



# cardiologia

## negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

**AMI - STANDARD OF CARE: un modello certificato**

**GISSI BAV: sinergia tra Cardiologia e Cardiochirurgia**

**Iniziative ESC per la prevenzione**

**Il nuovo sistema ECM**

**Cardionursing 2011: cosa portiamo a casa**

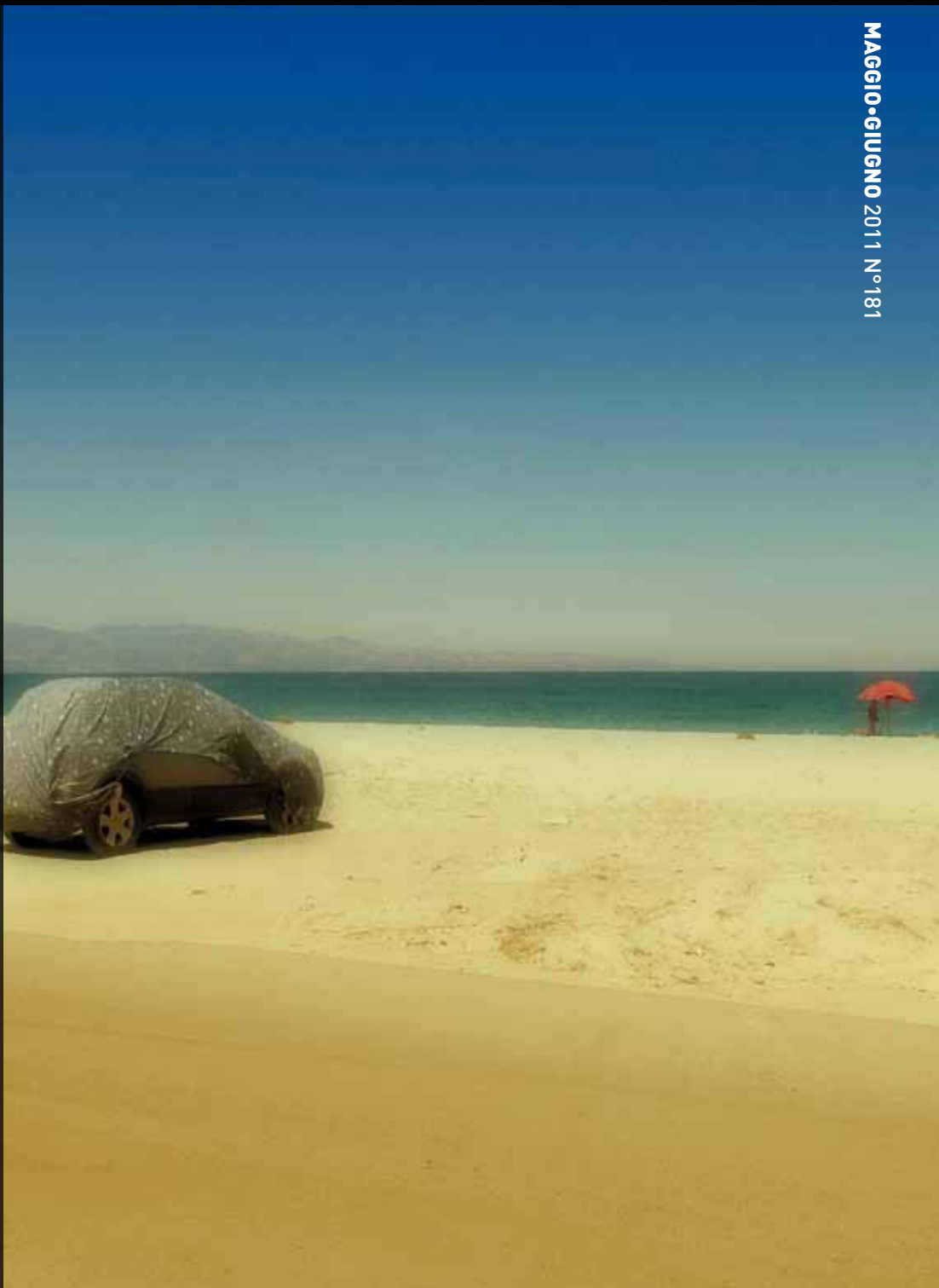
**Al via il Progetto LASCIA**

**Il malato immaginato e la medicina senza limiti**

**Laboratorio di Ecocardiografia: in scena il Sonographer**

**Il cuore nell'antica Grecia**

MAGGIO • GIUGNO 2011 N° 181



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



Associazione Nazionale  
Medici Cardiologi Ospedalieri



per il tuo cuore

Fondazione per il Tuo cuore - Onlus



Heart  
Care  
Foundation

Uniti nella  
Ricerca  
per le Cure  
di Qualità

# Congress News Daily

Supplemento di "Cardiologia negli Ospedali"

# 420

## CONGRESSO NAZIONALE ANMCO







In copertina  
Foto di Gaetano Gianzi  
Schiavonea, cuore mediterraneo, 2009  
*L'opera è stata battuta all'asta in occasione dell'evento Art for Heart nell'ambito della Campagna "Il Valore della Vita"*

N. 181 maggio/giugno 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** p. 3  
**PROGETTO AMI - STANDARD OF CARE.** Un Modello Certificato di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per il Paziente con **Sindrome Coronarica Acuta - STEMI**  
*di Marino Scherillo, Pasquale Caldarola, Domenico Gabrielli*

**LA FONDAZIONE "PER IL TUO CUORE" RISPONDE** p. 9  
**GISSI BAV:** la sinergia tra Cardiologia e Cardiochirurgia al servizio della Ricerca Clinica Innovativa  
*di Bruno Merlanti, Luigi Martinelli, Attilio Maseri*

**Educazione alla Prevenzione Cardiovascolare nella Scuola: una Strada in salita, ma percorribile,** lentamente, con l'impegno di tutti  
*di Pompilio Faggiano, Pier Luigi Temporelli, Gian Luigi Nicolosi*

**Programma di insegnamento della prevenzione cardiovascolare nelle scuole. L'esperienza della Spezia, adottando la strategia della Fondazione "per il Tuo cuore"** p. 14  
*di Gianfranco Mazzotta*

**Vieni a Parma l'11 settembre a correre "per il Tuo cuore"!** p. 15  
*di Pier Luigi Temporelli*

**ESC WINDOW** p. 16  
**Le iniziative della Società Europea di Cardiologia (ESC) per la Prevenzione**  
*di Pantaleo Giannuzzi*

**DAL DIRETTIVO IL CENTRO FORMAZIONE** p. 19  
**Il nuovo sistema ECM: come cambia la formazione continua**  
*di Massimo Uguccioni*

**DAL COMITATO SCIENTIFICO**  
**La ricerca scientifica:** p. 21  
**da sempre una priorità dell'ANMCO**  
*di Stefano De Servi*

**DALLE AREE**  
**AREA CARDIOCHIRURGIA** p. 25  
**TAVI PROCEDURE.** Un esempio di completa integrazione multidisciplinare  
*di Mauro Cassese*

**AREA RADIOIMAGING** p. 28  
**Imaging Cardiaco non invasivo e Morte Improvvisa nello Sportivo**  
*di Gian Piero Perna, Alberto Roghi, Erberto Carluccio, Stefania Renne, Carlo Tedeschi, Paolo Trambaiolo*

**AREA INFORMATICA** p. 30



**1861 - 2011: l'Unità d'Italia attraverso il fascicolo sanitario elettronico**  
*di Alfredo Posteraro*

**AREA NURSING** p. 34  
**CARDIONURSING 2011: cosa portiamo a casa**  
*di Cristiana Caredda, Sonia Tosoni, Giuseppe Trocino*

**AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE**  
**La stratificazione del rischio cardiovascolare in prevenzione primaria: vecchi e nuovi fattori di rischio o imaging precoce per definire il rischio individuale?** p. 36  
*di Gian Francesco Mureddu, Fausto Rigo, Pompilio Faggiano*

**AREA SCOMPENSO CARDIACO** p. 40  
**La terapia del diabete nel paziente con scompenso cardiaco acuto e cronico**  
*di Stefania De Feo, Angela Beatrice Scardovi, Renata De Maria, Giulia Russo*

DALLE REGIONI

ABRUZZO



Non solo Cardiologia in Riabilitazione: un possibile luogo di incontro fra scienze naturali ed umane

di Carlo Ciglia, Loredana Mantini, Leonardo Paloscia

CALABRIA

Meeting Interregionale SICI - GISE Calabria - Basilicata

di Daniela Chiappetta e Francesco Greco

LAZIO



L'impegno dell'ANMCO Lazio contro il fumo. Al via il Progetto LASCIA "ANMCO LAZIO Smoking Cessation Initiative"

a cura dei Cardiologi del Progetto LASCIA

LOMBARDIA

Continuità di cure nel paziente scompensato in Lombardia.

Approvato Decreto Regionale di Giuseppe Di Tano, Tommaso Diaco, Fabrizio Oliva, Michele Senni

p. 53

SARDEGNA

Riscopri a piedi il cuore della tua città

di Antonella Marocco

SICILIA

In Sicilia l'Assessorato alla Salute e l'ANMCO dialogano appieno e ottengono importantissimi risultati di Maurizio Giuseppe Abrignani, Vincenzo Cirrincione, Giovanni De Luca, Maria Grazia Furnari, Ernesto Mossuti

CUORI ALLO SPECCHIO

Francesco Bovenzi intervista Marco Bobbio. Il malato immaginato e i rischi di una medicina senza limiti di Francesco Bovenzi



In difesa dell'arte medica di Bruno Milone

FORUM

Organizzazione di un Laboratorio di Ecocardiografia: un ruolo centrale per le immagini e per il Sonographer di Marco Campana e Claudio Cuccia

Troponina. La storia

di un equivoco, di un'opportunità sprecata, di uno scenario in evoluzione e dei 10 comandamenti di Matteo Cassin e Gian Luigi Nicolosi

FORUM SINDACALE ORGANIZZATIVO

È giusto che l'Azienda ponga dei limiti minimi di incasso per l'autorizzazione alla libera professione intramoenia allargata? di Elio Lauri

p. 61

p. 64

p. 67

p. 69

p. 72

p. 73

p. 76

p. 79

IL PARERE LEGALE

La cooperazione interdisciplinare: spunti di riflessione di Ornella Mafrici

LA PAROLA AI GIOVANI CARDIOLOGI

Spunti da Sud e da Nord per la formazione di un giovane Elettrofisiologo. Serena Rakar intervista Massimo Grimaldi e Laura Vitali Serdoz di Serena Rakar

LETTERE ALL'EDITOR

Riceviamo e pubblichiamo la lettera del Prof. Ciro Indolfi Risposta dell'Editor Mario Chiatto a nome del Consiglio Direttivo ANMCO Calabria di Mario Chiatto

COME ERAVAMO



Piccola storia della Medicina Cardiovascolare: il cuore nell'antica Grecia (parte I)

di Maurizio Giuseppe Abrignani

NECROLOGIO

In ricordo di Paola Mancuso di Francesco De Rosa



p. 81

p. 83

p. 86

p. 88

p. 92

# PROGETTO AMI – STANDARD OF CARE

*Un Modello Certificato di Percorso Diagnostico  
Terapeutico Assistenziale per il Paziente con Sindrome  
Coronarica Acuta - STEMI*



MARINO SCHERILLO, PASQUALE CALDAROLA, DOMENICO GABRIELLI

## L'ANMCO prosegue nella diffusione della cultura e dei concetti legati alla Clinical Governance ed alla Gestione dei Rischi nell'ambito della Cardiologia

### **Obiettivi e rationale del Progetto**

L'ANMCO intende interpretare nuovi bisogni e proporre indirizzi e risposte concrete ai Soci, promuovendo un modello di riferimento semplice e misurabile, in grado di innescare un processo dimostrabile di miglioramento continuo relativo alla sicurezza, qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate; tutto ciò coerentemente con la propria Mission delineata nel proprio Statuto:

*«... Promuovere iniziative concrete nell'ambito della Clinical Governance nelle Cardiologie, anche con l'interfaccia delle istituzioni e degli enti regionali: supportare gli ambiti specialistici e clinici con modelli*

*organizzativi in linea con i requisiti di qualità, sicurezza ed economicità».*

A tal fine è stato identificato un apposito Comitato di Coordinamento costituito da Pasquale Caldarola, Cristiana Caredda, Roberto Ceravolo, Stefano De Servi, Massimo Elia, Domenico Gabrielli, Maddalena Lettino, Antonio Marzocchi, Daniele Nassiacos, Zoran Olivari, Filippo Ottani, Daniela Pavan, Serena Rakar, Marino Scherillo, Quinto Tozzi, Giuseppe Trocino, Marco Tubaro. Si tratta pertanto di una iniziativa che vede coinvolte anche tre Aree ANMCO: Area Nursing, Area Emergenza - Urgenza ed Area Management & Qualità

con il supporto metodologico della OPT, Agenzia di comprovata esperienza nella progettazione ed implementazione di modelli organizzativi in Sanità. L'obiettivo è sviluppare un Modello Certificato di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del Paziente con Sindrome Coronarica Acuta - STEMI. E' stato scelto come argomento lo STEMI perché centrale per l'attività cardiologica a tutti i livelli, oltretutto per le evidenze scientifiche disponibili. Il Modello verrà sviluppato, applicato e verificato in alcune realtà pilota, espressione delle diverse tipologie di Strutture cardiologiche (Utic Spoke, Utic

→ **CARDIOLOGIE COINVOLTE NEL PROGETTO PILOTA AMI - SOC**

- U.O. Cardiologia A.O. “**Ospedale Di Circolo Di Busto Arsizio**” di Saronno (VA)
- U.O. di Cardiologia e UTIC “**Ospedale Civile**” di Legnano
- S.C. Cardiologia A.O.U. “**Ospedali Riuniti - Ospedale Cattinara**” di Trieste
- Cardiologia Interventistica “**Ospedale Ca’ Foncello**” di Treviso
- Cardiologia Ospedale Civile “**Augusto Murri**” di Fermo
- Divisione Cardiologia e UTIC “**Ospedale San Filippo Neri**” di Roma
- Cardiologia Interventistica e UTIC Azienda Ospedaliera “**G. Rummo**” di Benevento
- Cardiologia - UTIC “**Ospedale San Paolo**” di Bari
- U.O. Cardiologia e UTIC Ospedale Civile “**San Giovanni di Dio**” di Crotona
- UTIC e Cardiologia Interventistica Ospedale Civile “**Pugliese**” di Catanzaro

*Figura 1*

con Emodinamica H 12, Utic Hub con Emodinamica H 24) riportate in Figura 1. Il progetto prevede una prima fase legata alla verifica di conformità del Modello da parte di un Ente di terza parte indipendente per il rilascio della Certificazione; all’interno del progetto ANMCO assume il ruolo di coordinamento degli aspetti tecnico - professionali: questo è un passaggio importante che consentirà all’ANMCO in una fase successiva di farsi promotore della diffusione e verifica dell’applicazione del Modello certificato, secondo un approccio assolutamente innovativo di Accreditamento di consolidati Standard Of Care (SOC). Tutto ciò per garantire omogeneità nei trattamenti, facilità di accesso alla prestazione, misurazione dei risultati ottenuti, valorizzando un approccio complessivo orientato a garantire la migliore risposta ai bisogni di salute ed alla centralità del

Paziente, promuovendo un percorso di miglioramento continuo virtuoso, basato sul rispetto di requisiti di qualità e di sicurezza, attraverso l’applicazione di regole sostenibili e condivise. In ciò l’ANMCO ritiene di poter e di dover giocare un ruolo importante in qualità di promotore e sostenitore per tutte le realtà cardiologiche che vorranno partecipare e favorire un confronto costruttivo, basato su:

1. definizione di regole comuni
2. monitoraggio di adeguati indicatori, secondo i più aggiornati strumenti di Balanced Score Card.

Tra le prime azioni intraprese c’è stata la definizione di un Comitato di Coordinamento, che effettuerà:

1. preparazione, condivisione e validazione di un Sistema Documentale riportante le “migliori regole, prassi, procedure, richiami a Linee Guida” relative al Percorso SCA STEMI;
2. personalizzazione del Balan-

ced Score Card System applicato al Percorso SCA STEMI con il fine di creare correlazioni tra Risorse - Attività - Esiti ed un continuo monitoraggio di vari indicatori. Il confronto potrà riguardare:

- una stessa realtà in ottica di autovalutazione nel tempo;
- più realtà che si confrontano per accelerare il miglioramento adottando buone pratiche condivise;
- singola realtà che verifica il proprio posizionamento rispetto al valor medio di specifici indicatori.

Il Progetto può così rivestire anche una rilevanza istituzionale nazionale attraverso un proficuo rapporto con l’Agenzia Nazionale Sanitaria (AgeNaS), Ministero della Salute, Regioni ed ASL nella definizione, monitoraggio e reporting degli indicatori (risorse, attività, appropriatezza, esito) utile per tutte le parti interessate.



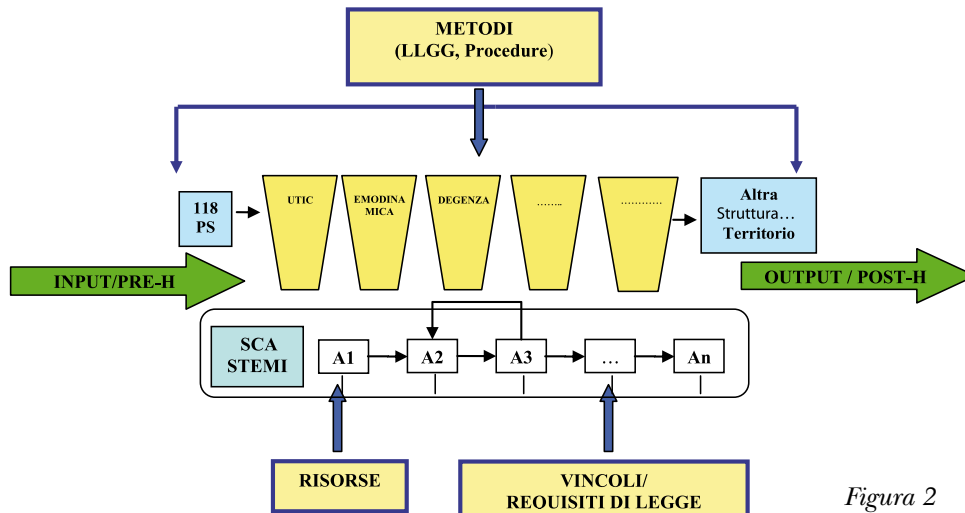


Figura 2

### Coerenza con gli orientamenti del Ministero della Salute

Il Progetto è in linea con le attuali e prospettive direttive auspicate anche dal Ministero della Salute e contenute in uno specifico Disegno di Legge presentato al Senato della Repubblica:

*Disegno di legge 22 Luglio 2010:*

*Disposizioni in materia di accreditamento professionale di eccellenza.*

*«Il provvedimento si pone l'obiettivo di diffondere nella Sanità italiana la cultura del miglioramento continuo e della qualità».*

... nell'ambito dell'accREDITAMENTO istituzionale obbligatorio delle strutture sanitarie, lo Stato intende promuovere un percorso di riconoscimento pubblico dell'eccellenza, intesa come «... riconoscimento delle migliori pratiche organizzative e tecniche disponibili, attraverso l'accREDITAMENTO professionale, visto come sforzo delle comunità scientifiche di definire standard di riferimento riconosciuti e condivisi dai professionisti per attestare la qualità del proprio operato e avviare percorsi di miglioramento».

In particolare Art. 3

1. l'AccREDITAMENTO di eccellenza per le diverse specialità presenti negli ospedali e strutture sanitarie pubbliche e private accreditate avviene attraverso valutazione gestita dalle società scientifiche sulla base di indicatori di struttura, processo e risultato nei modi previsti dal successivo comma 2.

2. Il Ministro della Salute provvede con proprio regolamento a individuare i requisiti cui le società scientifiche devono attenersi per l'individuazione degli standards di riferimento per l'accREDITAMENTO di eccellenza. Gli standards, aggiornati con cadenza biennale, sono guidati da concetti chiave accettati a livello internazionale: chiari requisiti per il coinvolgimento del paziente nelle attività assistenziali e sui diritti dei pazienti, centralità del cliente, monitoraggio della qualità, collegamento ed accordi con altri fornitori di assistenza sanitaria nella comunità, gestione del rischio, coinvolgimento su larga scala degli operatori, chiari processi manageriali, applicazione delle "best practices" internazionali di settore. Inoltre il Progetto AMI - SOC, che di fatto seleziona appropriati indicatori clinici nella cura del Paziente con STEMI, si propone come una valutazione più affidabile nella verifica degli esiti dopo il ricovero per IMA rispetto alla strategia utilizzata nel Programma Nazionale Valutazione Esiti che si basa su dati essenzialmente amministrativi estratti dalla SDO e riferiti all'intero Ospedale e non alla singola Unità Operativa di Cardiologia - UTIC.

### Logica del Percorso

Il contesto di riferimento è quello del Percorso SCA STEMI, dall'arrivo del Paziente al Pronto Soccorso sino alla dimissione ospedaliera/trasferimento ad altra Struttura (Figura 2).

Vengono definiti i criteri per:

1. presa in carico del paziente (accordo con "gli Inviati") e dimissione del paziente (accordo con i "Riceventi");
2. individuazione e gestione delle risorse umane e professionali coinvolte nel percorso, attraverso una chiara definizione dei profili professionali e delle modalità da perseguire per l'ottenimento ed il mantenimento delle competenze;
3. individuazione e gestione delle risorse tecnologiche utilizzate durante il percorso, attraverso un definito protocollo con le funzioni aziendali coinvolte (ingegneria clinica, ufficio tecnico, laboratori) al fine di garantirne il corretto e affidabile funzionamento;
4. definizione delle modalità per la corretta gestione del bene farmaceutico in ottica di sicurezza e appropriatezza d'uso;
5. esplicitazione sintetica ed efficace del quadro normativo e legislativo di riferimento, sia in ottica Paziente che Personale sanitario;
6. inquadramento delle Linee Guida, dei protocolli per una gestione omogenea ed equa del Paziente, sulla base

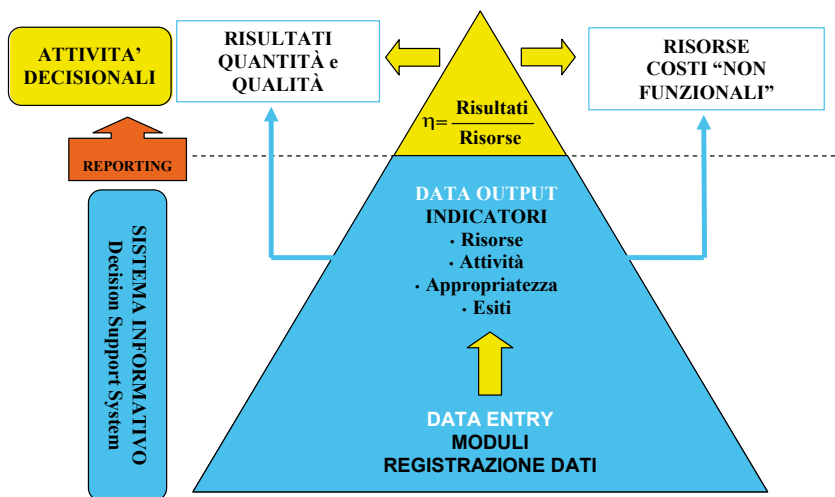


Figura 3

della multidisciplinarietà, della integrazione tra gli ambiti e del corretto coinvolgimento del Personale chiamata a garantire lo Standard of Care; 7. valutazione dell'efficacia del trattamento clinico - terapeutico, attraverso una valutazione del risk score dal momento della presa in carico ed alla dimissione.

### Misurare il Rendimento

La valutazione delle performance di un qualsiasi "sistema" deve porre le proprie basi sul concetto del "misurare per migliorare". Gli elementi in gioco sono riconducibili alle Risorse utilizzate ed ai Risultati ottenuti (Figura 3). I risultati a loro volta sono legati a concetti di quantità (efficienza) e di qualità (effica-

cia). Il Progetto punta in modo deciso a creare una logica ed un approccio orientato alla misurazione, offrendo gli strumenti adeguati per registrare i dati (data entry) e per elaborare i dati (data output) senza creare "pesanti sovrastrutture" rispetto alle ordinarie attività. Lo sviluppo del Progetto prevede a tal fine l'implementazione del Balanced Score

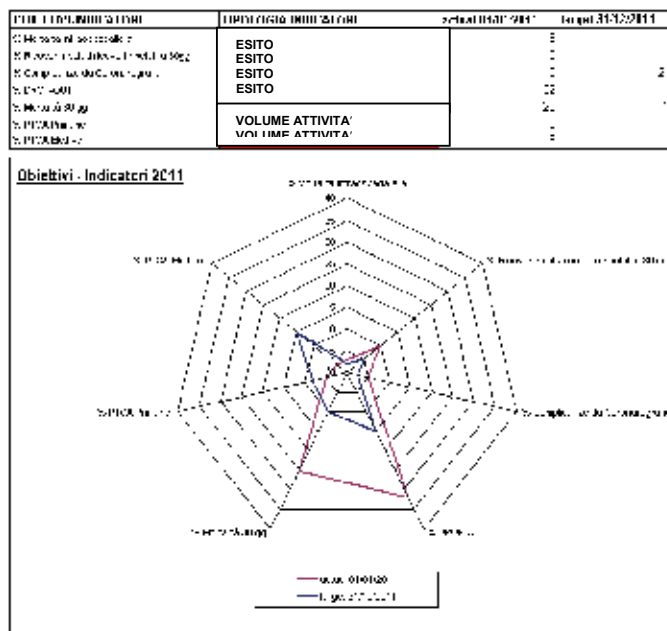


Figura 4

La rappresentazione con grafici radar permette una immediata visualizzazione degli Indicatori di Risultato e delle aree di miglioramento e di conseguenza delle decisioni/azioni che ciascuna realtà vorrà implementare, legando quindi il concetto di misurazione degli indicatori con gli obiettivi che l'organizzazione si è posta ovvero che gli sono stati assegnati.





parte dell'ANMCO.

### MACRO FASE 1

*Fase 1:* è la fase preliminare all'avvio del processo di certificazione del Modello. Prevede la costituzione di un Gruppo di Progetto i cui componenti avranno il compito di discutere e formalizzare gli elementi costitutivi il Modello, verificandone la fruibilità attraverso l'applicazione del Modello stesso nelle realtà pilota precedentemente identificate.

*Fase 2:* è la fase in cui si procede alla applicazione pratica del Modello nelle realtà pilota, quindi con un coinvolgimento diretto di tutto il personale di ciascuna realtà coinvolta nel Progetto. Questa fase è particolarmente importante perché servirà a definire un "minimo comune denominatore" per ciascuna tipologia di realtà (UTIC Spoke/Hub, Emodinamica 12/24). La validazione del Modello viene garantita dall'iter di certificazione ISO 9001:2008 a cura dell'Ente di Certificazione prescelto, che avrà il compito, attraverso una valutazione integrata scaturente dagli audit presso le realtà pilota, di Certificare il Modello, quale garanzia per il Paziente di vedere rispettato il diritto al corretto accesso ed al sicuro ed efficace trattamento, il più possibile indipendente dalla Struttura a cui si rivolge.

### MACRO FASE 2

*Fase 3:* è la fase in cui ANMCO promuove a livello nazionale, per aree vaste, la divulgazione del Modello sia in ottica di approccio che di strumenti applicativi.

Le Cardiologie - UTIC che vorran-

no aderire al Progetto AMI - STD of CARE effettueranno:

- richiesta volontaria per la partecipazione dei propri Referenti al corso di formazione per la diffusione dei criteri di applicazione del Modello certificato;
- autovalutazione e analisi del proprio livello di conformità attraverso l'utilizzo di apposita check list di assessment (parte integrante del Modello certificato);
- formalizzazione di un piano di azioni di adeguamento e di miglioramento;
- misurazione e monitoraggio continuo degli indicatori attraverso l'utilizzo del panel di indicatori condiviso a livello di progetto (parte integrante del Modello certificato).

*Fase 4:* è la fase in cui l'ANMCO offre, attraverso audit condotti da abilitati Gruppi di Valutazione, la possibilità alle Strutture che lo richiederanno di ottenere l'Accreditamento AMI - Standard of Care.

Le Cardiologie - UTIC che vorranno ottenere tale accreditamento effettueranno:

- richiesta di visita del Gruppo di Valutazione;
- visita del Gruppo di Valutazione e formalizzazione dei risultati espressi attraverso una relazione quali - quantitativa attraverso l'utilizzo di apposito format (parte integrante del Modello certificato);
- valutazione e rilascio dell'Accreditamento AMI - Standard of Care da parte dell'ANMCO;
- conduzione verifiche periodiche

da parte del Gruppo di Valutazione.

### Conclusioni

L'attivazione del Progetto, oltre a garantire un processo di sensibilizzazione e di crescita delle competenze legate al confronto tra pari, permetterà di promuovere un approccio omogeneo al paziente con STEMI su tutto il territorio nazionale, di avviare un processo di puntuali azioni di miglioramento, di attivare un sistema di reporting utile per tutti gli Stakeholders. L'ANMCO potrà annoverare uno sforzo fatto assieme ai Soci, rivolto al Paziente ed a tutte le altre Parti interessate, orientato a ridurre sempre più atteggiamenti legati alla autoreferenzialità a favore di una nuova e sempre più imprescindibile cultura della misurazione e della trasparenza.

## GISSI BAV

### *La sinergia tra Cardiologia e Cardiochirurgia al servizio della Ricerca Clinica Innovativa*



DI BRUNO MERLANTI, LUIGI MARTINELLI, ATTILIO MASERI

**T**ra le sfide che la Fondazione "per il Tuo cuore" si è posta con gli Studi GISSI Outliers trova spazio anche quella che unisce due discipline molto vicine nella pratica clinica ma non altrettanto frequentemente vicine nella ricerca: la Cardiologia Clinica e la Cardiochirurgia. La Bicuspidia Valvolare Aortica (BAV) rappresenta un ambito di studio dove Cardiologi Clinici e Cardiochirurghi possono lavorare sinergicamente per rispondere ad alcune domande cruciali per la classificazione della malattia e per la stratificazione del rischio.

#### ***BAV: fattore di rischio, patologia o sindrome?***

La BAV risulta essere una delle più frequenti tra le anomalie congenite cardiache ed è presente in circa il 2% della popolazione. La maggior parte dei soggetti affetti non sviluppa nel corso della propria vita alcuna patologia legata a questa condizione. La letteratura e la pratica clinica dicono tuttavia che, associate a questa anomalia congenita, vi sono numerose condizioni morbose per nulla trascurabili che possono coinvolgere il solo apparato valvolare oppure il primo tratto dell'aorta. Per quanto riguarda la patologia valvolare, alla

BAV si associa un aumentato rischio di sviluppare endocardite infettiva nonché di degenerazione valvolare con conseguente insufficienza o stenosi fin dalla giovane età. Se si considerano invece le patologie dei grossi vasi, è dimostrato che, associato alla BAV, vi è un aumentato rischio di sviluppare ectasie ed aneurismi dell'aorta ascendente o, peggio, di incorrere in eventi acuti quali la dissezione aortica di tipo A. In sintesi solo una parte dei soggetti portatori di bicuspidia sviluppa una condizione morbosa la quale può essere confinata al solo apparato valvolare, alla valvola ed alla parete aortica oppure alla sola parete aortica.

La Bicuspidia Valvolare Aortica (BAV) è l'oggetto di studio del protocollo di ricerca GISSI Outliers che vede coinvolte in collaborazione la Cardiologia e la Cardiochirurgia nel ricercare nuove strategie di classificazione, diagnosi e trattamento di questa anomalia cardiaca congenita



Allo stato attuale delle conoscenze non esistono elementi certi per effettuare uno screening volto ad identificare quei soggetti BAV che con maggiore probabilità svilupperanno malattia

È auspicabile pensare che ogni fenotipo studiato possa essere caratterizzato da alcuni elementi tali da consentire di trovare una corrispondenza quanto più univoca possibile tra fenotipo BAV e parametro biologico

### ***BAV e Ricerca***

Numerosi Studi clinici nel corso degli anni hanno arricchito la letteratura cardiologica e cardiocirurgica riguardo alla bicuspidia, allo scopo di evidenziare il rapporto non casuale di questa condizione con importanti eventi morbosi. La ricerca in ambito anatomo - patologico ha cercato di mettere in luce i cambiamenti a livello tissutale che sono responsabili delle alterazioni valvolari e di parete.

### ***BAV e GISSI Outliers: la sinergia per la Ricerca Clinica Innovativa***

Come si è detto, solo una parte dei soggetti portatori di BAV sviluppa nel tempo una condizione morbosa che necessita di assistenza e follow - up medico o di terapia chirurgica. Allo stato attuale delle conoscenze tuttavia nessuno è in grado di poter effettuare uno screening per identificare quei soggetti BAV che con maggiore

La Ricerca Clinica Innovativa ed il concetto di Outliers possono essere applicati alla Bicuspidia Valvolare Aortica per dare una svolta alla ricerca cardiologica e cardiocirurgica in questo campo

La presenza di BAV in più soggetti appartenenti allo stesso gruppo familiare ha spinto la genetica a ricercare alterazioni genomiche responsabili delle degenerazioni patologiche. La considerazione che emerge dopo aver analizzato la letteratura a disposizione è molto semplice ma altrettanto stimolante: la ricerca eseguita, per quanto correttamente condotta e fondamentale per ciò che stiamo scrivendo, sembra procedere per binari paralleli. Sono molte le discipline coinvolte ma le sinergie tra i differenti campi di studio non sono sempre sviluppate in modo completo ed integrato.

probabilità svilupperanno malattia valvolare e vascolare. In linea con la ricerca Outliers e tenendo sempre in mente che “è importante adattare la terapia al malato e non il malato alla terapia” (concetto non sempre così scontato in medicina - NdA) si è deciso di identificare e superselezionare pazienti portatori di BAV, candidati a terapia chirurgica per patologia valvolare e/o di parete aortica. A questi pazienti si applicano sinergicamente procedure di Imaging cardiologico, procedure cardiocirurgiche, istologiche e genetiche. L’innovazione di questo tipo di ricerca non solo

consiste nel considerare argomento dello Studio il singolo e non la media; tale metodica, inusuale per uno studio clinico in ambito cardiologico, mette la Cardiochirurgia in sinergia con le altre discipline con svariati compiti, fra cui quello di fornire campioni tissutali, in completa assenza di rischio per il paziente. I campioni biologici così ottenuti possono essere studiati per la ricerca attuale ed inoltre criopreservati per non escludere la possibilità di applicare nuovi test negli anni a venire.

### **Protocollo GISSI Outlier BAV: dettagli operativi**

Il protocollo di ricerca si propone come studio multicentrico a livello nazionale coinvolgente centri cardiologici e cardiochirurgici. In accordo con una selezione molto accurata dei pazienti, si sono scelti tre fenotipi BAV da studiare e isolare in piccoli gruppi omogenei:

1. insufficienza valvolare isolata,
2. insufficienza valvolare con aneurisma dell'aorta ascendente,
3. aneurisma dell'aorta ascendente isolato.

Tutti i soggetti sono accomunati dalla necessità di correzione cardiochirurgica della patologia. L'arruolamento dei pazienti viene eseguito mediante Imaging ecocardiografico tridimensionale che confermi la patologia e nel contempo ne indichi la suscettibilità alla correzione chirurgica. Per ogni paziente si estende lo screening ecocardiografico ai parenti di primo grado per identificare eventuali altri casi di bicuspidia. Ogni soggetto arruolato è studiato secondo protocolli peculiari

delle discipline coinvolte.

L'Ecocardiografia ne determina l'arruolamento ed al contempo caratterizza morfologicamente l'apparato valvolare, la posizione e l'orientamento delle cuspidi valvolari, la morfologia del bulbo e dell'aorta ascendente. Con l'utilizzo di software dedicati vengono inoltre estrapolati dal dato eco parametri di elasticità e distensibilità di parete, nonché di alterazioni di flusso. Durante l'intervento cardiochirurgico di correzione della patologia si descrive macroscopicamente l'anatomia valvolare ed aortica e si effettuano prelievi di frammenti di tessuto dai siti cardiaci interessati dalla procedura chirurgica. Sui tessuti e su sangue periferico vengono eseguiti test genetici per evidenziare il grado di espressione di geni peculiari di bicuspidia; i test su sangue periferico sono inoltre eseguiti sui parenti di primo grado in cui si è diagnosticata la BAV. Sui campioni prelevati in sede di intervento cardiochirurgico viene eseguito esame istologico per classificarli in relazione a diversi parametri di alterazione connettivale. Confrontando e combinando i diversi dati ottenuti si identificano fenotipi di bicuspidia estremamente dettagliati per ogni varietà selezionata. E' auspicabile quindi pensare che ogni fenotipo studiato possa essere caratterizzato da alcuni elementi peculiari morfologici, istologici e genetici tali da consentire di trovare una corrispondenza quanto più univoca possibile tra fenotipo BAV e parametro biologico.

