

cardiologia

negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

ANMCO 2011
Uniti nella Ricerca
per le Cure di Qualità

Flash dal Congresso ESC

Dammi il tuo cuore.
Ne avrò cura.
Yes, I do!

CardioRun
Una splendida giornata

Angina day

Lo Studio
Italian Ederly - ACS

Area Nursing: chi siamo

Cardiologia
emiliano - romagnola
ANMCO Giovani 2011

*Les amis du coeur
du Val d'Aoste*

Malpractice in Medicina
dello Sport

La Medicina del futuro
tra EBM e New Age

LUGLIO/AGOSTO • SETTEMBRE/OTTOBRE 2011 N°182 - 183

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



Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri



ANMCO



43°



CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA

Firenze, Fortezza da Basso

30 maggio - 2 giugno 2012

2012

PRIMO ANNUNCIO &
CALL FOR ABSTRACT



In copertina opera di
Jill Battaglia
*Autumn Woods Trail
on Grunge Background*



N. 182 - 183 lugl./ago. - sett./ott. 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 **CardioRun: un grande successo!** p. 22
di Letizia Morozzi

DAL DIRETTIVO p. 24
**"Angina day": un progetto formativo
dedicato all'angina stabile**
*di Massimo Uguccioni e
Pompilio Faggiano*

DALLA ESC p. 9
Flash dal Congresso ESC di Parigi 2011
di Serena Rakar

**LA FONDAZIONE "PER IL TUO
CUORE" ONLUS RISPONDE**
Dammi il tuo cuore. Ne avrò cura.
Yes, I do! p. 14
di Cynthia Russo

GISSI post - STEMI LVSD: p. 15 **AREA NURSING** p. 31
Outliers dagli Studi IN - ACS
e GISSI - 3
di Margherita Calcagnino,
Francesco Orso, Attilio Maseri
Area Nursing: chi siamo
di Cristiana Caredda
AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Alimentazione e Dieta: p. 17
tra Salute e Comunicazione!
Di Stefania De Feo, Aurelio Sgalambro,
Alessandra Chinaglia, Pompilio Faggiano



Una splendida giornata p. 20
di Pier Luigi Temporelli



Elevato Rischio p. 33
**Cardiovascolare: alcune condizioni
cliniche (ancora) misconosciute nella
pratica clinica**
*di Giovanni Cioffi, Pompilio Faggiano,
Luigi Tarantini*

DALLE REGIONI

BASILICATA p. 39
 Parlo con te
 di *Francesco Paolo Calciano, Antonio Cardinale, Lucia Bolettieri*



Le attività de "Les amis du coeur du Val d'Aoste"
 di *Giuseppe Ciancamerla* p. 52

FORUM p. 54
 La gestione del paziente affetto da scompenso cardiaco: il ruolo dell'ambulatorio "dedicato"
 di *Antonella Brundu e Francesco Uras*

Uno sguardo sulle nuove frontiere della Prevenzione Cardiovascolare: benefici dell'Imaging versus lo Score di Rischio Clinico Globale
 di *Sabino Scardi e Giuliano Ceschia* p. 64

IL PARERE LEGALE p. 71
 Malpractice in Medicina dello Sport: a rischio l'attività professionale del Cardiologo
 di *Ornella Mafrici*

VIAGGIO INTORNO AL CUORE
 La Medicina del futuro tra EBM e New Age
 di *Gianfranco Misuraca* p. 73

EMILIA ROMAGNA p. 44
 ANMCO Giovani 2011
 di *Giampiero Patrizi e Alessandro Navazio*

LOMBARDIA p. 46
 La IV Edizione della Convention delle UTIC della Lombardia
 di *Alberto Limido, Niccolò Brenno Grieco, Daniele Nassiacos, Sonia Tosoni*

ASSOCIAZIONI PER IL CUORE E DINTORNI p. 50
 Interessante e proficua collaborazione tra Pubblico e Volontariato
 di *Adriano Pastore*



STEMI - SCORE p. 61
 di *Gianfranco Cucchi*

Diabete mellito e coronaropatia stabile: la rivascolarizzazione vince sulla terapia medica almeno sui sintomi
 di *Alberto Genovesi Ebert* p. 63

I VERSI DEL CUORE p. 76
 Introduzione
 di *Mario Chiatto*
 Solitudine
 Nudo
 L'ozio
 di *Carminè Carpinò*

COME ERAVAMO p. 77
 Piccola storia della Medicina Cardiovascolare: il cuore nell'antica Grecia (parte II)
 di *Maurizio Giuseppe Abrignani*



ANMCO 2011

42° Congresso Nazionale di Cardiologia Uniti nella Ricerca per le Cure di Qualità



MARINO SCHERILLO E ALDO PIETRO MAGGIONI

Il Congresso ANMCO rappresenta ormai un tradizionale appuntamento di aggiornamento scientifico e di piacevole incontro per i Cardiologi e gli Infermieri attivi nelle 890 Strutture cardiologiche e nelle 416 UTIC italiane ed impegnati con passione ed entusiasmo nell'Assistenza e nella Ricerca per le Cure di Qualità. Il Consiglio Direttivo ed il Consiglio Nazionale ANMCO, come ogni anno, avendo in mente una efficace trasmissione di sapere tra Professionisti, hanno elaborato 179 Eventi Scientifici. Nel complesso sono stati affrontati una ampia varietà di snodi clinici ricorrenti nella pratica quotidiana e, come ormai

tradizione, grosso rilievo all'interno del meeting hanno avuto gli Studi Clinici dell'ANMCO. Sono stati presentati dal Prof. Luigi Tavazzi i dati definitivi dell'**IN - HF Outcome**, terminato nel dicembre 2010: uno Studio osservazionale condotto su 5.600 pazienti, arruolati nel periodo 2007 - 2009, e seguiti fino a un anno dall'arruolamento. Un terzo dei pazienti sono stati ospedalizzati per riacutizzazione di scompenso, i 2/3 dei pazienti arruolati in Ambulatorio per scompenso cronico (la Figura 1 riporta i profili clinici dei pazienti ricoverati per scompenso acuto). La mortalità a un anno nei pazienti con scompenso cronico è pari a 5.9%, e i

principali predittori indipendenti di mortalità a un anno sono la frequenza cardiaca elevata, l'età, una bassa pressione arteriosa sistolica, il basso peso corporeo, l'anemia, l'insufficienza mitralica, il QRS slargato, la disfunzione renale. Nei pazienti con scompenso acuto, tra i predittori di mortalità vanno annoverati anche la presenza di compromissione neurologica e l'iposodiemia. Interessanti sono i dati sull'utilizzo degli ICD: il 30% dei pazienti con scompenso cronico aveva indicazione a CRT secondo Linee Guida, e di questi solo il 43% è stato impiantato con un ICD; il 70% dei pazienti non aveva indicazione a ICD, e di questi il 16% è

IN-HF Outcome SCOMPENSO ACUTO: PROFILI CLINICI (N. 1.868 PZ)

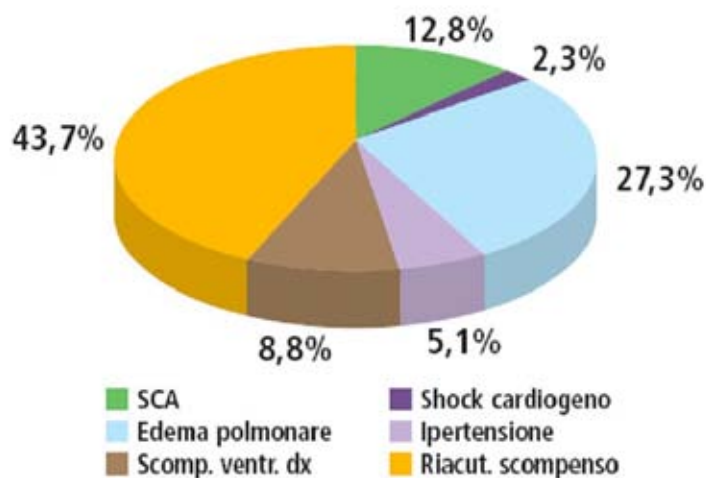


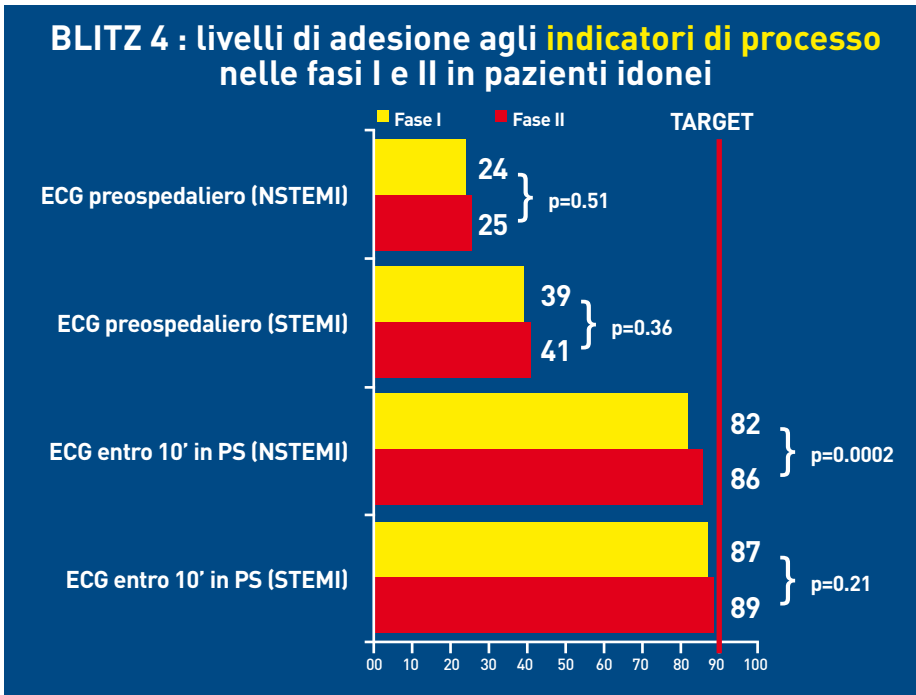
Figura 1

stato ugualmente impiantato.

Sono stati presentati e discussi anche i dati dello **Studio MANTRA**, anch'esso osservazionale, che ha arruolato circa 6.400 pazienti con sindrome coronarica acuta, di cui il 44.7% con STEMI, fornendone le principali caratteristiche cliniche. Il 63% dei pazienti con STEMI/ BBSx di nuova insorgenza è stato trattato con PCI primaria, il 16% con trombolisi sistemica, e circa il 20% non ha ricevuto terapia ripercussiva. Dai dati emerge che la mortalità intraospedaliera è bassa nei centri che aderiscono alle Linee Guida, l'utilizzo dei farmaci antitrombotici in acuto è elevata, ed è frequente l'uso di angioplastica coronarica nelle SCA - NSTEMI. I punti critici, su cui molto lavoro deve essere ancora fatto, sono la durata ancora lunga della degenza media, l'esecuzione non ancora estensiva dell'ECG preospedaliero e i tempi di ripercussione ancora migliorabili. A Tale proposito, il tema del Ritardo Evitabile è stato sollevato dall'ANMCO per la prima volta oltre venti anni fa alla luce dei risultati del primo Studio GISSI, fino ad arrivare alla Campagna Educazionale Nazionale varata nel 2008, che rappresenta la più concreta e sistematica iniziativa

su questo obiettivo finora pianificata in Italia. In questo senso, i risultati dello **Studio Blitz 4 Qualità**, presentati dal Dr. Zoran Olivari, ci dicono che stiamo andando nella giusta direzione. I 163 Centri che hanno aderito allo Studio hanno permesso di fare un doppio scatto sulla gestione delle SCA, considerata attraverso la valutazione di 32 indicatori (13 di processo, 7 farmacologici e 12 di dosaggio di farmaci antitrombotici): i due tempi di analisi, fase I e II, sono stati intervallati da un feedback ai centri partecipanti allo scopo di migliorare il raggiungimento del target per ogni singolo indicatore. E la valutazione comparativa dei risultati prima e dopo la attività di feedback, dimostra che nella cardiopatia ischemica si ottengono buoni risultati, che sono stati ulteriormente implementati in fase II. Nella 1° fase (2008 - 2009) sono state effettuate 18 riunioni Regionali, nella 2° fase (2009) sono stati raccolti da parte delle Cardiologie che hanno aderito alla Campagna i dati inerenti le criticità locali sul ritardo preospedaliero, nella 3° fase (2009) sono stati raccolti i tempi preospedalieri e ospedalieri di 10 pazienti consecutivi avviati ad angioplastica o a trombolisi,

nella 4° fase (2009) sono state implementate a livello delle singole realtà intra ed extraospedaliera iniziative volte a migliorare le criticità rilevate nella fase 2. I dati sono stati raccolti in 88 Centri, sia Hub che Spoke, distribuiti su tutto il territorio nazionale. Attualmente nei Centri che hanno preso parte alla Campagna il ritardo pre - ospedaliero è minore rispetto al ritardo fotografato negli anni passati, in quanto metà delle persone ha un primo contatto medico tra i 70 e gli 80 minuti dall'esordio dei sintomi, ed in particolare circa il 50% dei pazienti che si rivolgono al 118 chiama entro 60 minuti (golden hour). Il ricorso al 118 è aumentato in questi anni nelle aree urbane afferenti ai Centri Hub (58% dei pazienti), mentre risulta essere stabile nei pazienti che afferiscono ai Centri Spoke. L'esecuzione dell'ECG preospedaliero è aumentata negli anni e supera il 70% nei pazienti soccorsi dal 118 ed indirizzati direttamente ai Centri Hub. Appare aumentata dal 27% al 39% anche la quota degli infarti che ricevono il trattamento fibrinolitico già in Pronto Soccorso. L'ECG in Pronto Soccorso viene eseguito più rapidamente rispetto al passato, e nella totalità dei



pazienti viene ottenuto nei 10 minuti raccomandati (Figura 2). Per quel che riguarda il tempo che intercorre tra l'arrivo in Ospedale e l'inizio della terapia trombolitica (Door to Needle), l'obiettivo della Campagna, rappresentato dal target dei 30 minuti è aumentato del 25%. Per quanto concerne il tempo che intercorre tra l'arrivo in Ospedale e l'angioplastica (Door to Ballon), nei Centri Hub il target dei 90 minuti, è aumentato dal 68% al 72%, sfiorando quindi la quota del 75% che era

l'obiettivo della Campagna (Figura 3). Persistono tuttavia alcune criticità: rimane consistente il ritardo evitabile dei pazienti con infarto che afferiscono ad un Centro Spoke e da questo muovono verso un Centro Hub per eseguire l'angioplastica primaria. Un'altra rilevante criticità è rappresentata dal mancato miglioramento del tempo di allertamento del Cath Lab. L'ATA - AF è un progetto promosso dall'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, dalla Fondazione "per il Tuo cuore" HCF Onlus e

