai il Signore tuo Dio, con tutto il cuore...*» (Dt 6,4-5). Il primo di tutti i comandamenti, ribadisce Gesù è: «*ama dunque il Signore Dio tuo con tutto il tuo cuore, con tutta l'anima tua, con tutta la tua mente e con tutta la tua*



Tavoletta di Assurbanipal,
Biblioteca di Ninive. British Museum.

Medaglione indiano raffigurante Susruta che esegue un intervento chirurgico.

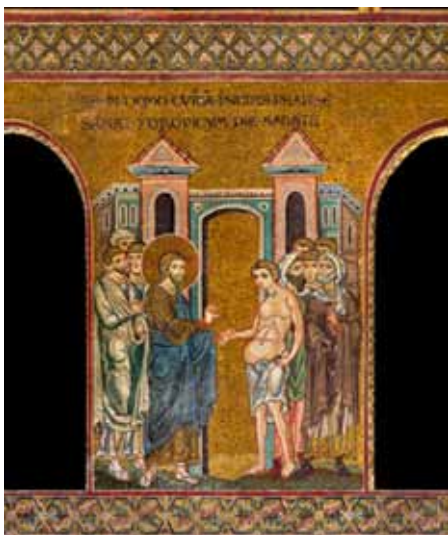


forza» (Mc 12,29 - 31). La sequenza non va intesa come una successione di facoltà distinte, ma piuttosto come l'esplicitazione di un'unica individualità, detta cuore, che designa, secondo W. Eichrodt, «la personalità tutta intera, la sua vita interiore, il suo carattere ... l'attività spirituale cosciente e volitiva dell'io umano nella sua totalità». La vicinanza nei testi biblici tra concetti come leb (cuore) e nefesh (anima) è evidenziata anche dalla loro interscambiabilità. Nell'idea biblica di «amare con tutto il cuore» non c'è dunque nessuna emotività irrazionale, ma c'è piuttosto un amor Dei intellectualis. Nell'antica storia ebraica la figura del medico è pressoché assente; la guarigione era affidata alla pietà divina, anche

perché, seguendo le credenze mesopotamiche, il male era causato dal peccato, conseguenza visibile di una colpa morale invisibile, come riportato (Gv 9,2) nella guarigione del cieco «Maestro, chi ha peccato, lui o i suoi genitori, per essere nato cieco?». Alla base di alcune regole della legge mosaica si osservano espedienti preventivi di tipo igienico, come la proibizione della carne di suino o non dissanguata, le abluzioni, la separazione dei sani dai malati. Venir meno a questi dettami metteva a rischio la salute dello sventurato e della comunità. Col tempo appare la figura del guaritore (rofé) che interviene come strumento divino. Le malattie cardiache non erano sconosciute. Gesù taumaturgo, nel racconto dell'uomo idropico, forse non a caso riportato dall'evangelista medico Luca, sana uno stato anasarcatico da scompenso cardiaco. Il Talmud, raccolta di insegnamenti tratti dalla sacra scrittura, riporta "onora il medico ben prima di aver bisogno di lui. Egli ha in sé una parte di dio". La conoscenza medica ebraica si affinerà in seguito con la frequentazione di accademie, come la scuola di Alessandria, e il ruolo del medico sarà sempre meno religioso.

Il cuore nella Medicina indiana

Nel periodo dell'invasione ariana (1550 - 500 a.C.) antichi testi furono raccolti in quattro libri detti Veda (sapienza in sanscrito), caratterizzati da un forte retaggio di tabù magici e precetti religiosi. Nel più antico, il Rig Veda, sono ricordate 33 divinità atte alla prevenzione e alla cura delle malattie. Negli Atharva Veda (delle formule magiche) sono menzionate le malattie, mentre l'Ayur Veda (della lunga vita), diviso in otto parti, tratta di molti argomenti medici. Sebbene la Medicina indiana fosse progredita nelle conoscenze anatomiche esterne, quelle inerenti agli organi interni come il cuore erano scarse e fantasiose, a causa delle leggi religiose che impedivano che il coltello del medico potesse sezionare le salme. Nella Medicina indiana il cuore è considerato comunque il centro di potere che fornisce succhi focoli (oyas) all'intero organismo. A Susruta, grande medico di cui non si conosce con esattezza la collocazione storica (dal 600 a.C.