### **GISSI BAV: obiettivi ed impatto scientifico**

L'esigua numerosità dei campioni da osservare nel protocollo non è di per sé sufficiente a cambiare l'atteggiamento clinico nei confronti di un paziente con diagnosi di BAV. Considerando tuttavia la presenza non trascurabile della BAV tra la popolazione, l'obiettivo dello studio è quello di isolare i fenotipi più a rischio in termini di degenerazione valvolare e/o di degenerazione di parete aortica. Applicando gli stessi criteri di identificazione a pazienti non candidati a terapia chirurgica, perché non ancora ammalati, si potrebbero classificare soggetti più a rischio rispetto a soggetti a bassa probabilità di evoluzione patologica, stratificando quindi diversi gradi di follow - up clinico per gli uni o per gli altri.

# Educazione alla Prevenzione Cardiovascolare nella Scuola

*Una Strada in salita, ma percorribile  
- lentamente -  
con l'impegno di Tutti*

L'adozione di uno stile di vita sano da parte degli alunni e degli studenti delle Scuole Primarie e Secondarie è un requisito indispensabile per ridurre il rischio futuro di comparsa della malattia aterosclerotica nelle sue varie presentazioni, coronariche ed extracoronariche.

ca. La Fondazione "per il Tuo cuore" e l'ANMCO sono da tempo impegnate in attività di formazione per una corretta educazione sanitaria nella Scuola, e l'Area Prevenzione Cardiovascolare costituisce (o almeno ci prova ad esserlo) il "braccio operativo" delle due Istituzioni. Negli ultimi 12 - 18 mesi varie iniziative sono state avviate, e alcune sono in corso, nell'ottica di

la premiazione durante il Congresso a Firenze dei migliori lavori fatti dai ragazzi sul tema della prevenzione delle malattie cardiovascolari.

- Le iniziative regionali di formazione alla prevenzione cardiovascolare per i Docenti di Scuole Primarie e Secondarie, organizzate e coordinate da Pier Luigi Temporelli per la Fondazione "per il Tuo cuore", con



DI POMPILIO FAGGIANO, PIER LUIGI TEMPORELLI, GIAN LUIGI NICOLOSI


L'Educazione ad una corretta Prevenzione Primaria è un obbligo di tutte le figure professionali coinvolte nel determinare un sano sviluppo psico - fisico degli adolescenti e dei giovani: non solo quindi i professionisti del mondo della Scuola ma tutto "l'environment" che sta intorno alla Scuola stessa, inclusa la classe medi-

implementare le attività scolastiche di formazione alla Prevenzione Cardiovascolare. Per citarne alcune:

- La Campagna "Il Valore delle Vita", coordinata dal Presidente ANMCO, Dr. Marino Scherillo, con il concorso Art for Heart School che ha visto il coinvolgimento di oltre 273 istituti scolastici distribuiti su tutto il territorio nazionale e che si è conclusa con

il coinvolgimento di volta in volta di varie figure professionali, oltre al Cardiologo. Questi eventi si sono svolti finora in Lombardia, in Basilicata e in Liguria, hanno destato vivo interesse tra i partecipanti e si spera possano servire da stimolo a portare avanti progetti operativi all'interno delle singole Scuole coinvolte. In un altro articolo all'interno di questa Sezione,





il Dr. Gianfranco Mazzotta, Presidente Regionale ANMCO Liguria, descrive la recente esperienza con le Scuole della Provincia di La Spezia, nell’ambito di questa Campagna formativa.

- Sono disponibili, o in corso di pubblicazione, alcune iniziative editoriali rappresentate da Manuali operativi ideati e scritti dal personale insegnante, con la collaborazione di specialisti Cardiologi e Nutrizionisti, secondo la logica educativa della Scuola per sviluppare negli studenti la cultura della alimentazione corretta e della attività fisica. E’ auspicabile una ampia diffusione di questo materiale nelle Scuole nel prossimo futuro.

- Sul Sito WEB ANMCO e su quello della Fondazione “*per il Tuo cuore*” si possono trovare informazioni dettagliate sulle iniziative già svolte o in programma, e sui materiali disponibili per l’educazione e la formazione nelle Scuole, molti dei quali facilmente scaricabili per un uso immediato.

- Sempre sul Sito WEB sarà a breve disponibile una sezione dedicata all’Alimentazione ed alla nutrizione con una serie di informazioni importanti per una dieta sana e proposte periodiche di ricette gustose preparate da un “Cardiologo - Gastronomo”.

A fronte di quello che si è fatto, o si sta facendo, siamo consapevoli che moltissimo rimane ancora da fare, e ciò richiede lo sforzo individuale di tutti i Cardiologi interessati al problema della Prevenzione Cardiovascolare. Peraltro, è esperienza quotidiana che iniziative “calate dall’alto” sulla Scuola siano molto spesso inadeguate ed inefficaci. E’ nostra speranza che i Cardiologi ANMCO abbiano la volontà e la forza di “entrare” nel mondo della Scuola attraverso iniziative locali mirate che abbiano un unico obiettivo, la salute cardiovascolare e non solo, dei nostri giovani.

# Programma di insegnamento della prevenzione cardiovascolare nelle Scuole

*L'esperienza di La Spezia, adottando la strategia della Fondazione "per il Tuo cuore"*



DI GIANFRANCO MAZZOTTA

**N**el luglio 2010 ebbe luogo una riunione tra me, il Dr. Andrea Ragazzini e la Prof.ssa Anita Majocchi, Vice Provveditore della Provincia di La Spezia. In quella riunione, tutto il materiale educativo del programma, scaricabile dal Sito della Fondazione "per il Tuo cuore", fu visionato allo scopo di decidere se il programma potesse essere proposto agli alunni delle classi IV e V Elementare e I, II, III Media Inferiore. Abbiamo ricevuto risposta positiva dal Provveditorato e ad inizio ottobre gli Insegnanti di Bergamo che da alcuni anni seguono lo stesso programma si sono recati a La Spezia per due giorni interi. Questi due giorni sono stati dedicati ad un Corso di Formazione a 17 Insegnanti spezzini, che hanno "imparato" il metodo di insegnamento e i concetti

teorici fondamentali. Hanno anche ricevuto alcune "lezioni frontali" da me e dal Dr. Ragazzini. In seguito, la prevenzione cardiovascolare è stata insegnata da questi 17 Insegnanti in 13 Scuole per tutto l'anno, coinvolgendo oltre 800 bambini. Il metodo ha funzionato benissimo: i punti di forza sono l'adozione di modalità di gioco per imparare i concetti, i giochi motori, e soprattutto il fatto che è l'Insegnante di ruolo del bimbo che porge la materia. Questo conferisce ufficialità e maggiore dignità alla materia insegnata, molta più di quando venga un "esterno" per pochissime volte ad insegnare. Martedì 31 maggio 2011, presso la Sede del Provveditorato agli Studi di La Spezia, i Diplomi con i Certificati ECM del lavoro svolto sono stati consegnati ai 17 Insegnanti, durante una cerimonia pubblica in cui erano presenti e consegnavano i diplomi il Presidente dell'Ordine dei

Medici, il Presidente e Past President dell'Associazione Mogli Medici Italiani, che molto hanno aiutato a creare l'ambiente giusto perché l'iniziativa avesse successo. Tutti i partecipanti hanno svolto questo impegno con soddisfazione, e gli Insegnanti hanno riferito un ottimo accoglimento da parte dei bambini. Alla cerimonia erano presenti i mezzi di informazione liguri, che hanno dato risalto all'iniziativa su televisioni e giornali. L'insegnamento della prevenzione cardiovascolare continuerà il prossimo anno, e si estenderà. Spero che questa esperienza serva da stimolo perché altre realtà liguri, ma anche nazionali, intraprendano questa azione educativa, che reputo doverosa; per i Colleghi che leggono, ricordo che è a costo zero, e che impegna un paio di giorni solamente nella fase iniziale, poi gli Insegnanti sanno bene come fare.



## Vieni a Parma l'11 settembre a correre “per il Tuo cuore”!

DI PIER LUIGI TEMPORELLI

*«Corro perché è bello, mi rende ottimista, più calmo, meno ansioso, perché riesco a concentrarmi più a lungo nel lavoro e perché ho conquistato un miglior controllo della mia vita»*

Così recitava James Fixx nel suo best seller “The complete book of running”. Di fatto, già oltre 2000 anni prima lo stesso Ippocrate nel suo “Regime” raccomandava con lungimiranza l'attività fisica

*«... Non si può mantenersi in salute basandosi soltanto sul tipo di alimentazione, ma a questa bisogna affiancare anche degli esercizi fisici».*



Oggi noi sappiamo, supportati da una ampia evidenza scientifica, che una regolare attività fisica sottomassimale nel contesto di uno stile di vita corretto riduce in modo significativo la probabilità di eventi cardiocerebrovascolari, sia in prevenzione primaria che secondaria. In aggiunta, è scientificamente provato che l'esercizio fisico è in grado di ridurre l'incidenza di diabete, osteoporosi, depressione, tumore della mammella e tumore del colon. Nonostante queste forti evidenze la sedentarietà rimane una dilagante abitudine nel mondo occidentale. Anche in Italia, dati dell'Istituto Superiore di Sanità e di registri di Società di Settore confermano che la popolazione adulta ha una scarsa attitudine alla regolare attività fisica. Quadro ancor più allarmante, una indagine condotta in ambito scolastico documenta una inaccettabile

prevalenza di sovrappeso e obesità nei bambini della Scuola Primaria, dovuta ad uno stile di vita scorretto nel quale gioca un ruolo primario la sedentarietà. Sulla base di queste premesse e in linea con la propria mission la Fondazione “per il Tuo cuore” e la Società Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR) promuovono nell'ambito della Cariparma Running, che si svolgerà a Parma il 10 e 11 settembre 2011, la corsa di 10 km specificatamente ridenominata CardioRun. È l'occasione per noi Cardiologi di essere “role model” per il cittadino da un lato e uno stimolo e garanzia per coloro che hanno già avuto un evento coronarico dall'altro. Inoltre, nell'ambito della manifestazione, la Cariparma kids del sabato pomeriggio è una ulteriore occasione per coinvolgere anche i propri figli in un momento di divertimento e di promozione di salute. Ti aspettiamo a Parma a settembre per 10 km da correre col cuore “per il Tuo cuore”. Tieniti aggiornato sul nostro Sito!



# Le iniziative della Società Europea di Cardiologia (ESC) per la Prevenzione

I Cardiologi e la Prevenzione: le prospettive della European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (EACPR)

DI PANTALEO GIANNUZZI



**C**olgo l'occasione di questo spazio editoriale che mi viene concesso per evidenziare, nel mio ruolo di Presidente dell'European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (EACPR), le iniziative e le prospettive della Prevenzione Cardiovascolare in Europa e le potenzialità di intervento per i Cardiologi. La EACPR è un'Associazione della Società Europea di Cardiologia (ESC) che è stata formalmente istituita nel 2006 in occasione del suo primo Congresso (EuroPREvent) in Atene. La Mission dell'Associazione è di *"promuovere la ricerca, l'applicazione clinica, la formazione e le scelte di politica sanitaria nel campo della prevenzione e riabilitazione cardiovascolare in Europa"* e di svolgere un ruolo centrale nel programma strategico della ESC orientato alla prevenzione cardiovascolare. In pochi anni la EACPR ha raggiunto importanti traguardi sia sul piano organizzativo che progettuale, contribuendo in modo rilevante e con qualificato supporto scientifico, professionale e politico, alla Mission generale della ESC di ridurre il peso sanitario e socio - eco-

nomico delle malattie cardiovascolari in Europa. La "Mission" della EACPR si realizza attraverso una consolidata struttura organizzativa che si avvale del contributo scientifico di esperti di 4 Sezioni che rappresentano i campi professionali di maggiore rilievo nella cardiologia preventiva: 1) Exercise basic and translational research, 2) Cardiac Rehabilitation, 3) Prevention Epidemiology and Population Science, 4) Sport Cardiology. Con dedizione e la collaborazione di tanti, l'Associazione ha già fatto molto. I migliori esempi sono il Giornale e il Congresso Annuale (EuroPREvent). Il Giornale, l'*European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, che ho avuto l'onore di guidare come Co - Editor prima insieme a David Wood e, successivamente, come Editor, è sorto con l'Associazione ed in pochi anni ha raggiunto un Impact

Factor significativo (2.633) ed è ora riconosciuto di elevato contenuto scientifico coprendo tutti i campi della Cardiologia preventiva. L'*EuroPREvent* è il Congresso annuale dell'Associazione: Atene (2006), Madrid (2007), Parigi (2008), Stoccolma (2009), Praga (2010) e Ginevra quest'anno. Gli ultimi Congressi EuroPREvent, tutti di elevato livello scientifico, hanno visto la presenza di oltre 1.200 partecipanti, e circa 1.400 delegati erano presenti quest'anno a Ginevra dove sono state avviate nuove forme di cooperazione per la prevenzione cardiovascolare con importanti Organizzazioni internazionali quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'UEFA, il Comitato Olimpico Internazionale e la Federazione Mondiale di Cardiologia. Lo sviluppo ed il futuro dell'Associazione è strettamente legato alle proposte ed attività che originano nelle varie Sezioni e si concretizzano in progetti rilevanti attraverso Comitati specifici. Particolarmente importante è il contributo dell'Associazione alle varie Linee Guida della ESC, e la EACPR sta ora direttamente guidando la Task Force per le prossime Linee Guida sulla Prevenzione

## Si avverte la necessità di sviluppare modelli innovativi e standard di cura più avanzati, più efficacemente orientati alla prevenzione cardiovascolare sia in Ospedale che nella Comunità

Cardiovascolare (Chairman Joe Perk), che saranno lanciate in occasione dell'EuroPREvent 2012 a Dublino. Sul piano scientifico, numerosi sono i Documenti, Position Paper, Review Article, che sono stati pubblicati o sono in preparazione, e che rappresentano un riferimento di elevato valore culturale ed operativo in tutti i campi della Cardiologia Preventiva. Tuttavia, nonostante il continuo aggiornamento di Linee Guida e la pubblicazione di documenti di raccomandazione, sia a livello europeo che nazionale, l'integrazione di strategie efficaci di prevenzione e riabilitazione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica e nei vari sistemi di cura è ancora largamente inadeguata. L'implementazione delle Linee Guida sulla prevenzione rappresenta quindi l'obiettivo costante dell'Associazione. La EACPR ha la responsabilità di promuovere tutti gli aspetti della salute cardiovascolare e di guidare l'applicazione dei principi della prevenzione cardiovascolare nella pratica clinica. In questo contesto, la mia personale ambizione è di promuovere lo sviluppo di modelli e standard di cura più avanzati e più efficacemente orientati alla prevenzione sia in Ospedale che nella Comunità, ed io personalmente ringrazio gli amici Massimo Piepoli (Chairman della Cardiac Rehabilitation Section) e Diego Vanuzzo (Chairman della Prevention Epidemiology and Public Science Section)

per il loro continuo e fattivo supporto in questo ambito.

La formazione è un'altra area di grande interesse dell'Associazione. I Master Classes in Prevention (in forma di pre - Congress Workshops sul Diabete nel 2011 e Ipertensione nel 2012), e i corsi avanzati:

- Research Methods Training Course, Mürren 2011

- Cardiac Rehabilitation Courses, Bern 2011 e 2012

- Cardiopulmonary Exercise Testing, Veruno 2011

- Exercise Training in Heart Failure, Bern 2011

rappresentano i più significativi appuntamenti educazionali che l'Associazione propone quest'anno per ricercatori e clinici. La EACPR ha appena approvato il piano strategico per gli anni 2011 - 2012 e ha definito gli obiettivi principali: 1) consolidare la posizione dell'Associazione in Europa e l'EuroPREvent quale sede europea privilegiata di incontro e di scambio delle conoscenze ed esperienze in Cardiologia Preventiva; 2) espandere il target audience dell'Associazione, stimolando nuove forme di cooperazione tra le Associazioni mediche nazionali e Organizzazioni partner che possono essere coinvolte nella prevenzione cardiovascolare; 3) sviluppare una piattaforma educativa unificata basata sul Core Curriculum in Cardiologia preventiva, già approvato dalla ESC: in questo

contesto è stato avviato il piano di realizzazione di tre volumi di testo che definiranno il percorso formativo certificato anche in modalità WEB (Textbook on Prevention Cardiology, Textbook of Exercise Physiology and Biology, Textbook on Sport Cardiology); 4) sviluppare una strategia di implementazione delle Linee Guida sulla prevenzione cardiovascolare attraverso nuovi progetti di ricerca e specifici programmi di formazione per l'applicazione delle Linee Guida dedicati alle Società Nazionali di Cardiologia nei Paesi membri della ESC. Infine, a conclusione di queste brevi note, ho il piacere di annunciare che la EACPR e lo Staff della ESC hanno definitivamente approvato la sede del Congresso annuale per il 2013 che sarà Roma. Ringrazio tutto il Board dell'Associazione per questa scelta, il Presidente ESC Michel Komajda, il Past President Roberto Ferrari e tutti gli italiani che mi hanno sostenuto nel promuovere passo dopo passo la candidatura di Roma. Avremo finalmente EuroPREvent ROME 2013: sarà la sede ideale per rilanciare con forza il concetto e la necessità di un approccio globale alla prevenzione cardiovascolare e, contestualmente, evidenziare obiettivi e strategie condivise tra Operatori Sanitari, Società Mediche, Organizzazioni laiche e Legislatori per una efficace prevenzione cardiovascolare a tutto campo. Questo è un grande risultato dei Cardiologi Italiani, ma anche una grande occasione per le nostre Associazioni cardiologiche: sono sicuro che sapremo preparare l'evento con slancio, impegno e larga partecipazione.

**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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:rvalle@asl14chioggia.veneto.it)



# Il nuovo sistema ECM

## *come cambia la Formazione Continua*

I punti fermi del nuovo sistema

DI MASSIMO UGUCCIONI



### *I programmi di Educazione Continua in Medicina*

La Formazione Continua in Sanità ha rappresentato fin dagli inizi un impegno gravoso, sia in termini organizzativi che economici, per tutte le categorie (Aziende Sanitarie, Società Scientifiche, Ordini Professionali) coinvolte. D'altra parte, il settore sanitario, operando in un ambito soggetto a continue innovazioni, ha forti esigenze di aggiornamento, di diffusione e di condivisione degli approcci diagnostici e di cura. E' per tali motivi che in molti paesi sono nati programmi di Educazione Continua in Medicina (ECM), che comprendono al loro interno tutte quelle attività formative, teoriche e pratiche, promosse da Società Scientifiche, aziende ospedaliere, o Strutture specificamente dedicate alla Formazione in campo sanitario, finalizzate a mantenere elevata ed aggiornata la professionalità degli Operatori Sanitari.

### *Storia della ECM in Italia*

In Italia l'ECM in una lunga fase "sperimentale" è stata regolamentata e gestita solo a livello nazionale, attra-

verso la Commissione Nazionale della Formazione Continua, con attività formative esclusivamente residenziali (Simposi, Corsi, Seminari, Congressi); mentre, solo successivamente, alcune Regioni hanno adottato atti formali per la realizzazione di Sistemi ECM regionali, che si sono affiancati al sistema nazionale nell'erogazione di Corsi.

### *Il nuovo sistema ECM in Italia*

Dal 2010 ha avuto termine la lunga fase "sperimentale" con l'accordo in Conferenza Stato - Regioni del 5 novembre 2009 che ha abolito la regolamentazione precedente, ha elaborato il regolamento per l'accreditamento dei Provider (definiti come fornitori dei servizi educativi), definendo i criteri per l'assegnazione di crediti alle attività ECM e formulato un documento relativo alle attività di formazione sul campo. Principio fondamen-

tale della nuova ECM è il passaggio della responsabilità nell'erogazione di crediti formativi dall'ente pubblico al soggetto Provider, che assume in proprio la gestione dei percorsi formativi. Il sistema diviene più "trasparente" nel conferimento dei crediti con una autonoma responsabilità del Provider nella fase di gestione ed in tal modo:

- 1) ogni operatore sanitario ha il vantaggio di poter sapere a priori quanti e quali crediti può conseguire partecipando ad un determinato corso;
- 2) ogni provider ha la possibilità di gestire con più ampia autonomia la propria offerta formativa.

Una delle principali innovazioni del nuovo sistema è pertanto rappresentata dal passaggio da accreditamento dei singoli eventi formativi (oltre 15.000 eventi nel 2008) ad accreditamento diretto dei provider fornitori di eventi. I Provider, resi direttamente responsabili della Formazione, assegnano i relativi crediti ECM e si impegnano a garantire qualità, trasparenza, correttezza ed efficacia delle iniziative formative.

Gli Enti che accreditano i Provider

I Provider diventano responsabili dei prodotti formativi, assegnano direttamente i crediti ECM e si impegnano a garantirne qualità, trasparenza ed efficacia

Il ruolo dell'ANMCO, come Provider accreditato, nel garantire una attività formativa efficiente, efficace ed indipendente

sono la Commissione Nazionale per la Formazione Continua, le Regioni e le Province autonome ed i requisiti richiesti per ottenere l'accredimento riguardano le caratteristiche del soggetto, la sua organizzazione generale, le risorse di cui dispone, la qualità dell'offerta formativa e la sua indipendenza da interessi di natura commerciale. Dopo l'attuale fase transitoria, il passaggio successivo consisterà nella predisposizione da parte della Commissione Nazionale per la Formazione Continua, insieme con gli altri enti accreditanti, dell'Albo nazionale dei Provider ECM (compresi quelli accreditati a livello regionale e delle Province autonome), che sarà sistematicamente aggiornato e consultabile.

#### ***Dossier formativo e nuove modalità di aggiornamento***

Un altro importante elemento di innovazione è rappresentato dal "dossier formativo del professionista" che permetterà al Medico ed all'Operatore sanitario di creare un percorso di ECM personalizzato ai propri bisogni di crescita professionale e di aggiornamento in relazione al contesto nel quale opera. E' suggerita, in base all'accordo Stato - Regioni, una suddivisione percentuale dei crediti per tipo di obiettivo: nazionali (20 per cento), regionali ed aziendali (50 per cento) ed individuali (30 per cento). Per quanto attiene le tipologie

formative, non ci sarà più soltanto la Formazione residenziale, ma anche modalità diverse come la Formazione sul campo, l'Autoapprendimento, gli Stage ed i Gruppi di miglioramento, oltre alla FAD (Formazione a distanza) finora relegata ad iniziative di minima rilevanza.

#### ***Conflitto di interessi e sponsorizzazioni***

Infine, massima trasparenza ed estrema attenzione è rivolta al conflitto di interessi per tutti i soggetti coinvolti nell'ECM, dai Provider fino ai Relatori, Moderatori e Formatori. Tra le novità vi è la richiesta ai Docenti di esplicitare palesemente ai Discenti la presenza di eventuali conflitti di interessi ed i legami intercorsi con lo sponsor nei due anni precedenti. La sponsorizzazione di un Provider da parte dell'industria è prevista, purché sia trasparente e descritta nel solo programma dell'evento; inoltre, tutti i contratti attivati devono definire con chiarezza gli impegni assunti da ognuno dei contraenti. Garantire la piena indipendenza dell'aggiornamento professionale obbligatorio in Sanità è la vera grande sfida da raccogliere, tanto più per una Società Scientifica di grande rilievo e di riconosciuto prestigio come è l'ANMCO.

## La Ricerca Scientifica:

### *da sempre una priorità dell'ANMCO*

Seguendo la grande tradizione degli Studi GISSI, guardiamo con ottimismo al futuro per confermare l'ANMCO guida scientifica sempre più autorevole della Ricerca cardiologica in Italia

DI STEFANO DE SERVI



**L'** ANMCO ha tra gli scopi principali della sua mission la Ricerca Scientifica. Questa è una caratteristica essenziale che ha origine lontane, si è sviluppata con gli anni, è divenuta componente primaria della nostra Associazione ed è uno dei motivi per cui siamo orgogliosi di appartenervi. Grande è l'attenzione attuale dell'ANMCO alla Ricerca. Voglio sottolineare alcuni punti.

#### **Fondo ANMCO per la Ricerca 2011**

È una iniziativa che fa ormai parte della tradizione ANMCO che annualmente premia con 100.000 euro uno studio proposto per tale riconoscimento. È risultato vincitore lo Studio randomizzato multicentrico CYCLE,

condotto su una ampia popolazione di pazienti con infarto STEMI. Lo studio vuole verificare l'efficacia della ciclosporina nel ridurre l'area infartuate, sulla base di dati sperimentali che mostrano come il farmaco contrasti la disfunzione mitocondriale che si verifica nella fase ripercussiva post - ischemica. L'endpoint primario dello studio è rappresentato da un surrogato di ripercussione efficace (ST - segment resolution di almeno il 70% a 60' valutato da un core - lab centrale), tuttavia lo studio si propone di proseguire con un endpoint clinico (rappresentato da morte per ogni causa e nuova ospedalizzazione a 6 mesi) da verificare in circa 4.500 pazienti, qualora l'ipotesi di efficacia della ciclosporina sia mostrata dall'analisi elettrocardiografica.

#### **Il piano della Ricerca 2011 - 2012**

Il Piano definirà le attività di studio nell'ambito dell'Epidemiologia clinica e Outcome Research oltre che dei Trial clinici controllati. Si svilupperà inoltre una strategia già avviata nel biennio precedente volta a definire le manifestazioni cliniche che differiscono dai comportamenti medi di popolazioni generali, riconducibile a pazienti "outliers", cioè a coloro che deviano dalle risposte prevalenti. Tale Ricerca è volta a identificare nuove chiavi fisiopatologiche e ad individuare sottogruppi di pazienti che possono particolarmente beneficiare dei trattamenti disponibili. Tale ricerca si articola in alcuni Studi, di cui il capofila è lo Studio GISSI Outliers CAPIRE, che si propone di indivi-

L'attenzione alla Ricerca Scientifica è una peculiarità della nostra Associazione che ha origini lontane, si è sviluppata negli anni, divenendone parte essenziale ed è uno dei motivi per cui siamo orgogliosi di appartenere all'ANMCO

Condizioni per l'esecuzione degli Studi ANMCO e per il conferimento di endorsement: nuove procedure per l'approvazione delle proposte emanate dal Consiglio Direttivo

duare due popolazioni di pazienti "estremi" che abbiano rispettivamente una estesa aterosclerosi coronarica (valutata con TC multistrato) pur in assenza di classici fattori di rischio o coronarie indenni, pur in presenza di alto profilo di rischio cardiovascolare. Tutti i pazienti selezionati saranno inoltre sottoposti a prelievo venoso periferico e i campioni biologici di siero, plasma e DNA saranno utilizzati per caratterizzare e quantizzare i fattori di rischio e di protezione individuale. Il disegno dello Studio è di tipo prospettico con una fase trasversale di confronto tra le popolazioni e una fase longitudinale di follow - up previsto di 5 anni.

#### ***Gli Studi ANMCO e il conferimento di endorsement: le nuove regole***

Recentemente il Consiglio Direttivo ANMCO ha riconsiderato le condizioni attraverso le quali la nostra Associazione valuta, approva e conduce i progetti di ricerca che le vengono proposti. L'obiettivo è quello di rendere il processo il più semplice, agile e rapido possibile, ma contemporaneamente trasparente e ben documentato. Le proposte di ricerca che provengano da Organi o Organismi associativi o dalla Fondazione "per il Tuo cuore" saranno di norma considerate a tutti gli effetti come Studi ANMCO. Saranno valutate anche richieste di endorsement da parte di altre Associazioni o Istituzioni Scientifiche italiane e estere, Industrie Farmaceutiche o di Elettromedicali.

Per gli Studi ANMCO le proposte dovranno precisare il budget previsto e la copertura finanziaria per l'effettuazione della ricerca stessa. Qualora il proponente non riesca a trovare, in tutto o in parte, una fonte di finanziamento, la ricerca potrà essere sostenuta economicamente dall'ANMCO, sulla base di priorità segnalate dal Comitato Scientifico nell'ambito del Piano della Ricerca. Tale finanziamento dovrà avere l'approvazione del Consiglio Direttivo ANMCO. La fase istruttoria prevede, sia per le proposte di Studi ANMCO che per il conferimento di Endorsement, l'acquisizione da parte del Coordinatore del Comitato Scientifico di pareri di esperti da lui scelti, del giudizio di fattibilità da parte del Centro Studi, delle osservazioni del Comitato Scientifico. Sarà redatto un rapporto finale che verrà inviato al Consiglio Direttivo, che è l'organo decisore per la approvazione dei progetti di ricerca da svolgere all'interno dell'ANMCO.



# 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](http://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](http://www.anmco.it/aree/elenco/cardioimaging)



## AREA CARDIOCHIRURGIA



P. Stefano

**Chairman** Pierluigi Stefano (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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://www.anmco.it/aree/elenco/scompenso)

# TAVI procedure

DI MAURO CASSESE



## *Un esempio di completa integrazione multidisciplinare*

**L'** editoriale del Dott. Pierluigi Stefàno, pubblicato sul N. 179 di questa *Rivista* ed il successo del Convegno dedicato alle TAVI, organizzato dal "S. Anna Hospital" di Catanzaro e dall'ANMCO Regione Calabria, che ne ha fatto un Evento Formativo di alto profilo e di portata nazionale, tenutosi a Catanzaro il 27 e 28 maggio 2011, mi invitano ad alcune considerazioni. Nei due giorni del Convegno abbiamo effettuato cinque procedure di impianto transcaterere di valvola aortica impiegando entrambi i devices attualmente disponibili (Edwards Sapien e Medtronic Core-valve) ed utilizzando approcci transfemorali

e transapicali. I numerosi Colleghi (più di 300) che hanno preso parte all'Evento hanno potuto verificare come tutte le procedure, trasmesse in diretta dalla Sala Operatoria ibrida del "S. Anna Hospital", siano state effettuate da un team congiunto di

Cardiochirurghi ed Emodinamisti. Sin dall'inizio abbiamo creduto ed investito molte energie nella realizzazione di un gruppo di lavoro definito "valve - team", e siamo sempre più convinti, anche alla luce di più di 100 procedure effettuate in circa un anno

e mezzo, del suo ruolo imprescindibile ai fini della selezione del paziente, della esecuzione della procedura, della riduzione del rischio di complicanze intra e post procedurali. Si riporta (Tabella 1) lo schema operativo adottato per il decision making in un paziente anziano affetto da stenosi aortica. La stratificazione del rischio è una fase importante del processo decisionale. I modelli di calcolo del



Tabella 1



<p>LOCALIZZAZIONE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• deve trovarsi all'interno del blocco operatorio</li> <li>• adeguatamente collegata con la terapia intensiva</li> </ul>
<p>DIMENSIONI</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• più grande di una sala operatoria standard</li> <li>• deve poter accogliere dalle 8 alle 20 persone</li> <li>• almeno 70 m<sup>2</sup>, considerando lo spazio per una sala tecnica ed una zona di lavaggio si arriva a circa 150 m<sup>2</sup></li> <li>• dimensioni minime indispensabili: 45 m<sup>2</sup></li> </ul>
<p>TAVOLO OPERATORIO</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• capacità di scorrimento, inclinazione laterale, trendelenburg ed anti-trendelenburg</li> <li>• consentire l'esecuzione di fluoroscopia ed angiografia intraprocedurale</li> <li>• possibilità di accedere al paziente da entrambi i lati</li> </ul>
<p>LUCI E MONITOR</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• le luci scialitiche devono essere dotate di braccia lunghe per evitare collisioni</li> <li>• i monitor devono consentire input multipli</li> <li>• la loro posizione non deve interferire con i flussi laminari delle prese d'aria per mantenere la sterilità</li> </ul>
<p>BRACCIO a C</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• elemento fondamentale della sala</li> <li>• deve essere fisso</li> <li>• montato al pavimento per migliorare gli spostamenti delle altre apparecchiature all'interno della sala (monitor e scialitiche) e non interferire con i flussi laminari dell'aria</li> <li>• consentire una angiografia rotazionale</li> <li>• deve essere flessibile per poter essere retratto in caso di necessità (multi-axis system)</li> </ul>
<p>ECOGRAFIA</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ecocardiografia transesofagea</li> <li>• ecocardiografia 3 D real time</li> <li>• monitoraggio intraprocedurale</li> </ul>
<p>MONITOR ANESTESIA</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• posizionato alla testa del paziente</li> <li>• posizionata in maniera da non interferire con i movimenti dell'arco a c</li> <li>• facilmente accessibile e gestibile in situazioni di urgenza</li> </ul>
<p>MACCHINA CEC</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sempre presente in sala insieme al perfusionista</li> <li>• facilmente mobilizzabile</li> <li>• pronta per essere utilizzata nelle situazioni di urgenza/emergenza</li> </ul>

Tabella 2





rischio devono guidare e non condizionare in maniera assoluta la selezione dei pazienti candidati a TAVI. A tale scopo una valutazione clinica multidisciplinare, “patient oriented”, ha una funzione insostituibile in quanto consente di differenziare un paziente ad alto rischio per cause cardiache o per cause extra - cardiache. In linea generale, quando l’alto rischio deriva da cause essenzialmente cardiache (bassa FE, coesistenza di valvulopatia mitralica severa, coronaropatia diffusa non trattabile con PTCA) la TAVI non sembra essere la scelta terapeutica migliore e la procedura transcateretere ha un rischio molto elevato di complicanze. Quando invece l’alto rischio operatorio deriva da problematiche extra - cardiache l’impatto terapeutico delle procedure transcateretere è estremamente efficace. Lo sviluppo tecnologico ha modificato le modalità di trattamento di molte patologie che beneficiano oggi di metodiche che coinvolgono più Specialisti: il trend verso le procedure ibride sembra più una rivoluzione che una evoluzione per la velocità con cui le tecniche di intervento si integrano con quelle di

imaging. Tali procedure ibride sono diventate una realtà sempre più presente e sempre più necessaria, tale da richiedere la creazione di un ambiente ad esse dedicato: la Sala Operatoria Ibrida. La miglior definizione di Sala Operatoria Ibrida o multifunzionale è quindi quella di un ambiente concepito e sviluppato per permettere a Specialisti di diverse discipline di poter lavorare insieme intorno al paziente. Essa necessita di tutto l’armamentario chirurgico cardiovascolare e di tutte le metodiche di imaging attualmente utilizzate per la diagnosi delle malattie cardiovascolari unendo quindi in un solo ambiente diagnosi e terapia. Si riportano nella Tabella 2 le caratteristiche essenziali di una Sala Operatoria Ibrida.

### *Il valve team*

Noi tutti, coinvolti nel trattamento delle malattie dell’apparato cardiovascolare, pur provenendo da molteplici discipline, originariamente separate tra loro, abbiamo oggi l’obbligo di condividere le nostre conoscenze nell’interesse dei nostri pazienti. Cogliamo l’occasione per rendere la TAVI, uno dei campi di esempio clinico, etico, e terapeutico per il resto della medicina.

### Bibliografia

- 1) Stefano P.: Cardiologia e Cardiocirurgia... due facce della stessa medaglia. “Cardiologia negli Ospedali”; 179: 22-23.
- 2) Kpodonu J. et al.: The cardiovascular hybrid room a key component for hybrid interventions and image guided surgery in the emerging specialty of cardiovascular hybrid surgery. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery*, 9 (2009) 688-692.
- 3) Benjamin ME. Building a Modern Endovascular Suite. *Endovascular Today* 3:71-78, 2008.
- 4) Bonatti J. et al.: How to build a cath - lab operating room. *Heart Surg Forum*. 10:E344-8, 2007.
- 5) Vahanian A. et al.: Transcatheter valve implantation for patients with aortic stenosis: a position statement from the European Association of Cardio - Thoracic Surgery (EACTS) and the European Society of Cardiology (ESC), in collaboration with the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). *Eur J Cardiothorac Surg*. 2008 Jul; 34(1):1-8, 2008.

# Imaging Cardiaco non invasivo e Morte Improvvisa nello Sportivo

DI GIAN PIERO PERNA, ALBERTO ROGHI, ERBERTO CARLUCCIO, STEFANIA RENNE,  
CARLO TEDESCHI, PAOLO TRAMBAIOLO

**P**er analizzare correttamente il ruolo attuale dell'Imaging Cardiaco non invasivo nella stratificazione del rischio di Morte Improvvisa nello Sportivo (MIS) occorre fare alcune riflessioni iniziali.