Figura 2

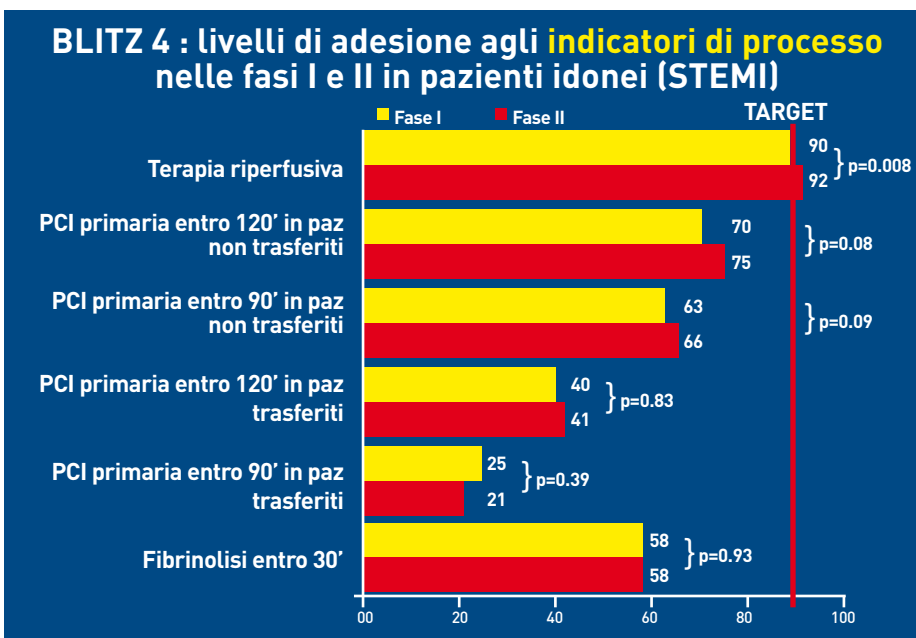


Figura 3

dalla Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI), con cui ci si era proposto di raccogliere dati sulla gestione della fibrillazione atriale nel mondo reale, con particolare attenzione al trattamento antitrombotico prescritto alla dimissione di pazienti dopo una diagnosi di FA primaria o secondaria (Figure 4 e 5). In un sottogruppo di circa 80 centri è stato effettuato un follow - up dei pazienti arruolati con visita a 6 e 12 mesi, per valutare il profilo di sicurezza delle diverse strategie antitrombotiche utilizzate e di raccogliere informazioni su mortalità, ospedalizzazioni, stroke ed altri eventi trombo embolici, emorragie maggiori e minori. Lo Studio osservazionale ha coinvolto più di 7.100 pazienti afferiti a 360 Strutture tra Cardiologie e Reparti di Medicina Interna. La popolazione era composta per il 47% da donne; l'età era superiore a 75 anni nel 56% dei pazienti. I risultati, presentati dal **Dr. Giovanni Mathieu** e dal **Dr. Giuseppe Di Pasquale**, ci insegnano molte cose. *In primis*, è stato possibile rilevare alcune importanti differenze tra i soggetti gestiti da Reparti di Cardiologia o di Medicina Interna: diversità demografiche e cliniche che hanno delineato differenti profili di

paziente, individuando diversi approcci terapeutici utilizzati presso le due tipologie di Reparto. Nello specifico, il 71,3% dei pazienti ricoverati presso la Medicina Interna presentava più di 75 anni, contro il 44,6% della Cardiologia; le percentuali di comorbidità è stata registrata nel 71,8% delle persone trattate dagli internisti e nel 49,7% di quelle prese in carico dai Cardiologi. La fibrillazione atriale era permanente nel 62% dei pazienti ricoverati in Medicina Interna, contro il 37% dei pazienti della Cardiologia, mentre le forme persistenti erano significativamente più rappresentate nei pazienti cardiologici. Per quanto riguarda il rischio tromboembolico e il trattamento antitrombotico prescritto, sono state evidenziate delle differenze significative tra le due tipologie di Reparti di degenza. L'impiego dell'anticoagulante orale è stato valutato in relazione al punteggio CHADS₂ che identifica il rischio tromboembolico del paziente. Il 53,1% dei pazienti delle Cardiologie aveva un punteggio CHADS₂ ≥ 2 (medio alto) contro il 75,3% dei pazienti delle Medicine Interne e il trattamento con anticoagulante era prescritto nel 64% dei casi per le Cardiologie rispetto al 46% dei pazienti delle Medicine Interne. Lo Studio ha evidenziato un sottoutilizzo della terapia anticoagulante in circa un quarto dei pazienti a medio e alto rischio di ictus. Inoltre, la somministrazione di tali farmaci non appare guidata dal livello di rischio dei pazienti e l'andamento della prescrizione non cambia utilizzando il nuovo score adottato nelle nuove Linee Guida europee di Cardiologia CHA₂DS₂-VASc. Inoltre è interessante sottolineare come l'età > 75 anni

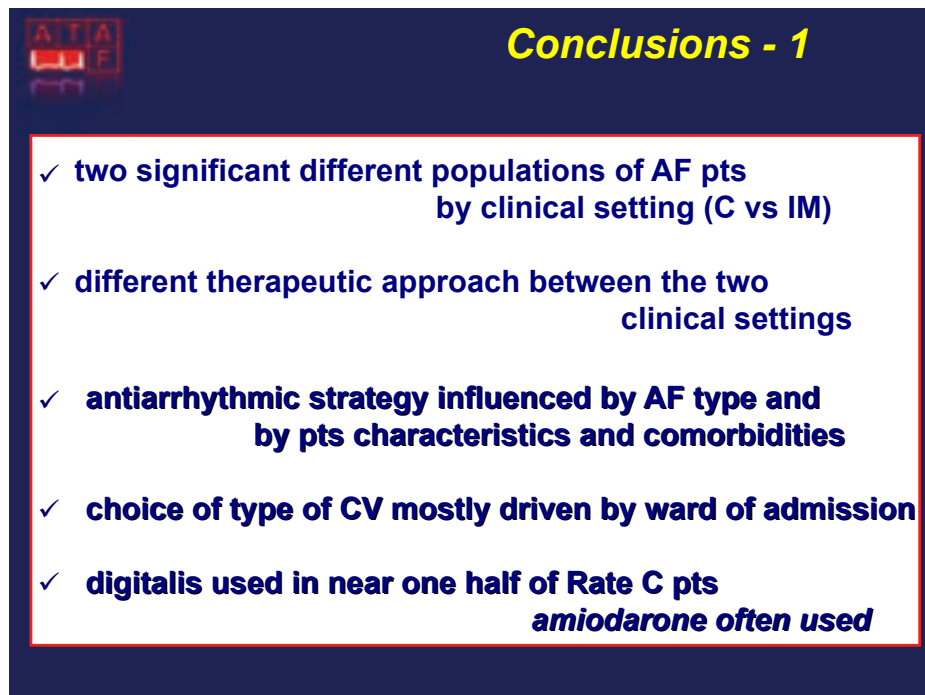


Figura 4

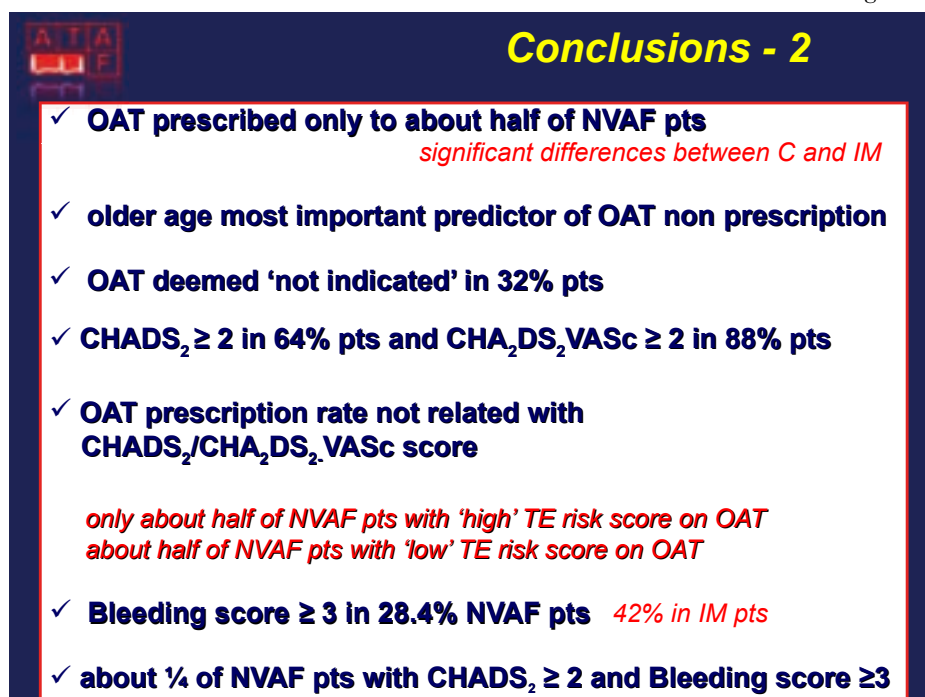


Figura 5

condiziona spesso il non uso di tali farmaci, configurando in tal modo un paradosso: i soggetti a maggior rischio tromboembolico sono quelli che presentano anche un maggior rischio emorragico. Anche per quanto riguarda il controllo del ritmo rispetto al controllo della frequenza, sono state evidenziate delle importanti differenze di approccio fra Cardiologia e Medici-

na Interna. Il controllo della frequenza cardiaca è stata la scelta preferita dal 43,6% dei Cardiologi rispetto al 60,5% degli Internisti. L'età avanzata e le comorbidità orientano i sanitari verso una strategia rate - control, mentre ovviamente la giovane età e le forme "lone" dell'aritmia orientano verso una strategia di ripristino del ritmo sinusale. Cardioversione elettrica e farmaco-

logica sono utilizzate in proporzioni praticamente sovrapponibili quando si sia optato per il controllo del ritmo. I risultati dello **Studio DYDA, condotto in collaborazione con l'Associazione Medici Diabetologi (Dr. Marco Comaschi - AMD, Dr. Andrea Di Lenarda - ANMCO)**, appaiono molto interessanti: si tratta di uno Studio epidemiologico, prospettico, multicentrico il cui obiettivo primario è stato quello di analizzare la prevalenza all'arruolamento della disfunzione ventricolare sinistra (sistolica e/o diastolica) in pazienti con diabete mellito di tipo 2 senza storia di cardiopatia nota e di identificarne i predittori clinici, biumorale strumentali (Figura 6). Lo Studio ha arruolato circa 1.000 pazienti in 40 Centri Diabetologici italiani, in collaborazione con le rispettive Cardiologie di riferimento per la valutazione ecocardiografica dei pazienti. In seguito all'arruolamento tutti i pazienti sono stati rivalutati dal punto di vista clinico (inclusa la raccolta degli eventi clinici), ecocardiografico, biumorale e strumentale. La prospettiva affrontata è al rovescio: è infatti ben noto che il diabete mellito comporta alterazione della funzione diastolica, ma non ci si è mai chiesto se il diabete di per sé si associ significativamente a ridotta funzione contrattile. L'intuizione in effetti è risultata azzeccata: la presenza di ridotta funzione contrattile del ventricolo sinistro in pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2, senza sintomi né segni di cardiopatia, è molto frequente. Infatti, la disfunzione ventricolare sinistra (sistolica e/o diastolica) è presente in oltre il 50% dei pazienti. L'età, la trigliceridemia,

il trattamento con metformina e con doxazosina, tratti di insulino-resistenza e una circonferenza addominale maggiore di 108 centimetri sono predittori indipendenti di disfunzione contrattile del ventricolo sinistro. Menzione particolare, infine, meritano i primi risultati ottenuti dal connubio collaborativo tra l'ANMCO e l'Istituto Superiore di Sanità, attraverso l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare istituito in Italia, che si rinnova nel 2008 e rappresenta il contributo italiano all'European Health Examination Surveys (EHES): un ampio progetto di osservazione di calibro europeo, che si pone l'obiettivo di raccogliere dati riguardo allo stato di salute e al profilo di rischio di tutta la popolazione adulta europea. L'esigenza, ovviamente, nasce dalla necessità di standardizzare l'informazione epidemiologica che in precedenza appariva essere frammentata e piena di bias che

ne inficiavano l'attendibilità e l'utilità. Gli strumenti utilizzati nella raccolta dati, presi isolatamente, generano degli errori impliciti alla metodica stessa: per questo motivo, nel progetto attuale tutti gli strumenti disponibili (Registri amministrativi, Health Examination Surveys e Health interview Surveys) sono utilizzati e sottoposti a controllo di qualità. Lo stato dell'arte alla data odierna, che comprende le osservazioni effettuate nelle Regioni Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Molise, Basilicata, Calabria Sicilia, Sardegna, Lazio, Piemonte ci fornisce, come sempre accade, sia buone che cattive notizie: le cattive sono che, a 10 anni di distanza tra il 1998 ed il 2008 in 9 Regioni italiane si registra, sia negli uomini che nelle donne, un aumento della glicemia ma non della prevalenza di diabete, segno, questo, di difficoltà nel controllo della glicemia anche nei diabetici; un peggioramento generaliz-