Gesù guarisce un idropico. Mosaico del Duomo di Monreale

al 600 d.C.) è attribuito uno dei più importanti testi in medicina scritti in sanscrito, il Sushruta Samhita, che riporta «*da quel gran centro che è il cuore partono vasi portanti il sangue a tutte le parti del corpo*» e che si riferisce all'angina pectoris quando parla di una malattia in cui «*il dolore è sentito nella regione del cuore, che sembra come se fosse pressato e stirato, trafitto e spezzato, punto e spaccato*». Susruta ci consiglia infine alcuni precetti igienici «*il medico deve indossare vestiti puliti, deve presentarsi col viso sbarbato (ahimè, nda) e le unghie tagliate, indosserà una veste bianca... e si rivolgerà a tutti con gentilezza e con sguardo benevolo*».

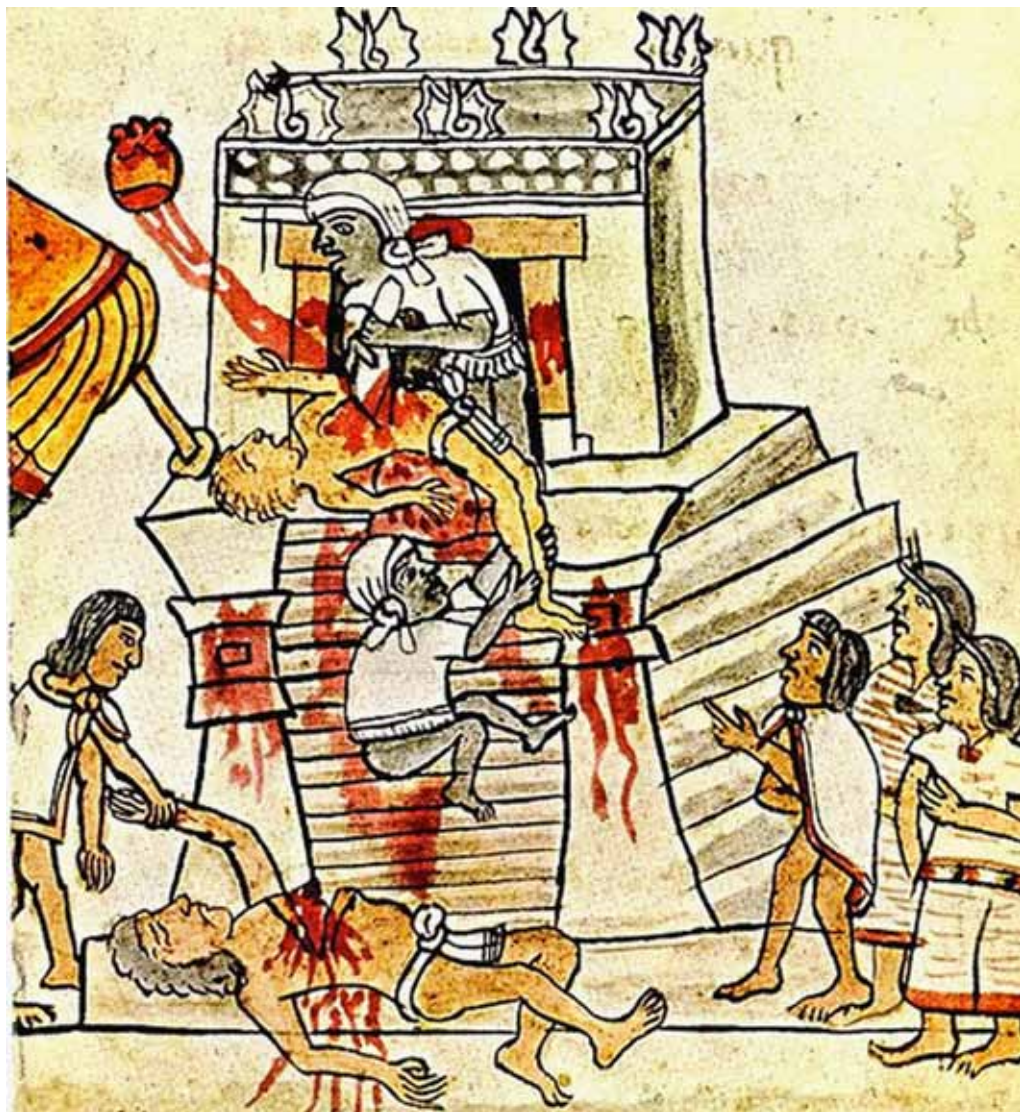
Il cuore nella Mesoamerica precolombiana