1. La MIS è un evento raro, ma "sconvolgente" e di grande impatto mediatico, per cui individuare i soggetti a rischio è un compito difficile (evento raro che si verifica in soggetti apparentemente sani ed asintomatici) ed emotivamente molto coinvolgente.
2. Sia nelle casistiche autoptiche sia nelle casistiche cliniche risulta chiaro che i casi correlati ad anomalie cardiache "strutturali" sono largamente prevalenti, e rappresentati da condizioni in cui l'imaging cardiaco non invasivo è in grado di dare informazioni diagnostiche e prognostiche importanti (Figura 1).
3. Le informazioni diagnostiche e prognostiche delle singole tecniche di immagine sono diverse secondo la condizione clinica, la tipologia di paziente, la fase di malattia.
4. Le diverse tecniche differiscono oltre che per la accuratezza predittiva e la capacità di fungere da snodo decisionale anche per costo, disponibilità, richiesta di competenze e rischio biologico.

Gli algoritmi diagnostici generabili secondo appropriatezza clinica devono tener ben presenti tutte queste considerazioni, ed essere individualizzati e contestualizzati. Il rischio biologico è uno dei driver della appropriatezza clinica, ma non l'unico: se è vero che RMN e ECO sono metodiche "pulite" è anche vero che il principio di giustificazione ci deve far considerare altre tecniche quando ECO e RMN non sono disponibili o efficaci quanto altre metodiche. Le cause di MIS più frequenti nella popolazione italiana, e potenzialmente individuabili con appropriato impiego di imaging cardiaco non invasivo, sono la Displasia Aritmogena del Ventricolo dx (ARVD) e la Cardiopatia Ischemica (CAD). Ci limiteremo pertanto alla analisi di questa condizione.

## **Displasia Aritmogena del VDX (ARVD)**

Sotto i 35 anni la causa di MIS più frequente, nelle casistiche italiane, è la ARVD, in cui la MIS può essere la prima ed unica manifestazione clinica di malattia. La presenza di una onda epsilon all'ECG è l'elemento cardine del sospetto clinico iniziale, che va confermato dall'ECO o dalla RMN. Per quanto nel mondo cardiologico il sospetto di ARVD si associa quasi invariabilmente alla RMN come metodica diagnostica, l'ecocardiografia può

mostrare in molti pazienti elementi diagnostici importanti. La iper-riflettenza della banda moderatrice del VDX, l'ingrandimento/disfunzione del VDX, le sacculazioni e/o trabecolature del VDX, l'incremento del RVOT oltre 30 mm, sono tutti elementi diagnostici molto importanti che uniti ad altri elementi clinici decisionali possono non solo orientare la diagnosi, ma anche da soli l'iter diagnostico - terapeutico successivo. Purtroppo solo l'aumento del RVOT > 30 mm è quasi costantemente presente, gli altri elementi possono mancare, e alcuni elementi tra quelli proposti da McKenna non sono rilevabili dall'ECO. Per questo l'ecocardiografia integrata costituisce lo snodo decisionale solo quando sicuramente diagnostica, ma va seguita dalla RMN in caso di dubbio. Il valore aggiunto della RMN è nella possibilità di individuare la sostituzione fibro - adiposa e nel dettaglio anatomico in grado di valutare le anomalie più "fini", ma soprattutto nella possibilità di individuare elementi prognostici di sicuro valore quali la estensione a sinistra della malattia con lo studio del "delayed enhancement". D'altro canto la larga disponibilità e il basso costo identificano la ecocardiografia come tecnica di "primo screening" largamente riconosciuta.

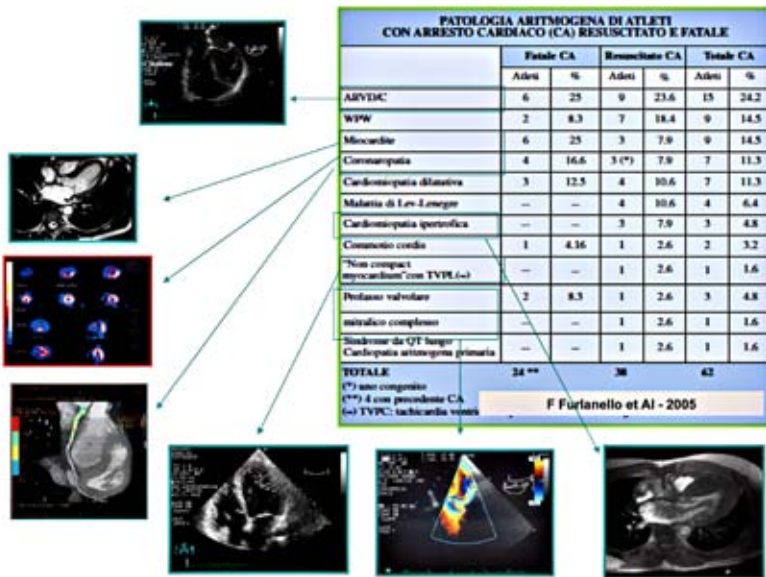


Figura 1

**Cardiopatía Ischemica (CAD)**

Dopo i 35 anni la malattia aterosclerotica delle coronarie è la causa di MIS più importante, spesso - anzi quasi sempre - clinicamente silente (50% dei casi), probabilmente per la maggiore quantità di endorfine prodotte dagli atleti allenati. In condizioni di rischio intermedio di CAD l'aggiunta di una tecnica di immagine all'ECG da sforzo è razionale perché aumenta l'efficacia diagnostica dell'algoritmo clinico - strumentale. Il problema è però costituito dalla definizione della tecnica da privilegiare rispetto alle altre potenzialmente impiegabili.

Infatti sensibilità, specificità e potere predittivo sono sostanzialmente analoghi per tutte le tecniche di immagine, e le Linee Guida attribuiscono un valore di appropriatezza elevato (da A7 a A9) a tutte le tecniche di immagine, creando confusione su quale sia la tecnica da privilegiare, per quali pazienti. Allo stato attuale i dati certi sono i seguenti:

1. La RMN è attualmente poco disponibile per lo studio da stress di perfusione e funzione, che pure sono possibili, per problematiche soprattutto di tipo organizzativo, a fronte di dati "meravigliosi" per dettaglio e qualità.
2. La SMP consente di rilevare contemporaneamente, in maniera

quantitativa e relativamente operatore - indipendente, informazioni sulla perfusione, sulla cinetica distrettuale (WM + tickening), sul comportamento della FEVS. È eseguibile in tutti i pazienti. È correlata a un rischio biologico quantificabile in un potenziale caso di nuova neoplasia ogni 2.000 pts analizzati. Disponibilità e costi non sono ottimali.

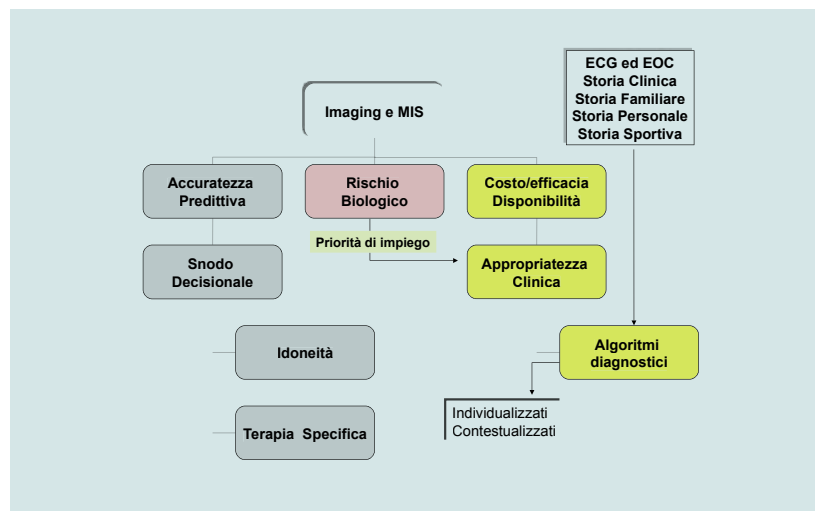
3. L'ecostress è la tecnica più versatile, disponibile, di basso costo, oggi capace di fornire informazioni sulla contrattilità, sulla perfusione, e sulla riserva coronarica distrettuale almeno nel territorio di IVA, con contributi aggiuntivi che pareggiano quelli della SMP. Il limite è tuttora costituito dalla applicabilità della metodica e dalla necessità di competenze solide.

4. La CTC è metodica anatomica, e come tale eccellente soprattutto nella valutazione della anatomia, origine e decorso delle coronarie, condizioni in cui l'ecocardiografia può poco e con difficoltà.

**Conclusioni**

- L'imaging cardiaco non invasivo resta insostituibile per la diagnosi delle anomalie cardiache strutturali correlate a MIS, rappresentando uno snodo decisionale per il giudizio di idoneità e un supporto per le scelte terapeutiche successive.
- L'uso appropriato delle singole tecniche di imaging non può prescindere dal contesto clinico e organizzativo (che vuol dire disponibilità delle risorse, costi e competenze!).
- Storia clinica, storia sportiva, ECG, valutazione clinica sono fondamentali per la scelta della metodica di imaging più appropriata nel singolo paziente per la specifica patologia sospettata (Figura 2).

Figura 2





DI ALFREDO POSTERARO

## 1861 - 2011: l'Unità d'Italia *attraverso il Fascicolo Sanitario Elettronico*

*La pubblicazione delle Linee Guida sul FSE è la base per quella svolta epocale che consentirà ai cittadini italiani di avere a disposizione uno strumento che aumenterà automaticamente la qualità delle cure attraverso l'immediata disponibilità delle informazioni sanitarie essenziali*





La recente pubblicazione delle Linee Guida sulla strutturazione del Fascicolo Sanitario Elettronico nel nostro Paese è una tappa fondamentale per l'ottimizzazione della gestione clinica dei pazienti. Quali sono le criticità ancora insite nel progetto e come i Cardiologi italiani possono contribuire al successo di questa innovazione?

**L**e immagini della campagna laziale cominciano a farsi più definite, man mano che l'Eurostar ricuce la sua velocità. Il viaggio di rientro dal Congresso è stato piacevole in compagnia di Nino, Collega e amico e la prospettiva di trascorrere una serata in famiglia fa passare in secondo piano il pensiero del rientro in Ospedale. L'improvvisa voce metallica del capotreno dagli altoparlanti interrompe il flusso dei pensieri: «Un Medico è pregato di recarsi con urgenza nella carrozza due!» È la carrozza accanto alla nostra. «Si tratterà di un piccolo malore... Ci vorranno pochi minuti». Ma quando ci affacciamo nel salottino di prima classe della carrozza due ci rendiamo subito conto che lo scenario è diverso. Sessantenne, robusto, pallido, sudato, semidisteso su due sedili, respira a fatica e tiene una mano sul petto. Provo a chiedergli come si chiama e cos'è successo, ma risponde in una lingua che non comprendo. Provo con l'inglese, Nino con il francese, ma il risultato non cambia. Improvvisamente mette mano al portafogli e ne cava una tessera sul retro della quale è riportata, anche in inglese, una frase che invita chiunque stia per erogare cure mediche al possessore della tessera a collegarsi al Sito WEB indicato per accedere al patient summary utilizzando la password sottostante. Chiedo al capotreno di chiamare il 118 per far accorrere alla stazione di arrivo una ambulanza. Un passeggero mette a disposizione una compressa di aspirina. Mentre Nino assiste il paziente, provo a collegarmi con il tablet al Sito

WEB indicato sulla tessera: la linea è buona e l'accesso è immediato. Selezionata la lingua inglese per la consultazione, apprendo che il paziente ha 62 anni, fumava, è stato ricoverato di recente per embolia polmonare massiva, sta assumendo terapia anticoagulante orale ed è allergico all'aspirina. Due allegati contengono i referti di TAC torace ed ecocardiogramma e l'ECG è visualizzabile come file pdf. Avverto Nino che l'aspirina è meglio evitarla. All'arrivo a Roma troviamo ad attenderci una ambulanza con Medico a bordo al quale comunico le notizie che ho appreso e consegno la tessera del paziente. Quanto è lontano nella nostra pratica clinica quotidiana uno scenario del genere? Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) italiano consente di accedere in tempo reale alle informazioni sanitarie essenziali dei nostri pazienti, consentendoci di operare con appropriatezza e senza limiti territoriali, né tecnologici di interrogabilità? La risposta non può essere definitiva. Infatti la lettura delle Linee Guida Nazionali per la compilazione del FSE pubblicate l'11 novembre 2010 dal Ministero della Salute ed approvate in Conferenza Stato - Regioni a febbraio scorso, offre più di uno spunto di riflessione e qualche perplessità. Premesso che la pubblicazione delle Linee Guida sul FSE è la base per quella svolta epocale che consentirà ai cittadini italiani di avere a disposizione uno strumento che aumenterà automaticamente la qualità delle cure attraverso l'immediata disponibilità delle informazioni sanitarie essenziali, è altrettanto importante sottolineare che non possiamo permetterci il lusso

Documenti nucleo minimo
Referti
Verbali Pronto Soccorso
Lettere di dimissione
Profilo Sanitario Sintetico

Tabella 1

Altri documenti
Prescrizioni (specialistiche, farmaceutiche, ecc..)
Cartelle cliniche di ricovero (ordinario e day hospital)
Bilanci di Salute
Assistenza Domiciliare: scheda, programma e cartella clinica
Piani terapeutici
Assistenza residenziale e semiresidenziale: scheda multidimensionale di valutazione
Erogazione farmaci
Certificati

Tabella 2

di vedere inficiati i risultati attesi da questa innovazione da eventuali limiti in fase di progettazione. Nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale, il FSE "è costituito dalle Regioni e Province Autonome". La progettazione del FSE a livello regionale da parte di attori diversi potrebbe comportare il rischio di problemi di interoperabilità dei vari sistemi e non poter consultare in modo esauriente un FSE prodotto in una regione appena varcato il confine della stessa ridurrebbe drasticamente i vantaggi attesi dal progetto. Tale rischio è amplificato dalla mancanza, al momento, di chiare ed inequivocabili indicazioni circa gli standard informatici da adottare per la strutturazione del FSE (circa i quali il Ministero si è riservato la successiva pubblicazione di documenti). Insomma, come possiamo auspicare la possibilità di

avere a disposizione un FSE interrogabile anche a livello internazionale se non ne vengono stabilite in modo inequivocabile le regole di strutturazione? Riguardo ai contenuti va sottolineato che nel FSE sono previsti, oltre ai dati identificativi ed amministrativi del paziente, un nucleo minimo di documenti indispensabili (Tabella 1), costituito da Referti, Verbali di Pronto Soccorso, Lettere di dimissione e dal Profilo Sanitario Sintetico (PSS), ed una serie di documenti opzionali integrativi (Tabella 2). In particolare il PSS o Patient Summary è «il documento informatico sanitario che riassume la storia clinica del paziente e la sua situazione corrente, è creato ed aggiornato dal Medico di Medicina Generale/ Pediatra di Libera Scelta (MMG/PLS) ogni volta che intervengono cambiamenti da lui ritenuti rilevanti e contiene un set



predefinito di dati clinici significativi utili in caso di emergenza. Il PSS è un documento sintetico, unico, con un unico autore, non clinicamente specializzato e non ha un destinatario predefinito». La discrezionalità lasciata al MMG/PLS nella valutazione dei dati clinici ritenuti rilevanti ed inseriti nel PSS espone al rischio di produrre PSS ampiamente disomogenei nei contenuti, con una ovvia ricaduta sull'efficacia della loro consultazione. Inoltre è lecito attendersi vantaggi dalla consultazione del PSS in scenari di emergenza - urgenza tra i quali è frequente quello del dolore toracico, nel quale conosciamo tutti l'importanza di avere a disposizione un precedente tracciato ECG in visione. La mancanza di ogni indicazione in tal senso è sicuramente un limite del progetto. Infine merita più di una riflessione la normativa sul trattamen-



to dei dati personali del FSE che prevede, oltre a consensi espliciti da parte dell'assistito a costituire il FSE ed all'inserimento di ogni dato clinico, che l'assistito possa indicare quali operatori sanitari possono accedere ai dati, che l'accesso dello Specialista sia limitato ai soli dati riguardanti la patologia di competenza e, soprattutto, che possa oscurarne alcuni e oscurarne l'avvenuto oscuramento. Le perplessità rispetto a questi aspetti sono molteplici. Infatti la possibilità di oscurare dati clinici non solo rende vana la possibilità prevista nelle Linee Guida di «consultare il Fascicolo anche senza il consenso dell'assistito, qualora sia indispensabile per la salvaguardia della salute di un terzo o della collettività» (è poco utile consultare d'ufficio documenti oscurati), ma soprattutto potrebbe porre un limite importante all'efficacia delle

cure erogate. A questo proposito sarebbe auspicabile individuare un data set minimo di informazioni ritenute fondamentali per la gestione del paziente in scenari di emergenza - urgenza, sulle quali non può essere esercitato il diritto di oscuramento. In altre parole così come tutti noi veniamo quotidianamente filmati e fotografati in luoghi pubblici senza il nostro consenso per motivi di pubblica sicurezza, l'etica di uno Stato civile dovrebbe porre la salvaguardia della vita dei cittadini e dei mezzi per assicurarla al di sopra del diritto dei cittadini ad oscurare dati personali. Inoltre, quali sono allo stato attuale gli strumenti culturali che vengono proposti agli assistiti per operare una scelta razionale e consapevole circa i dati sanitari da inserire nel FSE? E quali saranno le conseguenze morali e materiali di insuccessi gestionali e

terapeutici derivanti dalla consultazione di documenti clinici stilati secondo la discrezionalità di un singolo Medico e variamente "oscurati" dagli assistiti? Se il paziente dell'Eurostar avesse deciso di oscurare l'allergia all'aspirina ed io l'avessi somministrata, in caso di conseguenze gravi, in che modo il Medico che, su indicazione del paziente, non avesse inserito tale dato nel fascicolo, avrebbe potuto dimostrare di aver fatto di tutto per sottolineare l'importanza di evitare tale oscuramento? In conclusione è fondamentale che la comunità cardiologica italiana possa contribuire allo sviluppo del FSE in modo tale che il suo utilizzo diventi a breve routinario nella pratica clinica quotidiana di tutte le regioni, contribuendo di fatto al compimento di quella Unità d'Italia che, con alterne fortune, si sta realizzando da 150 anni.

# Cardionursing 2011: *cosa portiamo a casa*



DI CRISTIANA CAREDDA, SONIA TOSONI, GIUSEPPE TROCINO

**A**nche quest'anno, la città di Firenze ci ha visto ospiti per quello che con un pizzico di presunzione riteniamo essere tra i più importanti appuntamenti per gli Infermieri delle Cardiologie italiane. Oltre 700 Iscritti hanno partecipato ai lavori congressuali che hanno mantenuto la stessa struttura dello scorso anno e sono stati preceduti da un pomeriggio intenso

opzioni terapeutico - assistenziali di questa aritmia così frequentemente trattata nelle nostre realtà ospedaliere. L'interattività e la multimedialità sono state gli elementi caratterizzanti del Minimaster sulla prevenzione secondaria, che ha trattato con attenzione particolare l'aspetto delle informazioni irrinunciabili da fornire ai pazienti al momento della dimissione. La possibilità di riflettere e confrontarsi su atteggiamenti volutamente scorretti proposti attraverso filmati,

quelli prettamente clinici a quelli terapeutico - assistenziali, per finire con gli aspetti non meno importanti relativi all'organizzazione. Così si è fatto il punto sulla rete per le emergenze cardiovascolari, nata dieci anni fa e diffusa in molte ma ancora non tutte le regioni italiane; si è visto quali differenze organizzative vi siano nei diversi Centri Hub e Spoke afferenti alle varie reti regionali e/o provinciali; si è riflettuto insieme su quali possibilità di implementazione organiz-


## Bilancio di due giorni di *full immersion* per gli oltre 700 Infermieri delle Cardiologie Italiane

nel quale si sono svolti in contemporanea i Minimaster. Questi ultimi hanno dato la possibilità ai circa 300 Infermieri partecipanti di approfondire argomenti ormai confermati quali lo scompenso cardiaco, l'elettrocardiografia e la prevenzione secondaria, ai quali si è aggiunta una new entry: la fibrillazione atriale. Sono stati approfonditi gli aspetti clinici, elettrocardiografici, nonché le varie

ha permesso alla quasi totalità dei presenti di partecipare attivamente portando il proprio vissuto e cogliendo le varie possibilità operative. L'argomento cardine intorno al quale si sono sviluppati i lavori congressuali è stata la Sindrome Coronarica Acuta: un filo conduttore ha permesso il dispiegarsi di un programma che ha visto trattare e approfondire tutti gli aspetti di questa patologia, da

zativa ancora vi siano e quale apporto possano dare gli Infermieri. E così, dopo la Main Session di apertura, i lavori sono continuati approfondendo sia gli aspetti clinico - assistenziali della patologia che i problemi correlati: grande seguito hanno avuto infatti i Simposi paralleli nei quali venivano trattati aspetti relativi alla gestione assistenziale di situazioni particolari nel paziente con SCA quali diabete,





insufficienza renale, sepsi, ma anche il Simposio sulle problematiche respiratorie e sui disturbi psico - affettivi che rappresentano un serio e complesso problema, vista anche l'età media dei nostri pazienti. Le diverse opzioni di rivascularizzazione sono state approfondite nei loro aspetti più peculiari e seguite con interesse, così come il Simposio sulla Ricerca, che ha fornito spunti interessanti sulla metodologia e sull'approccio "critico" agli Studi Clinici. L'attenta partecipazione ed il vivace dibattito svoltosi nei suddetti Simposi, hanno evidenziato il grande interesse della comunità infermieristica "cardiologica" rispetto agli argomenti trattati e la continua ricerca di un confronto spesso multiprofessionale su proposte e soluzioni operative capaci di dare risposte assistenziali adeguate ai bisogni di salute sempre più complessi dei pazienti, rispettando lo specifico di ciascun professionista. E a proposito di complessità una interessante discussione ha concluso il Simposio sulla complessità assistenziale del paziente con SCA, che ha trattato aspetti quali la presa in carico, gli elementi peculiari per la identificazione di una elevata complessità assistenziale e ancora una riflessione sulla reale corrispondenza tra stabilità clinica e bassa complessità assistenziale. Dopo un coinvolgente confronto si è convenuto che un adeguato approccio assistenziale in una situazione considerata ad elevata complessità non può prescindere da una continua formazione, da un lavoro d'equipe multiprofessionale nonché da un'organizzazione appropriata. Il

momento più interattivo del Congresso è sicuramente l'Assemblea degli Iscritti all'Area Nursing, nella quale sono stati presentati i nuovi componenti del Comitato di Coordinamento dell'Area ed il programma del biennio 2011 - 2012. In questa occasione è stata confermata la necessità di un continuo dialogo tra Coordinamento e Referenti Regionali, per un costante e proficuo confronto e una crescita comune. L'incontro ha permesso di conoscere l'indirizzo ed il mandato del gruppo, i lavori svolti e i progetti formativi che verranno proposti, oltre alle esperienze regionali già attive. In una visione di presa in carico globale non poteva mancare uno sguardo sulle problematiche legate alla continuità assistenziale, sempre tanto agognata quanto difficile da garantire: la realtà nazionale è molto variegata assolutamente non uniforme. La Tavola Rotonda nella quale si sono confrontati i vari professionisti della salute che partecipano al processo di cura del paziente coronaropatico: Cardiologi, Infermieri, Psicologi, Medici di base, Fisioterapisti, ma anche un rappresentante degli stessi pazienti, ha richiamato l'attenzione sulla necessità di strutturare percorsi assistenziali coordinati e standardizzati, che siano garanti di una presa in carico globale e non limitata al solo contesto ospedaliero. L'intervento infermieristico nella Convention delle UTIC ha visto trattare un argomento ormai imprescindibile nel contesto sanitario: la relazione di cura, nella quale la comunicazione ed il rapporto tra operatore e paziente, identifica-

ti quali individui con pari dignità, rivestono un ruolo indispensabile per il coinvolgimento attivo del malato nel processo di cura. Anche quest'anno il Congresso si è chiuso con le Highlight, che hanno permesso di rivivere in pillole gli aspetti salienti del Cardionursing. Ad oltre un mese da quei giorni, continuiamo ad essere positivamente colpiti dallo spessore dei lavori, dalla competenza dei Relatori e Moderatori, espressione di una realtà professionale in continua crescita, qualche volta ancora non adeguatamente valorizzata ma capace di interagire e confrontarsi con gli altri professionisti nella ricerca di sinergie costruttive per una presa in carico adeguata dei pazienti. Con la consapevolezza che non siamo più come un tempo, "le semplici, rassicuranti e disponibili Infermierine...", ma dei Professionisti della salute con pari dignità di tutti gli altri operatori sanitari. Ci rimane la certezza di aver fatto un lavoro di squadra, nel quale ciascuno ha dato il meglio di sé: nella definizione del programma, nella ricerca dei Relatori e Moderatori, nella preparazione e presentazione delle Relazioni ma anche delle Comunicazioni e dei Poster, testimoni questi ultimi del grande e silenzioso lavoro che si svolge nelle varie e spesso difficili realtà ospedaliere. A tutti va il nostro sentito ringraziamento e l'augurio di poter continuare a fare un buon, anzi ottimo lavoro e poter così contribuire all'evoluzione professionale del Nursing. Allora arrivederci a Firenze!

# La stratificazione del rischio cardiovascolare in prevenzione primaria:

*vecchi e nuovi fattori di rischio o imaging precoce per definire il rischio individuale?*



DI GIAN FRANCESCO MUREDDU, FAUSTO RIGO, POMPILIO FAGGIANO

## ***Predizione del rischio cardiovascolare***

La predizione del Rischio Cardiovascolare (RCV) ha assunto negli ultimi decenni una crescente importanza dovuta al fatto che l'aterosclerosi cardiovascolare è la principale causa di morte in tutto il mondo. Poiché il RCV è il risultato dell'interazione tra diversi e riconosciuti Fattori di Rischio (FR), in molti Paesi, a partire dal modello del Framingham Heart Study (FRS), sono stati elaborati modelli matematici di predizione del rischio noti come "carte del rischio", allo scopo di identificare i soggetti a rischio elevato e mirare le strategie preventive farmacologiche. Nonostante la loro indubbia utilità le carte del rischio presentano anche

numerosi limiti. Quello principale è che esse sono costruite per stimare il rischio su popolazione e non nel singolo individuo<sup>[1]</sup>. Per esempio per un dato paziente con una stima del rischio a dieci anni pari al 7%, sarebbe inappropriato concludere che il suo rischio individuale è pari al 7%. Piuttosto bisognerebbe dire che, dati 100 individui simili, ci si aspetta che 7 di essi (7%) avranno un evento cardiovascolare nei successivi 10 anni, mentre 93 no. Quindi in primo luogo non si può escludere che l'utilizzo delle carte sul singolo individuo possa determinare una sovrastima del rischio e conseguentemente un iper-trattamento in persone che non svilupperanno mai eventi cardiaci<sup>[1]</sup>. Se da un lato, una larga proporzione di

soggetti con  $\geq 1$  fattori di rischio, non svilupperà mai Cardiopatia Ischemica (CI) dall'altro, poiché la maggior parte degli eventi CV su popolazione si verificano nelle persone a rischio più basso, semplicemente perché sono più numerose (come insegna il paradosso di Rose), le persone con stima del rischio bassa ma aterosclerosi subclinica, potrebbero essere non riconosciute e sottotrattate. In secondo luogo, la performance delle Carte del Rischio risente sia delle caratteristiche della popolazione originaria, sia dalle modifiche dell'incidenza della CI nel tempo che da quelle esistenti tra diverse aree geografiche. Per esempio, sebbene lo score del FRS sia utilizzato anche in altre popolazioni fuori dagli Stati Uniti, è dimostrato che esso

tende a sovrastimare sistematicamente il rischio. In terzo luogo, le Carte del Rischio non tengono conto della durata dell'esposizione ai FR che è ragionevolmente correlata al grado di progressione dell'aterosclerosi.

Ancora, è dimostrato che la stima del rischio con le carte sia generalmente meno accurata nei soggetti giovani, nelle donne, e negli anziani<sup>[1]</sup>. È stato evidenziato quindi che anche nei Paesi in cui sono stati realizzati algoritmi di stima del rischio avanzati, le Carte del Rischio rimangono di fatto sottoutilizzate nella pratica medica<sup>[7]</sup>.

I motivi di questo sottoutilizzo sono diversi: le politiche sanitarie locali, la bassa compliance del paziente e la mancanza di tempo e convinzione da parte degli operatori sanitari, Medici in primis<sup>[2]</sup>. Numerosi tentativi sono stati fatti per migliorare i sistemi di stratificazione del rischio in individui asintomatici. Tra i principali:

1) l'aggiunta di nuovi markers di rischio alle carte allo scopo di migliorarne la potenza predittiva, 2) l'utilizzo di tecniche di imaging non invasivo, per riconoscere l'aterosclerosi precocemente, nello stadio subclinico della sua evoluzione.

### ***I nuovi fattori di rischio cardiovascolare***

Ogni nuovo marker dovrebbe essere rappresentativo della popolazione a rischio, mostrare un chiaro vantaggio in termini di informazione prognostica

rispetto alle variabili usate in precedenza e soprattutto dovrebbe poter determinare un sostanziale miglioramento nella capacità di riclassificare soggetti a rischio intermedio verso le categorie ad alto o basso rischio<sup>[3]</sup>. I nuovi fattori di rischio CV sono più spesso markers biochimici misurabili nel plasma o nel siero come la proteina C - reattiva (PCR), la lipoproteina (a) (Lp(a)), l'omocisteina ed altri, ma la loro capacità di migliorare la stratificazione del rischio nel singolo individuo è tutt'ora controversa o confinata nell'ambito della ricerca genetica. Tra i nuovi markers di rischio, la PCR ad alta sensibilità (hs - PCR) è stata studiata da tempo ed inclusa in punteggi di stima del rischio (Reynolds risk scores). L'evidenza però che la hs - PCR possa essere utilizzata in prevenzione primaria è ancora controversa. La Lipoproteina (a) [Lp(a)] è una lipoproteina plasmatica costituita da una porzione lipidica (LDL colesterolo) e da una parte proteica, a sua volta composta da una molecola di APO B - 100 ed una di APO - A. Livelli elevati di Lp(a) sono associati con un incremento lineare del rischio CV verosimilmente legato ad un effetto sia pro-trombotico (per l'analogia strutturale che la Lp(a) ha con il plasminogeno pur non condividendone l'attività fibrinolitica) che ad un'accelerata aterogenesi dovuta alla deposizione di

colesterolo nell'intima vascolare. Un recente documento di consenso della Società Europea dell'Aterosclerosi<sup>[4]</sup> ha confermato l'importanza di questa associazione indicando di fatto che la Lp(a) dovrebbe essere misurata almeno una volta, in soggetti con storia di MCV precoce, ad alto RCV o con ipercolesterolemia familiare, ovvero con anamnesi familiare positiva per MCV precoce, o MCV ricorrente nonostante terapia con statina. I risultati con i nuovi markers rimangono controversi anche quando questi vengano aggiunti alle Carte del Rischio per aumentarne la predittività. Sebbene il Reynolds risk score mostri di migliorare significativamente la predizione del rischio CV globale grazie alla aggiunta della hs-PCR, altri studi, come l'ARIC (Atherosclerosis Risk In Communities) non hanno confermato queste osservazioni. Ulteriori tentativi di utilizzare punteggi derivati da multipli biomarkers (PCR, BNP, NT-pro BNP, aldosterone, renina, fibrinogeno, D - dimer, PAI-1, omocisteina, rapporto albumina/creatinina) ed altri ancora, non hanno dato i risultati sperati. Inoltre aumentare il numero delle variabili comporta anche una serie di svantaggi: i sistemi diventano più complessi, difficili da applicare con un maggior dispendio di tempo e costi<sup>[1,2]</sup>.

### *Il ruolo dell'imaging nel riconoscimento dell'aterosclerosi subclinica*

Utilizzare l'imaging come screening in soggetti asintomatici può essere rilevante perché: 1) individuare l'aterosclerosi in maniera diretta è verosimilmente meglio che identificare i FR dell'aterosclerosi; 2) l'imaging può riclassificare soggetti a rischio basso - intermedio nella categoria dell'alto rischio nella quale è indicata una prevenzione più intensiva; 3) l'identificazione diretta dell'aterosclerosi può aumentare l'aderenza alla terapia<sup>[5]</sup>. Sono state proposte diverse tecniche di imaging. Tra queste l'ecografia Doppler, per lo studio della carotide, o dei vasi periferici o dell'Aorta addominale quali sedi di malattia aterosclerotica. Si tratta di tecniche non invasive, a costo relativamente basso e che non espongono a radiazioni ionizzanti. Lo spessore medio - intimale carotideo (carotid intimal - media thickness, CIMT) è un indicatore di rischio CV ben conosciuto e supportato da numerose evidenze epidemiologiche. Nello Studio ARIC l'aggiunta del CIMT o la presenza di placche aterosclerotiche carotidiche ai FR tradizionali del FRS, consentiva di riclassificare il 23% dei 13,145 soggetti studiati<sup>[5,6]</sup>. Il 61.9% di quelli classificati a rischio intermedio (FRS score = 5% - 20% a 10 anni) erano riclassificati a basso rischio. Risultati analoghi erano stati ottenuti

nel CAPS (Carotid Atherosclerosis Progression Study)<sup>[5]</sup>. I limiti maggiori di questa metodica rimangono la variabilità inter - osservatore ed intra - osservatore e quella inter - test, che limitano la riproducibilità nel singolo individuo<sup>[6]</sup>. Sia il Doppler vascolare periferico che l'ecografia dell'Aorta addominale sono indicati in soggetti selezionati. In particolare, il calcolo dell'indice caviglia braccio (ankle - brachial index, ABI) si è rivelato un potente indicatore di eventi CV<sup>[5,6]</sup>. La misura dell'ABI è semplice, poco costosa ed accurata, con una sensibilità del 97% ed una specificità del 100% rispetto all'angiografia. Lo screening dell'Aneurisma dell'Aorta Addominale (AAA) è indicato, con poche differenze di indicazione tra le diverse Società Scientifiche, in uomini di età compresa tra 65 e 75 anni che non hanno mai fumato o d'età > 50 anni con familiarità per la malattia<sup>[6]</sup>. Il Coronary Artery Calcium Score (CACS) è stato proposto come marker di cardiopatia ischemica ed ha mostrato un elevato valore predittivo negativo, ovvero la presenza di un CACS uguale a zero in soggetti asintomatici esclude di fatto la malattia. Tuttavia, poiché questo indice derivato dalla EBCT (electron beam computed tomography) non viene di fatto utilizzato in Italia, una possibile alternativa sarebbe quella di utilizzare il cosiddetto "score del calcio dei poveri". Infatti, depositi di calcio sulla

valvola aortica e/o l'apparato valvolare mitralico visibili con la semplice ecocardiografia transtoracica (ETT) bidimensionale sono associati ad una maggiore morbilità e mortalità CV [86 - 89] e spesso coesistono con calcificazioni analoghe a livello coronarico e carotideo, suggerendo la comune patogenesi. Altri surrogati di aterosclerosi rilevabili con ETT sono l'ipertrofia VS ed in generale le alterazioni geometriche del VS che, come markers di danno d'organo, hanno un ben noto valore prognostico. Recentemente, il mappaggio selettivo delle velocità di flusso dell'arteria coronaria Discendente Anteriore (DA), dal livello prossimale a quello distale, utilizzando la ETT Doppler è stato proposto come metodo in grado di dare informazioni sulla funzionalità del circolo coronarico. Si tratta di una modalità diagnostica innovativa in grado di evidenziare la presenza di stenosi in grado di limitare il flusso coronarico. Una velocità di flusso > 70 cm/s è considerata patologica e correla con la presenza di una stenosi significativa (> 50%) sulla DA. Una valutazione ultrasonografica integrata di diversi distretti vascolari come quello carotideo e coronarico potrebbe fornire nel prossimo futuro informazioni di natura anatomico - funzionale di cruciale importanza per lo screening delle MCV, e su questo specifico target è appena iniziato uno studio prospettico multicentrico italiano,

denominato Active project, con l'endorsement dell'Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO. La controversia attuale tra la strategia aggressiva di screening proposta dai ricercatori dello SHAPE<sup>[7]</sup> (imaging a tutti gli uomini asintomatici d'età tra 45 e 75 anni e alle donne tra 55 e 75 anni mediante CACS o ecodoppler carotideo) e la strategia conservativa proposta dall'American College of Preventive Medicine (ACPM) e condivisa dalle altre Società Scientifiche che non raccomandano screening di routine nella popolazione generale, rimane dunque aperta e quanto mai attuale<sup>[6]</sup>. Per tentare di dare una risposta sulla sostenibilità di un imaging "ecologico" in ambito di identificazione di aterosclerosi pre-clinica e prevenzione mirata è appena iniziato uno studio prospettico multicentrico italiano, denominato Active Project, che grazie al sostegno anche dell'Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO, ha lo scopo di analizzare e validare parametri ecocardiografici, flussimetrici coronarici e vascolari carotidei, ottenuti contemporaneamente dallo stesso operatore e nella stessa seduta in soggetti con grado variabile di rischio cardiovascolare sulla base della Carta del Rischio.