DYDA: Independent predictors of LV dysfunction (n. 450/751 pts)

*Model adjusted for
clinical variables and laboratory examinations
and pharmacological treatments and ECG*

	OR	95%CI
Age (continuous variable)	1.05	1.02-1.07
HbA _{1c} (continuous variable)	1.26	1.08-1.48
Triglycerides (continuous variable)	1.003	1.001-1.005
Metformin	1.63	1.11-2.39
Glitazones	0.53	0.30-0.94
P wave (V1) ≥ 40 msec	1.51	1.02-2.22
Doxazosine	2.24	1.03-4.90

DYDA Study - Results

Figura 6

zato dell'assetto lipidico, anche se accompagnato da un aumento dell'HDL - colesterolemia, sia per l'aumento della colesterolemia media, sia per la diffusione del trattamento con statine. Negli uomini in particolare, aumenta la proporzione di persone obese e quella di persone affette da sindrome metabolica. Nelle donne le condizioni rimangono sostanzialmente stabili rispetto al 1998, anche se va considerato che le donne partivano da livelli

medi generalmente elevati. Continua a diminuire la prevalenza di fumatori correnti negli uomini ma non nelle donne. Il consumo di sale, sia nelle donne che negli uomini, appare essere molto oltre i livelli giornalieri consigliati dall'OMS. Notevole, inoltre, appare l'impatto delle condizioni a rischio nel livello socio - economico più basso: aumenta l'obesità (dal 26 passa al 32%), non aumenta il diabete, ma la sua prevalenza resta molto

elevata (16%), aumenta la prevalenza della sindrome metabolica (dal 28 al 33%), non diminuisce la prevalenza dei fumatori (23%). Veniamo alle buone notizie: aumenta la prevalenza delle persone con pressione arteriosa inferiore a 140/90 mmHg e non trattate indipendentemente dal genere e dal livello socio - economico, aumenta il livello medio di HDL - colesterolemia, diminuisce l'abitudine al fumo negli uomini.



42°

CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA

Firenze - Fortezza da Basso **11 - 14 maggio 2011**

Flash

dal Congresso ESC di Parigi 2011



DI SERENA RAKAR

Queste righe non pretendono di essere un report fedele e completo del Congresso ESC di quest'anno, ma si propongono solo di dare dei flash sui principali eventi dello stesso, al fine di stimolare in ciascuno la curiosità di leggere i nuovi documenti/pubblicazioni e di connettersi al sito ESC oppure al Servizio MD - FM disponibile anche sulla Homepage del Sito ANMCO. Come ricorderete lo spotlight 2011 è stato "Controversie in Cardiologia". Questo *fil rouge* ha permesso di esplorare molte tematiche, dalla scienza di base alle procedure interventistiche più complesse, per le quali, nonostante le conoscenze a disposizione, non vi è ancora unanime consenso, e di lanciare su di esse dibattiti costruttivi basati sull'evidenza scientifica e l'esperienza. Il programma è stato preparato come sempre dal Congress Programme Committee, in collaborazione con gli ESC Working

Group e le Associazioni Cardiologiche Nazionali ed Affiliate; ma per la prima volta un gruppo di 8 giovani Cardiologi ha progettato il Cardiologists of Tomorrow Track, pensato per le nuove generazioni di Colleghi. Questo è stato l'anno dei Registri, perché l'ESC ha deciso di espandere l'EURObservational Research Programme, lanciato nel 2009 e composto da quattro tipologie di Registri: le General Survey, che valutano la gestione delle malattie cardiovascolari a maggior incidenza, quali lo scompenso cardiaco, la fibrillazione atriale e la cardiopatia ischemica cronica; i Sentinel Registries, che valutano l'impatto delle procedure interventistiche e delle tecniche di imaging e che includono Registri pilota sull'ablazione della fibrillazione atriale e sull'impianto valvolare transcateretere; le Special Surveys/Registries, per valutare l'epidemiologia e la gestione di condizioni emergenti in Sanità

pubblica quali cardiopatie in gravidanza e cardiomiopatie; le Prevention Survey, che valutano l'epidemiologia dei fattori di rischio cardiovascolare e le relative misure di prevenzione. In un Simposio *ad hoc* sono stati presentati i risultati di Registri appartenenti alle prime tre categorie. Aldo Maggioni ha riportato i risultati dello Studio pilota per il Registro generale dello scompenso cardiaco, una Survey condotta in 136 Centri cardiologici (più di 5.000 pazienti) di 12 Paesi europei: la mortalità ad un anno per scompenso cardiaco (7%) è risultata in miglioramento, mentre quella per scompenso cardiaco acuto ancora inaccettabilmente elevata (17%). È emersa ancora l'inappropriatezza della prescrizione dei trattamenti raccomandati nel cronico, mentre quelli dell'acuto risultano adeguati in maniera troppo aneddotica. Sono stati poi presentati i primi dati del Registro sulla gravidanza nelle cardiopatie, area

nella quale è molto scarsa l'evidenza da Trial prospettici e randomizzati, nonostante le malattie cardiache siano la principale causa di mortalità materna in gravidanza. Al 1° giugno 2011 l'arruolamento contava oltre 1.300 pazienti, appartenenti a 60 Centri di 28 Paesi. Più della metà di esse (> 60%) risultava affetta da cardiopatie congenite (seguite a ruota da cardiopatie valvolari, cardiomiopatie e cardiopatia ischemica). Il 26% delle donne è stato ospedalizzato per cause cardiologiche ed il 41% è stato sottoposto a taglio cesareo, nel 36% dei casi con carattere emergente. Rispetto alla popolazione generale la mortalità materna si è rivelata 100 volte maggiore, quella fetale 10 volte e quella neonatale 4. Notevoli e di particolare interesse sono però le differenze geografiche, culturali, economiche e di sistema che incidono sulla raccolta dati nei diversi Paesi, come è emerso dalla relativa discussione al Pregnancy Investigator Meeting. Di pari passo sono state pubblicate quattro nuove Linee Guida. Quelle relative alla Gestione delle cardiopatie in gravidanza sono un update del documento di consenso edito nel 2003 e sono omnicomprendenti di periodo pregravidico, gravidanza, parto e postpartum. In relazione, come già detto, alla mancanza di studi prospettici randomizzati a riguardo, le raccomandazioni riportate sono per la maggior parte di livello di evidenza C, pertanto molti argomenti rimangono ancora controversi. Tenendo conto della mortalità non trascurabile e l'impatto negativo della gravidanza sul decorso della malattia particolare enfasi viene data al counselling, allo

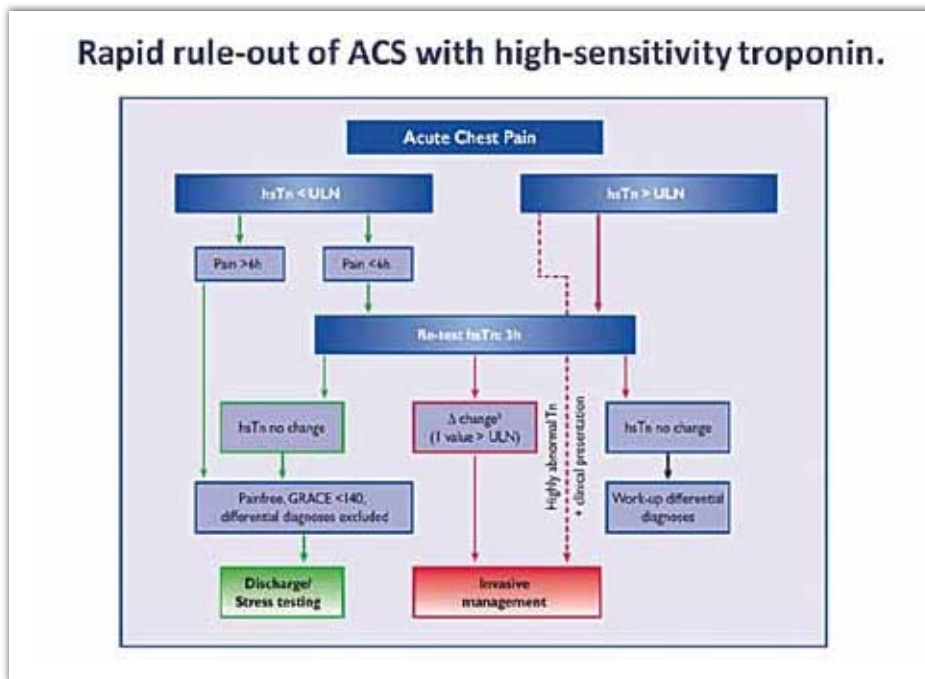
Figura 1

General recommendations: High risk states; contraindications for pregnancy	
Conditions in which pregnancy risk is WHO IV (pregnancy contraindicated)	
• Pulmonary arterial hypertension of any cause	
• Severe systemic ventricular dysfunction (LVEF <30%, NYHA III-IV)	
• Previous peripartum cardiomyopathy with any residual impairment of left ventricular function	
• Severe mitral stenosis, severe symptomatic aortic stenosis	
• Marfan syndrome with aorta dilated >45 mm	
• Aortic dilatation >50 mm in aortic disease associated with bicuspid aortic valve	
• Native severe coarctation	

screening per cardiopatia e alla valutazione del rischio. Molto utili ai fini clinici sono le quattro classi di rischio, costruite sulla base della classificazione WHO modificata, l'ultima delle quali controindica la gravidanza (Figura 1). Vi è poi una sezione per ogni sottogruppo di cardiopatie (congenite, aortiche, valvolari, coronaropatia, cardiomiopatie, aritmie, disordini ipertensivi, tromboembolismi venosi). Un capitolo speciale è dedicato ai farmaci durante la gravidanza e l'allattamento, classificati dall'FDA in base al loro grado di sicurezza (A, B, C, D, X: A i più sicuri, X i controindicati). Particolare rilievo viene dato alla terapia anticoagulante orale nelle gravidie portatrici di protesi valvolari: viene considerata terapia di scelta nel 2° - 3° trimestre e controversa durante il 1°. La gestione delle dislipidemie (ESC/European Athero-

sclerosis Society) è un documento su cui la ESC si cimenta per la prima volta. Esso fornisce al Cardiologo clinico un metodo di stima del rischio cardiovascolare globale non più dicotomico (score $\geq 5\%$ o $< 5\%$), ma esteso su quattro livelli (molto alto, alto, moderato e basso). L'HDL - C è integrato in questa valutazione. Sono state introdotte anche le carte di rischio relativo, da usare per motivare ad un adeguato stile di vita i giovani che sono a basso rischio assoluto, ma che per la presenza di fattori di rischio diventano ad elevato rischio relativo. L'LDL - C rimane il target della terapia. Troviamo un algoritmo che ci guida nell'uso ottimale delle statine, con scelta di tipo e dose sulla base del target di riduzione dell'LDL-C. Un'intera Sezione è dedicata alla gestione della dislipidemia nei diversi setting clinici (bambini, donne,

Figura 2

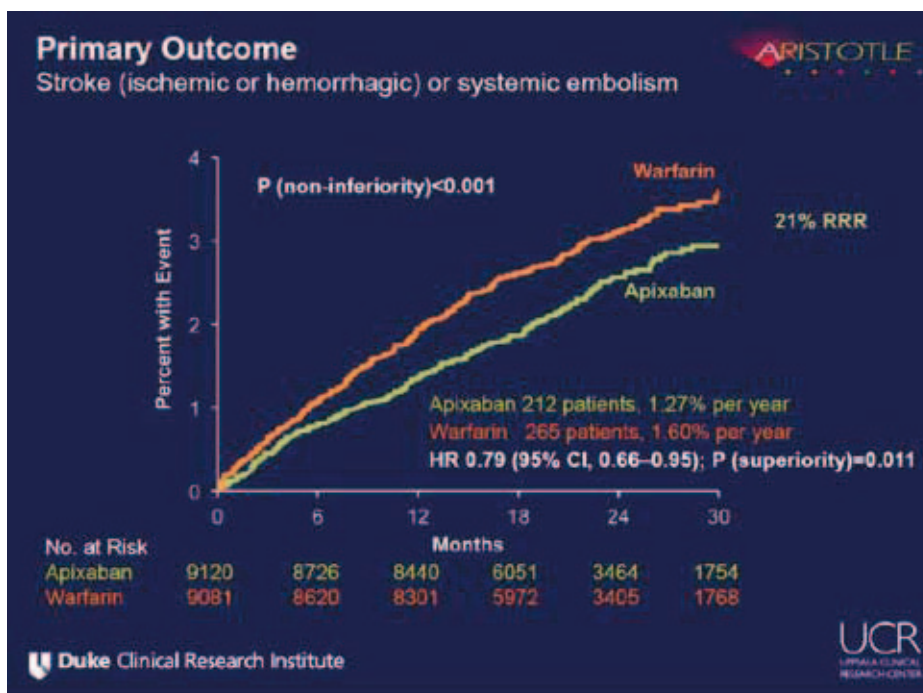


anziani, sindrome metabolica e diabete, SCA, HF, nefropatia, malattie autoimmuni, PAD, stroke, HIV e trapiantati). Il Documento sulle SCA a ST non elevato è un update delle Linee Guida del 2007. Esso introduce quattro classi di novità: diagnostiche, di stratificazione del rischio, relative alla terapia medica ed alla rivascolarizzazione. Innanzitutto viene sottolineata l'importanza delle troponine ad alta sensibilità, perché se disponibili permettono nella fase precoce di valutazione delle SCA un rapid rule out protocol (Figura 2) che riduce i tempi della stessa a 0 - 3 h, con un conseguente importante accorciamento della permanenza in PS (I, B). Si raccomanda la valutazione ecocardiografica in PS (I, C), ai fini della diagnosi differenziale e della stratificazione prognostica. L'angioTC viene consigliata come metodo diagnostico (IIa, B) quando la probabilità di SCA è

basso - intermedia e ECG e troponine non sono conclusivi. Viene fortemente caldeggiato (I, B) l'uso routinario degli score di rischio prognostico (GRACE) e di sanguinamento (CRUSADE), segnalando per la prevenzione di quest'ultimo anche l'adozione dell'approccio radiale. Per tutti c'è l'indicazione alla terapia DAP per 12 mesi (I, A), indicando l'uso del ticagrelor in tutti i pazienti a rischio moderato - alto (I, B), indipendentemente dalla strategia iniziale (inclusi quelli trattati con clopidogrel e senza anatomia coronarica nota) e di prasugrel per quelli vergini da DAP, in cui l'anatomia coronarica è già nota e stanno per essere sottoposti a PCI, a meno di controindicazioni note (I, B); l'uso del clopidogrel pertanto viene confinato ai pazienti che non possono assumere gli altri due farmaci (I, A). È confermata la controindicazione all'uso routinario dei GP IIb/IIIa (III,