La più tragica relazione tra cuore e sole si rinviene tra le popolazioni della Mesoamerica, in modo particolare Aztechi e Maya. Per almeno due millenni, dal V secolo a.C., questi popoli compirono sistematicamente innumerevoli sacrifici umani allo scopo di offrire al dio sole i cuori palpitanti strappati dal petto squarciato delle vittime. Con questa agghiacciante offerta essi celebravano un rito ritenuto indispensabile alla conservazione della vita che, secondo le loro credenze, era dono del calore del sole; l'individuo esisteva solo in virtù della sua appartenenza all'impero del sole. Ogni levatrice, afferrato il neonato dal grembo materno, gli urlava che il suo dovere primario era quello «*di dissestare e nutrire il sole*» allo scopo di mantenerlo in forze lungo il suo cammino celeste. I medici aztechi avevano certo una buona conoscenza dell'anatomia a causa di tali sacrifici umani, ma la loro medicina era un

miscuglio inestricabile di religione, magia e scienza. Alcune divinità avevano la capacità di procurare malattie, come gli dei delle montagne (Tlaloc), cui si attribuiva l'idropisia e Tlazolteol, la dea dell'amore carnale, che poteva colpire con depressione e morte (improvvisa?) i familiari di coloro che si erano concessi ad amori illeciti. La loro farmacopea comprendeva un grandissimo numero di piante, la cui efficacia stupì i Conqui-

stadores. I Maya, infine, ponevano il cuore al centro della vita e credevano che nelle vene circolassero liberamente gli spiriti vitali, che davano segno di sé tramite le pulsazioni.

*Sacrificio umano da parte dei sacerdoti aztechi con l'offerta del cuore agli idoli.
Codex Magliabechiano, XVI secolo.*



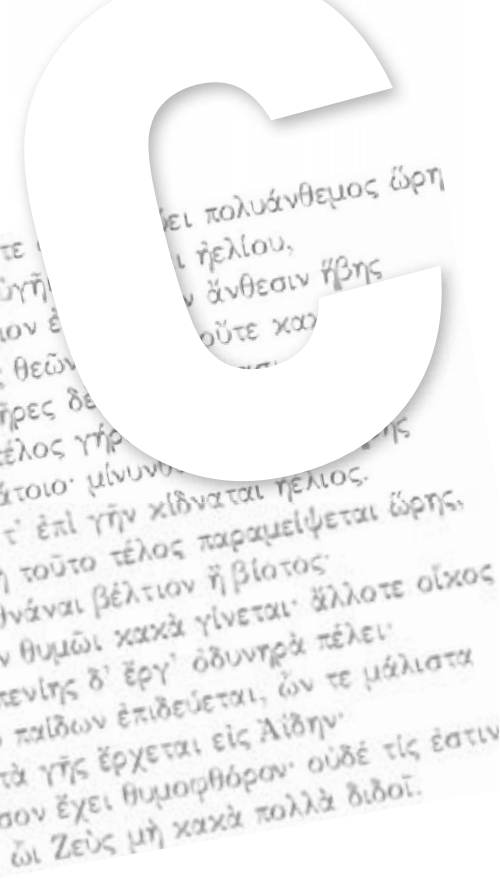
Mimnermo e “I fiori della giovinezza e dell’amore”