#### Bibliografia

1. Lloyd-Jones DM. Cardiovascular risk prediction. Basic concepts, current status, and future directions. *Circulation* 2010;121:1768-1777.
2. Hobbs FD, Jukema JW, Da Silva PM,

McCormack T, Catapano AL. Barriers to cardiovascular disease risk scoring and primary prevention in Europe. *QJM* 2010 103(10): 727-739.

3. Hlatky MA, Greenland P, Arnett DK, Ballantyne CM, Criqui MH, Elkind MSV, Go AS, Harrell FE, Jr, Hong Y, Howard BV, Howard VJ, Hsue PY, Kramer CM, McConnell JP, Normand SLT, O'Donnell CJ, Smith SC, Jr, Wilson PWF, MD; on behalf of the American Heart Association Expert Panel on Subclinical Atherosclerotic Diseases and Emerging Risk Factors and the Stroke Council. Criteria for Evaluation of Novel Markers of Cardiovascular Risk A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2009;119:2408 - 2416.

4. Nordestgaard BG, Chapman MJ, Ray K, Borén J, Andreotti F, Watts GF, Ginsberg H, Amarenco P, Catapano A, Descamps OS, Fisher E, Kovanen PT, Kuivenhoven JA, Lesnik P, Masana L, Reiner Z, Taskinen MR, Tokgözoğlu L, Tybjaerg-Hansen A. European Atherosclerosis Society Consensus Panel. Lipoprotein(a) as a cardiovascular risk factor: current status. *Eur Heart J*. 2010 Dec;31(23):2844-53.

5. Shah PK. Screening asymptomatic subjects for subclinical atherosclerosis: can we, does it matter, and should we? *J Am Coll Cardiol* 2010;56:98-105.

6. Lim LS, Haq N, Mahmood S, Hoeksema L, and the ACPM Prevention Practice Committee. Atherosclerotic Cardiovascular Disease Screening in Adults American College of Preventive Medicine Position Statement on Preventive Practice. *Am J Prev Med* 2011;40(3):380-381.

7. Naghavi M, Falk E, Hecht HS, Jamieson MJ, Kaul S, Berman D, Fayad Z, Budoff MJ, Rumberger J, Naqvi TZ, Shaw LJ, Faergeman O, Cohn J, Bahr R, Koenig W, Demirovic J, Arking D, Herrera VLM, Badimon J, Goldstein JA, Rudy Y, Airaksinen J, Schwartz RS, Riley WA, Mendes RA, Douglas P, Shah PK. From vulnerable plaque to vulnerable patient, part III: executive summary of the Screening for Heart Attack Prevention and Education (SHAPE) Task Force Report. *Am J Cardiol*. 2006;98:2-15.



Il 15% - 35% dei pazienti affetti da scompenso cardiaco arruolati nei principali Trial clinici presenta anche diabete

## La terapia del diabete nel paziente con scompenso cardiaco acuto e cronico

STEFANIA DE FEO, ANGELA BEATRICE SCARDOVI, RENATA DE MARIA, GIULIA RUSSO

*«Heart failure.  
The frequent, forgotten, and often fatal complication of diabetes»*

**L**o scompenso cardiaco ed il diabete mellito rappresentano due patologie ad altissima incidenza e con continua espansione epidemiologica. Le due condizioni cliniche inoltre spesso coesistono. Infatti il 15% - 35% dei pazienti affetti da scompenso cardiaco arruolati nei principali Trial clinici presenta anche diabete: per fare alcuni esempi, il 15% nel SOLVD - prevention, il 26% nel SOLVD - treatment, il 28% nell'USCT, il 26% nel COPERNICUS e il 25% nel MERIT - HF; la percentuale aumenta al 36% nello Studio BEST, che ha arruolato pazienti in classe funzionale NYHA III - IV. La proporzione di pazienti diabetici è un pò più elevata nei Registri, che presentano una popolazione meno selezionata rispetto

a quella dei Trial clinici: nel Registro SOLVD il 23% dei pazienti era diabetico, il 27% nell'Euro Heart Failure Survey, il 40% nel Registro americano ADHERE su pazienti con scompenso cardiaco acuto; in particolare, nello stesso Registro il 40% dei pazienti con scompenso cardiaco da disfunzione sistolica e il 45% dei pazienti con scompenso cardiaco a funzione sistolica conservata era diabetico. Diversi Studi hanno dimostrato che esiste una stretta ed indipendente relazione tra scompenso cardiaco e diabete.

- Il diabete mellito contribuisce all'insorgenza dello scompenso cardiaco e all'evoluzione dalla disfunzione ventricolare asintomatica allo scompenso cardiaco conclamato, attraverso meccanismi indiretti (comorbidità associate) e diretti (metabolici). Un editoriale di alcuni anni fa si intitola-

va proprio "Heart failure. The frequent, forgotten, and often fatal complication of diabetes" e riconosceva una triade tossica correlata al diabete che contribuisce all'insorgenza di scompenso cardiaco: 1. l'ischemia miocardica, di cui il diabete rappresenta il principale fattore di rischio; 2. la più elevata prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare nei soggetti diabetici, come ipertensione arteriosa ed obesità; 3. un'azione tossica diretta, mediata da anomalie metaboliche, tra cui l'iperglicemia stessa, con meccanismi ancora non del tutto conosciuti, e dall'attivazione del sistema neuro - ormonale, meccanismi congiuntamente alla base della cosiddetta "cardiomiopatia diabetica", caratterizzata da ipertrofia, fibrosi interstiziale, microvasculopatia (Tabella 1)<sup>[1]</sup>. Il rischio di sviluppo di scompenso cardiaco cresce progres-

Anomalia metabolica	Meccanismo
Insulino - resistenza	Iperattività del sistema nervoso ortosimpatico Stile di vita sedentario Disfunzione endoteliale Perdita di massa muscolare Influenza di citochine (TNF-alpha, leptina)
Iperglicemia	
Aumento della concentrazione degli FFA (free fatty acids)	

Tabella 1 - Principali anomalie metaboliche nel paziente diabetico con scompenso cardiaco

Agente	Meccanismo d'azione ipoglicemizzante
Biguanidi: metformina	Riducono la produzione di glucosio da parte del fegato. Stimola il metabolismo non ossidativo del glucosio nei tessuti periferici
Sulfoniluree: Glibenclamide (gliburide), glipizide, clorpropamide, tolazamide, adetoexamide, tolbutamide, glimepiride	Aumentano il rilascio di insulina tramite recettori sulle $\beta$ -cellule e forse riducono la resistenza all'insulina; si caratterizzano per una lunga durata d'azione
Tiazolidinedioni: rosiglitazone, pioglitazone	Aumentano la sensibilità periferica all'insulina tramite l'attivazione di recettore PPAR- $\gamma$
Analoghi del GLP-1: exenatide	
Inibitori $\alpha$ -glucosidasi: acarbose, miglitol	Ritardano l'assorbimento dei carboidrati, ritardandone la degradazione in zuccheri semplici
Insulina	Aumenta l'apporto di insulina

Tabella 2 - Farmaci ipoglicemizzanti e loro meccanismi di azione

sivamente per valori di emoglobina glicata più elevati, con un incremento di circa il 16% per ogni aumento di punto percentuale dell'Hb glicata<sup>[2]</sup>.

• Il diabete mellito aggrava la prognosi dei pazienti affetti da scompenso cardiaco. La prima dimostrazione dell'importanza prognostica del diabete deriva da una sottoanalisi del trial SOLVD treatment, in cui la mortalità cardiovascolare e totale era risultata più elevata nei pazienti diabetici rispetto ai non diabetici<sup>[3]</sup>. Il dato è

stato successivamente confermato da numerosissime altre osservazioni.

• Il diabete influenza il trattamento dei pazienti con scompenso cardiaco. È noto che i pazienti diabetici spesso ricevono meno trattamenti di dimostrata efficacia, soprattutto per quanto riguarda i betabloccanti, per il timore di possibili effetti collaterali o interferenze sul controllo metabolico.

### La terapia del diabete

Due importanti domande pone il Cardiologo al Diabetologo.

1. Quale target ci si deve porre nel controllo della glicemia? Generalmente per valutare il controllo glicemico viene utilizzata la determinazione dell'emoglobina glicosilata (HbA1c), ovvero una misura quantitativa della glicosilazione covalente, non enzimatica, dell'emoglobina, che si verifica durante tutta la vita degli eritrociti e che è in rapporto quasi lineare con la glicemia media dei due mesi precedenti la determinazione. Nei pazienti diabetici, uno scarso controllo me-

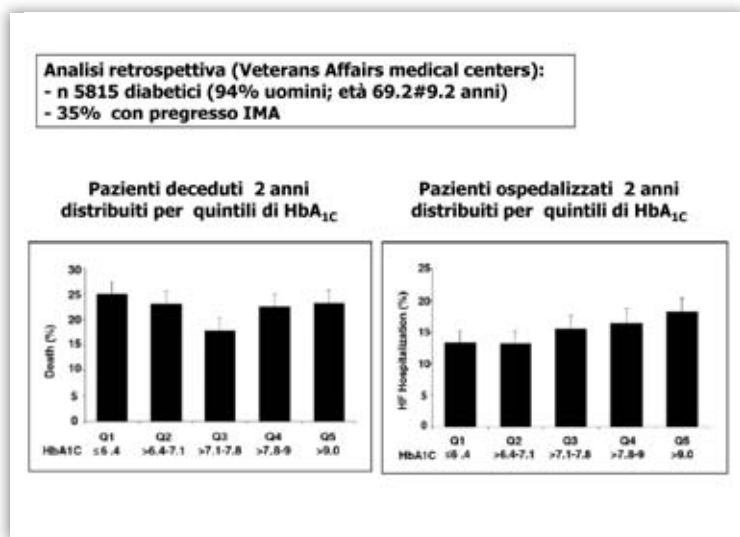


Figura 1  
 Correlazione tra quintili di HbA<sub>1c</sub> ed eventi.  
 Tratto da Aguilar D. et al<sup>[5]</sup>

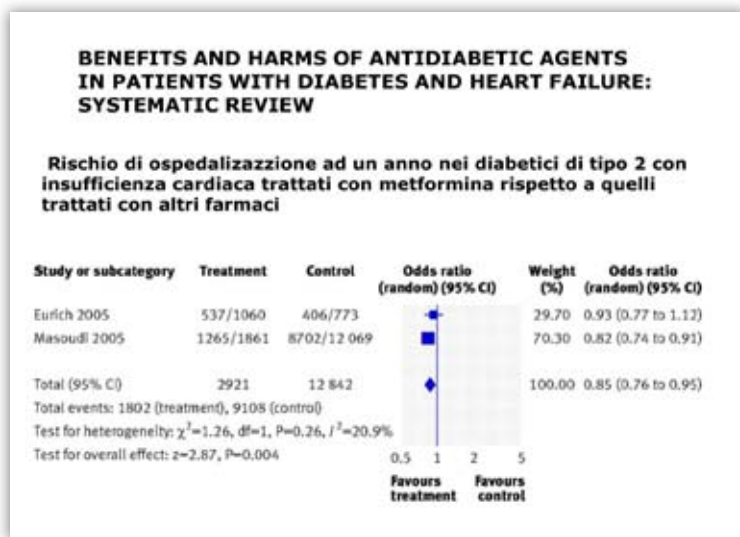


Figura 2  
 Trattamento con metformina nei pazienti diabetici con scompenso cardiaco.  
 Modificata da Eurich DT et al<sup>[6]</sup>

tabolico, indicato da elevati valori di HbA<sub>1c</sub>, è associato ad un incremento del rischio di sviluppo di scompenso cardiaco o delle altre complicanze micro- e macro- vascolari. In un piccolo studio su 123 pazienti con scompenso cardiaco avanzato (frazione di eiezione media 25±7%) e diabete mellito, Eshaghian e coautori riportarono una inattesa relazione inversa tra HbA<sub>1c</sub> e mortalità: i pazienti con HbA<sub>1c</sub> ≤7% presentavano una mortalità totale del 35% a due anni, in confronto al 20% dei pazienti con HbA<sub>1c</sub> >7% (OR 2.3; 95% IC 1.3 - 5.2)<sup>[4]</sup>. In una successiva analisi retrospettiva del gruppo Veterans Affairs condotta su

5.815 pazienti ambulatoriali diabetici con scompenso cardiaco, gli autori valutavano il rapporto tra quintili crescenti di HbA<sub>1c</sub> e il rischio di morte ospedalizzazioni: a due anni di follow-up, l'associazione tra mortalità e HbA<sub>1c</sub> assume una conformazione ad "U", con il rischio di morte più basso per i pazienti nel quintile a modesto controllo della glicemia (valori di HbA<sub>1c</sub> tra 7.1% e 7.8%) rispetto ai quintili inferiori e superiori. Il tasso di ospedalizzazione incrementava invece con l'aumento del valore di HbA<sub>1c</sub>, pur con un'associazione statisticamente non significativa all'analisi multi-variata comprendente altre variabili

cliniche (Figura 1)<sup>[5]</sup>. I meccanismi non sono completamente noti, ma si ipotizza da una parte il pericoloso effetto di eventuali ipoglicemie, dall'altro l'ipotesi che, almeno in alcuni pazienti, una bassa HbA<sub>1c</sub> potrebbe essere non un indice di un buon controllo metabolico, ma un marker di catabolismo, e quindi di stadio clinico più avanzato.

2. Quale antidiabetico utilizzare? Molti sono i farmaci attualmente disponibili per il controllo della glicemia (Tabella 2). Metformina. Si tratta di un farmaco attualmente molto utilizzato, in tutti gli stadi del diabete, sia in monoterapia che in associazione.

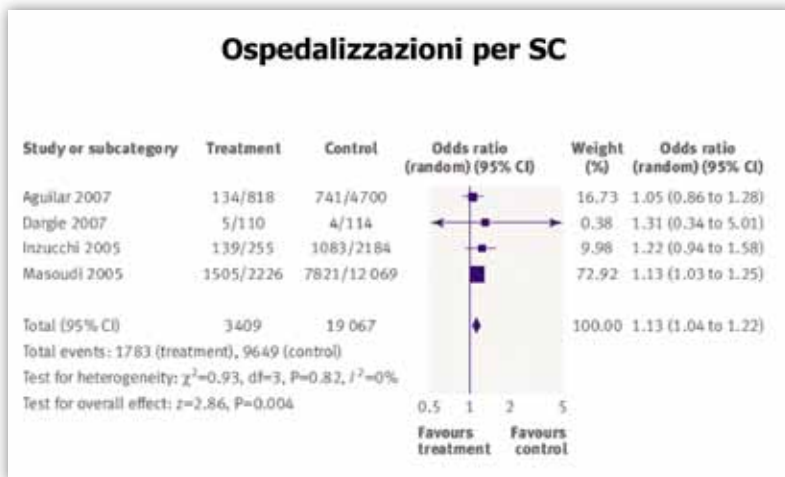
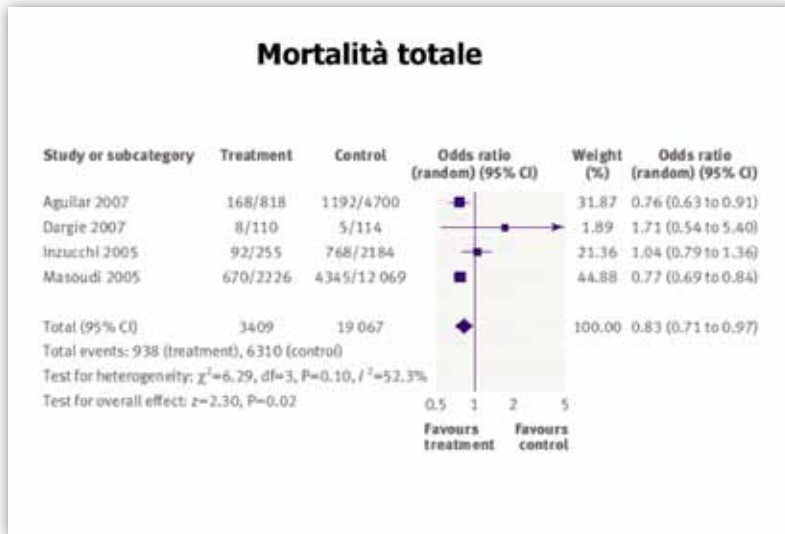


Figura 3  
 Trattamento con tiazolidinedioni nei pazienti diabetici con scompenso cardiaco  
 Modificata da Eurich DT et al [6]

Una recente metanalisi<sup>[6]</sup> che ha incluso due studi osservazionali retrospettivi e non randomizzati suggerisce che la metformina può essere utilizzata in pazienti diabetici con scompenso cardiaco e può portare ad un miglioramento della prognosi rispetto agli altri trattamenti orali (Figura 2). Nella coorte canadese, il trattamento con metformina si associava ad una riduzione della mortalità ad un anno (RR 0.66, 95% IC 0.44 - 0.97; end - point combinato mortalità totale + ospedalizzazioni RR 0.83, 95% IC 0.70 - 0.99) rispetto alle sulfoniluree<sup>[7]</sup>. Anche nella coorte americana, su 16.417 di pazienti diabetici ricoverati per

instabilizzazione di scompenso, il trattamento con metformina si associava ad una ridotta mortalità ad un anno (24.7% rispetto a 36% nei pazienti che ricevono insulina o sulfoniluree,  $p<0.0001$ ; RR 0.87, CI 0.78 - 0.97)<sup>[8]</sup>. Infine, in un recente studio che ha considerato 401 pazienti con scompenso cardiaco avanzato (FE media  $24\pm 7\%$ , 42% in classe NYHA III e 45% in classe NYHA IV), la sopravvivenza ad un anno era 91% per i pazienti trattati con metformina rispetto a 76% nei rimanenti ( $p=0.007$ ) e a due anni 78% rispetto a 63% ( $p=0.007$ )<sup>[9]</sup>. Sulfoniluree. Sono farmaci spesso utilizzati nei pazienti diabetici. L'effetto

collaterale più temuto è l'ipoglicemia, rischio che non è presente con gli altri ipoglicemizzanti orali. Per gli altri dimostrati effetti negativi sul sistema cardiovascolare, che includono riduzione del flusso coronarico a riposo, effetti negativi sulla contrattilità miocardica della glibenclamide in modelli animali, dubbio effetto pro aritmico e riduzione del preconditionamento ischemico, l'attuale utilizzo in pazienti cardiopatici è marginale. Tiazolidinedioni. Sono di potenziale interesse nei pazienti con scompenso cardiaco per alcuni loro effetti positivi: aumento della sensibilità all'insulina, miglioramento della va-



sodilatazione endotelio - dipendente, riduzione del tono simpatico. Tuttavia l'effetto collaterale più temibile nei pazienti con scompenso cardiaco è l'aumento della ritenzione idrica, con conseguente aumento della volemia, congestione polmonare e periferica, soprattutto in pazienti in trattamento concomitante con insulina (5%). Il meccanismo della ritenzione idrica non è completamente noto: è stato ipotizzato un aumento della ritenzione di sodio con conseguente espansione del volume tramite i recettori PPAR- (peroxisome proliferator - activated receptor) nei dotti collettori, un aumento della permeabilità endoteliale ed un incremento del trasporto intestinale di ioni. La stessa metanalisi prima menzionata<sup>[6]</sup>, ha integrato quattro principali studi che hanno valutato l'utilizzo dei tiazolinedioni in pazienti con scompenso cardiaco, concludendo per un vantaggio sulla sopravvivenza per i pazienti che ricevono tale trattamento, a scapito però di un aumento delle ospedalizzazioni. Pertanto l'American Diabetes Association e l'American Heart Association hanno riconosciuto un possibile utilizzo dei tiazolinedioni in pazienti con scompenso cardiaco in classe NYHA I e II, iniziando da bassi dosaggi e sotto stretto controllo del peso e dello stato di compenso, ma una controindicazione in pazienti in classe NYHA III

e IV. Analoghi GLP-1 (glucagonlike peptide-1). Non ci sono evidenze sul loro utilizzo in pazienti con scompenso cardiaco. Studi sperimentali su modelli animali hanno dimostrato effetto positivi sul sistema cardiovascolare (miglioramento della contrattilità miocardica, miglioramento della funzione endoteliale e vasodilatazione endotelio dipendente, azioni centrali sul sistema autonomo). Piccoli studi su pazienti con disfunzione ventricolare sinistra sembrano confermare l'effetto cardioprotettivo del GLP-1, al di là della riduzione della glicemia<sup>[10]</sup>. Un limite del GLP-1 sta nella necessità di somministrazione endovenosa continua, in quanto il farmaco viene rapidamente metabolizzato. Sono stati recentemente messi a punto degli analoghi sintetici (exenatide e liraglutide), somministrabili per via orale. Insulina in cronico. Alcuni studi hanno suggerito un peggioramento della prognosi nei pazienti con scompenso cardiaco e diabete mellito trattati con insulina. Ad esempio, in un'analisi retrospettiva, 132 dei 554 pazienti consecutivi con scompenso cardiaco avanzato erano diabetici. La sopravvivenza ad un anno è risultata del 89.7% per i non diabetici, rispetto a 85.8% nei diabetici che non ricevevano insulina e del 62.1% nei pazienti in trattamento con insulina. In particolare, il trattamento con insulina è risultato un

predittore indipendente di prognosi in questi pazienti [OR 4.30, CI 1.69 - 10.94]<sup>[11]</sup>. L'effetto del trattamento con insulina è stato valutato anche nello studio CHARM (Candesartan in heart failure: assessment of reduction in mortality and morbidity). Anche se il trattamento con insulina non è stato confrontato direttamente con altri farmaci antidiabetici, un'analisi grezza dei dati suggerisce che il trattamento con insulina si associ ad un aumento del rischio di mortalità totale [OR 1.25, CI 1.03 - 1.51] e mortalità cardiovascolare più ospedalizzazioni per scompenso cardiaco [OR 1.55, CI 1.29 - 1.86]<sup>[12]</sup>. All'opposto l'analisi retrospettiva statunitense su oltre 16.000 diabetici con scompenso cardiaco già citata<sup>[8]</sup> non individuava nessuna associazione tra insulina e mortalità [OR 0.96, CI 0.88-1.05]. Questa disparità di risultati suggerisce che il trattamento insulinico non sia causa diretta di un peggioramento della prognosi dei pazienti, ma rappresenti un marker di una malattia metabolica più avanzata, in cui probabilmente le complicanze micro - e macro - vascolari si sono già verificate.

### ***Pazienti diabetici con scompenso cardiaco acuto***

Nessuno studio clinico ha valutato il trattamento diabetico in pazienti con scompenso cardiaco acuto. Gli unici studi a nostra disposizione riguardano

<b>Trattamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• correggere immediatamente l'iperglicemia &gt;200 mg/dL con insulina sc/ev</li> <li>• nel caso di persistenza di glicemia elevata (&gt;180 mg/dL) considerare l'infusione di insulina</li> </ul>
<b>Quale target nel paziente critico (UTIC, Rianimazione?)</b>	glicemia $\geq 140$ <180 mg/dL

Tabella 3 - Trattamento dell'iperglicemia nel paziente con scompenso cardiaco acuto secondo le Linee Guida

pazienti diabetici ricoverati in reparti di terapia intensiva, per diverse motivazioni cliniche: con la dovuta cautela possiamo traslare i risultati ottenuti in questi pazienti ai soli pazienti ammessi in terapia intensiva per scompenso cardiaco acuto. In questi pazienti, indipendentemente dalla diagnosi e dal reparto di ricovero (Rianimazione o UTIC) una elevata glicemia all'ingresso si associa ad un peggioramento della prognosi. La correlazione con la prognosi è sovrapponibile sia che l'iperglicemia sia espressione di un diabete mellito già noto e in trattamento, oppure di un diabete non noto e non in trattamento, oppure che si tratti di "iperglicemia da stress". Il trattamento di questi pazienti è poco codificato: le Linee Guida europee ci dicono che lo scompenso cardiaco acuto si associa spesso ad iperglicemia e ad un peggioramento del controllo metabolico; gli antidiabetici orali dovrebbero essere sospesi e il controllo della glicemia dovrebbe essere ottenuto con insulina (Tabella 3). I valori di glicemia target sono compresi tra 140 e 180 mg/dL, in modo da evitare il rischio di ipoglicemia, complicanza di difficile gestione in questi pazienti. Non da ultimo, l'associazione di scompenso cardiaco e diabete rappresenta un contesto in cui implementare strategie di riabilitazione cardiologica e di prevenzione secondaria, con correzione

dei fattori di rischio, educazione del paziente e applicazione di uno stile di vita adeguato (controllo del peso, regolare attività fisica).

#### Bibliografia

1. Bell DSH. Heart failure. The frequent, forgotten, and often fatal complication of diabetes. *Diabetes care* 2003;26:2433-2441.
2. Stratton IM, Adler AI, Neil HAW, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, Hadden D, Turner RC, Holman RR. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ* 2000;321:405-412.
3. Shindler DM, Kostis JB, Yusuf S, Quinones MA, Pitt B, Stewart D, Pinkett T, Ghali JK, Wilson AC. Diabetes mellitus, a predictor of morbidity and mortality in the studies of left ventricular dysfunction (SOLVD) trials and registry. *Am J Cardiol* 1996;77:1017-1020.
4. Eshaghian S, Horwich TB, Fonarow GC. An unexpected inverse relationship between HbA1c levels and mortality in patients with diabetes and advanced systolic heart failure. *Am Heart J* 2006;151(1):91-96.
5. Aguilar D, Bozkurt B, Ramasubbu K, Deswal A. Relationship of hemoglobin A1C and mortality in heart failure patients with diabetes. *J Am Coll Cardiol* 2009;54:422-428.
6. Eurich DT, McAlister FA, Blackburn DF, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Varney J, Johnson JA. Benefits and harms of anti-diabetic agents in patients with diabetes and heart failure: systematic review. *BMJ* 2007;335(7618):497-507.
7. Eurich DT, Majumdar SR, McAlister FA, Tsuyuki RT, Johnson JA. Improved clinical outcomes associated with metformin in patients with diabetes and heart failure. *Diabetes Care* 2005;28:2345-2351.
8. Masoudi FA, Inzucchi SE, Wang Y, Havranek EP, Foody JM, Krumholz HM. Thiazolidinediones, metformin, and outcomes in older patients with diabetes and heart failure: an observational study. *Circulation* 2005;111:583-590.
9. Digish DS, Fonarow GC, Horwich TB.

Metformin Therapy and Outcomes in Patients With Advanced Systolic Heart Failure and Diabetes. *J Cardiac Fail* 2010;16(3):200-206.

10. Sokos GG, Nikolaidis LA, Mankad S, Elahi D, Shannon RP. Glucagon-like peptide-1 infusion improves left ventricular ejection fraction and functional status in patients with chronic heart failure. *J Card Fail*. 2006;12:694-699

11. Smooke S, Horwich TB, Fonarow GC. Insulin-treated diabetes is associated with a marked increase in mortality in patients with advanced heart failure. *Am Heart J* 2005;149:168-174.

12. Pocock SJ, Wang D, Pfeffer MA, Yusuf S, McMurray JJ, Swedberg KB, Ostergren J, Michelson EL, Pieper KS, Granger CB. Predictors of mortality and morbidity in patients with chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2006;27(1):65-75.





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](http://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](mailto:soci@anmco.it). Lo Statuto dell'ANMCO è consultabile alla pagina [www.anmco.it/associazione/statuto](http://www.anmco.it/associazione/statuto) del Sito WEB ANMCO e i relativi Regolamenti alla pagina [www.anmco.it/associazione/regolamenti/regolamenti](http://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

- Divisione di Cardiologia \*  Divisione di Cardiochirurgia\*  
 Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto \*  Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto\*  
 Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto \*  Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto\*  
 Divisione Medicina \*  CNR  
 Ambulatorio\*  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

- Direttore di dipartimento  Direttore Generale  Direttore Sanitario  
 Direttore di struttura complessa  Responsabile di struttura semplice  Dirigente Medico  
 Ricercatore  Borsista  Specializzando  
 Ambulatoriale  Libero professionista  Altro

In quiescenza

Non di ruolo







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](http://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](http://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



# I premi della comunicazione vinti dalla Campagna "Il Valore della Vita"

## Freccia d'oro



Da sinistra: Salvatore Pirelli, Past President ANMCO, Cinzia Uboldi, Account Manager di CDM Milan, Fabio Cacciatore, Digital Director di CDM Milan



## Gran Prix Relational Strategies



Da destra: Luigi Oltrona Visconti, Presidente Regionale ANMCO Lombardia, Chiara Lattuada, Brand Communication Manager di AstraZeneca, Ignazio Iasiello, Managing Director di CDM Milan



**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.<sup>(1)</sup>

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

MORTALITÀ PER SINDROME CORONARICA ACUTA\*



1 • Goldberg RJ, et al. J Am Coll Cardiol. 2001;37(8):pp1A315A  
2 • Paragori E, et al. Epidemiologia delle sindromi coronariche acute in Italia. G Ital Cardiol. 2010;11:17-23

[ilvaloredellavita.it](http://ilvaloredellavita.it) • [artforheart.it](http://artforheart.it)



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri



Fondazione per il Tuo cuore - Onlus

L'ANMCO e la Fondazione "per il Tuo cuore" ringraziano la CDM Milan per l'appassionato impegno e AstraZeneca per il supporto incondizionato



## CONSIGLI DIRETTIVI REGIONALI ANMCO 2010 - 2012

### 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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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 Proclemer (Udine)

Antonio Riccio (Spilimbergo - PN)  
[www.anmco.it/regioni/elenco/friuli](http://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](http://www.anmco.it/regioni/elenco/lazio)

### LIGURIA



G. Mazzotta

*Presidente:* Gianfranco Mazzotta (La Spezia)  
*Consiglio Regionale:*  
Federica Airoldi (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](http://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](http://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 Pierrri (Ancona)  
Andrea Pozzolini (Fano - PU)

Ettore Savini (Fermo)  
[www.anmco.it/regioni/elenco/marche](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://www.anmco.it/regioni/elenco/toscana)

**PIEMONTE E VALLE D'AOSTA**



M.R. Conte

Paolo Scacciatella (Torino)

[www.anmco.it/regioni/elenco/piemonte](http://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](http://www.anmco.it/regioni/elenco/umbria)

**PUGLIA**



A. Villella

Luigi Stella (Gallipoli - LE)

[www.anmco.it/regioni/elenco/puglia](http://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](http://www.anmco.it/regioni/elenco/veneto)

## Non solo Cardiologia in Riabilitazione:

*un possibile luogo di incontro fra scienze naturali ed umane*



DI CARLO CIGLIA, LOREDANA MANTINI, LEONARDO PALOSCIA

Dopo l'evento acuto, il cardiopaziente ha bisogno di un percorso adeguato per tornare ad una "nuova vita"

**L**a Medicina supertecnologica di cui la Cardiologia è espressione paradigmatica, si presenta come la frontiera più avanzata e compimento di un lungo percorso di pensiero le cui radici filosofiche affondano nel Positivismo delle scienze naturali applicate alla sostanza vivente, con la pretesa dell'oggettività. Essa ha contribuito a cambiare la percezione sociale della Medicina alimentando talvolta aspettative e pretese di onnipotenza. Privilegiare lo studio delle malattie e delle cure migliori, secondo i dettami della Evidence Based Medicine, relega sullo sfondo gli aspetti relazionali ed emotivi dell'incontro con il malato? Già un secolo fa gli esponenti dell'incipiente

"nuovo pensiero" muovevano le loro critiche a questa impostazione della scienza medica. "La Medicina è una scienza dell'uomo vivente e l'uomo vivente è un soggetto... La soggettività insita nell'oggetto di conoscenza e nel soggetto conoscente e nel mondo circostante escludono a priori la possibilità di raggiungere una conoscenza oggettiva dell'uomo" (V. Weizsäcker). Riflessioni che misero e mettono ancora oggi in crisi la prassi medica. Forse diventa necessaria, per il medico contemporaneo, una frequentazione "discreta" delle scienze umanistiche, dell'ambito filosofico.

### **La Cardiologia Riabilitativa (CR)**

Sono ormai 30 anni che si è sviluppata questa particolare ottica di gestione della cronicità dopo un evento acuto.

Per cogliere gli obiettivi che la CR si è data quale "processo multifattoriale, attivo e dinamico, che ha come fine quello di favorire la stabilità clinica, di ridurre le disabilità conseguenti alla malattia e di supportare il mantenimento e la ripresa di un ruolo attivo nella società, con l'obiettivo di ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari, di migliorare la qualità della vita e di incidere complessivamente in modo positivo sulla sopravvivenza" (OMS), si è sentita la necessità di coinvolgere altri saperi, altre metodologie, non strettamente mediche. Gli strumenti utilizzati sono: ottimizzazione terapeutica, stabilizzazione clinica, training fisico, supporto psico - sociale e intervento educativo (LL.GG.ASSR 2005), interpretati da un team multidisciplinare: oltre al

## LA MEDICINA NARRATIVA

Narrare una storia è la strategia fondamentale che tutti gli uomini hanno individuato nei secoli per riconnettere ciò che è stato improvvisamente e brutalmente scombussolato

**“è proprio la natura temporale dell’esperienza umana che chiama alla narrazione”** (P. Ricoeur)

### Narrazione:

co - costruzione tra chi racconta e chi ascolta

### Storia:

della guarigione possibile che il Professionista co - costruisce col paziente

L. Zannini - “Medical humanities e Medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura” Raffaello Cortina Editore, 2008



## COS'È LA MEDICINA

**Una co - costruzione tra chi racconta e chi ascolta** per arrivare a una guarigione possibile in cui il ruolo del malato è altrettanto importante di quello del medico pur nell’ambito di una relazione asimmetrica, ma con la prospettiva di una convergenza.

**E’ possibile operare con questa ottica nella medicina di oggi e dove?**



Cardiologo, Fisioterapista, Psicologo, infermiere “dedicato”, dietologo e altre competenze specialistiche per gestire le comorbidità. I dati deludenti sulle recidive di eventi o sulla gestione della cronicità a fronte dei brillantissimi risultati ottenuti nella fase acuta delle malattie cardiovascolari, pongono domande ancora senza risposte soddisfacenti. D’altra parte, le degenze sempre più brevi in UTIC e Cardiochirurgia non consentono al paziente di capire, di cogliere il “senso” della malattia, penalizzando l’impostazione di una corretta ed efficace Prevenzione. E poi: può funzionare un programma ambizioso quale è quello della Prevenzione nel lungo periodo (l’acuzie dura pochi giorni, il resto è vita) senza riferirsi ad una scienza che includa nel suo statuto la relazione, l’intersoggettività? Una impostazione meccanicistica della Medicina che le metta tra parentesi, appare oggi francamente anacronistica. Da molti decenni il modello bio - psico - sociale della Medicina considera la malattia non solo come deviazione dalla norma di parametri biologici (disease), ma anche vissuto del paziente (illness) col suo riverbero sociale (sickness).