A). Tra gli anticoagulanti viene raccomandato come prima scelta il fondaparinux (I, A), che passa avanti ad enoxaparina (I, B) e ad eparina non frazionata (I, C), grazie al suo miglior profilo di efficacia - sicurezza in tutte le classi di rischio (sempre però con supplemento di UFH al momento della PCI). La bivalirudina ha una classe di indicazione IB associata al GP IIb/IIIa come alternativa all'UFH nei pazienti in procinto di PCI urgente ad alto rischio ischemico ed emorragico. È stato definito infine il timing della strategia invasiva: urgente (< 120') in pazienti a rischio molto elevato (I, C), molto precoce (< 24 h) in pazienti con GRACE score > 140 o con almeno un criterio ad alto rischio (I, A), precoce (< 72 h) in pazienti con almeno un criterio di alto rischio o con sintomi ricorrenti (I, A). Nei pazienti a basso rischio la valutazione invasiva non è raccomandata (III, A), a meno di documentazione non invasiva di ischemia (I, A). L'uso dei DES nelle SCA è considerato sicuro e l'indicazione deve essere individuata sul singolo paziente, basandosi sulle caratteristiche cliniche, l'anatomia coronarica ed il rischio di sanguinamento (I, A). Anche le Linee Guida sulla diagnosi ed il trattamento delle arteriopatie periferiche (PAD) sono una new entry nell'ESC, nata da una task force multidisciplinare (Cardiologi, Chirurghi vascolari, Neurologi, Angiologi, Radiologi), anche con l'egida dell'European Stroke Association. Il loro scopo è quello di dare un indirizzo sulla patologia aterosclerotica del distretto carotideo extracranico, vertebrale, mesenterico, renale e delle estremità (superiori ed inferiori). Le

Figura 3



diverse presentazioni cliniche sono state trattate in sezioni specifiche. Ad esempio per le carotidopatie si sono comparati i diversi trattamenti medico, chirurgico e percutaneo, con una chiara differenziazione tra soggetti asintomatici e sintomatici, indicando per questi ultimi un timing diagnostico - terapeutico molto stretto (entro due settimane). Nella diagnosi delle LEAD è sottolineata l'importanza della misura dell'indice caviglia - braccio. Particolare enfasi è stata data poi alla patologia multidistrettuale, sempre più frequente specie nei pazienti anziani, in cui c'è un overlap tra coronaropatia, malattia cerebrovascolare e LEAD. Da qui l'invito a non focalizzarsi solo sul distretto di presentazione, ma ad indagare a tutto tondo, prendendo in considerazione tutti i fattori di rischio cardiovascolare e le comorbidità. Molti sono stati i Trial presentati nelle sessioni congressuali. Segnaliamo il

PURE (Prospective Urban Rural Epidemiological study) che ha arruolato in 17 Paesi 154.000 pazienti tra i 35 - 70 anni, 5.650 con all'anamnesi un evento cardiaco e 2.292 uno stroke. Ne è risultata una "global tragedy" di sottouso dei farmaci in prevenzione secondaria: solo il 25.3 % dei pazienti assumeva antiaggreganti, il 17.4 % betabloccanti, il 19.5 % ACE - inibitori o ARBs, il 14.6 % statine. Nei Paesi a basso reddito l'80.2 % non assumeva alcun farmaco in prevenzione secondaria, contro l'11.2% dei Paesi ad elevato reddito e lo stesso accadeva nelle aree rurali rispetto a quelle urbane. Da qui la necessità di modificare i sistemi sanitari in queste aree geografiche. Lo Studio ARISTOTLE (Apixaban for Reduction In Stroke and Other Thromboembolic Events in atrial fibrillation) ha arruolato 18.201 pazienti con fibrillazione ed almeno un fattore di rischio addizionale per

stroke in 1.034 Centri di 39 Paesi. Essi sono stati randomizzati ad apixaban (9.120) 5 mg b.i.d. vs warfarin (9.081), con un target INR di 2 - 3, per la prevenzione dello stroke e dell'embolismo sistemico. Lo Studio si è rivelato di superiorità, in quanto ad un follow up mediano di 1.8 anni l'apixaban è risultato migliore del warfarin nella prevenzione di questi eventi (riduzione del 21 %; HR 0.79, 95 % CI 0.66 - 0.95, $p < 0.001$) ed era anche associato ad un minor tasso di sanguinamento (riduzione del 31 %; HR 0.69, CI 0.60 - 0.80, $p < 0.001$) e di mortalità globale (3.5 % vs 3.94 %, HR 0.89, 95 % CI 0.80 - 0.99, $p = 0.047$) (Figura 3). Sono stati poi presentati due studi francesi sul follow up remoto degli ICD, che trova il suo razionale nel fatto che il metodo convenzionale è trimestrale, non legato ad un evento o ad un malfunzionamento del device, dove invece nuove tecnologie permettono la trasmissione via telefono, dal domicilio del paziente al Centro di riferimento, di un costante update del funzionamento dell'ICD, dello stato della batteria e della terapia erogata. L'ECOST (Effectiveness and COST of ICD follow up using remote monitoring) ha arruolato 1.501 pazienti in 30 Centri francesi, seguendoli per un anno con f.u. convenzionale vs remoto. Non è emersa nessuna differenza nella mortalità ad un anno, mentre il controllo remoto presentava meno terapie inappropriate. Pertanto il controllo remoto è una valida e sicura alternativa a quello convenzionale, anche se non si è riusciti a dimostrare la sua non inferiorità. L'EVATEL (EVALuation of TELE-follow up) ha condotto un'analisi simile,

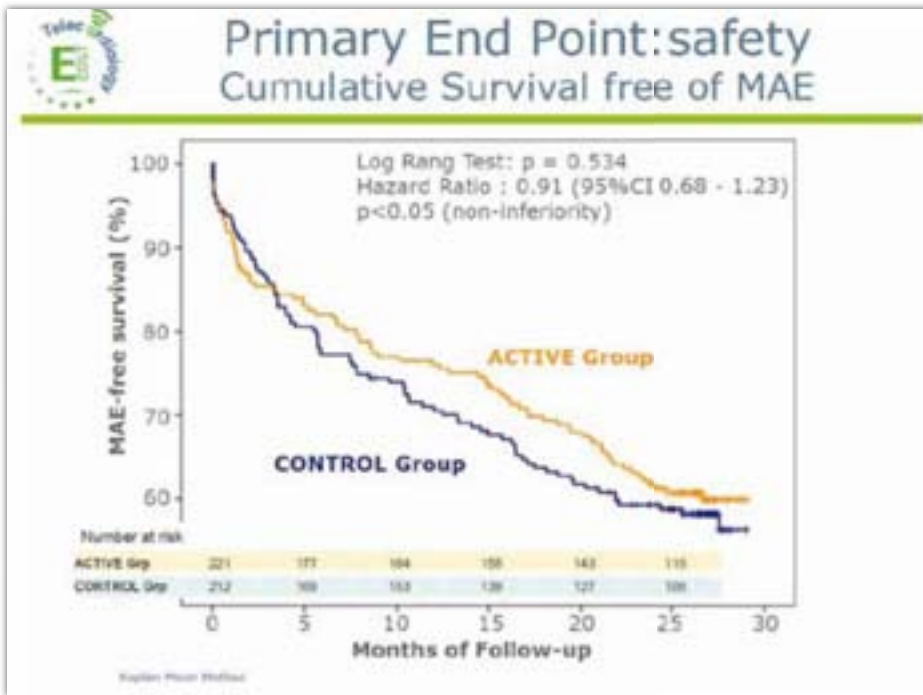
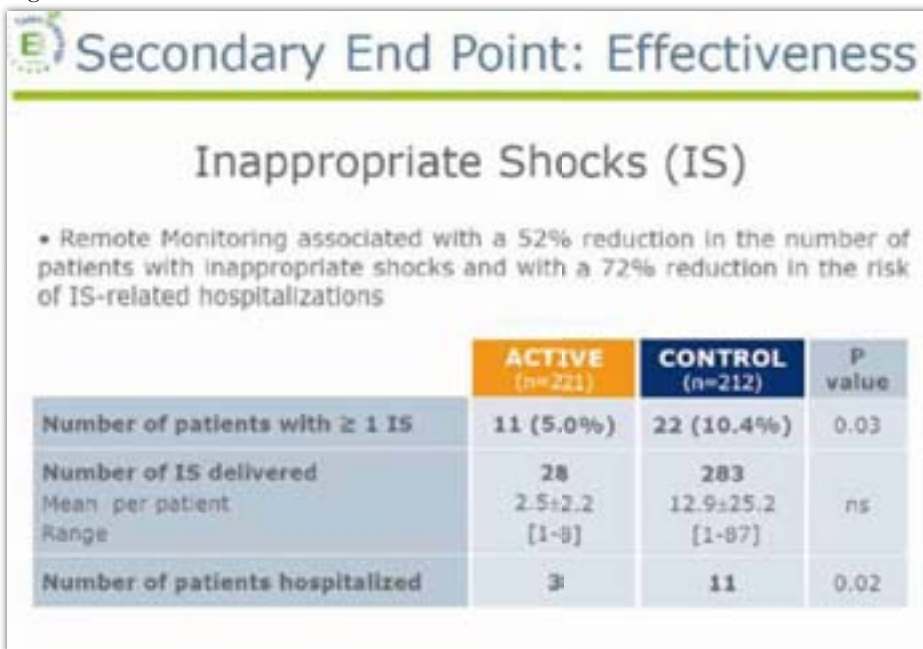


Figura 4

Figura 5



dove il controllo remoto era associato al 72 % di riduzione del rischio di ospedalizzazione per shock inappropriato, con un significativo impatto sulla longevità della batteria degli ICD. Il miglioramento della gestione del device non dimostra però ancora la superiorità del metodo (Figure 4 e 5). Il CRISP AMI (Counterpulsation to Reduce Infarct Size Pre-PCI Acute Myocardial Infarction) ha arruolato

337 pazienti con STEMI in 30 Centri di nove Paesi, randomizzandoli al contropulsatore aortico pre PCI (161) vs lo standard care PCI (176), con l'obiettivo di dimostrare una riduzione dell'infarct size. I due gruppi non differivano per l'area infartuale media, misurata alla cardioRMN, né per le complicanze vascolari o i sanguinamenti maggiori/trasfusioni. Sono stati inoltre presentati due studi italiani. Il

PRODIGY (PROlonging Dual antiplatelet treatment after grading stent - induced intimal hyperplasia study, M. Valgimigli, Ferrara) è uno studio multicentrico che ha incluso 2.000 pazienti programmati per PCI elettiva o emergente, randomizzati a ricevere quattro tipi di stent (BMS o DES everolimus, paclitaxel, zotarolimus) e a 30 gg randomizzati a DAP per 6 o 24 mesi. Il gruppo con la DAP più prolungata a due anni non aveva un outcome migliore in termini di eventi (rischio di mortalità globale - infarto - stroke 10.1 % vs 10 %; HR 0.98, CI 0.74 - 1.29, $p = 0.91$) contro un rischio doppio di sanguinamento (HR 2.17, CI 1.02 - 3.13; $p = 0.037$). Il CORP (Colchicine fOr Recurrent Pericarditis; M. Imazio, Torino) ha visto che la colchicina, associata alla terapia antinfiammatoria empirica, può ridurre la ricorrenza della pericardite. In quattro Centri italiani sono stati arruolati 120 pazienti con pericardite ricorrente, randomizzandoli al trattamento convenzionale più colchicina (1 - 2 mg bid per 24 h, 0.5 - 1 mg bid per 6 m; 60 pz) vs trattamento convenzionale più placebo (60 pazienti). A 18 mesi il primo gruppo mostrava una ricorrenza del 24% vs 55% (RR 56%, $p < 0.001$), con una persistenza di sintomi a 72 h del 23.3% vs 53.3% ($p = 0.001$). Buon approfondimento a tutti! Arrivederci a Monaco 2012 (25 - 29 agosto) con lo spotlight "From bench to clinical application", ricordando che per i Cardiologi under 35 la registrazione al Congresso è gratuita (quest'anno più di 600 hanno potuto beneficiarne).

È con piacere che vi introduco il profilo di Cynthia Russo, Amministratore Unico presso Just Think srl Mktng&Comm, società indipendente di marketing e comunicazione. Esperta nell'ideazione e gestione dei processi strategici e operativi di fund raising, comunicazione, pubblicità, marketing, co - marketing e new business finalizzati al raggiungimento di obiettivi significativi e al posizionamento sul mercato di realtà profit e no - profit. Fra le sue le Campagne di fund raising e CRM: Ford per il Bambin Gesù, Un euro per un Bambino, Mettiamo su casa e La luce dei bambini per la Segreteria di Stato vaticana. La Fondazione "per il Tuo cuore" ha affidato a Cynthia Russo la conduzione della sua prossima sfida: la realizzazione della Campagna **Yes, I do!**, una Campagna di fund raising a vantaggio della Ricerca, che prenderà avvio a metà novembre. Buon lavoro!