DI SILVANA RUFFOLO

Le notizie biografiche di Mimnermo sono avvolte in numerose incertezze. I più lo collocano nella seconda metà del VII sec. a.C., lo fanno nativo di Colofone e di origine aristocratica. Sebbene il nome di Mimnermo (colui che resiste sull’Ermo) sembra evocare una tradizione guerriera, gli unici frammenti che ci sono pervenuti non presentano il ritratto di un valoroso guerriero, bensì l’immagine di un uomo che apprezza i piaceri della vita e si augura la morte quando non sarà più in grado di usufruirne, e di un intellettuale che con spirito riflessivo e grande malinconia è consapevole della brevità della vita. Dunque, a ragione, Mimnermo è stato definito il poeta dell’amore e del piacere anche dai poeti latini che lo lessero, per primo Orazio. Certamente la sua cifra originale consiste nella vena intimista (amorosa e triste) del suo canto. Si direbbe che con lui, lo slancio del guerriero così vivo in Archiloco, il mestiere delle armi e il sacrificio di sé, rimangono sullo sfondo come temi superati. Le profonde trasformazioni politiche e sociali che caratterizzano la Ionia nella seconda metà del VII

sec., e che vedono l’affermarsi della ricca borghesia mercantile e l’assoggettamento delle città greche alla supremazia dei lidi, alimentano ormai nuovi e più inquietanti desideri. In questo clima di nuove mete raggiunte, i *“vecchi valori di ricchezza, forza, successo, gradualmente declinano per lasciare posto ad una idea della vita più coerente con la caduca natura dell’uomo”*, subentra la ricerca di una *“vita molle e raffinata”* e del godimento immediato dei beni. Mimnermo esaspera la vitalità giovanile che era presente in Omero e la coniuga con una angoscia esistenziale che nasce proprio dall’edonismo, dalla consapevolezza che il bene massimo (la giovinezza), consegna all’uomo una profonda tristezza dovuta alla incapacità di rassegnarsi a perdere questo bene meraviglioso. Nei frammenti più noti si configurano due momenti contrapposti della vita umana che vengono identificati l’uno con la giovinezza, l’altro con la vecchiaia. La prima costituisce il momento positivo, e come tale catalizza a sé quanto c’è di più splendido nell’esistenza: la bellezza, l’amore; la seconda rappresenta la somma di tutti i mali, che raggiungono il culmine

nell’incapacità di godere della “luce del sole” e nell’insopportabile disinganno di essere *“odioso ai fanciulli e sprezzato dalle donne”*, come lui stesso afferma. Il sentimento della precarietà umana risulta così accentuato come quello dell’infelicità che consegna il passaggio della giovinezza alla vecchiaia. Su uno slancio edonista, quindi, si innesta un pessimismo tanto amaro da compromettere l’originario piacere (edonè). Tuttavia bisogna precisare che l’edonismo di Mimnermo non ha nulla a che vedere con la galanteria né con la licenziosità di tanta poesia erotica posteriore, ma esprime con intensità le pene per la finitezza umana. Certamente la complessità intellettuale di Mimnermo fu di gran lunga più significativa di quella legata ai due frammenti maggiori; gli si attribuiscono infatti sia elegie autobiografiche con il nome di Nannò (flautista amata dal poeta) e con il nome di Smirneide (elegia narrativa sulla sua patria), sia elegie brevi che furono molto apprezzate dal poeta alessandrino Callimaco.

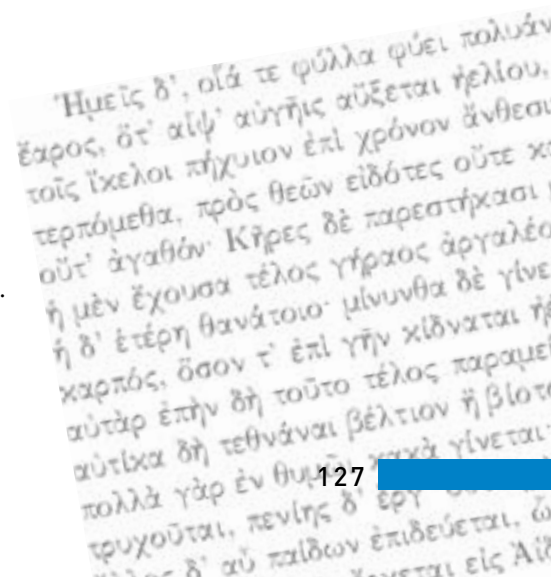


Quale vita, che dolcezza senza Afrodite d'oro?
 Meglio morire quando non avrò più cari
 gli amori segreti e il letto e le dolcissime offerte,
 che di giovinezza sono i fiori effimeri
 per gli uomini e le donne.
 Quando viene la dolorosa vecchiaia
 che rende l'uomo bello simile al brutto,
 sempre nella mente lo consumano malvagi pensieri,
 né più s'allieta guardando la luce del sole,
 ma è odioso ai fanciulli e sprezzato dalle donne:
 tanto grave Zeus volle la vecchiaia.
(fr. 1 D. Trad. di S. Quasimodo)