### La “nostra” CR

Da circa 15 anni tocchiamo con mano la complessità della relazione con pazienti sopravvissuti ad un infarto miocardico, intervento di cardiocirurgia o portatori di gravi patologie croniche come scompenso cardiaco, spesso anziani con comorbidità e scarso supporto psico - sociale. Ci sono sembrati particolarmente “nuovi” ed appropriati per la CR gli assunti

fondanti della Medicina Antropologica (o, se vogliamo, della Antropologia Medica) apparsa circa un secolo fa in Germania con V.v. Weizsäcker: “introdurre il soggetto in biologia; passare dalla malattia al malato; introdurre la psicologia in Medicina; introdurre l’Etica nella conoscenza”. La scoperta dell’Educazione Terapeutica del Paziente (esperienza europea e scuola di Padova), per cui “Solo entrando nella sua prospettiva, riconoscendo le sue emozioni, rappresentazioni e motivazioni, e rispettando i suoi tempi di rielaborazione cognitiva ed affettiva, sarà possibile contare sulla sua aderenza e collaborazione”, ci ha fornito un modello applicativo con gli strumenti del counselling motivazionale, così importanti in Prevenzione Cardiovascolare. Gli orizzonti della Medicina Narrativa (“è proprio la natura temporale dell’esperienza umana che chiama alla narrazione”, P. Ricoeur) ci spingono a considerare la prassi medica come “una co - costruzione” tra chi racconta e chi ascolta per arrivare a una guarigione possibile, in cui il ruolo del malato è altrettanto importante di quello del medico, pur nell’ambito di una relazione asimmetrica, ma con la prospettiva di una convergenza. In effetti “la malattia è un testo complesso, che ha molti lettori: Medici, Operatori Sanitari, malato e suo entourage. Tutti concorrono a darne una spiegazione dalla propria ottica” (L. Zannini). Il team che accoglie un paziente in CR è chiamato a gestire un “trauma” (intervento cardiocirurgico, infarto miocardico, procedura di angioplastica coronarica) insorto magari in pieno benessere e all’im-



Persistere in una impostazione meccanicistica della Medicina che metta tra parentesi la relazione e l'intersoggettività appare fortemente riduttivo

Il team che accoglie un paziente in CR è chiamato a gestire un "trauma" insorto talvolta in pieno benessere e all'improvviso

La CR: l'acuzie dura pochi giorni, il resto è vita

Ripensare la scientificità nel quadro dei valori del "prendersi cura"

L'impresa medica resta un'impresa comunque scientifica

provviso. La "diagnosi educativa" si concretizza nella narrazione "guidata" del percorso che ha portato in Cardiocirurgia o in UTIC. Chiedendoci/chiedendogli: Chi è? Che ha? Cosa sa e cosa fa della sua malattia? Che progetti ha?, otteniamo la più attendibile piattaforma scientifica per una accurata diagnosi e per impostare la migliore terapia, non solo farmacologica, con il suo coinvolgimento. Se il ruolo del malato è dettato dalla sua malattia, quello degli operatori che si prendono cura di lui va ritagliato su "quel" malato e deve cambiare ogni volta consapevolmente. La "categoria" del Paziente in CR non può essere inquadrata solo in una procedura. Coltivare questa metodologia, all'interno del team riabilitativo, non è intuitivo né spontaneo: è un percorso di formazione da richiamare e da estendere, incessantemente, ed è un lavoro creativo. Accogliamo circa 550 pazienti/anno e stiamo costruendo questo tipo di approccio da qualche anno, in mezzo a tante difficoltà locali e di temperie generale, che aleggiano sulla Sanità. Abbiamo tenuto Corsi di formazione per Cardiologi, MMG ed Infermieri per condividere questa modalità operativa (eventi ECM nel 2000, 2005, 2006, 2009). Accettare "l'esperienza di malattia come occasione di incontro fra i mondi del malato e del medico, che hanno tanto da dirsi" (I. Cavicchi), ci darà una misura diversa della prassi della Medicina. L'ottica multiculturale, che abbia come nucleo fondante la relazione, probabilmente sarà la spinta decisiva a cambiare i nostri luoghi di cura e gli operatori che vi lavorano, magari meno onnipotenti ma più accoglienti.

Nota bibliografica: per approfondire l'argomento si rimanda al numero speciale dedicato al tema della "Critica della Ragione Medica" della Rivista Teoria XXXI/2011/1 (Terza serie VI/1). Edizioni ETS - Pisa  
www.edizioniets.com/teoria/main.htm

#### LA MEDICINA NARRATIVA

Teoria della conoscenza della malattia basata tanto sulla spiegazione quanto sulla sua comprensione.

Il Medico, con la diagnosi, costruisce una conoscenza approfondita di una parte della malattia, quella biologica, facendo rimanere inesplorata la dimensione soggettiva della malattia.

**I pazienti continueranno ad avere le loro idee e a fare riferimento alla loro illness experience**



#### L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA

Stabilire una relazione educativa significa innanzitutto bussare rispettosamente alla "porta" del malato.

**Solo entrando nella sua prospettiva, riconoscendo le sue emozioni, rappresentazioni e motivazioni, e rispettando i suoi tempi di rielaborazione cognitiva ed affettiva, sarà possibile contare sulla sua aderenza e collaborazione**

Curare "con" il malato. L'E.T. come postura professionale  
R. Marcolongo, L. Bonadiman et al. Istituto Change 2006



DI DANIELA CHIAPPETTA E FRANCESCO GRECO

**L**il 16 aprile 2011 si è svolto a Cosenza il I Meeting Interregionale della Società Italiana di Cardiologia Invasiva SICI - GISE Calabria - Basili-

Interventisti ma anche Cardiologi Intensivisti, Infermieri di Unità Coronarica e di Sala di Emodinamica e Tecnici di Radiologia, nella visione più moderna della Cardiologia, di integrazione tra le diverse professio-

to farmacologico spicca l'introduzione nelle nuove Linee Guida europee di una tienopiridina di terza generazione, il Prasugrel, che grazie allo studio TRITON - TIMI 38 con più di 13.000 pazienti arruolati, ha ricevuto

## *Meeting Interregionale SICI - GISE* **Calabria - Basilicata** *Cosenza 16 aprile 2011*

### Update in Cardiologia Invasiva

cata, "Update in Cardiologia Invasiva", organizzato dal Dott. Francesco Greco (Dirigente Medico di I livello P.O. "Annunziata", Cosenza, Delegato Regionale SICI - GISE Calabria) e dal Dott. Giandomenico Tarsia (Dirigente Medico di I livello P.O. "San Carlo", Potenza, Delegato Regionale SICI - GISE Basilicata) con il patrocinio dell'ANMCO e della SIC. L'incontro era mirato a coinvolgere e a confrontare su tematiche di interesse quotidiano non soltanto Cardiologici

nalità, nell'intento di ottimizzare e uniformare percorsi gestionali e strategie di trattamento adeguati e in linea con gli attuali standard di cura. Presentazioni aggiornate e messe a punto da parte di esperti di settore, affiancate da discussioni interattive di casi clinici, hanno stimolato un vivace e costruttivo scambio di opinioni ed esperienze. Nel corso della mattina, in sessione plenaria, l'attenzione è stata rivolta alle Sindromi Coronariche Acute (STEMI, NSTEMI e angina instabile). Nell'ambito del trattamen-

un'indicazione classe I livello di evidenza B nello STEMI e classe IIa livello di evidenza B nel NSTEMI. La molecola esprimendo un effetto antiplastrinico più potente e più rapido e una minore variabilità nella risposta interindividuale supera di fatto alcuni limiti ben noti del Clopidogrel dimostrando, rispetto a questo ultimo, maggiore efficacia (riduzione del rischio relativo del 19% per morte, IM e stroke ad un follow - up medio di 14 mesi) e un profilo di sicurezza soddisfacente se si



escludono pazienti con precedenti eventi cerebrali vascolari, di età >75 anni e sotto i 60 kg. Ancora in termini di “safety” è emerso in maniera chiara come il sanguinamento rappresenti un predittore forte e indipendente di mortalità a breve e a lungo termine nel paziente ospedalizzato per SCA e/o sottoposto ad angioplastica coronarica. La scelta ragionata e individualizzata del trattamento antitrombotico e l’accesso radiale possono considerarsi misure efficaci nel ridurre significativamente gli eventi emorragici e migliorare sensibilmente la prognosi del paziente. Nell’ambito poi della gestione dello STEMI si è sottolineata la straordinaria crescita culturale e organizzativa, in questi ultimi anni, dei centri interventistici H24 operativi nelle due Regioni (ad oggi, 6 in Calabria e 1 in Basilicata) testimoniata appieno da un incremento costante, di anno in anno, del numero di angioplastiche primarie eseguite (circa 800 per 2 milioni e mezzo di abitanti), ribadendo tuttavia la necessità di implementare e ottimizzare il programma, già avviato sui due territori, di trattamento in “rete” dell’infarto miocardico acuto con elevazione del tratto ST. È emerso ancora con forza quindi la necessità di ridurre al massimo i tempi preospedalieri, di ottenere una riperfusione, preferibilmente meccanica, entro due ore dal primo contatto medico del paziente, e di implementare una strategia riperfusiva combinata (fibrinolisi - trasferimento immediato - PCI entro 3/24 ore) nei pazienti ad alto rischio giunti in presidi non dotati di emodinamica e in cui i

tempi di trasferimento per una riperfusione meccanica si prevedano superiori ai 90 minuti (evenienza nello specifico non infrequente se si considera il contesto orografico e la viabilità delle due Regioni). La sessione sullo STEMI si è chiusa su un argomento attuale e di grande interesse: come migliorare la riperfusione miocardica nell’angioplastica primaria, ricordando che solo il 35% dei pazienti ricanalizzati si riperfonde in maniera ottimale. Il tempo trascorso tra insorgenza dei sintomi e riapertura dell’arteria relata all’infarto gioca un ruolo determinante e, tra i dispositivi intracoronarici disponibili e farmaci a protezione del microcircolo, i devices di tromboaspirazione manuale hanno mostrato ottime performance ottenendo nelle Linee Guida ESC 2010 una indicazione di classe IIaA nel trattamento percutaneo della lesione culprit nello STEMI. L’uso dell’abciximab viene ristretto ai casi che presentano un alto contenuto trombotico (IIaA) e nel trattamento del no - reflow (IIaB) insieme all’Adenosina somministrata per via intracoronarica o endovenosa (IIbB). Nella sessione sulle ACS-NSTEMI sono emersi alcuni punti significativi. L’inquadramento del profilo di rischio del paziente, utilizzando i consolidati sistemi a punteggio, risulta determinante nel definire la tempistica della strategia invasiva che per i pazienti ad alto rischio clinicamente stabili (GRACE score >140) si inquadra entro le 24 ore (raccomandazione ESC 2010 IA). È stato quindi sottolineato che una strategia invasiva immediata, in questi pazienti, non offre alcun beneficio rispetto all’ini-

ziale stabilizzazione medica seguita dall’approccio invasivo precoce. Per i pazienti con GRACE score <140 un approccio invasivo può essere programmato entro le 72 ore senza alcun incremento di rischio (raccomandazione ESC 2010 IA). E a proposito di statine, un trattamento precoce e ad alte dosi, indipendentemente dal livello di colesterolo, dimostra di migliorare l’outcome procedurale e clinico a medio e lungo termine di questi pazienti grazie anche agli effetti pleiotropici. La sessione pomeridiana si è aperta sulle nuove frontiere dell’interventistica con approfondimento, da parte del Dott. Guagliumi, Presidente Nazionale GISE, in collegamento da Bergamo, della nuova metodica di imaging intracoronarico (dalle grandi potenzialità ma ancora di impiego clinico limitato) basata sulla emissione di un fascio di luce ad infrarossi, l’OCT i.e. Optical Coherence Tomography, che per la elevata risoluzione delle immagini (10 - 20  $\mu$ ) risulta particolarmente utile nell’identificare in maniera accurata la placca vulnerabile (caratteristiche del cappuccio fibroso e identificazione del core lipidico) e nel determinare il grado di endotelizzazione degli stent impiantati. Sono state poi affrontate tematiche innovative nell’ambito della interventistica strutturale come l’impianto per via percutanea di protesi valvolari aortiche e mitraliche. I due centri di Emodinamica della Regione Calabria, dotati di Cardiocirurgia on - site, il polo Universitario di Germaneto e il centro privato accreditato “S. Anna Hospital”, hanno presentato la loro esperienza che a seguito di un

programma iniziato nel 2009, ha registrato nel 2010 l'impianto di ben 67 protesi valvolari aortiche (23 Core Valve e 44 Edwards - Sapien) e 3 Mitra Clip. Tali procedure, effettuabile ad oggi solo in caso di controindicazione al trattamento chirurgico convenzionale, si sono dimostrate efficaci e di grande impatto sociale e sanitario in considerazione dell'aumento dell'età media della popolazione generale e delle comorbidità che spesso si associano. L'ultima sessione di taglio squisitamente tecnico ha affrontato il trattamento delle lesioni coronariche complesse. Gli esperti invitati a relazionare hanno fornito in maniera mirabile un concreto "know - how" all'approccio ai graft venosi, biforcazioni e CTO (occlusioni croniche totali), mettendo a fuoco le strategie più efficaci e attuali, discutendo di indicazioni, tecniche e risultati. In sintesi è emerso nell'ambito delle CTO, argomento affrontato magistralmente dal Prof. Galassi dell'Università di Catania, l'importanza di ricanalizzare il vaso occluso, comunque subordinata alla dimostrazione di vitalità miocardica, nei pazienti asintomatici, da definire caso per caso con le diverse metodiche di imaging non invasivo, e la necessità di operatori dedicati al fine di limitare i rischi procedurali, l'utilizzo di mezzo di contrasto e l'esposizione a radiazioni ionizzanti. A proposito del trattamento dei graft venosi il Dott. Lisanti, dell'Ospedale San Carlo di Potenza, ha ribadito la necessità assoluta di eseguire la procedura utilizzando i diversi



dispositivi intracoronarici di protezione embolica distale (raccomandazione ESC 2010 IA) e/o prossimale (raccomandazione ESC 2010 IIbB) al fine di ridurre l'elevato rischio di embolizzazione periferica, quindi di no - reflow e IM periprocedurale e ottenere un buon successo procedurale e clinico. Nell'approccio alle biforcazioni viene confermato il concetto che uno stent è meglio di due; la tecnica del singolo stent nel vaso principale riduce il tempo di procedura, di scopia, la dose totale di mezzo di contrasto e gli IM periprocedurali, identificandosi come strategia di scelta nel trattamento routinario delle biforcazioni. Qualora tuttavia si rendesse necessaria una strategia di due stent, rigorosamente a rilascio di farmaco, la tecnica "culotte" sembrerebbe offrire un minor tasso di restenosi rispetto alla "crush technique". Infine la Lettura del Prof. Indolfi, ordinario di Cardiologia

dell'Università Magna Grecia di Catanzaro, dal titolo "L'impatto della ricerca translazionale nella pratica clinica: la storia infinita degli stent coronarici", ha polarizzato l'attenzione degli uditori affrontando i vari step della ricerca: dall'introduzione degli stent metallici, la scoperta dei meccanismi della restenosi e dei suoi processi cellulari e molecolari, fino alle caratteristiche strutturali e di performance degli stent a rilascio di farmaco, affrontando il problema peculiare della trombosi tardiva, e concludendo su prospettive e attese della grande innovazione tecnologica contemporanea degli stent completamente bio - riassorbibili. La sessione infermieristica e tecnico - radiologica pomeridiana, disegnata su temi pratici e di ampio respiro, ha consentito l'approfondimento e lo scambio di esperienze sui diversi aspetti di radioprotezione e di assistenza infermieristica nel continuum tra sala di Emodinamica e Unità Coronarica. In conclusione, una giornata di confronto culturale di alto spessore scientifico, straordinariamente partecipata, che ha dato modo di mettere in luce la crescita sostanziale, accorsa in questi ultimi anni, della Cardiologia Interventistica delle due Regioni, sempre più in linea con gli standard operativi di gestione delle patologie cardiovascolari, in grado di offrire, oggi, soluzioni diagnostiche e terapeutiche di elevato livello qualitativo che vanno sempre più incontro alle esigenze e ai diritti di salute del cittadino.



## L'impegno dell'ANMCO Lazio contro il fumo Al via il Progetto LASCIA (ANMCO Lazio Smoking Cessation Initiative)

*Undici Ospedali del Lazio avviano un progetto comune per aiutare a smettere di fumare i pazienti reduci da una Sindrome Coronaria Acuta*

A CURA DEI CARDIOLOGI DEL PROGETTO LASCIA

**I**l fumo attivo rappresenta uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo della Cardiopatia Ischemica<sup>(1)</sup>. Inoltre, l'interruzione del fumo attivo dopo Sindrome Coronarica Acuta riduce di oltre il 40% il rischio relativo di morte<sup>(2,3)</sup>. A partire da queste evidenze, le autorità sanitarie nazionali e internazionali hanno ripetutamente

indicato fra gli obiettivi prioritari di salute pubblica una riduzione del rischio correlato al fumo<sup>(4)</sup>, da realizzarsi con strategie di diversa natura:

1. campagne di comunicazione rivolte alla popolazione generale (strategie di popolazione);
2. interventi di "smoking cessation" indirizzati ai fumatori, da realizzarsi in ambito sanitario (strategie individuali).

Tuttavia, nonostante le evidenze

scientifiche, le sollecitazioni degli enti sanitari nazionali e gli interventi delle Società Scientifiche, i Cardiologi del nostro paese sembrano avere significative difficoltà nella gestione pratica degli interventi finalizzati a favorire l'interruzione del fumo<sup>(5)</sup>. In effetti, un recente studio condotto nel Lazio, presentato durante il 42° Congresso Nazionale ANMCO a Firenze, dimostra che oltre il 60% dei pazienti con storia di tabagismo riprende a fumare

### Centri partecipanti al Progetto LASCIA

Ospedale S. Filippo Neri, Roma - F. Colivicchi, D. Mocini, A. Aiello  
 Ospedale S. Giovanni, Roma - G. F. Mureddu  
 Ospedale S. Andrea, Roma - S. Abbolito, F. Comito  
 Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina, Roma - P. Azzolini, A. Evangelista  
 Ospedale M. G. Vannini, Roma - G. Ansalone, S. D. Musarò  
 Ospedale Cristo Re, Roma - C. Baldo  
 Ospedale CTO, Roma - M. Uguccioni, C. Bisconti  
 Ospedale G.B. Grassi, Ostia, Roma - F. Ammirati, A. Remoli  
 Ospedale S. Sebastiano Martire, Frascati, Roma - C. Altieri  
 Ospedale di Formia, Latina - E. Daniele  
 Ospedale Belcolle, Viterbo - L. Sommara, E. Bruno

entro il primo anno dalla dimissione dopo una Sindrome Coronaria Acuta (tempo mediano alla ripresa del fumo 19 giorni)<sup>(6)</sup>. Preso atto di questa situazione, L'ANMCO Lazio ha avviato un programma di formazione per i Cardiologi ospedalieri della regione che consenta l'acquisizione delle nozioni fondamentali per l'effettiva realizzazione di interventi di "smoking cessation" nel contesto della prevenzione cardiovascolare secondaria dopo Sindrome Coronaria Acuta. A questo programma è stato dato il nome di "ANMCO LAZIO Smoking Cessation Initiative" - Progetto LASCIA. Il programma verrà realizzato grazie ad una liberalità incondizionata della Pfizer Italia.

#### Realizzazione del progetto

In prima istanza si è provveduto all'identificazione di alcuni reparti di Cardiologia della Regione Lazio dotati di ambulatori di Prevenzione Secondaria. Tali strutture hanno manifestato disponibilità a partecipare all'iniziativa. In particolare, ad oggi, hanno aderito al progetto 11 Ospedali della Regione Lazio (vedi Appendice). Si provvederà quindi all'acquisizione di una apparecchiatura per la misurazione del monossido di carbonio (CO) nell'aria espirata per ogni Centro coinvolto nell'iniziativa. Tale dispo-

sitivo permette di misurare la quantità di CO presente nell'aria emessa con l'espirazione. In particolare, viene misurato il numero di molecole di CO in un milione di parti di aria, che indica indirettamente la quantità di CO presente nel sangue come carbossi - emoglobina. Il valore ottenuto non corrisponde esattamente al numero di sigarette fumate ma fornisce maggiori informazioni relativamente alla quantità inalata di fumo. Questo dispositivo consentirà di verificare l'efficacia degli interventi volti a favorire la cessazione del fumo nei singoli pazienti. Il progetto prevede, inoltre, la realizzazione di un programma di formazione specifica per il personale medico ed infermieristico degli ambulatori di Prevenzione Secondaria dei Centri coinvolti. Tale programma si articolerà in più sessioni teorico - pratiche durante le quali il personale acquisirà:

1. le competenze per l'impiego delle apparecchiature sopra citate;
  2. le competenze di base per gestire direttamente un programma di "smoking cessation" in un contesto di prevenzione cardiovascolare secondaria.
- Alle attività di formazione contribuiranno Cardiologi Ospedalieri di provata esperienza nel settore, quali David Mocini e Piero Clavario. Successivamente, verrà attivato un registro

prospettico di follow - up per i pazienti con storia di tabagismo, che sono dimessi dai singoli Ospedali dopo una Sindrome Coronaria Acuta ed avviati ad un intervento strutturato volto a ridurre il rischio di ripresa del fumo. Il Progetto LASCIA si propone come un intervento di sensibilizzazione, formazione ed acquisizione di competenze tecnico - professionali, che potrà favorire la crescita culturale degli associati ANMCO e la possibilità di implementare interventi efficaci di miglioramento della qualità delle cure.

#### Bibliografia

1. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland L. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994; 309: 901-11.
2. Wilhelmsen J. Effects of Cessation of Smoking after Myocardial Infarction. *J Cardiovasc Risk* 1998; 5:173-6.
3. Pipe AL, Papadakis S, Reid RD. The role of smoking cessation in the prevention of coronary artery disease. *Curr Atheroscler Rep.* 2010; 12:145-50.
4. Pacifici R. Rapporto sul fumo in Italia, 2010. Istituto Superiore di Sanità. [www.iss.it](http://www.iss.it)
5. Bosio AC, Cecchini I. Smoking Cessation: realtà e prospettive di intervento in ambito cardiologico. *Ital Heart J* 2001; 2(Suppl1): 93-95.
6. F. Colivicchi, D. Mocini, M. Tubaro, A. Aiello, N. Aspromonte, M. Santini. Smoking relapse and mortality after acute coronary syndromes. *G Ital Cardiol* 2011; 12 (Suppl 1): 8S.

# Continuità di cure nel paziente scompensato in Lombardia

## Approvato Decreto Regionale

*Continuità assistenziale per lo Scompenso Cardiaco: dal ricovero alla Lettera di dimissione, alla riabilitazione*

DI GIUSEPPE DI TANO, TOMMASO DIACO, FABRIZO OLIVA, MICHELE SENNI

**L** quadro epidemiologico dello Scompenso Cardiaco (SC) in Lombardia non si discosta da quello nazionale: costante aumento negli anni del numero di ricoveri ospedalieri (17.5% x 100.000 abitanti nel 2003), elevata mortalità sia intraospedaliera (6,85% nell'anno; 6,91% a 30 gg; 14,39% entro il primo anno di ricovero) che nel medio periodo con una elevata frequenza di re - ospedalizzazioni. Il DRG 127 ("insufficienza cardiaca e shock") si attesta al secondo posto dopo il parto vaginale, con una degenza media di 9.0 giorni. Inoltre da una prospettiva relativamente diversa,

quella della Rete Riabilitativa (codice 56 "riabilitazione specialistica" + codici 28,60,75 e "mantenimento"), il numero di ricoveri per SC in Lombardia è aumentato del 36% nel periodo 2005 - 2009, portando il DRG 127, come emerge dai flussi delle SDO, a coprire attualmente circa il 17% di tutti i ricoveri riabilitativi. Questi dati epidemiologici regionali indirettamente confermano come da una lato, la risposta globale del Sistema Sanitario ai bisogni dei pazienti affetti da SC sia ancora lontana dal definirsi ottimale sia per la complessità della patologia che per le eterogeneità culturali, professionali, organizzative presenti a tutti i livelli, e dall'altro

come sia, alla fine proprio l'Ospedale, a subire prevalentemente il carico gestionale dello SC. Configurato ad affrontare prevalentemente lo SC acuto - nell'80% dei casi dovuto ad un peggioramento di un noto SC cronico - l'Ospedale appare frequentemente isolato, concepito come la soluzione più "rapida, disponibile e di facile accesso" ai bisogni del paziente scompensato. Un cospicuo numero di ospedalizzazioni risulta a posteriori a basso rischio ed evitabile con una adeguata gestione pre - ospedaliera o comunque limitata al PS/DEA. Se si considera inoltre che circa il 50% dei frequenti re - ricoveri viene precipitato da fattori potenzialmente modifica-



bili (comorbidità mal 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) si comprende come una gestione compartimentale dello SC, basata per lo più su interventi segmentari, mirati alla cura episodica delle instabilizzazioni, presenti evidenti limiti di efficacia, oltre ad essere economicamente svantaggiosa (la voce più consistente in termini di espansione di spese sanitarie risultano infatti essere le re - ospedalizzazioni). Al fine di migliorare la qualità della gestione del paziente scompensato l'ANMCO, consapevole del ruolo centrale ma non esclusivo del Cardiologo nella cura dello SC, promosse con notevole sforzo organizzativo e culturale, nel 2006, una Consensus Conference fra le 17 Società Scientifiche espressione delle figure professionali coinvolte nell'assistenza ai pazienti con SC, per uniformare in maniera adeguata le loro modalità d'intervento. Ne nacque un documento articolato dettagliatamente nelle varie fasi del percorso assistenziale, dalla fase iper - acuta alla fase intraospedaliera, dalla fase post - dimissioni alla fase gestionale territoriale, che rappresenta attualmente il modello operativo condiviso di riferimento cui rivolgersi, per ogni figura professionale che abbia compiti e responsabilità nell'ambito di una concreta ed efficiente organizzazione strutturata assistenziale del paziente affetto da SC. L'adozione "sul territorio" di tale

modellistica non è stata semplice né immediata: con tempi diversi però le varie realtà regionali si sono e si stanno adeguando, adottando completamente o in parte, anche in modalità sperimentale in alcune Aziende Sanitarie, le indicazioni fornite dalla Consensus, in modo da strutturare localmente appropriati programmi d'integrazione di cura tra Ospedale e Territorio. Nel marzo 2010 anche la Regione Lombardia ha approvato un Decreto sull'organizzazione della continuità assistenziale nel paziente con Scompenso Cardiaco (n° 2886 del 24.03.2010), nel quale viene recepito un Documento, elaborato nell'ambito della Sottocommissione cardiopatico cronico della Commissione Cardio cerebrovascolare, con rappresentanza di varie Società Scientifiche, tra cui IACPR - GICR, ANMCO, FADOI e SIMG dal titolo: "Percorsi e continuità assistenziale nel paziente con scompenso cardiaco dopo evento acuto", quale supporto tecnico - organizzativo da destinare alle Aziende Ospedaliere e alle ASL lombarde. Il Documento, richiamando gli elementi integranti della Consensus ed altri documenti precedentemente elaborati dalle varie Commissioni Regionali, identifica alcuni aspetti operativi prioritari e promuove in particolare l'adozione di indicatori di struttura, percorso e risultato. Inoltre, peculiarità non marginale, viene ribadito il ruolo centrale della Cardiologia Riabilitativa come setting più idoneo e privilegiato per completare la cura e il recupero funzionale del paziente attraverso una appropriata gestione clinico - assistenziale della fase post - acuta, delle complicanze e comorbidità assieme

alla strutturazione di programmi integrati di training fisico, supporto psicologico, educazione sanitaria e prevenzione secondaria. A tal proposito vengono definiti i criteri di accesso alle varie tipologie di intervento riabilitativo legati al rischio clinico, alla complessità clinico assistenziale e al grado di disabilità, ribadendo per altro quanto già sottolineato dal documento "Appropriatezza delle attività di cardiologia riabilitativa nel Sistema Sanitario della Regione Lombardia". Vengono delineati specifici percorsi differenziati post - ricovero per scompenso acuto che, senza entrare nei dettagli di ogni singolo percorso, tengono anche in considerazione le caratteristiche culturali del paziente, il contesto sociosanitario, la presenza e la qualità del supporto familiare. Inoltre sono identificati i criteri clinici di dimissibilità che devono essere flessibili in relazione alla possibilità di rientro del paziente a domicilio o di trasferimento in strutture per le cure intermedie. In particolare la Dimissione a domicilio prevede che il paziente stabile con SC lieve - moderato venga preso in carico dal MMG con l'eventuale supporto specialistico in caso di oggettività in stabilizzazione, mentre per i pazienti con SC severo, con gravi comorbidità o anziani fragili, viene auspicato un controllo ravvicinato dopo 7 - 30 giorni, secondo il livello di severità della malattia, presso la struttura ospedaliera. Ruolo di "cerniera" fondamentale viene affidato all'Ambulatorio dello SC che, con personale infermieristico dedicato e con specifiche competenze, dovrebbe rappresentare il punto di continuità assistenziale per i pazienti con

scompenso grave e svolgere attività di consulenza per altri reparti di degenza e per le strutture territoriali. La gestione dell'Ambulatorio, ove possibile, dovrebbe essere multidisciplinare (cardiologica e internistica), anche in relazione all'elevata prevalenza di ricoveri per SC nei reparti di Medicina. Altro settore su cui puntare è la Telesorveglianza domiciliare, che garantisce al paziente di essere seguito a domicilio in teleassistenza e in modo continuativo dal personale specialistico per problematiche emergenti, ed essere guidato nel processo di ottimizzazione/adequamento della terapia farmacologia, con relativa identificazione di un DRG di percorso recentemente aggiornato. Per la realizzazione del Progetto vengono indicate infine alcune azioni ritenute necessarie e prioritarie, a seconda delle realtà locali. Ad esempio, valutare:

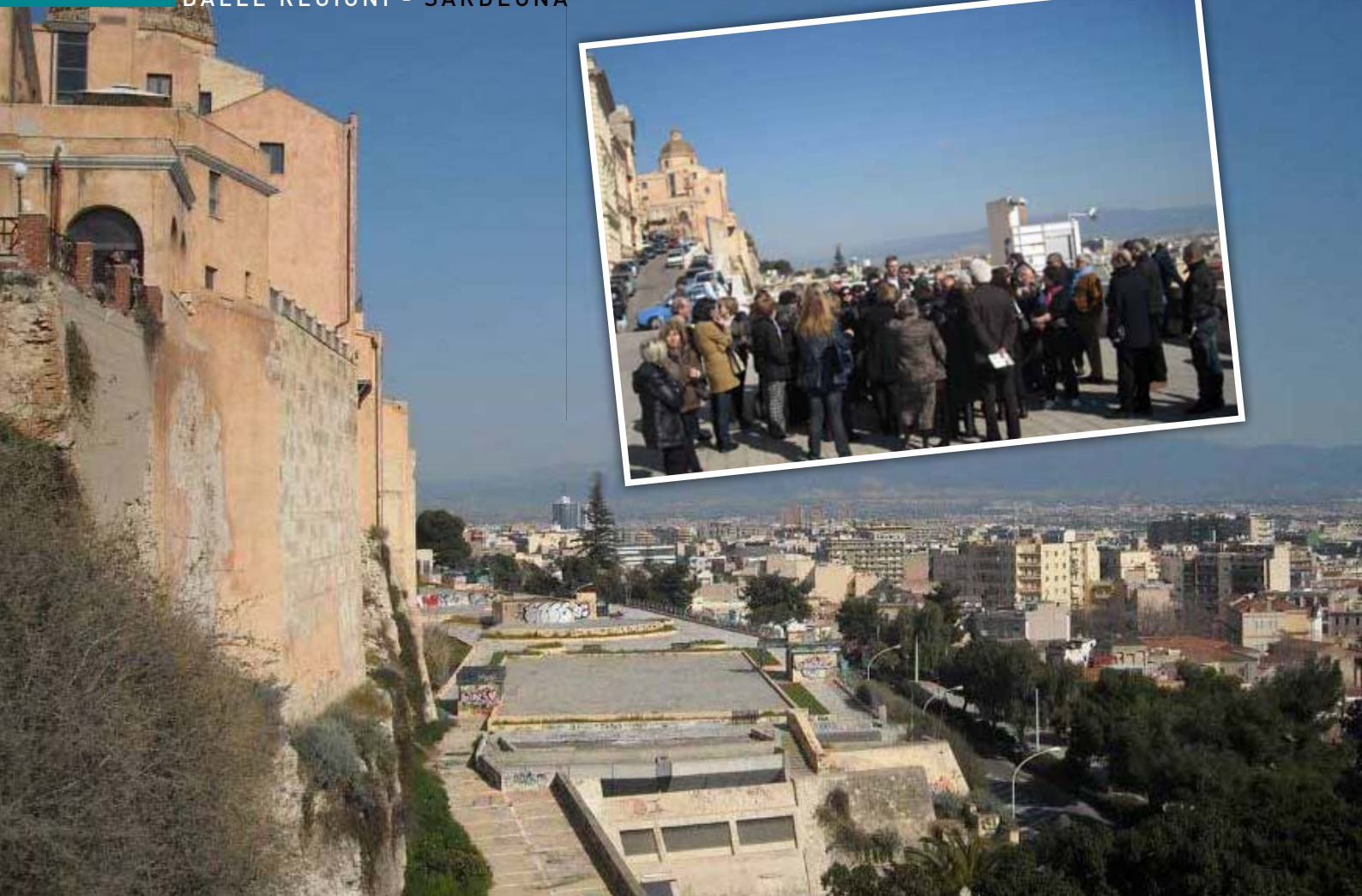
1. la proposta di modelli che identifichino una figura o un team multidisciplinare di medici e infermieri, responsabile/i della diagnosi e cura del paziente affetto da SC, da scegliere tra le professionalità con competenze maturate nella gestione dello SC e, laddove possibile, inserire fisioterapisti e psicologi a supporto dell'assistenza clinica (training fisico e valutazione del cognitivo e della depressione);
2. l'istituzione di un ambulatorio dedicato alla cura dello SC, cui afferisce il team medico - infermieristico con competenze specifiche;
3. l'istituzione di un day - hospital o ambulatorio integrato e di un canale preferenziale di accesso del medico di medicina generale (MMG) alla consulenza specialistica e, in realtà ospedaliera selezionate, di una Unità Scompenso;

4. la creazione per il malato ricoverato per SC di Percorsi Diagnostici e Terapeutici condivisi tra Ospedale e Territorio;
5. la preparazione di materiale didattico/educativo per uso interno ed esterno;
6. la promozione della formazione del personale medico ed infermieristico dedicato o del team multidisciplinare comprendente fisioterapisti e psicologi;
7. l'identificazione degli indicatori di struttura, percorso e risultato condivisi a livello intraospedaliero e territoriale che rappresentano la base per processi di autovalutazione e di eventuali valutazioni obiettive esterne. Rientrano tra gli indicatori di struttura: la produzione di Percorsi Diagnostici - Terapeutici condivisi, l'esistenza di strumenti di monitoraggio per verificare l'esito dell'assistenza e la presenza di un Ambulatorio dedicato. Per la verifica degli indicatori di processo viene ritenuto indispensabile l'adozione di un modello di Lettera di dimissione strutturata, che viene identificato come primo strumento cardine del programma di continuità assistenziale tra Ospedale, Territorio e Strutture intermedie. La Lettera, redatta al termine di un evento acuto deve contenere alcune informazioni necessarie affinché chi proseguirà nella gestione del paziente abbia a disposizione le informazioni adeguate, esplicitando gli indicatori di qualità del processo assistenziale (Tabella 1) che saranno poi oggetto di monitoraggio delle loro percentuali di utilizzo in relazione all'età e alla situazione sociosanitaria per la verifica dei risultati d'intervento alla luce di target in percentuale predefiniti.

Infine vi sono gli indicatori di esito rappresentati da: 1) ricoveri ripetuti a 30 e 90 giorni; 2) accessi in PS/DEA dopo la dimissione; 3) mortalità intraospedaliera e a 30 giorni dopo la dimissione. Gli indicatori di processo di cura dovranno riguardare l'intera rete assistenziale ed essere condivisi sia a livello ospedaliero, dove momento di verifica sarà la Lettera di dimissione dopo un ricovero per SC acuto, e sia a livello territoriale, dove punto di rilevazione potranno essere le cartelle cliniche computerizzate dei MMG. Elemento significativo ad ulteriore garanzia della ricaduta operativa del Decreto è il fatto che alcuni dei punti del Decreto (produzione dei PDT, ad esempio) siano stati inseriti tra gli specifici obiettivi per Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere e di ASL, che hanno già avviato l'implementazione delle Lettere di dimissione strutturate e l'avvio degli specifici Percorsi Diagnostici e Terapeutici in tutte le Aziende Sanitarie lombarde.

**Tabella 1 - Indicatori di Qualità assistenziali contenuti nella Lettera di dimissione:**

- 1) indicazione della funzione sistolica;
- 2) livello di gravità/stabilità, mediante classe NYHA e/o score di rischio;
- 3) presenza di comorbidità e quali;
- 4) uso di ACE-inibitori, beta-bloccanti, terapia anticoagulante nel paziente in fibrillazione atriale e qualora non indicati specificarne il motivo;
- 5) tipologia del programma con appuntamento di follow up;
- 6) educazione del paziente e consegna di materiale informativo.