Attilio Maseri

Dammi il tuo cuore. Ne avrò cura. *Yes, I do!*



DI CYNTHIA RUSSO

Prende il via a novembre la Campagna sociale della Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus. Anche quest'anno, la Fondazione "per il Tuo cuore" HCF Onlus, ha deciso di portare avanti una importante Campagna di fund raising, denominata: **Yes. I do!**, tesa al raggiungimento degli obiettivi di crescita che si prefigge nell'ambito della Ricerca Scientifica, della Formazione e della Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari. La nuova Campagna sociale, che prenderà il via a metà novembre 2011 e si concluderà a fine febbraio 2012, è legata a uno scaldamani a forma di cuore, appunto: lo **Yes, I do!**, che si attiva grazie a una piastrina metallica che genera una forte vibrazione nell'intera massa della soluzione, rimanendo calda per 20/30 minuti. Un oggetto riutilizzabile per anni, che racchiude

in sé energia, senso del calore e della condivisione, e potrà essere donato a tutte le persone che amiamo, indistintamente. Un gesto di attenzione all'altro in linea con la Mission della Fondazione che recita ogni giorno: <<Dammi il Tuo cuore. Ne avrò cura>>. Partner istituzionale della Campagna sociale la Banca Popolare di Vicenza che metterà i cuori scaldamani a disposizione dei suoi clienti in tutte le filiali presenti sul territorio nazionale, permettendo così, a chiunque lo desideri, di acquisirlo a fronte di una piccola donazione. L'iniziativa, rivolta a un target trasversale, raggiungerà il maggior numero di persone possibile grazie all'utilizzo di strumenti di comunicazione alternativi o che fanno ormai parte della quotidianità: un Sito internet, www.iesidoconilcuore.it, una pagina facebook dedicata, una

Card Yes, I do!, che sarà distribuita in varie regioni italiane nelle Università, nelle Stazioni, negli Aeroporti, ecc., l'attivazione di un QR Code che permetterà di accedere direttamente dal cellulare alle informazioni sul Sito, un invio mail a un significativo numero di persone attente alle iniziative sociali, l'invio di biglietti di auguri natalizi ad aziende e privati per far conoscere loro l'iniziativa, sollecitandoli a donare. La Campagna sarà inoltre sostenuta dalla Rai che ha nuovamente inteso garantire sostegno alla Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus e ai suoi obiettivi di crescita. Una Campagna forte, dunque, che ci auguriamo permetta al nostro **Yes, I do!** di rappresentare uno strumento di condivisione forte con la comunità a vantaggio della Ricerca. Grazie!

GISSI post - STEMI LVSD: Outliers dagli Studi IN - ACS e GISSI - 3



DI MARGHERITA CALCAGNINO, FRANCESCO ORSO, ATTILIO MASERI

La storia naturale⁽¹⁻²⁾ della disfunzione ventricolare sinistra post - infartuale è conosciuta da molti anni. La maggior parte dei pazienti colpiti da infarto miocardico esteso sviluppano una severa disfunzione cardiaca post - infartuale andando incontro a scompenso cardiaco e a ripetute ospedalizzazioni³. Tuttavia l'osservazione clinica suggerisce che alcuni pazienti, nonostante un'iniziale riduzione della funzione cardiaca, evolvano in maniera positiva rimanendo per lungo tempo sostanzialmente asintomatici. Una minoranza di essi, inoltre, potranno addirittura presentare un miglioramento della loro funzione cardiaca. I pazienti che si comportano in questa maniera vengono classificati

come "OUTLIERS". Questo accade nonostante i pazienti siano stati curati nella stessa maniera. Perché? Lo Studio GISSI post - STEMI LVSD è nato per cercare di trovare la risposta a questa ambiziosa domanda. In particolare, lo scopo di questo studio è di indagare a fondo i meccanismi di malattia e individuare le caratteristiche distintive (anamnestiche, cliniche, bioumorali, morfo - strutturali) di quei pazienti con primo infarto miocardico complicato da grave disfunzione ventricolare sinistra post - infartuale che non hanno percorso la "storia naturale" della malattia, vale a dire che hanno avuto una evoluzione clinica positiva, diversa dall'atteso. Si tratta di uno studio che coinvolgerà molti centri cardiologici

a livello Nazionale. Lo Studio prevede l'arruolamento di pazienti senza precedente storia cardiovascolare (angina, infarto miocardico, ictus), colpiti da infarto miocardico con soprasslivellamento del tratto ST (STEMI) complicato da disfunzione ventricolare sinistra, precedentemente inclusi nello Studio GISSI 3⁽⁴⁾ e nel Registro IN - ACS Outcome. Da una analisi preliminare risulta che la popolazione dello Studio sarà rappresentata da circa 118 pazienti provenienti da tutta Italia: 66 pazienti appartenenti alla popolazione del Registro IN - ACS Outcome e 52 pazienti alla popolazione dello Studio GISSI 3 (Figura 1). Tutti i pazienti saranno sottoposti ad una approfondita valutazione clinica, bioumorale, strumentale e funzionale



Figura 1. Popolazione dello Studio. Distribuzione Nazionale

come mostrato in Figura 2 e inseriti in un follow - up prospettico. Questo nuovo approccio di ricerca clinica permetterà di studiare per la prima volta una popolazione di pazienti Outliers caratterizzati da severa disfunzione ventricolare sinistra post - infartuale, con successiva evoluzione positiva, effettuando una sorta di "fotografia" clinica e strumentale per individuare le peculiarità distintive. Lo Studio GISSI post - STEMI LVSD aiuterà ad identificare fattori di "protezione" potenzialmente responsabili di un outcome favorevole nonostante una così grave condizione clinica, quale infarto miocardico complicato da grave disfunzione ventricolare sinistra. I risultati ottenuti da questo Studio serviranno per generare delle ipotesi che dovranno essere verificate in un successivo e più ampio studio prospettico nel quale saranno arruolati pazienti con le stesse caratteristiche.

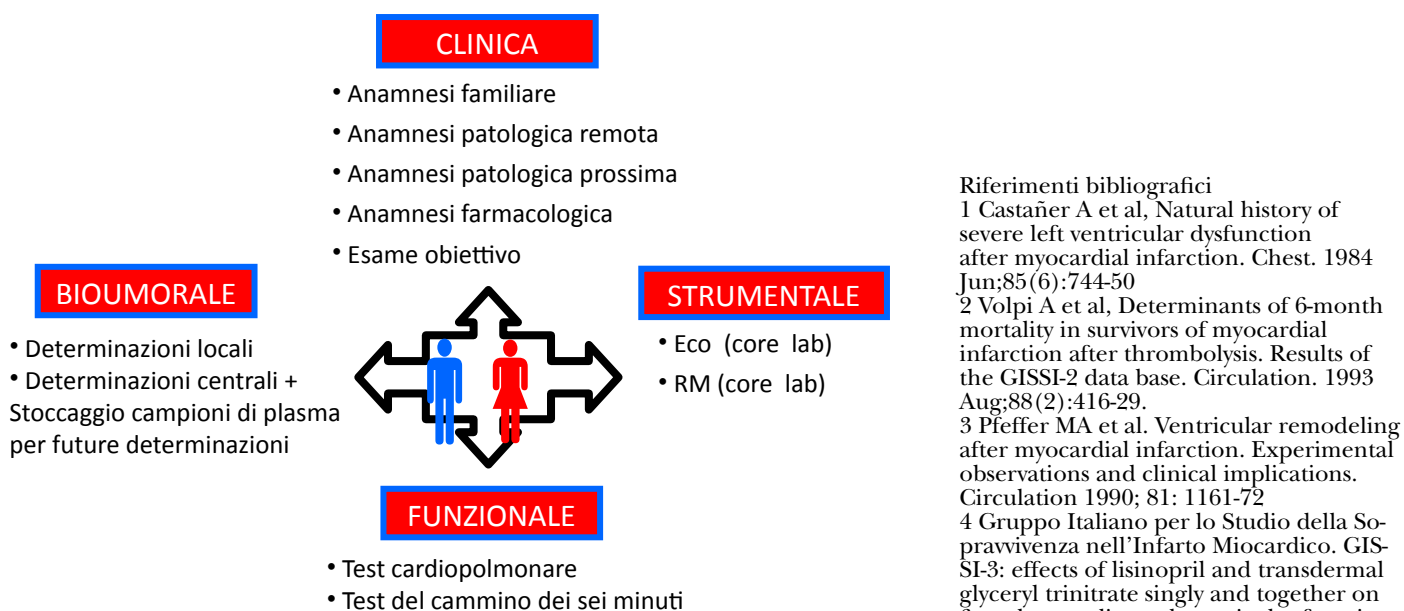


Figura 2. Metodi di valutazione dei pazienti

Riferimenti bibliografici

- 1 Castañer A et al, Natural history of severe left ventricular dysfunction after myocardial infarction. Chest. 1984 Jun;85(6):744-50
- 2 Volpi A et al, Determinants of 6-month mortality in survivors of myocardial infarction after thrombolysis. Results of the GISSI-2 data base. Circulation. 1993 Aug;88(2):416-29.
- 3 Pfeffer MA et al. Ventricular remodeling after myocardial infarction. Experimental observations and clinical implications. Circulation 1990; 81: 1161-72
- 4 Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto Miocardico. GISSI-3: effects of lisinopril and transdermal glyceryl trinitrate singly and together on 6-week mortality and ventricular function after acute myocardial infarction. Lancet 1994; 343: 1115-22.

Alimentazione e Dieta: tra Salute e Comunicazione!

DI STEFANIA DE FEO, AURELIO SGALAMBRO, ALESSANDRA CHINAGLIA, POMPILO FAGGIANO

The screenshot displays the homepage of the website 'per il tuo cuore'. At the top, there are logos for the 'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri' (ANMCO) and the 'Fondazione "per il tuo cuore" Onlus'. Below the logos, there are several featured articles and news items:

- IL VALORE DELLA VITA**: A red article featuring a photo of a man and a woman. Text: 'Scopri quali sono le 20 scuole, primarie e secondarie, vincitrici del contest creativo Art for Heart School. Dai un'occhiata ai giovani talenti! Guarda tutti i lavori che hanno partecipato al contest Art for Heart School. Anche ai ragazzi sta a cuore l'arte! Per l'Operatore Sanitario >>>'.
- LA RICETTA "DEL MESE": ASPARAGI GRATINATI**: A green article featuring a heart-shaped vegetable salad. Text: 'Consulta e prova anche tu la ricetta "del mese" nella nuova Sezione Alimentazione sul Sito della Fondazione: è un modo divertente per avere informazioni e consigli utili per seguire una sana alimentazione. Per il Cittadino >>>'.
- NEWS**: A section with three items:
 - 43 CONGRESSO NAZIONALE ANMCO**: 'Invia le tue proposte per il Congresso ANMCO 2012. Deadline: 30 settembre 2011. Scarica il Primo Annuncio e il Call for Abstract.'
 - 42 CONGRESSO ANMCO**: 'Guarda on line da casa il Simposio Gli Studi Clinici dell'ANMCO e la Convention delle UTIC.'
 - CENSIMENTO CARDIOLOGIE ANNO 2010**: 'Continua la lettura...'

At the bottom, there are contact details for ANMCO and the Fondazione 'per il tuo cuore' - HCF ONLUS, along with a copyright notice: '© Design and technology by Q&GROUP spa © 2001 - 2011'.

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

Attraverso il Sito WEB ANMCO nella sua parte dedicata al Cittadino, l'Area Prevenzione Cardiovascolare si sta da tempo occupando di trasmettere messaggi di salute cardiovascolare attra-

verso diverse modalità educative, con lo scopo di promuovere corretti stili di vita e correggere i fattori di rischio, in tutte le fasce di età. Si pensi, a questo proposito, allo sforzo dedicato al progetto La Scuola "per il Tuo cuore" Help - Line per Insegnanti.