Siamo come le foglie nate alla stagione florida
 - crescono così rapide nel sole -
 godiamo per un grammo tempo i fiori dell'età,
 dagli dei non sapendo il bene, il male.
 Rigide accanto, stanno due parvenze brune,
 l'una ha un destino di vecchiezza atroce,
 l'altra di morte. È il frutto di giovinezza è un attimo,
 quanto dilaga sulla terra il sole.
 Ma come varca la stagione il suo confine, allora
 essere morti è meglio che la vita,
 il cuore sperimenta tanti guai, la casa a volte
 si strugge e viene la miseria amara;
 uno è privo di figli: li desidera, e scende
 nell'aldilà con quell'accoramento
 un altro ha un morbo che lo strema. Non c'è uomo
 che da Zeus non riceva guai su guai.
(fr. 2 D. Trad. di F.M. Pontani)

Che bel dono ha dato Zeus a Titono:
 un male senza fine, la vecchiaia,
 più atroce dell'orrida morte.
(fr. 4 D. Trad. di L. Barbero)

Sì, senza mali, senza odiosi pensieri
 possa la Moira prendermi a sessant'anni.
(fr. 6 D. Trad. di M. Baudino)





Amore e Psiche che si abbracciano

DI MARIO CHIATTO

Fu il colonnello inglese John Campbell a commissionare a Canova nel 1787 quella che oggi è una delle sue più celebri creazioni nonché una delle più conosciute e ammirate sculture al mondo. Il capolavoro canoviano appartiene alle cosiddette opere di genere “delicato e gentile” e la critica moderna, andando oltre la lettura ottocentesca che aveva posto l'accento sulla sola componente erotico - sensuale sprigionata dal gruppo, che peraltro esiste, ha saputo mettere in luce più sottili aspetti legati al trattamento del marmo, lavorato con estrema delicatezza rintracciando profondi significati nel contatto tra i due corpi. Ciò che rende mirabile la scultura è il senso di misura e corrispondenza delle parti:



il sensuale corpo di Psiche sembra distendersi ancor più nella tensione estrema delle braccia che non cingono completamente Amore, ma si limitano a sfiorarne appena i ricci della testa. Le lunghe ali del Dio, protese verso l'alto, conferiscono un impercettibile senso di movimento all'apparente quiete dei corpi adagiati su un rialzo di terreno roccioso. L'idealizzazione delle due

figure, la morbidezza delle linee che definiscono i loro corpi, il calibrato equilibrio dell'intera composizione sciolgono ogni eccesso di turbamento emotivo a favore di una attesa inappagabile poiché eternamente sospesa, del bacio divino. Ad avvicinare le labbra a Psiche sarà invece Gustave Flaubert il quale, a Villa Sommariva sul Lago di Como nel 1845, al cospetto del gruppo statuario esclamava: «*Ho baciato sotto l'ascella la donna in deliquio che tende verso Amore le sue slanciate braccia di marmo. E che piedino! Che testa! Che profilo! Ch'io possa essere perdonato, da tanto tempo questo è stato il mio solo bacio sensuale, ed è stato qualcosa di più: ho baciato la bellezza stessa, ed era al genio che io sacrificavo il mio ardente entusiasmo*».

CON IL TUO CONTRIBUTO STIAMO RAGGIUNGENDO IMPORTANTI RISULTATI
"Apri il Tuo Cuore alla Ricerca"



**Continua
a sostenere la ricerca
aiuta la Fondazione
con il 5 PER MILLE**

FIRMA NEL RIQUADRO "FINANZIAMENTO
DEGLI ENTI DELLA RICERCA SANITARIA"
E INDICA IL CODICE FISCALE
94070130482

DONA IL 5 PER MILLE ALLA RICERCA



Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri



per il tuo cuore

Fondazione per il Tuo cuore - Onlus

Per conoscere le altre modalità di donazione visita il sito: www.periltuocuore.it