# Riscopri a piedi il cuore della tua città:

*così la Sardegna ha partecipato alla Settimana “per il Tuo cuore”*

DI ANTONELLA MAROCCO





**A**nche quest'anno febbraio è stato eletto "il mese del cuore". La Fondazione "per il Tuo cuore" ha ancora una volta voluto catturare l'attenzione delle persone sollecitando, con fantasia ed originalità, eventi e manifestazioni di carattere nazionale e regionale. Le finalità di questa Campagna sono la lotta alle malattie cardiovascolari, la promozione di un corretto stile di vita ed il sostegno alla ricerca clinica, necessario per sviluppare strategie innovative in grado di accelerare i progressi di intervento sulle malattie cardiovascolari. I Cardiologi dell'ANMCO si sono adoperati per sensibilizzare l'opinione pubblica alla ricerca e alla lotta delle patologie cardiache. L'obiettivo era arrivare non solo ai pazienti, ai loro familiari, ma di allargare il messaggio alla gente comune, a tutti i cittadini. Questo è stato possibile tramite depliant informativi, attraverso la visibilità e pubblicità dei quotidiani locali, "L'Unione Sarda" e "La Nuova Sardegna", e nazionali, "La Repubblica" e "Il Corriere della Sera", insieme all'attenzione offerta dalle reti televisive. L'adesione alla Campagna organizzata dalla Fondazione "per il Tuo cuore" è stata importante e grande anche in Sardegna, dove si è dedicato un intero week - end per sensibilizzare adolescenti, per promuovere la raccolta fondi, per poi concludersi con una lunga passeggiata nel cuore storico di Cagliari. Il primo obiettivo è stato quello di rivolgersi ai più giovani, per indicar loro le buone regole comportamentali che, ricordiamolo, hanno in una sana alimentazione e

La fondazione ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri) HCF "per il Tuo cuore" ha tra i suoi obiettivi la prevenzione e la cura delle malattie cardiovascolari, la promozione di un corretto stile di vita e il sostegno alla ricerca clinica.

Per questo è promossa una campagna nazionale di prevenzione che avrà il suo culmine nella settimana "per il Tuo cuore" (12-20 febbraio 2011) a cavallo della festa di San Valentino.

"Riscopri, a piedi, il Cuore della tua Città" è la manifestazione organizzata da ANMCO Sardegna per incentivare il movimento come corretto stile di vita per un'efficace prevenzione cardiovascolare. Camminando, inoltre, si possono riscoprire gli angoli più suggestivi e i luoghi di interesse storico della nostra città.

La manifestazione si svolgerà a CAGLIARI la mattina di domenica 13 febbraio 2011 con un percorso guidato, a piedi, nel centro storico e visita ai monumenti più rappresentativi del borgo antico.

Nella piazza Carlo Alberto sarà poi allestito uno stand presso il quale i cardiologi dell'ANMCO forniranno del materiale illustrativo sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari ed effettueranno, per chi fosse interessato, un rapido check-up con valutazione del rischio cardiovascolare individuale. In tale occasione saranno illustrati i principi della campagna "per il Tuo cuore".

Dr. Bruno Loi  
Presidente ANMCO Sardegna



Cagliari  
centro storico  
13 febbraio 2011







Riscopri,  
a piedi,  
il Cuore  
della tua Città'

in una costante attività fisica le solide basi per conservare un cuore sano. La strategia adottata per diffondere il messaggio è stata quella di portare i concetti di prevenzione cardiovascolare laddove possono avere una maggiore diffusione. In quest'ottica si sono svolte diverse iniziative, sia a Cagliari che in Provincia. Le Scuole Medie e Superiori sono state protagoniste del progetto formativo, volto a modificare gli stili di vita e il profilo cardiovascolare degli adolescenti. L'alimentazione, l'attività fisica, l'alcol, il fumo sono problemi che devono essere affrontati all'interno della Famiglia, della Scuola, della Società, con un atteggiamento culturale positivo da mettere in campo con convinzione nei confronti di scelte che possono essere dannose. "È più facile non assumere una cattiva abitudine, piuttosto che modificarla", è bene agire presto, già a livello di scuola e famiglia, per favorire un'azione educativa. Una numerosa ed attiva partecipazione, di studenti e di docenti, ha diffuso

questi fondamentali messaggi. Grazie al generoso supporto dell'Azienda Ospedaliera Brotzu è stato possibile regalare a pazienti, familiari ed amici un meraviglioso spettacolo musicale, invitando l'Orchestra Jazz della Scuola Civica di Musica di Cagliari, offrendo così un alto momento di forte socializzazione dei cittadini con il mondo sanitario. Questo evento ha trasformato l'elegante atrio dell'Ospedale Brotzu, recentemente ristrutturato, in una piccola sala da concerto, gremita di gente, piena di voci e allegria, che ha immerso tutti nel mondo colorato e movimentato del jazz dove, sulle note della celeberrima "New York, New York" i bambini correndo qua e là, con un piccolo cuore rosso lampeggiante, simbolo della nostra Associazione, venivano inseguiti dai nonni. Prima del concerto, alla presenza delle principali testate giornalistiche locali, è stato dato ufficialmente il via alla Campagna "per il Tuo cuore", ribadendo la necessità di potenziare la prevenzione



**Programma**

Sala delle Mura  
Centro Culturale d'Arte e Cultura  
«Il Ghetto»  
Via Santa Croce, 18 - Cagliari

ore 10.00

«Il movimento come prevenzione cardiovascolare»  
Introduzione del Dr. Bruno Loi

ore 10.20


«Il Castello: il cuore della città»  
Conversazione con l'Avvocato Antonello Angioni

ore 11.00

Passeggiata alla riscoperta di alcuni angoli di Castello.

Luoghi d'interesse:

Ghetto degli Ebrei  
Torre dell'Elefante  
Teatro civico  
Cattedrale  
Palazzo Viceregio  
Torre di San Pancrazio  
Anfiteatro Romano  
Ospedale Civile



**Percorsi consigliati**

Riscoprire il piacere di una passeggiata può essere l'occasione per visitare i luoghi più interessanti e suggestivi della tua città.

In collaborazione con l'organizzazione di «Cagliari Monumenti Aperti» verrà regalato l'opuscolo su Cagliari, ricco di informazioni e suggerimenti per poter inventare da soli la propria passeggiata in città.

Una passeggiata tra le opere d'arte e i monumenti può diventare una piacevole ed utile abitudine per migliorare corpo e mente.


L'itinerario in programma per oggi si snoda quasi interamente in Castello:

a) Ghetto degli Ebrei - Torre dell'Elefante (250 m)  
b) Torre dell'Elefante - Teatro Civico (250 m)  
c) Teatro Civico - Torre di San Pancrazio (per via del Fossario e Piazza Palazzo) (600 m)  
d) Torre di San Pancrazio - Anfiteatro Romano (per Viale Buoncammino) (700 m)  
e) Anfiteatro Romano - Ospedale Civile San Giovanni di Dio (per via Fra Nicola da Gesturi e Via Anfiteatro) (700 m)  
f) Ospedale Civile - Piazza Carlo Alberto (per via San Giorgio e Via del Cammino Nuovo) (650 m)

Totale percorso: 3.100 m!

**Raccomandazioni per una vita più «movimentata»:**

- Cammina a piedi ogni volta che puoi
- Studia un percorso nel tuo quartiere da percorrere a piedi ogni giorno
- Utilizza i mezzi pubblici, scendendo una fermata prima della destinazione
- Insegna ai tuoi figli l'importanza di una buona attività fisica



Obiettivi da raggiungere:  
(previa valutazione medica)

**almeno 30 minuti di cammino al giorno a ritmo sostenuto.**

delle malattie cardiovascolari e l'importanza della ricerca clinica. Infatti è proprio grazie a quest'ultima che si sono sviluppate cure efficaci, tanto da consentire negli ultimi anni, nel mondo occidentale, un allungamento della vita media, grazie anche all'impegno clinico e scientifico dei Cardiologi italiani. Durante questo evento la generosità delle persone ha permesso di raccogliere, tramite piccole donazioni, i fondi importanti per la ricerca. Domenica 13 febbraio infine Cagliari ha voluto offrire la sua bellezza, il suo patrimonio artistico a tutti coloro che, numerosissimi, hanno partecipato alla manifestazione che ha avuto come titolo ma anche come slogan "Riscopri a piedi il cuore della tua città", organizzata e promossa dal Presidente dell'ANMCO Sardegna, Dott. Bruno Loi, con la partecipazione dell'Avvocato Antonello Angioni, profondo conoscitore della storia della città ed autore di diversi libri sull'argomento. La giornata è iniziata nel Centro Comunale d'Arte "Il Ghetto" dove,

dopo una breve introduzione sullo scopo della manifestazione, si è tenuta una conferenza sulla storia di Cagliari e sulla sua parte più antica "Il Castello". La mattinata, calda e soleggiata, è proseguita rievocando, nel percorrere i punti più caratteristici del quartiere storico, gli episodi più significativi e curiosi della storia della città, e riscoprendo, con la sapiente guida dell'Avv. Angioni, le strade, i palazzi e i monumenti più rappresentativi del borgo antico. La piacevole passeggiata, tra salite, discese e... Tante scalette, ha permesso di vivere non solo la nostra bellissima città ma anche la cultura del movimento, come principale fonte di benessere. Questa giornata, in cui si è fuso il concetto di cultura dell'arte e della salute, è stato un segnale chiaro che si è voluto dare per far nascere l'interesse e la partecipazione delle persone a praticare attività fisica, stimolando coloro che non lo fanno. La passeggiata è terminata nella piazza Carlo Alberto, dove i Cardiologi dell'ANMCO, gli

Specializzandi della Scuola di Cardiologia e l'instancabile staff infermieristico della Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera Brotzu hanno fornito materiale illustrativo sulla prevenzione cardiovascolare e si sono dedicati a mini check - up per valutare il rischio cardiovascolare individuale e ad offrire importanti consigli sullo stile di vita. Per imparare a vivere... È necessaria una vita intera... L'ANMCO e la Fondazione "per il Tuo cuore" cammineranno sempre a fianco della gente. È una promessa. Di Cuore!





# In Sicilia l'Assessorato alla Salute e l'ANMCO dialogano appieno e ottengono importantissimi risultati

Le Linee Guida sugli anti - ipertensivi e sulle statine e la Rete per l'Infarto: tappe fondamentali nello sviluppo della Cardiologia ospedaliera in Sicilia

DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI, VINCENZO CIRRINCIONE, GIOVANNI DE LUCA, MARIA GRAZIA FURNARI, ERNESTO MOSSUTI

**U**no dei principali problemi delle Associazioni è sempre stato quello di riuscire a “dialogare” con le istituzioni o, più esattamente, quello di riuscire a “farsi sentire” in modo da rappresentare i reali bisogni della professione. Negli ultimi anni in Sicilia si è verificata una netta inversione e, senza dubbio, si è instaurata una proficua e continua collaborazione con l'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia. Il merito, va detto subito, è certamente in primo luogo proprio dell'Assessore, Massimo Russo, che ha scelto la metodologia come filosofia guida nella risoluzione dei problemi e in questo ambito la strada che ha deciso di percorrere “con metodo” è stata sempre quella del dialogo con le

Associazioni maggiormente rappresentative. Per tale motivo l'ANMCO e i suoi rappresentanti regionali sono stati sempre coinvolti nelle iniziative dell'Assessorato. Questa collaborazione tra Assessorato Regionale alla Salute e ANMCO ha dato frutti significativi in vari campi, in primo luogo, ad esempio, nel campo della prevenzione cardiovascolare. Com'è noto, il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010 - 2012 conferisce alle singole Regioni piena autonomia gestionale, responsabilizzandole, tra l'altro, nei confronti di una maggiore appropriatezza nella spesa farmaceutica (cfr art. 15 - decies DL 502/92 e 229/99). Da un'analisi dei consumi per classi terapeutiche è emerso che anche in Sicilia i farmaci per il sistema cardiovascolare hanno una forte incidenza

sul totale. In coerenza con tale dato, è ritenuto di doversi attenere alle indicazioni del nuovo “Piano della salute 2011 - 2013”, il Programma Operativo 2010 - 2012 ha posto, tra gli obiettivi in tema di appropriatezza e uso efficiente delle risorse, la necessità di formulare Linee Guida per l'impiego di farmaci come anti - ipertensivi e statine. Bisogna dare atto all'Assessorato Regionale che tali Linee Guida sono state immaginate non come mezzo di tagli indiscriminati alla spesa farmacologica ma come strumento d'indirizzo per orientare i comportamenti prescrittivi verso livelli uniformi di assistenza, nell'ottica di promuovere un sistematico sostegno alla cultura della qualità e del governo clinico, considerato che l'autonomia prescrittiva del medico deve coniugare la

## La Rete per l'infarto è fondamentale per dare a tutti i malati con dolore toracico la stessa possibilità di sopravvivenza

salvaguardia delle specifiche esigenze del paziente (favorevole rapporto rischio/benefici) con la logica beneficio/costo sostenibile per il Sistema Sanitario. È stata pertanto ritenuta opportuna la costituzione di un Tavolo Tecnico per la redazione di Linee Guida rivolte alla prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria nella Regione Siciliana, in particolare per la prescrizione di anti- ipertensivi e statine, con l'obiettivo di promuovere la cultura della prevenzione cardiovascolare, sviluppare indicazioni effettivamente applicabili nella realtà locale compatibilmente con gli attuali assetti organizzativi e le risorse disponibili e definire criteri di appropriatezza per le prescrizioni diagnostiche - terapeutiche nel campo della prevenzione cardiovascolare. È stato pertanto costituito, nel dicembre 2010, un Tavolo Tecnico coordinato da Maria Grazia Furnari, Dirigente Responsabile del Dipartimento Pianificazione Strategica, e da Giovanni De Luca, Dirigente Responsabile U.O. Qualità e Governo Clinico, Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico (e cosa non irrilevante, ambedue Cardiologi). Come componenti sono stati nominati due esperti Cardiologi ANMCO, Abele Ajello e Maurizio Giuseppe Abrignani, esponenti del mondo universitario, i Professori Giovanni Cerasola e Giuseppe Mulè (ipertensivologi), Maurizio Averna e Carlo Barbagallo (lipidologi), il Dott. Fausto Marchetta dell'Age.Na.S, dirigenti medici internisti (Cristiano Raimondo e Flavia Politi), un medico di medicina generale, Luigi Spicola

della SIMMG e la Dott.ssa Rosalia Traina, Dirigente Responsabile Servizio Farmaceutica. Dopo circa tre mesi di intenso lavoro, tenendo conto delle principali Linee Guida sull'argomento e della precipua realtà siciliana, il Tavolo Tecnico ha prodotto, con percorsi standardizzati e condivisi, due Linee Guida sulla prescrizione di antipertensivi e statine, recepite con il decreto del 6 aprile 2011 e pubblicate sul S.O. n. 2 alla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana (p. I) n. 22 20/05/11 (n. 20). In accordo al decreto, tutti i medici prescrittori dovranno attenersi alle indicazioni delle Linee Guida, che saranno implementate con percorsi formativi e via via aggiornate. Un secondo risultato è stato raggiunto ed è la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Sicilia del 24 giugno del Decreto Assessoriale della Istituzione della Rete per l'Infarto. Che si tratti ancora una volta del risultato di una faticosa collaborazione lo testimonia anche il fatto che il lavoro è stato iniziato tanti anni addietro e ad esso hanno preso parte, negli anni, tanti illustri Cardiologi siciliani (Saro Grassi, Antonio Fiscella, Amerigo Stabile, Corrado Tamburino). Purtroppo però senza riuscire a raccogliere il risultato sperato. Poi alla fine, anche per la collaborazione offerta da Antonio Marzocchi, con la sua esperienza di Rete in Emilia Romagna, e da Fausto Marchetta, epidemiologo e referente dell'Age.Na.S, la Rete è finalmente nata. Il 24 giugno 2011, come detto prima, è stato infatti pubblicato sulla GURS il "Documento regionale per l'istituzione della Rete

per l'infarto miocardico acuto in Sicilia". Dopo anni di discussioni, polemiche e tentativi precocemente abortiti, l'Assessore Massimo Russo ha, infatti, nominato una ristretta Commissione Regionale ad hoc, composta da tecnici dell'Assessorato, esperti della materia e referenti delle Società Scientifiche particolarmente rappresentative, che avevano già collaborato alla stesura della parte specialistica del Piano Sanitario regionale 2011 - 2013, relativa all'emergenza cardiologica. I lavori di questa Commissione sono andati avanti per circa due anni e sono stati ultimati solo pochi giorni prima del Congresso Regionale della nostra Associazione, che si è tenuto a Erice dal 9 all'11 giugno. Per il secondo anno consecutivo l'Assessore alla Salute ha voluto partecipare ai lavori ed ha dato notizia proprio in quella sede della firma al decreto sulla Rete per l'infarto. Successivamente, il 5 luglio a Palermo, nella splendida cornice del castello Utveggiò, lo stesso Assessore ha presentato la Rete per l'infarto alla comunità sanitaria in un incontro con le Istituzioni della organizzazione sanitaria della Sicilia. Erano presenti vari Direttori Generali, Direttori Sanitari, Amministrativi e politici della Commissione Sanità dell'ARS. Alla fine, quindi, ancora una volta, questi importantissimi risultati raggiunti dimostrano che la presenza dell'ANMCO è fondamentale nel dialogo con le istituzioni e nello sviluppo dell'assistenza ospedaliera.



*Una intensa immagine di Marco Bobbio.*

Francesco Bovenzi intervista Marco Bobbio

# Il malato immaginato

## *e i rischi di una medicina senza limiti*

DI FRANCESCO BOVENZI

**M**arco Bobbio dirige la Cardiologia dell'Ospedale Santa Croce e Carle di Cuneo. Ha lavorato come ricercatore negli Stati Uniti ed è stato per lunghi anni responsabile dei trapianti di cuore a Torino. Medico scrittore ha pubblicato per Bollati Boringhieri (1993) "Leggenda e realtà del colesterolo - Le labili certezze della medicina"; con Stefano Cagliano per Donzelli (2005) "Rischiare di guarire - Farmaci, sperimentazione, diritti del malato", mentre per Einaudi ha scritto "Giuro di esercitare la medicina in libertà e indipendenza" (2004) e lo scorso anno "Il malato immaginato: i rischi di una medicina senza limiti" (2010). Quest'anno con Luigi Pagliaro e Agostino Colli ha pubblicato per Raffaello Cortina editore "La diagnosi in medicina: storia, strumenti, scenari e incertezze nell'incontro tra paziente e medico". Nell'ultimo libro racconta con uno stile chiaro e lineare la figura del malato immaginato, un modello diverso da Argante il malato immaginario di Molière. Infatti, se Argante soffre di una condizione psicologica che gli fa credere di essere ammalato (mentre



in realtà sta benissimo), nel caso del malato immaginato Marco Bobbio ipotizza come la stessa medicina possa indurre svariati e non necessari bisogni di salute. Diciamo che negli ultimi anni i progressi della medicina hanno determinato in tanta gente una percezione distorta della salute, tanto da avviare una larga medicalizzazione dei cittadini in tutte le fasi della

vita. Questo viziato atteggiamento socio - assistenziale ha portato ad un ricorso sempre più frequente alla medicina, spontaneo o indotto, contribuendo a creare la figura del malato immaginato. Marco Bobbio partendo dall'esperienza professionale lamenta come la crisi del grande sistema salute sia da ricercare anche nel modificato equilibrio esistente nel rapporto tra medico e paziente, certamente più sbilanciato a favore di una componente scientifico - tecnologica, rispetto alla componente più propriamente umana e relazionale. Partendo da questa condizione di crescente disagio del medico, anche su queste tematiche inesprese della medicina, rivolgo alcune domande a Marco Bobbio nella speranza di interessare i Lettori.



Non credi che per ogni modello assistenziale proponibile esista il rischio che il peso delle innovazioni scientifiche possa travolgere la pratica clinica umanizzante del medico?

Certamente; proprio per questo è necessario che i medici prendano atto di questo rischio e non permettano che un uso acritico e incontrollato della tecnologia sovrasti la necessità di creare un proficuo rapporto con il paziente.

Nel tuo libro sottolinei come oggi ai pazienti si tenda a parlare con i numeri delle analisi statistiche, piuttosto che con il “cuore”. Pascal diceva che solo con il cuore si può dare misura e peso alle cose. Che cosa intendi quando scrivi che la standardizzazione della ricerca applicata attraverso le Linee Guida non rappresenta una soluzione in termini di diagnosi e cura che può andar bene per tutti?

Con questa mia osservazione non intendo sostenere che non si debbano seguire le Linee Guida, ma che non vanno applicate in modo indifferenziato e minuzioso a tutti i pazienti e in modo da utilizzarle (come dice appunto il termine Linee Guida) come punto di partenza, scientificamente documentato, di un ragionamento clinico da applicare al singolo paziente. I risultati dei trial clinici ci permettono di capire quale sia il trattamento mediamente più efficace, ma non ci dicono se è il migliore per quel paziente.

Dalla lettura del libro traspare la preoccupazione di un passaggio verso una nuova medicina che da vecchia arte, oggi più

“modernamente”, è vissuta come scienza esatta. Ritieni che fermarsi solo a riflettere su dati statistici generando nella gente messaggi preoccupanti possa indurre a consigliare terapie persino quando l'individuo sta bene e in salute?

Nel mio lavoro quotidiano, e nel confronto con i miei collaboratori, esprimo spesso la preoccupazione che utilizzare in modo improprio dati statistici, con chi ci chiede consigli, più che fornire elementi per capire, induca l'angoscia di avere un rischio superiore alla media, quando in realtà è minimo in termini assoluti. In modo del tutto involontario, si favorisce un bisogno di servizi, di diagnosi e di trattamenti sproporzionato ai vantaggi che quella singola persona potrà trarne in termini di sopravvivenza.

Non credi che rilanciare una medicina centrata sul paziente sia più uno slogan che un'evoluzione assistenziale socio culturale e scientifica?

La medicina centrata sul paziente non deve rimanere uno slogan, ma un impegno fondante del nostro lavoro quotidiano. Ed è anche gratificante.

Come credi che potrà cambiare il ruolo del medico nella nuova organizzazione assistenziale per intensità di cura che di questo slogan ne fa una bandiera? Siamo proprio sicuri che questo nuovo modello rappresenti l'ipotesi più realistica ed efficace per la salute cardiovascolare del cittadino e non una mera illusione di minore costo e di buon governo clinico?

Come capita sempre, non sono gli strumenti che fanno una buona o una cattiva medicina, ma sono gli usi che rendono gli strumenti efficaci o dannosi. L'organizzazione degli Ospedali per intensità di cura, purché venga garantita la specificità del contesto cardiologico, può essere utilizzata come un'opportunità per seguire più da vicino il paziente, in base alle sue esigenze, come già avviene nel passaggio dall'Unità coronarica al reparto e viceversa.

Non credi che con i progressi della medicina e con la diffusione globale delle informazioni è anche radicalmente cambiato l'atteggiamento dell'opinione pubblica nei confronti dei problemi della salute e della malattia?

Viviamo in una società che tende a minimizzare qualun-



que rischio (come recentemente è avvenuto con la distruzione in Germania di interi raccolti di innocenti cetrioli, per il sospetto che trasmettessero lo stafilococco): si prenota il ristorante, il posto in treno, si usa l'elmetto andando in bicicletta, si controllano le previsioni del tempo prima di partire per una gita in montagna. A maggior ragione ci si attrezza per evitare qualunque malattia. Questi scrupoli sono certamente saggi, se non diventano ossessivi.

**Il clima di "litigiosità" fra medico e paziente accresce la medicina difensivistica per arginare la convinzione dei Cittadini che è sempre possibile sconfiggere le cardiopatie e scacciare la morte. Come una Società Scientifica può affrontare questa criticità?**

Le Società Scientifiche sono spesso un veicolo per far passare il concetto che più ti fai seguire, più ti curi, meglio stai. Con il buon intento di prevenire le malattie e di ottenere il più precocemente possibile una diagnosi, di fatto in molte persone viene sollecitato uno stato di perenne preoccupazione, che si riflette in un ricorso inappropriato a visite, esami, terapie.

**Nel libro fai riferimento a una sorta di trasformazione antropologica del paziente che non solo è divenuto più esigente, ma appunto anche un malato immaginato. Non credi che questo dipenda dal fatto che il cittadino - paziente tende a iper - responsabilizzare sempre più il medico deresponsabilizzando se stesso?**

Non è così semplice. Da una parte gli ammalati tendono sempre più a farsi carico dei loro problemi, raccogliendo informazioni da varie fonti (da amici e parenti, da altri medici e soprattutto da internet) e chiedono di poter decidere il loro percorso diagnostico e terapeutico, ma dall'altra parte dipendono dai dati scientifici e da come sono stati manipolati e diffusi.

**Ora provo a lanciarti una provocazione: non è che il paradigma del malato immaginato sia anche lo specchio di un medico disilluso e permeato di crescente demotivazione, di solitudine, di attesa che crea il mito della malattia per sedare le proprie ansie e paure? Chi cura il malato immaginato? Un nuovo**

**paradigma di medico freddo e senza "cuore" che ha perso il filo della memoria del suo mestiere o chi segue le evidenze come dogma assoluto fondante la professione del presente e del futuro?**

Non credo: il malato immaginato non è vittima di un medico disilluso; anzi si affida a un medico troppo determinato, che gli propone indicazioni mediamente efficaci, ma in realtà opinabili (come è opinabile qualunque dato scientifico), come regole assolute a cui attenersi "per il suo bene". Il mio libro intende sfrondare una parte del nostro lavoro, da un sorta di dogmatismo scientifico che trasforma consigli in precetti, opinioni in ferree prescrizioni. Con il rischio di essere smentiti qualche anno dopo da altre evidenze, creando una crescente sfiducia nei nostri consigli.

**Per arginare il grave peso epidemiologico delle cardiopatie, secondo te quale ruolo dovranno avere le scelte farmacologiche in prevenzione primaria?**

Certo che è più semplice e facile prescrivere una medicina, che affrontare con il paziente una strategia di modificazione dello stile di vita e d'altronde molte persone preferiscono assumere una pillola che rinunciare a certe abitudini. Mi lascia sempre perplesso però notare, e leggere in ricerche di tipo osservazionale, quanti pazienti assumono le statine a cicli, in modo estemporaneo, o solo quando la colesterolemia sale. Questi comportamenti non hanno alcuna base scientifica né offrono alcun risultato in termini di salute.

**Abbiamo la sensazione di aver perso i Maestri e con loro la trasmissione di sapere e delle esperienze al letto del malato. Pensi sia solo colpa della formazione universitaria, non più in grado di indirizzare verso una professione, vecchia quanto l'uomo che attiene ad una storica figura di mediatore, esperto della salute e custode di atti umani tra uomini?**

Temo che abbiamo sostituito con altrettanta acriticità l'accettazione del parere dei Maestri con l'accettazione dei risultati delle ricerche cliniche. Il dogmatismo, di qualunque origine, non fa bene a noi, alla medicina, ai nostri pazienti e al rapporto di fiducia che rimane un cardine della nostra professione.



# In difesa dell'arte medica

## *Marco Bobbio, Il Malato Immaginato*

DI BRUNO MILONE



**M**arco Bobbio, nel suo ultimo libro, interviene nel dibattito circa la natura della medicina: se sia una scienza o un'arte. A coloro che propendono per la prima ipotesi e ritengono che il medico nel suo lavoro debba seguire solo la guida dei risultati delle scoperte scientifiche e delle ricerche cliniche, Bobbio oppone una serie di ragioni, dubbi e argomenti che riportano la medicina ad una dimensione più pratica, come era intesa nel passato, che speculativa. La ricerca clinica, ad esempio, ha affinato le metodologie per aumentare il grado di oggettività dei propri risultati ma le sue conclusioni sono ancora troppo generali, in quanto sono capaci di indicare quale sia la cura migliore per gruppi di soggetti, ma non

per ogni singolo individuo. Inoltre, rimane ancora troppo aleatoria la valutazione dei costi e dei benefici degli strumenti diagnostici e terapeutici. Così i grandi successi che sono stati ottenuti nel prolungare la vita umana, non sono stati accompagnati da risultati altrettanto positivi nel garantire ai sopravvissuti una vita degna. Infine, la medicina non ha come solo obiettivo l'efficacia nelle cure, vi è anche la funzione di sostegno morale a persone che devono sopportare interventi profondamente invasivi e dall'esito incerto. Invece l'aspetto psicologico e relazionale della pratica medica viene sempre più trascurato, affidando il paziente all'apparato tecnico e burocratico del sistema sanitario. Tutto questo si traduce, osserva Bobbio, in una medicina che inebriata dai propri successi non sa più riflettere sui propri

limiti. Così, conclude, si ha «l'impressione che le malattie vengano affrontate in modo impersonale, antepoendo i valori della scienza a quelli della persona. Il paziente, il suo vissuto, il suo ambiente, le sue preferenze e la sua unicità scompaiono e vengono svalutate».

In un suo precedente libro, Bobbio aveva analizzato i problemi legati ai conflitti d'interesse, offrendo possibili soluzioni, in quest'ultimo, invece, egli vuole richiamare i medici ad una maggiore umiltà per contenere i guasti dell'illusione che la medicina possa risolvere qualsiasi problema di salute. Tale convinzione alimenta nell'opinione pubblica e nei pazienti attese ingiustificate e nello stesso tempo deresponsabilizza i medici che spesso scelgono acriticamente di affidarsi esclusivamente alle Linee Guida.

# Organizzazione di un Laboratorio di Ecocardiografia:

## *un ruolo centrale per le immagini e per il Sonographer*

Una scelta organizzativa all'insegna della qualità e dell'efficienza

DI MARCO CAMPANA E CLAUDIO CUCCIA

**A**bbiamo tutti vissuto l'esperienza dell'ecocardiografista indovino, chiuso nella buia spelonca che, con la sonda magica, determinava il destino del paziente analizzando ombre che solo lui vedeva, e di cui si peritava di dar solenne interpretazione. L'ecocardiografia è rimasta per anni una metodica diagnostica più simile al vaticinio che all'oggettiva valutazione del danno cardiaco. Ancor oggi si può assistere a discussioni tra chi "non si sente nessun soffio!" e chi "ha un'insufficienza mitralica di grado severo!". In realtà sappiamo da tempo che soffi e reperti ecocardiografici possono variare non solo per l'insipienza di ecocardiografisti e clinici, ma anche per variazioni reali nel corso della malattia.

***Variazioni ecocardiografiche: fidarsi è bene, non fidarsi è meglio?***

Che l'ecocardiografia sia una metodica operatore - dipendente è insieme luogo comune e verità incontestabile, così come è vero che i tentativi di quantificazione hanno finora portato a stime approssimative. Conosciamo bene i limiti entro i quali si muovono



le misurazioni e quanto siano soggettive le analisi delle immagini ecocardiografiche. La loro qualità, da cui dipendono tali limitazioni, è ancor più dipendente dall'operatore, dalla sua cultura ed esperienza. Di fronte a due referti differenti nello stesso paziente, il non aver accesso alle immagini comporta inevitabilmente la necessità di ripetere l'esame, con spreco di risorse e col rischio di negligenza reali variazioni transitorie giungendo così a conclusioni errate.

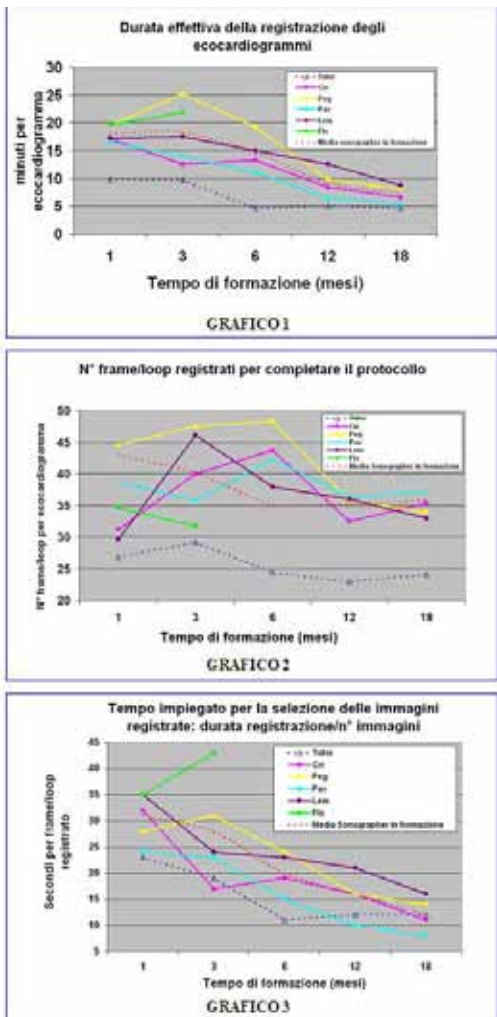
***Cosa si può fare? E come?***

Per organizzare una sistematica e affidabile registrazione degli esami ecocardiografici, obiettivi ineludibili sono l'archiviazione delle immagini e la formazione dei Sonographer e dei Cardiologi, con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza delle richieste e l'accuratezza delle risposte (1 - 5). Non solo occorre che i Sonographer registrino belle immagini, ma anche

che i Cardiologi (e i Cardiochirurghi) imparino ad analizzarle e interpretarle così come fanno o dovrebbero fare per ECG, Rx torace, TC, RMN, Scintigrafie, Coronarografie, ecc. Il progetto deve necessariamente coinvolgere la Direzione dell'Ospedale. La

selezione dei Sonographer non può prescindere dalle aspirazioni e motivazioni dei candidati oltre che dal loro curriculum formativo. Non si tratta infatti di un lavoro di "assistenza" o di mero "supporto tecnico" al medico, ma di un percorso che porta il Sonographer e il Cardiologo ecocardiografista a un lavoro di tipo simbiotico di cui si trovano difficilmente esempi della stessa portata, considerata l'elevata "operatore - dipendenza" della metodica. Per la formazione dei nostri Cardiologi abbiamo optato per il conseguimento della Certificazione di Competenza S.I.E.C. ([www.SIEC.it](http://www.SIEC.it)) che include alcune settimane di frequenza presso il laboratorio di ecocardiografia. Per la formazione dei Sonographer, oltre a un'adeguata cultura scientifica universitaria, sono richieste una formazione cardiologica clinica e un'approfondita formazione tecnica. Varie Società Scientifiche

Figura 1 - Grafici indicanti il numero di immagini registrate (grafico 1) e i tempi impiegati dalle Sonographer per registrare un esame completo (grafico 2) e per registrare una singola immagine o clip (grafico 3) nei primi 18 mesi di formazione. Il raffronto è con la Sonographer Tutor (linea blu tratteggiata con triangoli vuoti).



Livello di competenza (approfondimento e specializzazioni) →				
	OBIETTIVI	Basic ☆	Able ☆☆☆	Advanced ☆☆☆
Livello di competenza (numero di esami necessari e casi m/x)	<b>Livello 1 BRONZO</b> 150 casi / 3 mesi Sezioni ecocardiografiche standard Protocollo di base di registrazione Analisi ecocardiografica normalità	Conoscenza delle principali funzioni e regolazioni dell'ecografo Misurazioni su immagini M-mode, 2D e Flussimetria Doppler	Conoscenza approfondita delle funzioni e regolazioni dell'ecografo Referto di normalità	Padronanza del software di analisi e refertazione e dell'archivio digitale
	<b>Livello 2 ARGENTO</b> 1000 casi / 12 mesi Sezioni ecocardiografiche standard e off-axis Protocollo specifico per il quesito ecocardiografico Patologie di più frequente riscontro	Misurazioni su immagini M-mode, 2D e Flussimetria Doppler Analisi ed interpretazione dei meccanismi fisiopatologici "semplici"	Conoscenza approfondita delle funzioni e regolazioni dell'ecografo Analisi e interpretazione di meccanismi fisiopatologici "complessi"	Utilizzo delle tecnologie più avanzate disponibili (es: 3D, TDI, Speckle tracking etc...) Padronanza del software di analisi e refertazione e dell'archivio digitale Eco-stress
	<b>Livello 3 ORO</b> >3000 casi 3a) tutte le patologie dell'adulto 3b) esami pediatrici e cardiopatie congenite	Analisi ed interpretazione dei meccanismi fisiopatologici "semplici" anche per le cardiopatie congenite	Analisi ed interpretazione dei meccanismi fisiopatologici "complessi" anche per le cardiopatie congenite Referto per tutte le patologie	Utilizzo delle tecnologie più avanzate disponibili (es: 3D, TDI, Speckle tracking etc...) Referto per tutte le patologie

Figura 2 - Tabella sinottica del piano di formazione dei Sonographer in Poliambulanza

hanno affrontato l'argomento (1 - 5). Non esistono in Italia corsi di laurea in Ecografia Cardiovascolare, ma alcune Università organizzano Master di primo livello in Tecniche di Ecografia Cardiovascolare. I titoli più comunemente richiesti per l'accesso sono la laurea in "Infermieristica" o "Tecniche della Fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare", ma sono aperti anche a Tecnici Radiologi, Medici, Biologi e Bioingegneri. Cinque Sonographer (quattro con Master) lavorano a tempo pieno presso la Cardiologia della Fondazione Poliambulanza: quattro infermiere con lunga esperienza in Cardiologia, di cui due già assegnate all'attività ambulatoriale, due assunte ad hoc, con precedente esperienza di Sonographer, e una "tecnica di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare" con Master. Altre due infermiere sono ora all'inizio del percorso formativo e frequentano anch'esse il Master Universitario. Presso il nostro Istituto la formazione "sul campo" è basata sull'esecuzione e refertazione di esami ecocardiografici con l'affiancamento della Sonographer Tutor esperta (15 anni di

attività), e la supervisione del Responsabile del Laboratorio. Il programma prevede diversi livelli di esperienza e di approfondimento. Per il corretto svolgimento della routine di primo livello riteniamo siano sufficienti 8 - 12 mesi di formazione continua, durante i quali si osserva un costante e rapido miglioramento. Il percorso formativo successivo può prendere diverse direzioni che dipendono dall'orientamento e dalle necessità del Laboratorio (ecostress, ecocardiografia pediatrica, cardiomiopatie etc.) proseguendo verso esami di secondo e terzo livello (Figura 1).