• Sezione Alimentazione

È stata da poco ultimata una Sezione interamente dedicata all'Alimentazione. L'opportunità e la necessità di uno spazio per la dieta e l'alimentazione sono facilmente comprensibili nel quadro di una società che,

sebbene sia sempre più consapevole delle strette relazioni fra alimentazione e salute, tuttavia vede nello stesso tempo aumentare sia le patologie legate ad una dieta abituale eccessiva e/o squilibrata, sia la confusione e la disinformazione circa ruoli e funzioni di alimenti e nutrienti. Esiste infatti una notevole confusione di conoscenze e di idee sulle caratteristiche di una alimentazione corretta. E tutto ciò avviene nonostante l'impressionante crescita della quantità di informazioni dirette al grande pubblico, veicolate da un sempre maggior numero di canali. Mangiare in maniera appropriata è innanzitutto la migliore forma di prevenzione dell'obesità, ma anche di patologie che possono manifestarsi nella fase adulta, come le malattie cardiovascolari. Infatti sappiamo che gli italiani sono diventati il secondo popolo in Europa per la prevalenza di obesità e sovrappeso, dismetabolismi che favoriscono e aggravano, come è noto, proprio quelle patologie che noi vorremmo sconfiggere. Per queste ragioni si è sentita l'esigenza di mettere a disposizione del Cittadino, all'interno del Sito WEB, uno strumento aggiornato e facilmente comprensibile, che sia garantito da una Istituzione Scientifica, come l'ANMCO. La novità di questa Sezione sta nel punto di partenza: una ricetta gustosa, che diventa poi lo spunto per fornire informazioni semplici e facilmente fruibili da chiunque, sui nutrienti, sulla relativa importanza di alcuni di essi, sulle regole di una alimentazione equilibrata: il tutto senza mai dimenticare l'informazione sull'apporto calorico del piatto cucinato e del suo principale ingrediente. Lo scopo di questa inizia-

tiva è favorire più benessere e salute, senza dover mortificare il gusto della buona tavola, anzi partendo proprio da quello che rappresenta per molti un vero piacere: il mangiare. La Sezione pubblicherà, con periodicità settimanale o quindicinale, una ricetta, spaziando tra primi piatti, secondi piatti, contorni e, perché no, anche dessert, cercando con ogni ricetta di cambiare ingredienti e nutrienti. Il tutto per insegnare al Cittadino in modo meno scolastico e formale, e proprio per questo speriamo leggibile con maggior interesse, i principi di un corretta alimentazione e di un adeguato introito calorico. Le ricette saranno sempre e solo norme - ipocaloriche, ipolipidiche, e si baseranno sempre sul recupero di una tradizione alimentare mediterranea. La dieta mediterranea è basata sul consumo di alimenti ricchi di fibre; il pane è integrale e la pasta non solo di grano duro ma anche di vari cereali. Uno spazio particolare occupano i legumi. La carne è poca e la preferenza viene data a quella bianca; il pesce è da preferire, soprattutto quello azzurro. Pochi grassi di origine animale, con utilizzo principale di olio extravergine di oliva. Molta verdura e frutta fresca, inoltre frutta a guscio e vino. Alcune recenti evidenze dimostrano un effetto antiossidante del cacao, grazie all'alto contenuto di polifenoli e flavonoli. La dieta mediterranea è unanimemente riconosciuta come una dieta sana, utile per contrastare l'invecchiamento e le malattie cardiovascolari. Sappiamo infatti che chi si attiene a una stretta dieta mediterranea vive più a lungo. Una ulteriore caratteristica è la grande varietà dei pro-

dotti utilizzabili con la possibilità di abbinare una infinita varietà di gusti e sapori, adattabili a tutte le esigenze. L'elenco delle ricette è praticamente infinito e si amplia ulteriormente in relazione agli usi e costumi locali. Da qui l'idea di pubblicare periodicamente delle ricette gustose, nel pieno rispetto della tradizione mediterranea e della salute del nostro organismo! Attraverso le ricette, verranno forniti in modo indiretto i principi scientifici che rappresentano il cardine della dieta mediterranea: maggiore consumo di proteine vegetali rispetto a quelle animali, riduzione dei grassi saturi a favore di quelli vegetali insaturi, riduzione della quota calorica globale, aumento dei carboidrati complessi a sfavore di quelli semplici, elevata introduzione di fibra alimentare, riduzione del colesterolo, consumo di carne bianca prevalente rispetto a quella rossa, e comunque limitato a una o due volte la settimana, con maggiore consumo di pesce e legumi; i dolci sono consumati solo in occasioni particolari; riduzione del consumo di insaccati, super alcolici, zucchero bianco, burro, formaggi grassi, maionese, sale bianco, margarina, carne bovina e suina (specie i tagli grassi), strutto. Direttamente dal Sito, è disponibile la foto del piatto proposto, e solo chi è interessato può entrare nella pagina tramite un link e accedere direttamente alla ricetta vera e propria. È disponibile un Archivio di ricette diviso per pietanza. Accanto alle ricette, è a disposizione di chi lo vorrà leggere anche del materiale informativo sui vari principi alimentari (zuccheri, proteine, grassi, fibre, minerali e vitamine), partendo



dalle Linee Guida internazionali, per realizzare una alimentazione sana ed equilibrata, senza che questa parte occupi però un ruolo preponderante. Le ricette verranno inizialmente proposte da Aurelio Sgalambro, ottimo Cardiologo con grande competenza e passione per la cucina e la buona tavola (o è il contrario, Aurelio?). Tuttavia il Sito è disponibile a proposte culinarie da Lettori interessati. Da non dimenticare: tutte le ricette prima di essere inserite sul Sito verranno provate e valutate dai Coordinatori dell'iniziativa, non tanto per giudicare la proposta ma per verificare le proprie abilità ai fornelli!

• **Il calcolo dell'Indice di Massa Corporea on line per valutare il paziente ed insegnare a controllare il proprio peso**

Ancora dal Sito WEB ANMCO il Cittadino può entrare in una pagina apposita per il calcolo diretto e personalizzato dell'Indice di Massa Corporea. Naturalmente può essere utile non solo ai Pazienti ma anche ai Medici per valutare il proprio Paziente.





Una splendida giornata



DI PIER LUIGI TEMPORELLI

Eh già. Alla fine tutti coloro che hanno partecipato sono entusiasti. Sto parlando della I° CardioRun, "10 Km da correre per il tuo cuore", organizzata dalla Fondazione "per il Tuo cuore" dell'ANMCO e dal Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR) nell'ambito della Cariparma running 2011 e

che si è svolta a Parma Domenica 11 settembre. Sarà perché il vincitore tra i Cardiologi, Marco Giovannini di Roma, ha chiuso i 10 Km (in realtà 10.5 Km) in uno strepitoso tempo (36'24"); sarà perché il "decatleta" Attilio Maseri ha sorpreso tutti presentandosi alla partenza e chiudendo in un dignitosissimo tempo; sarà perché correre attraverso il

centro storico di Parma è affascinante; sarà perché siamo stati baciati da un sole raggiante. Di fatto, ciò che conta è che sia stata, a detta di tutti, una splendida giornata. In realtà è stato uno splendido week-end, che ci ha visti supportare prima la Cariparma kids il sabato pomeriggio, momento di gioia, di festa e di vita salutare allo stesso



tempo per i ragazzi, e poi coordinare una riunione scientifica alla Camera di Commercio in cui si è parlato di alimentazione e di attività fisica nell'ambito di un corretto stile di vita per una efficace prevenzione cardiovascolare. Grazie ai consorzi Parmigiano Reggiano, Prosciutto di Parma e Olio

Chianti DOP per il supporto economico; alla Cardiologia dell'azienda di Parma per il supporto fisico e mentale; a CardioLink per quello editoriale; a Glow di Parma per la impeccabile organizzazione. E un grazie sincero a tutti i colleghi che hanno partecipato e hanno creduto in questo nostro

progetto. Mi auguro che il prossimo anno possano ripetere "io sono ancora qua", in mezzo ad un gruppo sempre più folto e variegato, per condividere un momento di piacevole fatica, di rinnovata energia mentale e di festosa armonia. In fondo è anche un po' così il mondo che vorrei.

CardioRun: un grande successo!



DI LETIZIA MOROZZI

Quando all'inizio dell'estate mi hanno invitato a partecipare al progetto CardioRun, coinvolgendo i Colleghi Cardiologi, ho aderito subito con molto entusiasmo anche perché era una occasione per uscire dalla quotidianità della vita di Reparto e di conoscere un mondo ed una realtà a me non noti. Non sono una sportiva nel senso pieno della parola, però nella vita di tutti i giorni cammino molto, mi sposto in bicicletta perché la mia città ha una dimensione contenuta ed una cultura legata alle due ruote; cerco insomma di utilizzare l'auto il meno possibile e sono una accanitamente convinta che l'attività fisico motoria regolare sia fondamentale, ed è quello che quotidianamente cerco di inculcare ai miei pazienti cardiopatici. Ma la corsa è un qualche cosa che esula dalla mia vita. Comunque ho accettato, coinvolgendo subito i miei colleghi Cardiologi, incominciando dai più giovani, i più astanti e i più sportivi. Con alcuni non è stato difficile, con altri invece il coinvolgimento è stato molto più arduo, anche in relazione al dato anagrafico. I più competitivi hanno incominciato subito ad allenarsi dopo le ore di guardia, all'uscita dal Reparto,

nei ritagli di tempo e nei giorni festivi. C'è stato un progressivo coinvolgimento ed entusiasmo, all'inizio quasi celato e non riconosciuto, ma che con il passare delle settimane ha assunto un tono quasi esplosivo. C'era da parte di tutti, anche di quelli che hanno superato gli "anta", il desiderio di non sfigurare nella competizione, di poter essere all'altezza della situazione, per cui ha incominciato a serpeggiare uno spirito di rivalità. E alla fine ci siamo ritrovati tutti in Piazza Garibaldi, in una meravigliosa mattina di settembre, con un sole splendente che sembrava voler illuminare i nostri passi, ad un orario forse più consono per un caffè ed una brioche piuttosto che per iniziare la nostra gara. Eravamo tutti lì riuniti, con un aspetto un pò ridicolo, in pantaloncini corti e canottiera con il numero del pettorale fissato in qualche maniera dalla spilla da balia che solo qualcuno di noi aveva preventivamente portato da casa. Per uno che corre la parte più importante sono i piedi e i nostri erano calzati da scarpette, alcune anche dai colori improponibili, molte nuove e appena uscite dal negozio che destavano il sospetto di poter creare durante la corsa non pochi problemi. I Colleghi più navigati nel settore esibivano

quelle più logore e segnate dal tempo con già impressa all'interno la forma del piede stesso. Il Prof. Maseri, tanto per citare uno di noi, uomo di grande classe, sfoggiava un paio di scarpe acquistate il pomeriggio precedente: erano state scelte con cura, con attenzione anche nella selezione del colore (blu elettrico, nel complesso molto eleganti!). Il fatto però di essere così nuove e non collaudate destava qualche perplessità tanto che i più esperti di noi elargivano consigli per evitare la formazione di vesciche... È stato bello correre insieme, camminare a fianco, farci fotografare in gruppo, ritrovare per una giornata il piacere di socializzare anche con gli estranei, scambiarsi un abbraccio, una stretta di mano, ritrovare lo spirito della cooperazione, riscoprire il piacere della solidarietà, poter condividere un momento, una esperienza, una fatica, una conquista, un successo... Esultare insieme sul palco della premiazione! E poi sono convinta che come Cardiologi siamo stati un esempio per i tanti nostri pazienti che ci hanno visto, riconosciuto, salutato e incitato durante la nostra corsa. E abbiamo fatto tutto questo veramente con il cuore!

PRESIDENTE



Marino Scherillo

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

PRESIDENTE DESIGNATO



Francesco Bovenzi

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

PAST - PRESIDENT



Salvatore Pirelli

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

VICE-PRESIDENTE Attività Culturali



Massimo Uguccione

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: uguccione.massimo@aslrmc.it

VICE-PRESIDENTE Attività Organizzative e Gestionali



Francesco Mazzuoli

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

SEGRETARIO GENERALE



Pasquale Caldarola

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

TESORIERE



Domenico Gabrielli

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

CONSIGLIERI

MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI



Maurizio Giuseppe Abrignani

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

Fax 0923/809317
 maur.abri@alice.it

FABRIZIO OLIVA



Fabrizio Oliva

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

Fax 02/66101716
 fabrizio.oliva@ospedaleniguarda.it

SERENA RAKAR



Serena Rakar

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

Fax 040/3994878
 serenarakar@hotmail.com

ROBERTO CERAVOLO



Roberto Ceravolo

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

Fax 0961/883944
 roberto.ceravolo@alice.it

FILIPPO OTTANI



Filippo Ottani

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

Fax 0543/735115
 ottanif@alice.it

ROBERTO VALLE



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

“Angina Day”: un progetto formativo dedicato all'angina stabile



DI MASSIMO UGUCCIONI E POMPILIO FAGGIANO

Nell'era dei grandi successi della rivascolarizzazione coronarica, l'angina stabile sembra in via di scomparsa. Ma è davvero così? O forse cambiano soltanto gli aspetti clinici, ma il problema, o meglio, il paziente, resta con l'angina e soprattutto con una importante riduzione della qualità di vita

“Angina Day” è un progetto nazionale promosso dall'ANMCO e finalizzato ad approfondire i temi relativi alla gestione del paziente con angina e/o ischemia miocardica stabile

Venerdì 18 novembre si terranno contemporaneamente 100 incontri residenziali interattivi con la partecipazione di Cardiologi e Specialisti affini coinvolti nella gestione del paziente anginoso

La cardiopatia ischemica è la prima causa di mortalità e morbidità nel mondo occidentale e ogni anno milioni di pazienti hanno un infarto miocardico o sono ricoverati per sindrome coronarica acuta. Tuttavia, anche la malattia coronarica cronica è molto diffusa e, secondo le stime dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, l'angina stabile interessa almeno il 3% della popolazione italiana adulta con una più elevata prevalenza negli anziani e nel sesso maschile. Contrariamente al dato epidemiologico, si è invece consolidata negli ultimi anni nel mondo cardiologico la percezione che l'angina stabile rappresenti ormai un problema di sempre minore rilevanza e dimensioni, grazie alla crescente

adozione di strategie terapeutiche interventistiche e/o chirurgiche di grande efficacia non solo nel paziente acuto, ma anche nella risoluzione della sintomatologia anginosa nel paziente cronico. In realtà appare tutt'altro che trascurabile il numero di soggetti che soffrono di tale patologia. Ma ci troviamo spesso di fronte ad un paziente “diverso”, talvolta molto anziano, o non più “rivascolarizzabile”, di frequente affetto da pluripatologie, sia strettamente cardiologiche come lo scompenso, che di pertinenza internistica come diabete, insufficienza renale, anemia cronica o altre condizioni morbose che controindicano o riducono fortemente l'impiego di strategie terapeutiche “aggressive”, affidando di fatto alla sola terapia me-

Il paziente con angina stabile è “cambiato”: è più anziano, con pluripatologie, già rivascolarizzato, spesso limitato dai sintomi nelle attività quotidiane

Il progetto “Angina Day” si propone di approfondire il tema della nuova realtà del paziente con angina stabile attraverso incontri ospedalieri, plurispecialistici a svolgimento interattivo

dica le possibilità di un adeguato controllo della sintomatologia dolorosa. Inoltre, è frequente purtroppo in tali pazienti che i sintomi ne limitino le attività quotidiane, peggiorandone la qualità di vita, senza che il Medico curante ne sia pienamente consapevole. “Angina Day” è un progetto a carattere nazionale promosso dall’ANMCO con l’obiettivo di riaccendere le luci sull’angina stabile, come patologia a volte trascurata, globalmente sotto-stimata e spesso sottotrattata. Ed è proprio alla luce della mutata realtà clinica che si vuole porre l’attenzione sulla necessità di un confronto tra i diversi attori interessati, dunque non solo Cardiologi, ma anche Internisti, Geriatri, Diabetologi, Medici di Urgenza, tutti Specialisti in vario modo coinvolti nella gestione del paziente

anginoso. Il 18 novembre si terranno contemporaneamente 100 incontri formativi a carattere residenziale in altrettanti ospedali, dedicati all’approfondimento del tema dell’angina stabile ed alla sua condivisione in ambito multidisciplinare.