### L'organizzazione del lavoro quotidiano

I due presidi ospedalieri della Fondazione Poliambulanza di Brescia, a pochi chilometri l'uno dall'altro, sono collegati da linee informatiche che garantiscono la possibilità di refertazione remota e di teleconsulto. I 9 ecografi nei due presidi sono collegati in rete (5 e 3 nei due laboratori, 1 nel Pronto Soccorso della sede centrale). Sette postazioni PC per la refertazione sono nel laboratorio centrale, altre due nel secondo presidio, una in Reparto di degenza,



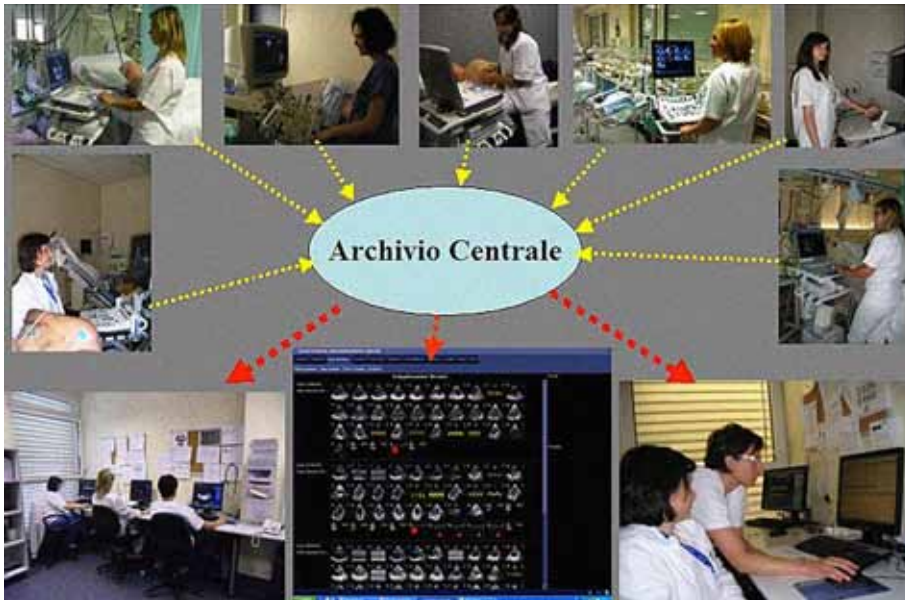


Figura 3 - Le Sonographer al lavoro in Poliambulanza

una in Emodinamica, una in Cardiocirurgia. Il tempo medio di esecuzione degli esami è stimato in 30 minuti compresa la refertazione. Una volta stabilite le procedure e i protocolli, risultano ben circoscrivibili gli ambiti di responsabilità del Sonographer e del Cardiologo “refertatore”, il quale verifica l’adeguatezza del protocollo utilizzato, valuta la qualità e la completezza dell’esame, la congruità delle misurazioni e delle conclusioni, confermando o modificando l’interpretazione già fornita dal Sonographer. Nella nostra esperienza l’archiviazione di almeno 60 esami al giorno è assicurata dalle 5 Sonographer. Un Cardiologo a tempo pieno può attendere da solo alla supervisione di tutti gli esami. Uno o altri due Cardiologi ecocardiografisti eseguono 10 - 20 esami al giorno di terzo livello (eco da sforzo, stress farmacologici o transesofagei) o svolgono attività di consulenza. La refertazione off - line garantisce una riduzione dei tempi di occupazione dell’ecografo (maggior efficienza); l’archiviazione sistematica consente inoltre di effettuare controlli di qualità (rispetto delle procedure e dei protocolli, completezza, appropriatezza, analisi degli errori,

efficienza...). Abbiamo analizzato un campione degli esami ecocardiografici eseguiti dalle nostre Sonographer nei primi 18 mesi di formazione, confrontandoli con quelli registrati dalla Sonographer tutor. Abbiamo misurato il tempo di esecuzione e il numero di immagini registrate per esame. Il tempo medio di registrazione della Sonographer tutor è di 5’, con circa 25 immagini per esame e 12” per ogni immagine. Dopo 18 mesi (Figura 2) le Sonographer in formazione hanno notevolmente ridotto i tempi di acquisizione totale (dagli iniziali 18’ a 8’) e per immagine (da 32” a 12”), il che denota una maggior sicurezza nel riconoscere le immagini di buona qualità, pur registrando un numero medio di immagini più elevato rispetto alla Sonographer esperta (35 vs 25). Ciò rivela una relativa insicurezza, a soli 18 mesi dall’inizio della formazione, che porta alla necessità di documentare più volte ogni possibile dettaglio patologico. L’analisi dei successivi mesi di formazione ci consentirà di determinare il punto di livellamento della curva di apprendimento.

### Conclusioni

La nostra scelta organizzativa è stata quella del rapido e completo accesso

alle immagini ecocardiografiche per tutti i Cardiologi e Cardiocirurghi, per superare alcune limitazione intrinseche di una metodica irrinunciabile per l’attività clinica quotidiana. Il progetto è stato realizzato secondo le previsioni con la collaborazione di tutti, e le prime verifiche interne di qualità confermano le aspettative. Il Sonographer rappresenta il pivot di questo schema, si rende interprete delle richieste dei medici e restituisce le immagini che diventano alfabeto comune, a patto che la formazione continua riguardi tutti e sia stimolo per la crescita culturale dell’intera Unità Operativa nell’ovvio interesse dei pazienti.

1. Donna Ehler, et al. Guidelines for cardiac sonographer education: Recommendations of the american society of echocardiography sonographer training and education committee. *Journal of the American Society of Echocardiography* 2001;14,77-84
2. Bogdan A. Popescu (Chair), et al. on behalf of the European Association of Echocardiography. European Association of Echocardiography recommendations for training, competence, and quality improvement in echocardiography. *European Journal of Echocardiography* 2009;10,893-905
3. Arturo Evangelista, et al. on behalf of the European Association of Echocardiography. European Association of Echocardiography recommendations for standardization of performance, digital storage and reporting of echocardiographic studies. *European Journal of Echocardiography* 2008;9,438-448
4. Balbarini A, Buttitta F, Gullace G et al: Indicazioni per l’addestramento e la verifica di qualità nell’esecuzione dell’ecografia vascolare. *G Ital Ecogr Cardiovasc* 1997;7 (Suppl):41-60.
5. Alfredo Zuppiroli et al. Documento di consenso Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare (SIEC). Dalla formazione degli operatori al referto. Documento di consenso sugli aspetti organizzativi dell’ecocardiografia in Italia *G Ital Cardiol* 2007;8,49-67



Continua il confronto sull'uso della Troponina in Pronto Soccorso "La magnifica ossessione" del Cardiologo come l'hanno definita nelle loro considerazioni Giuseppe Di Tano e Mario Chiatto apparse nel numero 180 di "Cardiologia negli Ospedali". Dopo quelle di Gianfranco Sinagra, Matteo Cassin e Gian Luigi Nicolosi aggiungono le loro riflessioni. Il tema sollevato da Giuseppe Di Tano e Mario Chiatto con la loro lettera apparsa sul Giornale Italiano di Cardiologia e ripresa nel precedente numero di "Cardiologia negli Ospedali" sicuramente apre uno degli argomenti più scottanti nell'attività quotidiana del Cardiologo ospedaliero.

# Troponina

## *La storia di un equivoco, di una opportunità sprecata, di uno scenario in evoluzione e dei 10 comandamenti*

DI MATTEO CASSIN E GIAN LUIGI NICOLOSI

**P**er meglio comprendere i problemi inerenti l'utilizzo della troponina nella pratica clinica, penso sia utile ripercorrere la storia dalla sua introduzione negli anni '90 sino a oggi. La speranza era quella di trovare un marker di infarto miocardico molto sensibile e specifico e si erano create molte aspettative nei riguardi delle troponine cardiache. Il primo banco di prova per la troponina, nei primi anni 90, furono i pazienti con SCA STEMI, casistica eccellente dal punto di vista scientifico ma irrilevante sul lato clinico pratico. Un primo punto critico fu la relazione della troponina con il gold standard di riferimento di quel momento storico, il CK - MB massa. La prima delusione: la troponina era molto sensibile, ma poco specifica considerando il gold standard. Ovviamente noi sappiamo che il CK - MB massa è standard imperfetto e con un cutoff del 99° percentile molto elevato, ma allora quello era il riferimento. L'interesse si sposta poi verso le SCA NSTEMI. Si evidenziò un gruppo di pazienti con valori di CK - MB nella norma, ma con troponina elevata: si trattava di falsi positivi o la troponina era più sensibile del CK - MB massa? La risposta venne da una



serie di studi con risultati riproducibili e da metanalisi: i pazienti CK - MB massa negativi e troponina elevata avevano una prognosi peggiore rispetto a quelli con troponina normale (Hamm, 1992; Antman 1996). Allora si parlava ancora di pazienti con "angina instabile troponina positivi", popolazione identificata a maggior rischio di eventi cardiovascolari, ma la diagnosi di infarto miocardico era ancora legata alla positività del CK - MB massa. Seguirono tentativi (goffi) di conciliare queste problematiche diagnostiche con la prognosi. Le Società Scientifiche dei laboratoristi pubblicarono la raccomandazione di utilizzare due cutoff per la troponina, il primo era il 95° percentile della popolazione di riferimento (che grossolanamente si identificava con il cutoff del CK - MB massa) diagnostico per infarto miocardico, e il secondo cutoff il 99° percentile, che rappresentava la soglia per le informazioni prognostiche. Si parlava allora di angina instabile con "minimo danno miocardico". Il quadro era complicato dal fatto

che la troponina veniva sempre più utilizzata nei reparti di Pronto Soccorso e in una popolazione sempre più eterogenea, con la conseguenza di riscontri di elevazioni di troponina in pazienti senza una chiara evidenza di sindrome coronarica acuta. Per i clinici aumentava l'ambiguità e l'incertezza. Finalmente, nel 2000, venne pubblicato il documento congiunto ESC/ACC sulla diagnosi di infarto miocardico, che veniva definito come "necrosi miocardica causata da ischemia", inoltre la troponina veniva definita come "il biomarcatore preferenziale per la diagnosi di necrosi". Veniva definito il cutoff del 99° percentile e il livello accettabile di imprecisione 10%. Ancora una volta promessa mancata e delusione. La tecnologia di laboratorio in quegli anni non era in grado di fornire un cutoff del 99° percentile con un grado di imprecisione così basso. In mancanza di un riferimento preciso i vari centri hanno utilizzato livelli decisionali diversi, e i clinici hanno supinamente fatto riferimento al numero magico fornito dal laboratorio, ignorando tutte le problematiche sottostanti che restavano confinate agli specialisti del laboratorio. Inoltre continuava a non venire recepito con chiarezza il concetto che l'incremento patologico di troponi-

na non equivaleva alla diagnosi di infarto miocardico (il grande equivoco) e che per infarto miocardico si intendeva solo la necrosi secondaria ad ischemia. E ancora non tutte le necrosi miocardiche erano dovute ad una sindrome coronarica acuta. Infine restava ancora da chiarire l'ambiguo capitolo degli incrementi peri - procedurali di troponina dopo PTCA o by - pass aorto - coronarico. Nel 2007 venne pubblicata la definizione universale di infarto miocardico con la descrizione di 5 tipi di infarto. In particolare il tipo 1 identificava la SCA. Venivano chiaramente escluse le sempre più numerose cause di danno miocardico necrotico non correlato all'ischemia miocardica. L'introduzione più recente delle troponine ad alta sensibilità mediante importanti miglioramenti tecnologici, ha reso possibile dosare livelli bassissimi di troponina con ottima precisione, consentendo il riconoscimento della gran parte, se non tutti, dei soggetti normali e superando di fatto il problema degli anni 2000. Ma paradossalmente questa incrementata sensibilità e precisione si associa ad una minor specificità per la diagnosi di ischemia miocardica. In pratica, siamo in grado di individuare pazienti con danni miocardici veramente minimi con ottima precisione, ma siamo ancora meno capaci di chiarirne la causa. E così la delusione aumenta. Il dato che ci può far uscire dall'equivoco è che, in ogni caso, i pazienti con valori elevati di troponina (con cinetica di incremento - decremento e non con valore elevato costante) devono essere seguiti in modo più attento poiché queste elevazioni in quasi tutti

i casi sono associate ad una prognosi peggiore, qualsiasi sia la sua causa.

Ossia sono pazienti che generalmente non possono essere dimessi dal Pronto Soccorso. Forse, riesaminando la storia di questi 20 anni di troponina, sarà utile ripensarne il ruolo e la gerarchia dei problemi, tenendo presente l'impossibilità di un ritorno al passato. Inutile illudersi, il dosaggio della troponina farà sempre più parte dello screening di ingresso in Pronto Soccorso anche nei pazienti critici con diagnosi indefinita, indipendentemente dalla probabilità a priori di ischemia miocardica. E allora come ottimizzarne l'utilizzo? A mio parere, specie nel contesto della popolazione del Pronto Soccorso e in assenza di una evidente diagnosi iniziale, in questo modo:

1. utilizzare la troponina inizialmente solo come screening prognostico;
2. dosarla più volte per evidenziare l'eventuale cinetica di incremento;
3. ricoverare o prolungare l'osservazione, preferibilmente in area di emergenza, solo dei pazienti con troponina elevata, cinetica di incremento e diagnosi non definitiva;
4. definire la diagnosi con le metodiche di volta in volta ritenute utili. In questo contesto potrebbe inserirsi la consulenza cardiologica nei casi di dolore toracico;
5. solo al termine di questo percorso viene definita la necessità, modalità, luogo di ricovero e la terapia più idonea.

A questo riguardo è stata recentemente pubblicata una utile messa a punto sul corretto utilizzo della troponina, definendo i 10 comandamenti che dovremmo seguire per vivere meglio

la nostra vita lavorativa, che in sintesi sono:

1. Collabora con il Laboratorio e il Pronto Soccorso. Gli argomenti da condividere con il laboratorio sono: quando e come valutare i potenziali valori falsi - positivi o falsi - negativi, il valore di cutoff da utilizzare localmente e le eventuali modifiche. Per quanto riguarda il Pronto Soccorso sono da concordare protocolli di ricovero, osservazione breve o gestione ambulatoriale nei pazienti con cinetiche diverse di incremento della troponina.
2. Comprendi le problematiche analitiche del laboratorio. Ognuno di noi deve conoscere il valore del 99° percentile della metodica in uso locale e il suo significato clinico. Nella maggior parte degli studi questo valore ottimizza la sensibilità diagnostica e la specificità nell'identificare i pazienti ad alto rischio di eventi cardiovascolari. Con l'utilizzo di strumenti a sensibilità sempre maggiore siamo in grado di evidenziare un numero sempre maggiore di quadri clinici, diversi dall'ischemia miocardica, con incremento della troponina e quindi con danno miocardico. Si tratta per lo più di situazioni associate a una prognosi avversa. I casi con un modello dinamico di incremento sono legati ad una patologia acuta a rischio elevato a breve, diversamente da quelli con una patologia cronica e con valore elevato stabile. Nel primo caso è necessario il ricovero, mentre nel secondo scenario può essere sufficiente una gestione ambulatoriale. Un risultato falso - positivo deve essere sospettato in caso di contesto clinico incongruo o in caso di valore persistentemente ele-

vato e stabile. Il più delle volte si tratta di interferenze da fibrina o anticorpi eterofili. Utilizzando metodi ad alta sensibilità, la gestione dei campioni dovrà essere ancora più accurata.

3. Fai diagnosi di infarto miocardico sulla base dei dati laboratoristici nel contesto di un adeguato scenario clinico. La diagnosi di infarto miocardico deve essere basata su un incremento dinamico della troponina nel contesto di una appropriata situazione clinica. A volte, però, il quadro clinico può essere atipico. È il caso delle donne, anziani, diabetici, pazienti con varie co - patologie, pazienti operati. In ogni caso è importante, prima di dosare la troponina, fare una valutazione della probabilità a priori di cardiopatia ischemica, integrando poi il risultato nel quadro clinico generale. Deve essere anche chiaro che in alcuni casi intricati non sarà possibile giungere ad una diagnosi certa finale, neanche dopo aver eseguito una coronarografia. Il meglio che si potrà fare in questi casi sarà una sintesi dei dati clinici ottenuti.

4. Definisci un protocollo per diagnosticare rapidamente i pazienti senza infarto miocardico. Le Linee Guida attuali suggeriscono un periodo di osservazione di 6 ore per i pazienti con sospetta SCA. È probabile, ma ancora non definito, che con l'utilizzo di metodi ad alta sensibilità, questo periodo potrà essere accorciato. Il punto chiave è in ogni caso l'inizio della sintomatologia. Dove non fosse possibile stabilirlo con certezza, il tempo zero deve essere considerato l'arrivo in Pronto Soccorso.

5. Usa buon senso per interpretare le elevazioni di troponina nei pa-

zienti critici. Tenendo presente che i pazienti con coinvolgimento cardiaco, documentato con l'elevazione della troponina, sono a maggior rischio rispetto a quelli senza, anche se non hanno necessariamente un infarto miocardico.

6. Non farti intimidire dalle elevazioni di troponina nei pazienti con insufficienza renale. Nei pazienti con insufficienza renale cronica terminale è frequente l'elevazione, con valore costante, della troponina, in particolare la troponina T. Questa elevazione identifica pazienti a rischio maggiore. Conoscendo il valore cronico individuale, può essere diagnosticato con facilità un evento acuto se si documenta una cinetica di incremento/decremento della troponina.

7. Considera sempre i valori basali di troponina nei pazienti con incremento postprocedurale della troponina. Dalle analisi più recenti è emerso che i pazienti a rischio maggiore non sono quelli che sviluppano un incremento post - procedurale di troponina, ma quelli che hanno già un valore elevato in precedenza, che identifica un substrato anatomico sfavorevole.

8. Dopo un intervento di rivascolarizzazione chirurgica sono necessari parametri multipli per fare diagnosi di infarto miocardico.

9. Non dimenticare la tossicità farmacologica nell'eziologia delle elevazioni di troponina. Questo vale in modo particolare, ma non solo, per i farmaci come Adriamicina e Trastuzumab.

10. Usa buon senso nell'interpretare le elevazioni di troponina post - esercizio fisico. L'elevazione delle troponine ad alta sensibilità può essere documentata transitoriamente

dopo esercizio estremo. Questo porta all'importante quesito se il rilascio possa essere anche secondario a un danno cellulare reversibile e non soltanto irreversibile. Al momento non c'è una risposta definitiva, ma sicuramente sarà argomento di discussione e studio nei prossimi anni.

#### Bibliografia

- Thygesen K, Alpert JS, White HD; Joint ESC/ACCF/AHA/WHF. Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction. Universal definition of myocardial infarction. *Eur Heart J* 2007;28:2525-38.
- Morrow DA, Cannon CP, Jesse RL, et al. National Academy of Clinical Biochemistry practice guidelines: clinical characteristics and utilization of biomarkers in acute coronary syndromes. *Clin Chem* 2007;53:552-74.
- Wu AH, Jaffe AS. The clinical need for high-sensitivity cardiac troponin assays for acute coronary syndromes and the role for serial testing. *Am Heart J* 2008;155:208-14.
- Diamond GA, Kaul S. How would the Reverend Bayes interpret high-sensitivity troponin? *Circulation* 2010;121:1172-5.
- Katus HA, Giannitsis E, Jaffe AS, et al. Higher sensitivity troponin assays: quo vadis? *Eur Heart J* 2009;30:127-8.
- Vasile VC, Chai HS, Khambatta S, et al. Significance of elevated cardiac troponin T levels in critically ill patients with acute respiratory disease. *Am J Cardiol* 2010;123:1049-58.
- Prasad A, Rihal CS, Lennon RJ, et al. Significance of periprocedural myonecrosis on outcomes following percutaneous coronary intervention. *Circ Cardiovasc Interv* 2008;1:10-19.
- Cardinale D, Colombo A, Sandri MT, et al. Prevention of high-dose chemotherapy-induced cardiotoxicity in high-risk patients by angiotensin-converting enzyme inhibition. *Circulation* 2006;114:2474-81.
- Mingels A, Jacobs L, Michielsen E, et al. Reference population and marathon runner sera assessed by highly sensitive cardiac troponin T and commercial cardiac troponin T and I assays. *Clin Chem* 2009;55:101-8.
- Agewall S, Giannitsis E, Jernberg T, et al. Troponin elevation in coronary vs. Non - coronary disease. *European Heart Journal* 2011; 32: 404-411.
- Jaffe A. The ten commandments of troponin, with special reference to high sensitivity assays. *Heart* 2011;97:940-946.

# È giusto che l'Azienda ponga dei limiti minimi di incasso

## *per l'autorizzazione alla libera professione intramoenia allargata?*

Riflessioni e valutazione regolatoria

DI ELIO LAURI



**L**I Fatto: in data recente arriva una lettera, raccomandata, dall'Ufficio Affari generali, di una Azienda Sanitaria.

«Oggetto: monitoraggio fatturati minimi in regime di libera professione intramurario allargato. Con la presente [...] questo ufficio intende verificare l'opportunità o meno del mantenimento delle autorizzazioni allo svolgimento dell'attività libero-professionale in regime intramurario c.d. allargato per quei medici che abbiano realizzato in tale sede un fatturato non rilevante; infatti in tale ipotesi si ritiene che possa essere non del tutto comprensibile la deroga a

suo tempo concessa ad alcuni sanitari rispetto al regime dell'intramuralità in senso proprio (ossia l'allocatione logistica dell'ambulatorio presso gli spazi direttamente gestiti dall'amministrazione sanitaria) stante appunto l'esiguità delle prestazioni rese che dunque potrebbero essere espletate all'interno degli ambienti zionali senza pregiudizi organizzativi. A tale scopo, in analogia con quanto operato anche sul territorio Nazionale da altre Amministrazioni sanitarie Pubbliche, si è assunto a parametro di discriminare l'importo del fatturato annuo 2010 nel valore di €6.000 ossia una media di €500 al mese corrispondente, in base alle tariffe mediamente praticate, ad un numero inferiore alla decina/mese ossia circa due alla settimana.

A tale riguardo la S.V. Ill.ma può far pervenire a questo Ufficio, entro e non oltre [...], ogni osservazione che riterrà opportuna nel proprio interesse circa il mantenimento o meno dell'autorizzazione all'attività libero-professionale intramurario in regime c.d. allargato; dopo tale data l'Amministrazione valuterà la situazione ed adotterà i provvedimenti opportuni di cui le sarà data comunicazione scritta [...].»

A parte la difficoltà di interpretare la comunicazione, scritta in puro "burocratese", si verifica quasi contestualmente, con il Decreto "mille proroghe" del Governo, lo slittamento al 31 gennaio 2011 della proroga alla libera-professione "allargata". Questo provvedimento è peraltro sicuramente



insufficiente, visto che l'annoso problema (che si trascina dal 2000) difficilmente potrà essere risolto in tempo utile. Le Aziende sono state dotate di fondi finalizzati per adeguare la strutture ospedaliere, organizzando spazi separati e distinti, per l'esercizio della libera professione, con personale del CUP differenziato da quello istituzionale. Possiamo affermare che, con la proroga della libera professione allargata, viene comunque garantito il diritto dei medici alla libera professione e quella dei pazienti alla scelta del medico di fiducia, a fronte dell'inadempienza da parte di molte ASL alle disposizioni di legge, malgrado le risorse stanziare. La proroga di un anno di questo regime è stata accettata da molte sigle sindacali, a fronte di una deregolamentazione della libera professione, onde garantire contemporaneamente la possibilità dei pazienti di scegliere il medico di fiducia. L'ASL dovrebbe favorire l'ALPI allargata attuando una gestione diretta, garantendo la riscossione e l'eticità del sistema, senza aggravio di spese, in quanto le spese (locali, mobili, telefono, assistenza infermieristica etc.) degli ambulatori per il regime specifico sono a completo carico del medico. Le osservazioni che vengono spontanee sono le seguenti:

- non c'è, nel regolamento dell'ALPI nello specifico, alcun riferimento ad una cifra limite di riscossione e un

conseguente limite di prestazioni per l'autorizzazione ad esercitare l'ALPI e l'ALPI allargata;

- non esiste nel CCNL in vigore un riferimento alla limitazione del numero delle prestazioni o della quota economica minima per l'autorizzazione ad esercitare la libera professione;
- la possibilità di svolgere l'ALPI è un diritto del medico, qualora il medico svolga la sua attività libero professionale nella disciplina in cui è stato assunto e il numero delle prestazioni effettuate in libera professione non ecceda il numero delle prestazioni istituzionali;
- la libera professione dovrebbe essere agevolata dall'Azienda Sanitaria anche ai fini dell'abbattimento delle liste di attesa;
- esercitare la libera professione allargata non è una concessione dell'Azienda, ma è una necessità, laddove le Aziende non abbiano ancora provveduto ad adeguarsi alle disposizioni legislative in merito alla libera professione (spazi dedicati, CUP dedicato ecc.), d'altro canto favorire l'effettuazione della libera professione può evitare disagi all'utenza evitando in parte la mobilità, altrimenti necessaria;
- il limite posto con tale provvedimento ha come conseguenza anche di rendere difficile ai medici, in particolare all'inizio della carriera, di effettuare la libera professione; infatti laddove all'interno dell'Azienda non

vi siano gli spazi per l'esercizio della ALPI intra moenia "pura" e non si possa nemmeno esercitarla in "allargata", perché non si raggiunge a inizio attività un limite minimo di prestazioni e di incasso, il medico non potrà esercitare un diritto sancito. Le proposizioni in merito sono ovvie:

- realizzare prima possibile quanto già previsto per legge da anni;
- laddove non siano presenti spazi adeguati all'interno degli Ospedali, avviare strutture dedicate alla libera professione nelle loro vicinanze, perché così facendo molto probabilmente il percorso diagnostico e il successivo percorso terapeutico graverà sugli stessi;
- in ogni caso cercare di agevolare la libera professione allargata, sempre con i dovuti controlli aziendali, sia per ridurre le spese dell'Azienda stessa, sia per favorire la disponibilità di prestazioni per l'utenza e garantire l'esercizio di un diritto sancito anche ai medici;
- obiettivo delle Aziende dovrà essere quello di istituire dei percorsi chiari in modo da permettere all'utenza di effettuare una scelta responsabile e non "obbligata".

# La cooperazione interdisciplinare: *spunti di riflessione*

DI ORNELLA MAFRICI

**N**ell'ambito del contratto di ospedalità occupa una posizione di garanzia, nei riguardi del paziente, non solo il personale medico ma anche quello paramedico. La cura sanitaria, a fronte delle recenti riforme legislative e dell'indirizzo assunto dalla giurisprudenza, appare sempre più come una obbligazione complessa in cui operano diversi soggetti ed i cui compiti non sempre sono ben delineati, con conseguente difficoltà di individuare singoli ruoli e responsabilità. Anche se il pensiero corre al lavoro svolto in equipe, per il quale valgono in linea di massima, anche nel rapporto tra personale medico e paramedico, quei principi della competenza per funzioni (si pensi all'infermiere ferrista), dell'affidamento e della posizione apicale già illustrati ("Cardiologia negli Ospedali" n. 173/2010), tutta l'attività sanitaria comporta una cooperazione continua medico - infermiere le cui competenze non sono più relegate nell'ambito di mansioni predetermi-



nate e dirette solo a fornire ausilio nella cura del paziente. Con la legge 42/1999, abrogato il mansionario e la tradizionale distinzione tra professioni sanitarie principali ed ausiliarie, è mutata la qualifica giuridica dei professionisti sanitari non medici e, con la legge 251/2000, l'attività dagli stessi svolta si è arricchita di responsabilità. Secondo tale ultima normativa infatti gli operatori delle scienze infermieristiche e delle professioni ostetriche svolgono con "autonomia professionale" attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla salvaguardia della salute individuale e collettiva espletando le funzioni individuate nelle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché degli specifici codici deontologici. Mentre in

passato l'attività degli infermieri era dettagliatamente descritta ed era svolta in regime di semi - dipendenza dal medico, con la nuova normativa, che non indica più in modo tassativo l'attività da svolgere ed i compiti che il medico può delegare, l'infermiere è diventato "responsabile della assistenza generale

infermieristica" (art.1 decr. min. 739/1994), con conseguente assunzione di responsabilità (civile, penale e amministrativa) del percorso assistenziale. L'autonomia decisionale riconosciuta richiede sempre più specifica competenza e capacità professionale, anche attraverso la formazione permanente, nel lavoro interdisciplinare. Il codice deontologico (anno 2009) ha assegnato al personale infermieristico la responsabilità dell'assistenza infermieristica in base al grado di competenza raggiunto ed ha previsto sia l'opportunità del ricorso all'intervento ed alla consulenza di esperti, sia l'obbligo di declinare i compiti affidati ove gli stessi non possano essere eseguiti in sicurezza. L'assisten-

za infermieristica è, dunque, ormai intesa quale servizio alla persona ed alla collettività da svolgere nel rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo (rispetto della vita, della salute - art. 32 Cost. - della libertà e della dignità dell'individuo) e dei principi etici della professione. Anche con riguardo al consenso informato il codice deontologico indica al personale non medico precisi obblighi: «L'infermiere, nell'aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza e adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere. Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato». È ormai pacifico dunque che il personale paramedico, al pari di quello medico, è portatore di una posizione di protezione, caratterizzata dal dovere del soggetto di provvedere alla tutela giuridica della persona, il paziente, contro qualsiasi pericolo atto a minacciarne la integrità. Gli infermieri sono, pertanto, tenuti a raccogliere le preoccupazioni espresse dai pazienti e/o dai parenti in ordine ad eventuali complicazioni o a situazioni improvvise ed a chiamare se necessario il medico. Sull'altro versante, il medico al quale è affidato il reparto deve informarsi quanto meno delle situazioni di emergenza, assicurarsi della corretta instaurazione delle terapie prescritte, intervenire quando è necessario e non solo su chiamata, seguendo l'evolversi delle varie situazioni fino alla cessazione delle

condizioni di rischio. Mentre sotto la disciplina previgente il rapporto tra medico e paramedico era pressoché analogo a quello tra medico superiore e medico gerarchicamente subordinato, con la conseguenza che la colpa addebitabile al medico per il fatto del paramedico era configurabile come colpa in eligendo (ad esempio per la scelta del destinatario della delega) o come colpa in vigilando (per la mancanza di sorveglianza sull'operato del destinatario della delega), con il decr. min. 739/1994 non sembrano prospettabili aree di subordinazione dell'infermiere al medico essendovi una netta separazione funzionale tra l'attività medica e quella infermieristica così che l'infermiere è dominus della sua sfera di competenza, «identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico» (art. 1 decr. cit.). Il che, in aggiunta al riconoscimento dell'autonomia professionale (L. 251/2000), fa sì che il medico non possa interferire con l'attività infermieristica, non può imporre o indicare le attività da compiere per soddisfare i bisogni infermieristici del paziente gravando sull'infermiere anche la garanzia della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche e non più la semplice somministrazione dei farmaci prescritti dal medico. Ed è anche per tale ragione che, secondo il codice deontologico, l'infermiere deve essere informato del progetto diagnostico terapeutico per le conseguenze che

ha sul piano assistenziale. In linea con l'attuale quadro normativo, la giurisprudenza (Cass. Civ. 9739/2005) ha configurato l'ipotesi di cooperazione (art. 113 c.p.) nel reato di omicidio colposo del personale medico e paramedico per non essersi, il primo (chirurgo), curato dell'assistenza nella fase post operatoria, assicurandosi che la vittima (un ustionato) fosse adeguatamente assistita dopo l'intervento da personale idoneo e presente in numero adeguato, cui egli avrebbe dovuto anche fornire tutte le indicazioni terapeutiche necessarie ed il secondo (infermieri) per non avere raccolto le preoccupazioni reiteratamente ed in maniera allarmata prospettate dalla moglie del paziente e da una infermiera amica di famiglia, limitandosi a fornire otto coperte (!) per far fronte alla crisi di ipotermia di una persona che si stava invece dissanguando e disidratando, omettendo di controllare i parametri vitali e, soprattutto, omettendo di avvertire il medico di guardia, sottovalutando l'aggravamento del paziente e contribuendo così all'exitus. Si legge testualmente nella citata sentenza che «il condiviso orientamento di questa Suprema Corte è nel senso che gli operatori di una struttura sanitaria, medici e paramedici, sono tutti "ex lege" portatori di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex art 2 e 32 cost., nei confronti dei pazienti, la cui salute essi devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità...».

## Spunti da Sud e da Nord

### *per la formazione di un giovane Elettrofisiologo*

Serena Rakar intervista Massimo Grimaldi e Laura Vitali Serdoz



DI SERENA RAKAR

#### Puoi presentarti brevemente?

**Massimo Grimaldi**, 40 anni, laurea in Medicina e Chirurgia nel 1995 (110 e lode) presso l'Università degli Studi di Bari; specializzazione in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare nel 2000 (50 e lode) presso l'Università degli Studi di Bari; servizio di leva svolto come Ufficiale Medico, Dottore di Ricerca in "Fisiopatologia e clinica dell'Apparato Cardiovascolare e Respiratorio" presso l'Università degli Studi di Pisa. Lavoro come responsabile di U.O.S. presso l'Ospedale "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti - Bari. Lavoro inoltre presso la Cardiologia Universitaria di Foggia come consulente. Indirizzo e - mail: fiatric@hotmail.com.

*Buongiorno, mi chiamo **Laura Vitali Serdoz**, ho 33 anni, mi sono laureata in Medicina e Chirurgia all'Università "La Sapienza" di Roma nel luglio del 2000 con una tesi sull'Ecocardiografia Tridimensionale Transtoracica con il Prof. S. De Castro. Nel 2004 mi sono specializzata in Cardiologia presso l'Università di Trieste ed è proprio nella Struttura Complessa della Cardiologia di Trieste, diretta dal Prof. G. Sinagra, che sono tornata a lavorare alla fine del 2008. Il mio indirizzo mail è lavise@gmail.com.*

#### Come e quando hai deciso di intraprendere la via dell'elettrofisiologia?

**Massimo Grimaldi:** Durante il corso di laurea mi piaceva molto la chirurgia, in quanto mi sembrava che il chirurgo avesse la possibilità di rivestire un ruolo determinante nella cura di una patologia. Di contro le branche mediche mi piacevano molto nella fase di diagnosi della patologia. Ho frequentato, come interno, la Medicina Interna, la Chirurgia Toracica ed infine la Cardiologia. Durante l'internato in Cardiologia, al quinto anno del corso di laurea, mi sono innamorato dell'elettrofisiologia ed in particolare della terapia ablativa. Quest'ultima, infatti, coniuga un'interessantissima fase diagnostica ad una elevata capacità di curare definitivamente la patologia del paziente.

**Laura Vitali Serdoz:** *Durante i primi tre anni della scuola di specializzazione non avrei mai immaginato di ritrovarmi un giorno aritmologa e di passare ore e ore in sala a cercare di interpretare segnali che scorrono sui monitor di un poligrafo per trarne le informazioni più giuste e appropriate per guidare i comportamenti successivi. Anzi l'ecocardiografia, con la chance di poter essere uno strumento di comprensione di fisiopatologia e di emodinamica non invasiva, rimaneva la mia passione principale; tra l'altro,*





*La Dr.ssa Laura Vitali Serdoz al lavoro in staff in Sala di Elettrofisiologia presso l'AOU Ospedali Riuniti di Trieste*

*L'idea di crescere come un Cardiologo intensivista completo capace di lavorare in UTIC affrontando tutte le situazioni si avvicinava molto al mio obiettivo. Ma la curiosità e i percorsi casuali possono far cambiare i progetti. Durante l'ultimo anno di specializzazione ho avuto la possibilità di andare a lavorare all'estero per alcuni mesi (14 settimane) e, per la precisione, ad Amburgo nella Cardiologia diretta dal Prof. K. H. Kuck. Durante quei mesi sono riuscita a conoscere ed a integrarmi in un gruppo di lavoro di alto livello culturale, ad elevata competitività e soprattutto ad innamorarmi dell'elettrofisiologia interventistica. La possibilità di capire la fisiopatologia dei "cortocircuiti" e soprattutto l'aver a disposizione uno strumento di cura, e in alcuni casi, di guarigione in un gruppo di pazienti con l'ablazione transcatetere mi ha convinto ad intraprendere questa strada. Ovviamente, l'averlo visto fare in un centro di alto livello ha contribuito non poco a questa decisione.*

### Quali sono state le tappe della tua formazione e quali i tuoi mentori?

**Massimo Grimaldi:** Ho avuto la fortuna di frequentare la Cardiologia universitaria di Bari come interno quando era Direttore Paolo Rizzon che è stato sempre appassionato di elettrofisiologia. Infatti nello stesso Istituto erano presenti il Prof. Matteo Di Biase che si occupava sia di elettrofisiologia che di cardiostimolazione, dopo essersi formato prevalentemente in Francia; il Prof Stefano Favale, che si occupava prevalentemente di impianti e la Prof.ssa Mariavittoria Pitzalis, che aveva da poco iniziato le ablazioni delle aritmie dopo essersi formata presso il laboratorio di elettrofisiologia di Oklahoma City diretto da Warren Jackman. Nel 2000 ho trascorso due mesi presso il laboratorio di elettrofisiologia dell'Ospedale Multimedica di Milano diretto dal Prof. Annibale Sandro Montenero che ricordo sempre con grande affetto. Dal 2001 ho iniziato a frequentare il laboratorio di elettrofisiologia dell'Hospital Cardiologique du Haut - Léveque, Hopitaux de Bordeaux (Francia) diretto da Michel Haissaguerre. Ho scelto

da solo di recarmi presso tale centro e le prime volte mi sono sempre autofinanziato i viaggi, il vitto e l'alloggio. Di questa esperienza mi rimane molto impressa l'accoglienza di Michel Haissaguerre e Pierre Jais, la loro semplicità nel rapporto umano ed al tempo stesso la loro genialità. Non posso dire di aver imparato tutta l'elettrofisiologia durante la mia permanenza a Bordeaux, ma di certo ho imparato l'ossessivo rispetto di una precisa sequenza di manovre durante l'ablazione. Ho imparato la spasmodica voglia di osservare e scoprire ogni minimo dettaglio utile alla comprensione dei fenomeni. Ho apprezzato il loro entusiasmo nell'insegnare. L'ultima volta che sono tornato a Bordeaux è stato un anno fa circa ed in quella occasione abbiamo testato alcuni nuovi cateteri per ablazione sulle capre. È stato molto bello tornare nel centro che mi ha insegnato tanto non come fellow ma come collaboratore in una sperimentazione animale su un catetere da me progettato.

**Laura Vitali Serdoz:** Sicuramente nel periodo di Amburgo il Prof. Kuck e alcuni dei suoi collaboratori quali il Dott. F. Ouyang e la Dott.ssa S. Ernst hanno giocato un ruolo essenziale nell'orientare il mio percorso di formazione successivo. Ma è al Dott. R. Cappato che devo la possibilità di essere cresciuta nel mondo dell'elettrofisiologia clinica ed interventistica presso la Divisione da lui diretta al Policlinico San Donato di Milano. Durante i quasi quattro anni trascorsi a Milano devo ricordare come mentore il Dott. P. Lupo, che ha sempre saputo trasmettere la calma e la razionalità necessarie al miglior svolgimento di questo lavoro. E non posso tralasciare anche il Prof. F. Furlanello che, grande esperto storico dell'aritmologia, ha sempre colto l'occasione per porre quesiti e distribuire cultura.

### Che tipo di difficoltà hai incontrato?

**Massimo Grimaldi:** Le prime difficoltà le ho incontrate quando lavoravo al Policlinico di Bari. Purtroppo si ruppe un angiografo senza che venisse riparato. Da quel momento fummo costretti a lavorare in un'unica sala per eseguire



*Il gruppo di Elettrofisiologia di Acquaviva delle Fonti (Bari) diretto dal Dr. Massimo Grimaldi*

emodinamica, cardiostimolazione ed elettrofisiologia. La situazione era divenuta davvero molto difficile. Inoltre l'elettrofisiologia è una branca in continua e rapida evoluzione tecnologica e a quei tempi ricordo che non fu possibile avere un sistema di mappaggio che ci sarebbe stato utile per le ablazioni di tachicardia ventricolare. Furono questi i principali motivi che mi spinsero verso l'Ospedale "Mulli" che mi avrebbe garantito una sala totalmente dedicata all'elettrofisiologia e continui aggiornamenti tecnologici.

**Laura Vitali Serdoz:** *Beh, ovviamente il percorso per crescere nell'elettrofisiologia implica lo scoprire un mondo di conoscenze di nicchia a cui bisogna dedicare molto tempo, pazienza ed entusiasmo. La difficoltà maggiore l'ho trovata nel giudizio limitativo che molti colleghi più anziani di me facevano su una scelta di un lavoro fisicamente impegnativo e con radioesposizione: mi sono sentita ripetere più volte che forse un lavoro in UTIC o in ecocardiografia poteva essere migliore... Per fortuna, i mentori che ho incontrato nel mondo dell'elettrofisiologia non la pensavano così, e mi sono lasciata alle spalle questi commenti.*

**Quali ricadute pratiche ha avuto il tuo percorso formativo nella tua attuale attività lavorativa e nel centro in cui lavori?**

**Massimo Grimaldi:** Il mio percorso formativo è stato fondamentale nella mia attuale posizione lavorativa. Attualmente sono responsabile di U.O.S. e mi occupo solo di elettrofisiologia. Devo dire che questa posizione mi permette di lavorare con grande piacere anche se è davvero molto impegnativa.

**Laura Vitali Serdoz:** *Il percorso formativo, partendo dal corso di laurea in poi, è stato essenziale nel darmi un metodo di studio e di approccio ai problemi. In particolare, la capacità di analisi di rischi e benefici nonché delle azioni e conseguenze è fondamentale in questo lavoro. Inoltre, l'aver avuto la possibilità di confrontarmi e crescere in centri di alto livello mi aiuta a prendere le decisioni nell'agire clinico quotidiano e mi sottolinea ogni giorno quanto sia*

*essenziale continuare a studiare sempre e, magari, prendersi dei periodi per continuare a crescere andando a visitare altri centri. Attualmente lavoro nella Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Trieste, diretta dal Prof G. Sinagra, ed in particolare ho la possibilità di dedicarmi all'aritmologia ed all'elettrofisiologia interventistica, nonché all'elettrostimolazione, nel gruppo coordinato dal Dott. M. Zecchin. L'apporto culturale e di esperienza ha permesso al gruppo dell'elettrofisiologia di crescere in termini di numerosità e di complessità delle procedure di elettrofisiologia interventistica affiancando quindi una produttività già elevata in termini di quantità e qualità dell'elettrostimolazione.*

**Quali consigli ti senti di dare ad un giovane Specializzato/Specializzando che voglia intraprendere questo tipo di carriera?**

**Massimo Grimaldi:** Il mio consiglio è quello di studiare molto i testi classici dell'elettrofisiologia. Una buona base teorica è fondamentale quando si passa dai libri alla sala. A proposito di sala consiglio di frequentare centri che eseguano più ablazioni tutti i giorni. Durante le ablazioni concentrarsi molto sulle tracce endocavitarie piuttosto che sui sistemi di mappaggio e/o sulla scopia. Preferire, infine, centri in cui gli operatori siano disposti ad insegnare e ne abbiano il tempo.

**Laura Vitali Serdoz:** *Motivazione, pazienza, entusiasmo e voglia di studiare e ragionare. Non perdere mai di vista il paziente, i contesti, i vissuti di malattia. Se queste condizioni sono soddisfatte e le aritmie non sembrano un argomento noioso ma anzi appaiono interessanti da capire, allora, il diventare un elettrofisiologo può e deve essere preso in considerazione. Quasi mi dimenticavo, anche un po' di resistenza fisica non guasta... E, soprattutto, consiglio di prendersi un periodo adeguato per andare a lavorare in un centro di alto livello, e se si va all'estero studiare anche la lingua straniera locale in modo da integrarsi rapidamente con i colleghi e con i pazienti!*



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI MAGNA GRACIA

Campus Universitario, Viale Europa, 88100 Germaneto (Cz), Tel. 0961-3697067 - 7074, Email: [indolfi@unicz.it](mailto:indolfi@unicz.it)[www.unicz.it/cardio](http://www.unicz.it/cardio)Azienda Ospedaliera Policlinico Mater Domini  
Unità Operativa di Cardiologia Emodinamica - UTICCattedra di Cardiologia  
Scuola di Specializzazione in Cardiologia

Direttore: Prof. C. Indolfi

1.4.2011

Ch.mo Presidente ANMCO  
Dott. Marino ScherilloDirettore Responsabile  
Cardiologia negli Ospedali  
Dott. Gennaro SantoroDirettore  
Cardiologia negli Ospedali  
Dott. Mario Chiatto

Gentile Direttore,

L'articolo riguardante il questionario delle Cardiologie Calabresi pubblicato nel numero 179 di *Cardiologia negli Ospedali* riporta una fotografia delle cardiologie della regione. Come si legge nell'articolo, la cardiologia calabrese in una situazione di costante miglioramento, anche se tale evoluzione risulta essere ancora a macchia di leopardo.

L'articolo, per tra alcune inesattezze e dati parziali, riporta nella tabella pubblicata a pag. 56, sorprendentemente, numerosi punti interrogativi sulla popolazione in rete per quanto riguarda il centro Cardiologico del Campus Universitario di Germaneto. In realtà, come noto, il bacino di utenza è stato stabilito e codificato dall'autorità regolatoria della Regione e la presenza dei punti interrogativi, così come aver riportato dati parziali, non solo non è giustificata ma soprattutto non rende ragione di un enorme lavoro svolto dalla Cardiologia Universitaria nella Regione Calabria negli ultimi 10 anni.

In particolare, lo scorso anno, la Cardiologia di Germaneto ha effettuato più di 900 angioplastiche totali, 704 esami in urgenza, 176 angioplastiche nell'infarto acuto STE (primarie e rescue) e 40 procedure in shock cardiogeno. Tali numeri sono quest'anno in aumento. Inoltre, la costruzione di un nuovo ed efficiente campus ospedaliero con elisoccorso per l'emergenza cardiologica, l'istituzione di un'ottima Scuola di Specializzazione in Cardiologia, non presente prima in Regione, l'apertura di un'UTIC di III livello, l'unica in Regione con cardiocirurgia, l'implementazione di numerose sale angiografiche e la formazione di un nuovo staff di eccezione ha permesso di effettuare quantità (il numero più alto di angioplastiche per anno della regione), ma soprattutto Germaneto ha iniziato, tra l'altro, da anni un programma per l'impianto percutaneo della valvola aortica, per la riparazione percutanea della mitrale ed attualmente uno dei tre centri italiani autorizzati all'impianto degli stent bioassorbibili.

La grande realtà del Centro Cardiologico presente nel Policlinico Universitario del nuovo Campus di Germaneto, così come altre strutture di eccellenza nella Regione, sta sicuramente contribuendo al riscatto culturale e sanitario della Regione Calabria.

Cordiali saluti

Prof. Ciro Indolfi

CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LA TERAPIA ENDOVASCOLARE DELLE PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI





## Risposta dell'Editor

DI MARIO CHIATTO

A NOME DEL CONSIGLIO DIRETTIVO ANMCO CALABRIA

L'obiettivo principale che il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Calabria 2010 - 2012 si è dato è la (ri)organizzazione della Rete per l'Emergenza Cardiologica. Come illustrato nell'articolo sulla situazione delle Cardiologie Calabresi, pubblicato sul numero 179 di "Cardiologia negli Ospedali", in Calabria negli ultimi anni si è registrato un costante e confortante incremento delle angioplastiche primarie (quasi 700 nel 2010, pari a 350 per milione); sono attivi più centri, ma manca una vera e propria rete regionale o provinciale, intesa come sistema codificato di rapporti tra hub e spoke, con chiarezza di attribuzione di compiti, definizione degli iter diagnostici e terapeutici, verifica dei risultati e loro analisi. Spiace verificare che il tentativo di fornire una chiave di lettura utile alla realizzazione di una rete (e quindi non di rapporti spesso solo personali tra spoke ed hub) possa essere stato interpretato come un modo per dare maggior visibilità a chi maggiormente si occupa di infarto acuto, come per ragioni logistiche gli Ospedali pubblici dotati di Pronti Soccorso ad elevatissima affluenza fanno, rispetto a chi, in ambiti di eccellenza, svolge interventistica coronarica e strutturale di qualità ed in grande quantità, ma proprio per ragioni organizzative, un minor numero di angioplastiche primarie. La lettera del Prof. Ciro Indolfi lamenta la presentazione di "dati parziali", per i quali facciamo ammenda, ma oggetto dell'articolo non era l'attività interventistica complessivamente svolta in Regione, quanto la distribuzione delle risorse e la capacità di risposta all'emergenza cardiologica. Per quanto attiene ai punti interrogativi sulla popolazione effettivamente in rete del policlinico Mater Domini di Catanzaro, senz'altro meglio avremmo potuto rappresentare questo dato. Tuttavia, il bacino attribuito al policlinico dalla delibera regionale alla quale viene fatto riferimento, e che giustifica il relativo basso numero di primarie, è costituito dalla provincia di Vibo Valentia e dalla fascia tirrenica della Provincia

di Cosenza, con distanze e viabilità di fatto quasi sempre incompatibili con la possibilità di effettuare angioplastica primaria (a meno di non attivare l'elisoccorso in maniera eccessiva od inappropriata, alla stregua di un'ambulanza); inoltre dal 2008, poco dopo l'emanazione della delibera, è attiva H24 l'emodinamica dell'Ospedale di Cosenza, estremamente più vicino a tutta la sua provincia. Che dire poi di centri attribuiti dalla delibera ad un hub più vicino che trasferiscono invece ad uno più lontano, o di centri che, secondo il piano, dovrebbero trasferire ad un hub nettamente più lontano ed invece "disobbediscono", preferendo attenersi alle Linee Guida internazionali ed indirizzando all'hub più vicino? Avremmo volentieri fatto a meno di esplicitare nel dettaglio l'approssimazione della situazione organizzativa calabrese che, a prescindere dalle delibere, è comunque in fase di allineamento sul piano delle prestazioni con la media nazionale. Come Consiglio Direttivo Regionale ANMCO, ci siamo impegnati a fornire un punto fermo su cui riorganizzare l'emergenza cardiologica. Abbiamo infatti realizzato uno strumento operativo ispirato al "Documento di Consenso: La rete interspedaliera per l'emergenza", redatto dall'ANMCO in collaborazione con le altre Società Scientifiche di settore nazionali, ed adattato alla situazione strutturale calabrese. Tale Documento, che abbiamo cercato di condividere con la SIC regionale, senza riuscirci, è stato di recente consegnato alle autorità sanitarie regionali, con le quali ne discuteremo l'applicabilità, ed è consultabile sul sito della nostra Associazione. Esso può costituire una base sulla quale costruire un più efficiente coordinamento dell'attività di emergenza cardiologica della Calabria, ma solo la buona volontà di tutti, più che una delibera, potrà renderlo efficace. Lo spirito collaborativo del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Calabria è come sempre votato alla ricerca di soluzioni appropriate e condivise, nell'esclusivo interesse della popolazione calabrese.

Mario Chiatto





## Piccola storia della Medicina Cardiovascolare: *il cuore nell'antica Grecia (parte I)*

Dal mito a Ippocrate



DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI

*«La vita è breve, l'arte è vasta, l'occasione fugace,  
l'esperimento è pericoloso, il giudizio è incerto»*

*(Ippocrate, Aforismi I,1)*



*Il bastone di Asklepio, simbolo della medicina. Secondo un'altra versione, nel simbolo non è rappresentato un serpente, ma l'estirpazione del Dracunculus Medinensis o verme di Medina.*

**L**a medicina greca rappresenta il passaggio dalla medicina teurgica, che considerava la malattia un castigo divino, alla medicina intesa come scienza. Nella mitologia greca Apollo, dio della bellezza e del sole, simboli di vita e salute, è anche dio della Medicina, ma è una figura volubile: con una freccia invisibile riusciva a bloccare il cuore per sempre anzitempo (una morte improvvisa?). In epoca post-omerica i poteri terapeutici furono trasferiti a divinità minori come Asklepio, (Esculapio per i latini), principe di Tessaglia, figlio di Apollo e allievo del centauro Chirone (fondatore della chirurgia), che viene raffigurato come una figura matura con un bastone in mano sul quale si abbarbica un serpente, a simboleggiare la duplice valenza del farmaco: veleno e salvezza. I templi a lui dedicati (Asklepeia) erano strutture di cura vere e proprie in cui venivano date anche pozioni per indurre uno stato di shock (il "sonno sacro"). In essi era frequente la raffigurazione di organi interni come il cuore e l'uso di cuori votivi in oro od argento. Dal figlio Polidare discese una setta semisacerdotale, quella degli Asclepiadi, che operò nella penisola di Cnido e nell'isola di Cos. Nel contempo si sviluppa una medicina laica; già a Cnosso l'arte medica era esercitata da esperti remunerati e Omero rivela nell'Iliade una notevole conoscenza della chirurgia, mentre la medicina era praticata nei ginnasi, nelle palestre e negli jatreia (da ιατρος,

medico), strutture pubbliche o private. Nel VI secolo a.C. inizia infine la medicina scientifica nelle scuole filosofiche della Magna Grecia, come quella di Crotona. Pitagora portò nella scienza naturale la teoria dei numeri: le malattie nascono dagli eccessi e possono essere evitate rispettando regole di igiene. Dalla sua concezione biologica e dalla dottrina dell'armonia deriverà l'opera di numerosi filosofi: Filolao di Taranto, che affermava «la testa è la sede della ragione mentre il cuore è la sede della vita e dei sentimenti», Empedocle di Agrigento, che porta avanti la possibilità di scambio di sostanze attraverso i pori e Alcmeone di Crotona, che compì dissezioni di animali e in minore misura di uomini e fu autore del primo lavoro di anatomia, il cui studio era inesistente fra gli antichi Greci per ripugnanza verso i cadaveri o per tradizione (i morti venivano cremati). Secondo lui l'uomo è un microcosmo costituito dai 4 elementi, dal cui equilibrio, che chiamò isonomia o democrazia, deriva lo stato di salute, mentre la malattia deriva dalla monarchia, ovvero dal prevalere di uno sugli altri. I maestri presocratici della scuola ionica di Mileto come Talete (che

condivide la teoria degli elementi fondamentali, secondo cui l'universo era costituito da aria, acqua, terra e fuoco) sono filosofi della natura, ma pure medici, poiché la prima domanda che si pongono è quella dell'essenza della materia, anche umana. Tuttavia, anche i più illustri filosofi concepivano in modo fantastico l'invisibile del corpo umano. Nell'antica Grecia si confrontarono due teorie, quella cardiocentrica, secondo la quale il cuore è la sede dell'anima e l'organo responsabile di molte funzioni mentali (Democrito poneva il cuore come βασιλευς, basileus, sovrano della vita spirituale dell'uomo ed Empedocle sosteneva che il «sangue che circonda il cuore è il pensiero») e quella encefalocentrica di Alcmeone, condivisa poi da Ippocrate, che sostenne che il centro delle sensazioni, delle emozioni e del pensiero fosse il cervello. Il termine cuore è infine spesso presente nell'arte: in Omero, in Eschilo ("Supplici"), in Aristofane ("Nuvole") è la sede dei sentimenti e delle passioni, ma anche della ragione e della vita. All'interno dal profondo rinnovamento culturale della società greca si collocò anche la nascita della



*Medico greco pratica un salasso*

prima forma di scienza medica con Ippocrate (460 a.C. circa - 377 a.C. circa), padre della medicina, le cui teorie influenzarono i medici occidentali per circa 2000 anni. Nato nell'isola di Cos nel Dodecaneso, secondo la tradizione sarebbe il 17° discendente di Esculapio; dopo aver trascorso la giovinezza viaggiando nel Mediterraneo allo scopo di perfezionare la sua istruzione, tornò in patria per dedicarsi all'insegnamento e alle cure. La sua medicina trae dalla filosofia e dal ragionamento l'idea che le malattie sono fenomeni naturali prodotti da cause naturali. Scrive Plinio che dai tempi di Asklepio la medicina era considerata cosa segreta finché comparve Ippocrate che iniziò a diffonderla. Nel contempo, anche se affermava «Il medico, che è contemporaneamente filosofo, è simile agli Dei», un secondo aspetto della sua impostazione fu separare sempre più la pratica e le teorie mediche dalla riflessione filosofica. Il medico non deve perdersi in speculazioni astratte, ma attenersi all'esperienza con l'osservazione diretta attenta e sistematica dei sintomi, dalla cui analisi doveva poi risalire alle cause interne della patologia. Nel rigoroso metodo ippocratico, osservazione, teoria (Thorein, speculazione astratta) e tecnica (Tekhne, ars, attività pratica) sono non solo complementari ma di uguale importanza. Ippocrate quindi creò una medicina olistica, basata sull'uomo e sul rapporto medico - paziente, cosa che fece la fortuna della sua scuola rispetto a quella rivale di Cnido, focalizzata

invece sulla malattia come fenomeno relativo al singolo organo che ne veniva colpito, con una concezione riduzionistica simile a quella odierna. La sua fama è dovuta anche all'attività di maestro e alle sue concezioni etiche: considerò il medico l'unione del perfetto uomo col perfetto studioso, che deve amare disinteressatamente la propria arte e il malato. Ippocrate regolò in maniera precisa i principi della deontologia professionale medica, raccolti nel Giuramento che porta il suo nome, preso a modello in tutti i tempi e in ogni paese (Papa Clemente VII, in una sua bolla, stabilì che il laureato in medicina si impegnasse solennemente ad osservarlo), con cui il medico si impegnava a tramandare la sua arte ai figli e ai discepoli, a prodigarsi nei limiti delle sue possibilità per il bene dei malati, a non rivelare i segreti professionali, a non diffondere informazioni sull'uso dei veleni. I suoi scritti, per un totale di 72 libri, raccolti sotto il nome di Corpus Hippocraticum, possono essere divisi in diversi gruppi: etici, di clinica e patologia, di chirurgia, di ostetricia, ginecologia e pediatria, di anatomia e fisiologia e di terapeutica e dietetica. Lo studio dell'anatomia non fu molto approfondito, anche perché Ippocrate riteneva che gli organi non avessero nessuna importanza nelle malattie. In realtà i Greci avevano nozioni sufficientemente esatte non solo sulla morfologia del cuore, che chiamavano il cuore καρδία (cardia) e, nell'Iliade, κηρ (ker) o ητορ (etor) - forse dal verbo κραδαινεται (cradainetai) che

significa pulsare, contrarsi - ma anche, in parte, sulla sua funzione; già in epoca omerica si conosceva la sua importanza per la vita «e il batter del core fè la cima tremar dell'asta infissa ch'ivi alfin tutta si quietò» (Il. 13, 422). I Greci confondevano però vene ed arterie ed erano divisi circa l'origine dei vasi. Il Peri kardies, tra i libri del Corpus, offre la prima descrizione scientifica dell'anatomia cardiaca «quanto alla forma è come una piramide, ha un colore rosso cupo ed è rivestito da una tunica liscia», di cui Ippocrate descrisse le cavità ventricolari, pericardio e liquido pericardico. Alla base della fisiologia si trova l'equazione fra cuore, calore e vita. Il principio attivo che muove il cuore è il "fuoco innato". Le pulsazioni cardiache sono provocate dalla sua forza di espansione cui il tessuto cardiaco offre soltanto una resistenza passiva. Il polmone, considerato organo freddo, attraverso la respirazione dà luogo a un processo di refrigerazione. Comparando le orecchiette ai mantici dei forni dei fabbri Ippocrate delinea un paradigma termo - dinamico in cui il ventricolo sinistro appare come sede di una fiamma che emette dei raggi, che hanno la funzione di raffinare, per farne un "residuo puro e trasparente", il sangue che poi trasporta il caldo distribuendolo a tutte le parti dell'organismo. Questa dottrina ippocratica della circolazione del sangue fu purtroppo successivamente dimenticata per millenni. (Continua...)

# Il testo originale del Giuramento

“Giuro ad Apollo medico, Asclepio, Igea e Panacea, prendendo come testimone tutti gli dei e le dee, di tenere fede secondo il mio potere e il mio giudizio a questo impegno: giuro di onorare come onoro i miei genitori colui che mi ha insegnato l’arte della medicina e di dividere con lui il mio sostentamento e di soddisfare i suoi bisogni, se egli ne avrà necessità;

- di considerare i suoi figli come fratelli, e se vogliono imparare quest’arte, di insegnarla a loro senza salario né contratto;

- di comunicare i precetti generali, le nozioni orali e tutto il resto della dottrina ai miei figli, ai figli del mio maestro e ai discepoli ingaggiati ed impegnati con giuramento secondo la legge medica, ma a nessun altro.

- Applicherò il regime dietetico a vantaggio dei malati, secondo il mio potere e il mio giudizio, li difenderò contro ogni cosa nociva ed ingiusta.

- Non darò, chiunque me lo chieda, un farmaco omicida, né prenderò iniziativa di simile suggerimento, né darò ad alcuna donna un pessario abortivo.

- Con la castità e la santità salvaguarderò la mia vita e la mia professione. Non opererò gli affetti da calcoli e lascerò questa pratica a professionisti”.

- In qualunque casa io entri sarò per utilità dei malati, evitando ogni atto di volontaria corruzione, e soprattutto di sedurre le donne, i ragazzi, liberi e schiavi.

- Le cose che nell’esercizio della mia professione o al di fuori di essa potrò vedere o dire sulla vita degli uomini e che non devono essere divulgate le tacerò, ritenendole come un segreto.

- Se tengo fede sino in fondo a questo giuramento e lo onoro, mi sia concesso godere dei frutti della vita e di quest’arte, onorato per sempre da tutti gli uomini e se lo violo e lo spergiuro che mi accada tutto il contrario.”



*Il Giuramento di Ippocrate  
(codice bizantino del XII sec.)*



## In ricordo di Paola Mancuso



DI FRANCESCO DE ROSA



**I**l ricordo delle cose, degli eventi, dei posti manifesta la sua labilità nel tempo. Non è così per le persone care che restano sempre impresse nella memoria, alimentata dal sentimento che per esse abbiamo nutrito. E tu, cara Paoletta, resterai ancora più impressa nella nostra memoria perché il sentimento sviluppatosi in tanti anni di appassionante lavoro e profonda amicizia è stato grande e pieno di punti luminosi. Non avrei mai imma-

ginato di dover scrivere di te in assenza di te, ma la vita si sa è piena di imprevisti e di eventi non sempre a noi comprensibili. È difficile in questo momento di acuto dolore raccogliere le idee per ricordarti, ma è incoercibile il bisogno di manifestare il senso di solitudine e di vuoto che pervade in questo momento me e chi ti ha conosciuto. Mi legano a te quasi venti anni di lavoro, durante i quali ho sempre apprezzato la tua grande capacità di sintesi fra il tuo impegnativo percorso professionale ed i sentimenti familia-

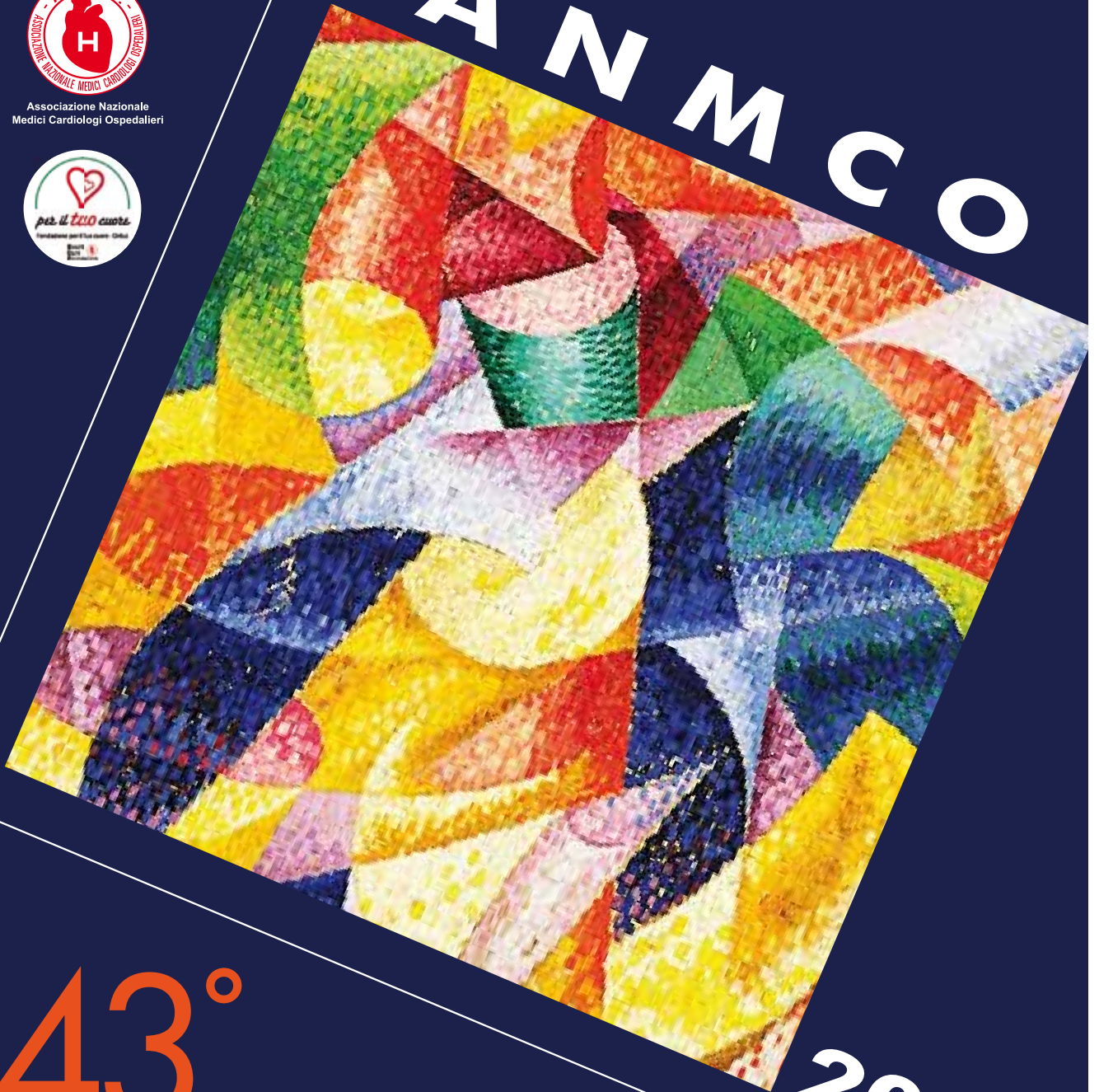
ri, che ti ha consentito di diventare un'elettrofisiologa di livello ed una madre amatissima. Ho avuto anche il piacere, ad un certo punto della mia carriera, di essere il tuo "primario", la qualcosa per un verso mi inorgogliava ma in certi momenti, quando il tuo rigore professionale ti spingeva a rapportarti a me nel rispetto dei ruoli, mi faceva sorridere. Ho sempre pensato che un medico ospedaliero debba avere un senso del dovere, una passione per il proprio lavoro ed un rispetto del dolore altrui fuori dal comune. Tu avevi queste doti che spesso ti facevano trascurare le tue cose personali e la tua stessa condizione di salute. Ne sono prova la tua preziosa ed ostinata presenza in reparto fino a 20 giorni prima del tuo ultimo viaggio. Da subito è stato durissimo affrontare il nostro lavoro quotidiano senza di te, preziosa nel coordinare il lavoro di tutti. Ci mancherà il tuo sorriso, il tuo sapere, il tuo esempio e, non ultimo, i racconti dei tuoi innumerevoli viaggi. Semplicemente, ci mancherà.



Associazione Nazionale  
Medici Cardiologi Ospedalieri



# ANMCO



# 2012

# 43°

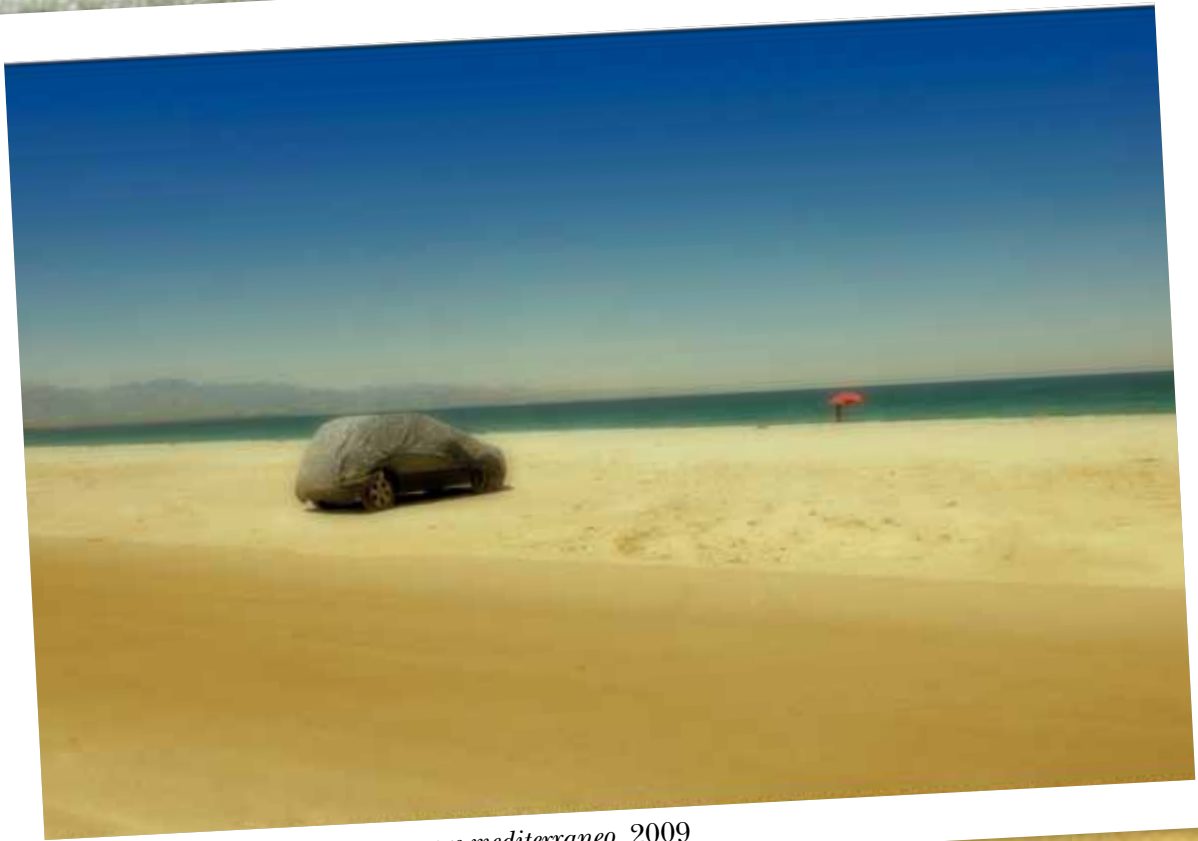


## CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA

Firenze, Fortezza da Basso

**30 maggio - 2 giugno 2012**





Gaetano Gianzi, *Schiavonea, cuore mediterraneo*, 2009