Il corso, rivolto a circa 20 discenti, è strutturato con Relazioni frontali e Casi Clinici articolati in modo da consentire uno svolgimento interattivo e permettere a tutti i partecipanti di confrontarsi sul tema, di affrontare aspetti diagnostici e terapeutici specifici, di condividere riflessioni comuni su “problemi reali”, identificati e portati alla discussione in occasione dell’ “Angina Day”, di cui viene proposto a seguire il Programma preliminare (Figura 1).

L’angina stabile: che fine ha fatto? L’angina trascurata

- 1) Le dimensioni del problema nell’era della rivascolarizzazione: in Ospedale e in Ambulatorio
- 2) La fisiopatologia dell’angina (IVUS, FFR, e al.)
- 3) Stratificazione prognostica in funzione delle scelte terapeutiche
- 4) I test provocativi di ischemia miocardica: in cath - lab - out cath - lab
- 5) Caso Clinico: ripresa di angina dopo rivascolarizzazione
- 6) Le opzioni terapeutiche:
 - terapia medica ottimizzata e nuove opportunità
 - PTCA vs bypass
- 7) Le comorbilità più frequenti nel paziente anginoso anziano: dall’anemizzazione al diabete, all’insufficienza renale
- 8) Caso Clinico: paziente diabetico rivascolarizzato. Quando l’ischemia cronica induce sintomi non anginosi
- 9) La qualità di vita nel paziente anginoso: l’uso dei questionari dedicati

Figura 1 - Programma preliminare

Lo Studio Italian Elderly - ACS presentato al Congresso della Società Europea di Cardiologia

Lo Studio Italian Elderly - ACS è il primo Studio randomizzato che ha valutato in termini prognostici l'impatto di una strategia invasiva o conservativa nel trattamento del paziente anziano con Sindrome Coronarica Acuta



DI STEFANO DE SERVI

Lo Studio Italian Elderly - ACS è una ricerca clinica condotta in 25 Centri italiani in pazienti con età > 74 anni con Sindrome Coronarica Acuta senza soprasslivellamento del tratto ST (SCA - NSTEMI). Lo scopo è stato quello di verificare se una strategia invasiva precoce (che prevedeva la coronarografia entro 72 ore dalla ospedalizzazione seguita da eventuale rivascolarizzazione quando fattibile) si dimostri superiore rispetto ad una strategia conservativa, che riservava la coronarografia e l'eventuale rivascolarizzazione ai soli pazienti in cui la terapia medica convenzionale

raccomandata dalle Linee Guida non risultasse in grado di dominare la sintomatologia. Lo Studio è nato da una proposta del GISE ed aveva ottenuto l'endorsement sia della nostra Associazione che della Federazione Italiana di Cardiologia. I risultati sono stati presentati in anteprima a Parigi il 29 settembre in una Sessione del meeting della Società Europea di Cardiologia dal Dr. Stefano Savonitto a nome dello Steering Committee dello Studio. La presentazione ha suscitato interesse nella comunità scientifica cardiologica internazionale e i dati dello Studio sono stati l'ogget-

to di una intervista per il programma ACCEL dell'American College of Cardiology. Il razionale dello Studio deriva dalla sostanziale assenza di dati sul tipo di strategia da seguire nella popolazione anziana con SCA - NSTEMI, così diversa da quella solitamente arruolata per studi randomizzati, perchè spesso afflitta da comorbidità che la rendono fragile e più vulnerabile alle complicanze che accompagnano gli interventi di rivascolarizzazione. Le Linee Guida si limitano a riportare l'assenza di studi specifici in questo ambito e indicano di seguire le stesse raccomandazioni enunciate per i

Lo Studio Italian Elderly - ACS, presentato all'ESC meeting di Parigi, ha affrontato una problematica quotidiana nelle nostre UTIC, cioè se il paziente anziano con Sindrome Coronarica Acuta senza soprasslivellamento del tratto ST, spesso fragile e afflitto da comorbidità, necessita di un atteggiamento clinico differente rispetto al paziente più giovane, nel quale una strategia invasiva è raccomandata dalle Linee Guida internazionali

pazienti più giovani, tuttavia facendo attenzione alle copatologie associate che possono rendere particolarmente impegnativo il trattamento di questi pazienti. Inoltre i risultati dei Registri hanno mostrato dati contraddittori sull'efficacia di un approccio aggressivo nell'anziano con SCA - NSTEMI: nell'ampia casistica del Registro CRUSADE, ad esempio, l'unico sottogruppo che non pareva beneficiare da una strategia invasiva era proprio rappresentato dai pazienti anziani. I dati salienti dello Studio possono così essere riassunti.

- In 313 pazienti randomizzati, la strategia invasiva è stata seguita in 154 pazienti, mentre 159 sono stati trattati secondo la strategia conservativa. Di questi ultimi, 46 (26%) hanno avuto una coronarografia durante la degenza, per lo più per refrattarietà dell'angina al trattamento medico.

- L'endpoint primario era rappresentato dalla combinazione di eventi ischemici ed emorragici (morte per qualunque causa, infarto miocardico, ictus, riospedalizzazione per cause cardiovascolari o emorragie maggiori) ad un anno di follow - up. Lo Studio era stato disegnato prevedendo una numerosità di campione che potesse dimostrare, con una potenza dell'80%, una superiorità dell'approccio invasivo tale da ridurre l'endpoint composito primario dal 40% nel gruppo trattato conservativamente al 25% nel gruppo trattato in modo

invasivo ad un anno di follow - up.

- E' stata arruolata una popolazione di età molto avanzata (l'età media è risultata di circa 82 anni). Nessuno studio aveva sino ad ora randomizzato pazienti con SCA - NSTEMI di età così elevata; da notare anche l'alta incidenza di popolazione femminile (circa il 50% dei randomizzati) e di copatologie, in particolare di diabete mellito, riscontrato in circa il 40% dei pazienti.

- Una osservazione interessante dello Studio è stata quella relativa alla difficoltà di eseguire un intervento di rivascolarizzazione in una alta percentuale di pazienti, per la diffusione e la severità della malattia dell'albero coronarico osservata: infatti solo il 55% dei pazienti randomizzati ad una strategia invasiva ha potuto essere rivascolarizzato durante la degenza ed il 58% complessivamente ad un anno. Nel gruppo randomizzato a strategia conservativa, il 29% è stato sottoposto a coronarografia ed il 23% è stato rivascolarizzato. L'angioplastica coronarica è stata di gran lunga la metodologia di rivascolarizzazione più utilizzata, e la procedura è stata eseguita in oltre il 70% dei pazienti per via radiale con una incidenza molto bassa sia di complicanze ischemiche che emorragiche.

- I risultati clinici ad un anno non hanno mostrato differenza significativa nei due gruppi essendosi l'endpoint primario verificato nel

27.9% del gruppo invasivo e nel 34.6% del gruppo conservativo (HR 0.80, 95% CI 0.53 - 1.19). In particolare, la mortalità globale non è stata significativamente diversa, pur essendo molto più elevata di quella solitamente riportata nei trial di pazienti con SCA - NSTEMI: 12.3% nel gruppo invasivo, 13.8% nel gruppo conservativo (HR 0.87, 95% CI 0.49 - 1.56). Tuttavia una interazione significativa è stata osservata tra outcome ad un anno e positività o meno della troponina durante il ricovero indice. Infatti, come mostra la Figura 1, nei pazienti con positività della troponina si è verificata una significativa riduzione dell'endpoint primario a vantaggio della strategia invasiva (22% vs 40%, HR 0.43, 95% CI 0.23 - 0.80) mentre nessun vantaggio è stato osservato nei pazienti con troponina negativa (37.7% vs 26.7%, HR 1.67, 95% CI 0.75 - 3.70). In conclusione, lo Studio Italian Elderly - ACS ha mostrato dati a supporto delle Linee Guida che raccomandano un approccio interventistico nelle SCA - NSTEMI solo nei pazienti il cui rischio è elevato, come nei pazienti in cui la sintomatologia clinica si accompagna ad un aumento di troponina. Un dato non confortante è che nella popolazione anziana la rivascolarizzazione miocardica è effettuabile in poco più della metà dei pazienti in cui viene utilizzata una strategia precocemente invasiva.

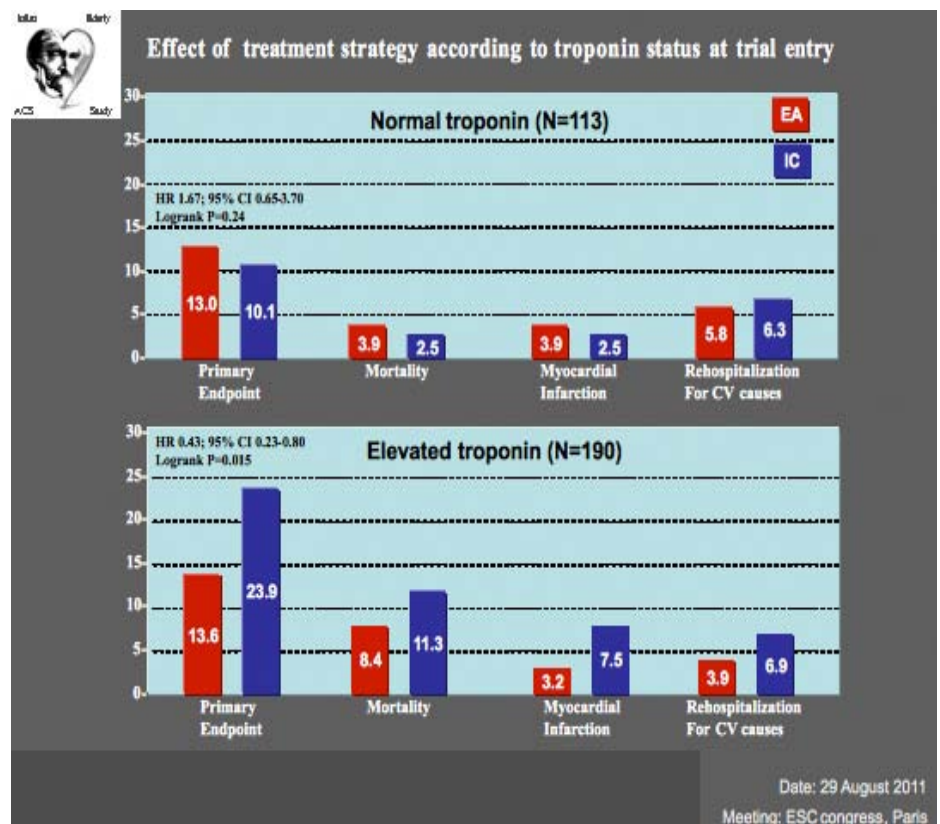


Figura 1

In 313 pazienti anziani (età ≥ 75 anni) con Sindrome Coronarica Acuta senza sopraslivellamento del tratto ST, una strategia invasiva precoce (coronarografia entro 72 ore dalla presentazione seguita da eventuale rivascolarizzazione se fattibile) non si è rivelata superiore rispetto ad un atteggiamento conservativo che riservava

la coronarografia ai pazienti con angina refrattaria al trattamento medico. Tuttavia minori eventi clinici si riscontravano, in maniera significativa, nei pazienti con positività della troponina che venivano randomizzati ad un approccio invasivo rispetto a quelli randomizzati ad una strategia conservativa



Maurizio Eugenio 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



Gian Piero Perna

AREA CARDIOIMAGING

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

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



AREA CARDIOCHIRURGIA



Pierluigi 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



Maddalena Lettino

AREA EMERGENZA - URGENZA

Chairperson Maddalena Lettino (Rozzano - MI)
Co - Chairperson Leonardo De Luca (Roma)
Comitato di Coordinamento
Alessandro Capecchi

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

AREA INFORMATICA



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

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

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE



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

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

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ



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

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

AREA NURSING



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

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



Comitato di Coordinamento
 Laura Piccioni (Teramo)
 Roberta Rosso (Novara)
 Sonia Tosoni (Brescia)
 Donatella Radini (Trieste)
www.anmco.it/aree/elenco/nursing

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE



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

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

AREA SCOMPENSO CARDIACO



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

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

Area Nursing: chi siamo

Presentazione delle attività infermieristiche nelle varie realtà nazionali



DI CRISTIANA CAREDDA

Rispetto alle altre Aree dell'ANMCO l'Area Nursing ha la particolarità di riunire istituzionalmente due categorie professionali, quella degli Infermieri e quella dei Medici. Questo a dimostrazione di una filosofia di pensiero che ci accomuna: la presa in carico del malato, nel nostro caso del cardiopatico, è adeguata solo quando è globale ed è tanto più efficace quanto più si lavora insieme. Infatti, come capita di sperimentare spesso nelle corsie degli Ospedali, le problematiche, i percorsi e gli obiettivi concordati e condivisi permettono il raggiungimento di risultati a volte insperati. Per questo è di grande stimolo, oltre che doveroso, far emergere il lavoro spesso silenzioso e poco raccontato degli Infermieri che, iscritti o meno all'Area Nursing, aderiscono con entusiasmo a tutte le attività proposte, contribuendo a dare valore all'Area. Gli Iscritti all'area Nursing sono attualmente circa 3.000 e tutte le Regioni sono rappresentate (Figura 1). Un dato particolarmente

interessante è che il gruppo di lavoro comprende non solo Infermieri, ma anche altri Professionisti (ben 408 tra cui Tecnici e Medici), che rappresentano circa il 16% del totale degli Iscritti. Tra gli Infermieri, 55 operano nelle Cardiocirurgie italiane. Tuttavia, l'incompletezza del database sui dati degli Iscritti all'Area (solo di 1.273 Iscritti si possiedono i recapiti!) rende difficile mantenere i contatti e garantire le informazioni. Nonostante questo elemento critico, i dati in nostro possesso descrivono un universo infermieristico molto attento alla formazione ed all'aggiornamento. Nel corso del 2010 si sono svolti 45 Eventi Formativi, che hanno coinvolto 1.625 Infermieri. Dodici corsi avevano come target unico gli Infermieri, mentre altri 33 hanno visto lavorare insieme Infermieri, Medici, Tecnici di Radiologia e di Perfusionazione, Terapisti della Riabilitazione e Docenti della Scuola Primaria e Secondaria. A questo proposito, il coinvolgimento degli Insegnanti sottolinea la grande atten-

zione dell'ANMCO sul problema della prevenzione delle malattie cardiovascolari, che deve necessariamente iniziare sin dall'età scolare. Quasi tutti i Corsi hanno avuto un accesso libero, mentre solo in sette è stato necessario prevedere una minima quota di iscrizione. La distribuzione di questi Eventi è stata praticamente capillare ed è riassunta nella Figura 2. Il 2010 è stato testimone del primo Corso di Clinical Competence, che si è svolto a Cagliari nello scorso mese di dicembre e ha visto insieme Cardiologi ed Infermieri delle UTIC confrontarsi su temi di interesse comune quali le tecniche di ventilazione meccanica, la contropulsazione aortica, le tecniche di sostituzione renale. Altri quattro corsi su: "Cardiologie sicure: la gestione del rischio clinico" si sono svolti rispettivamente a Trento, Siena, Trani e Palmanova. Ben 1.763 Infermieri sono stati complessivamente coinvolti nei cinque eventi. Da diversi anni numerosissimi sono gli Infermieri che in quasi tutte le Cardiologie ospedaliere

L'Area Nursing ha la particolarità di riunire due categorie professionali, quella medica e infermieristica che collaborano strettamente nella quotidianità del lavoro in Ospedale

Nel panorama nazionale l'Area è in grado di integrare tali competenze in rilevanti iniziative di aggiornamento e di didattica nel campo della prevenzione, diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari



partecipano alle manifestazioni dedicate alla prevenzione. L'edizione annuale

di "Cardiologie aperte", che comprende numerose iniziative volte a sensibilizzare i Cittadini sull'importante tema della prevenzione delle malattie Cardiovascolari, ha visto gli Infermieri direttamente impegnati nell'organizzazione, nel coinvolgimento delle scuole e nella partecipazione attiva agli eventi sportivi (Figura 3). Sono in atto diverse esperienze regionali alle quali l'Area guarda con interesse. Il gruppo infermieristico della Lombardia da alcuni anni si trova insieme a dibattere di problemi assistenziali comuni agli infermieri delle Cardiologie e non solo (118, Pronto Soccorso Infermieri territoriali). I vari incontri trovano poi un comune momento di confronto con i Medici nell'ormai consueto

appuntamento annuale la "Convention delle UTIC" regionale, nel quale si cerca di affrontare i problemi e cercare soluzioni comuni che consentano di migliorare la qualità delle cure. Quello del Friuli Venezia Giulia ha portato avanti un'ottima esperienza di lavoro soprattutto nella gestione dei pazienti ultraottuagenari ricoverati in UTIC, presentandone i risultati allo scorso Cardionursing nazionale (che a breve verrà riproposta in queste pagine). Queste e molte altre sono le iniziative che gli Infermieri sviluppano nell'ambito dell'Area Nursing, spesso con difficoltà ma sempre con grande impegno e senso di responsabilità. Molti progetti sono ancora da avviare: la possibilità di censire gli Ambulatori, un Documento di Consenso sulla presa in carico assistenziale del paziente con dolore toracico, le raccomandazioni sui percorsi assistenziali condivisi. Per concludere, sarebbe stimolante se ogni Regione potesse presentare su "Cardiologia negli Ospedali" la propria esperienza di lavoro. Il Friuli Venezia Giulia ha accolto con entusiasmo questa proposta e ci dà l'arrivederci al prossimo numero!



Figura 1



Figura 2

Elevato Rischio Cardiovascolare: alcune condizioni cliniche (ancora) misconosciute nella pratica clinica



DI GIOVANNI CIOFFI, POMPILIO FAGGIANO, LUIGI TARANTINI

I successi ottenuti nel recente passato in termini clinici (qualità della vita) e prognostici attraverso un corretto trattamento del paziente diabetico, e più recentemente, del paziente con sindrome delle apnee notturne, sono chiare testimonianze di come esistano condizioni ad elevato rischio cardiovascolare (CV) che è possibile “domare”, o meglio, attutire negli effetti, una volta individuate ed approcciate aggressivamente con corretti trattamenti farmacologici e non farmacologici. Altre condizioni cliniche di natura non cardiologica che espongono i pazienti ad un

elevato rischio CV si affacciano all’attenzione del mondo medico e, tra queste, due in particolare saranno oggetto di questo articolo: l’Artrite Reumatoide (e patologie ad essa associate) e la carenza di vitamina D. L’Artrite Reumatoide (AR) è una patologia sistemica cronica a causa sconosciuta con una prevalenza nella popolazione mondiale di circa 1%. Numerosi studi hanno documentato un eccesso di mortalità nei pazienti con AR (circa il doppio della popolazione generale) principalmente dovuta a causa cardiovascolare (CV) e comparabile al rischio CV stimato nei


pazienti con diabete mellito di tipo 2. Nonostante i progressi in ambito terapeutico, la mortalità dei pazienti con AR è rimasta costante negli ultimi anni e la differenza di mortalità con la popolazione generale è significativamente aumentata. I tradizionali fattori di rischio CV (ipertensione arteriosa, dislipidemia, obesità, fumo, storia familiare di malattia CV, diabete mellito) sono noti fattori favorevoli lo sviluppo di aterosclerosi. Nei pazienti con AR attiva e ad insorgenza precoce, fumo e dislipidemia hanno alta prevalenza, ma possono spiegare solo in parte



l'eccesso di rischio CV di questi soggetti, che è particolarmente aumentato nelle donne giovani (nelle quali tali variabili cliniche hanno bassissima prevalenza). Il fattore chiave che spiega ad oggi questo elevato rischio nell'AR è l'infiammazione cronica per sé, indotta e mantenuta dall'attivazione delle cellule endoteliali, da numerose citochine, TNF - α , IL - 6, IL - 1 β , proteina C reattiva e AGE (advanced glycation end products). Studi nei quali è stato valutato lo spessore medio - intimale dei vasi carotidei con metodica ecografica hanno confermato il ruolo importante dell'infiammazione nell'accelerare i processi aterosclerotici nei pazienti con AR. Inoltre, ci sono forti evidenze sull'associazione indipendente tra markers infiammatori e mortalità e morbilità CV in questi soggetti. Informazioni sulla prevalenza di mortalità nei

pazienti con spondilite anchilosante ed artrite psoriasica in confronto con la popolazione generale sono più limitate. Comunque, iniziano ad essere disponibili dati che dimostrano che la frequenza di eventi CV è certamente aumentata e molto probabilmente simile all'AR, e che quindi, questi pazienti devono essere considerati, come quelli con AR, ad alto rischio. Tali risultati sottolineano l'importanza di un approccio interdisciplinare ai pazienti con AR, spondilite anchilosante ed artrite psoriasica che preveda la sistematica e precoce valutazione del rischio CV con conseguente stratificazione prognostica, e se necessario approfondimento diagnostico ed appropriato trattamento farmacologico e non farmacologico per neutralizzare i fattori di rischio modificabili. Un simile approccio più aggressivo dovrebbe anche tenere conto di controlli da effettuare nel

tempo poiché la patologia infiammatoria cronica ed i trattamenti farmacologici antireumatici possono modificare i fattori di rischio CV e la prognosi. La vitamina D, o più precisamente l'1,25 - diidrossicolecalciferolo [1,25(OH)2D3], la forma biologicamente più attiva della vitamina D è presente in condizioni normali alle concentrazioni plasmatiche di 20 - 60 mg/ml. Le tre funzioni tradizionalmente descritte come principali dell'1,25 (OH)2D3 sono lo stimolo a livello intestinale dell'assorbimento di calcio e fosfato, lo stimolo a livello osseo del riassorbimento osteoclastico (e quindi la mobilizzazione di calcio) e lo stimolo a livello del tubulo renale del riassorbimento del calcio. Tale molecola in realtà ha numerosissime altre funzioni tra le quali, alcune vitali a livello del muscolo scheletrico e cardiaco. In particolare, la Vitamina D ha due



principali azioni sulle cellule muscolari: 1) stimolare la produzione di proteine contrattili; 2) attivare alcune funzioni intracellulari a livello del reticolo sarcoplasmatico e dei mitocondri concernenti rispettivamente il metabolismo del calcio e la produzione di energia cellulare. La carenza di Vitamina D è associata sia ad una riduzione del contenuto muscolare di actina - miosina (ma anche dell'actina extramuscolare), che ad una riduzione della generazione della forza muscolare, ad alterazioni del trasporto del calcio intracellulare da parte del reticolo sarcoplasmatico, ad una riduzione delle concentrazioni del calcio mitocondriale e, probabilmente, ad una alterata capacità di gestire le riserve di ATP da parte dei mitocondri. A livello dei cardiomiociti è stato dimostrato in particolare che la Vitamina D ha uno specifico effetto modulatore dell'attività immunitaria, regola il metabolismo intracellulare del ferro, ha un effetto regolatorio sui fisiologici processi cellulari durante stress ossidativo e/o ischemia, controlla la sintesi del tessuto collagene, del sistema renina - angiotensina e delle metalloproteasi contro - regolando i principali meccanismi fisiopatologici attraverso i quali si sviluppa l'ipertrofia miocardica. Inoltre, la Vitamina D controlla lo sviluppo della pressione miocardica attraverso una riduzione della frequenza di contrazione e di rilasciamento mediata dall'inibizione dei processi di sequestro di calcio nel reticolo sarcoplasmatico.

Appare chiaro, date tali premesse, che la funzione cardiaca è strettamente dipendente dai livelli di Vitamina D disponibili nell'organismo. Ne deriva che una carenza di vitamina D può essere responsabile di disfunzione miocardica e, conseguentemente, di eventi cardiovascolari avversi. Il problema appare essere di vasta portata: i risultati delle indagini epidemiologiche hanno documentato prevalenze di ipovitaminosi D molto elevate (nell'ordine di un terzo/metà dei soggetti) nelle popolazioni analizzate e definito unanimemente tale condizione come un "rilevante problema di salute pubblica". Anche in Italia la situazione non è differente: recentemente una grave carenza di vitamina D è stata riscontrata in più dell'80% dei soggetti ultrasettantenni studiati nei mesi invernali. Il deficit di Vitamina D, che viene in genere definito in base ai livelli ematici di 25(OH)D₃ di grado lieve (tra 21 - 29 ng/ml), moderato (tra 10 - 20 ng/ml) e grave (< 10 ng/ml), è particolarmente frequente nella popolazione anziana a causa della ridotta capacità da parte della cute di sintetizzare la Vitamina D₃. Va qui sottolineato che l'irradiazione solare garantisce l'80% del fabbisogno di vitamina D, mentre il restante 20% viene assicurato dall'alimentazione. Il deficit di vitamina D può diventare, quindi, particolarmente grave durante la stagione invernale e/o nei soggetti anziani con disabilità (per esempio con deambulazione limitata, difficoltà

ad uscire dalle proprie abitazioni). Studi multicentrici europei hanno sorprendentemente documentato che la prevalenza di questa malattia è nettamente maggiore nelle popolazioni che vivono nei territori più meridionali del vecchio continente, le quali, malgrado le migliori condizioni climatiche, praticano una dieta più povera di vitamina D (in Italia i cibi non vengono addizionati con vitamina D, contrariamente a quanto avviene in molti paesi del Nord Europa) e, paradossalmente, hanno una più limitata esposizione ai raggi solari rispetto alle popolazioni nordiche. Oltre all'età avanzata ed alle inabilità che riducono le possibilità di esposizione alla luce solare, un terzo fattore predisponente l'ipovitaminosi D è il sovrappeso. In numerosi studi l'aumento dell'Indice di Massa Corporea correlava in maniera inversa con i livelli di vitamina D, risultando un predittore indipendente della carenza di Vitamina D. Infine, vi sono chiare evidenze provenienti da grandi Trial che esiste uno stretto legame tra la carenza di Vitamina D, l'ipertensione, la sindrome plurimetabolica, il diabete mellito e lo sviluppo di calcificazioni a livello delle arterie coronarie e di ischemia miocardica, condizioni cliniche che, insieme all'età avanzata, l'obesità e l'inabilità costituiscono proprio i noti elementi predisponenti lo sviluppo dello scompenso cardiaco. Infatti, la carenza di Vitamina D ha certamente un ruolo nella genesi dell'aterosclero-

si e della malattia dell'albero coronarico nell'essere umano. Il dato clinico che nelle donne il processo dell'aterosclerosi subisce una accelerazione notevole in concomitanza con lo sviluppo dell'osteoporosi dopo la menopausa suggerisce che ipovitaminosi D ed aterosclerosi possono avere radici comuni quali, ad esempio, il mancato controllo metabolico sulla produzione/inibizione di citochine attive sul sistema dell'infiammazione (aumentati livelli di proteina C reattiva ed interleuchina 6, ridotti livelli di interleuchina 10) attraverso il quale l'aterosclerosi prende il suo corpo. L'ischemia miocardica può essere favorita dalla carenza di Vitamina D anche attraverso l'attivazione del sistema renina - angiotensina - aldosterone con conseguente aumento della pressione arteriosa e/o produzione di ipertrofia/fibrosi miocardica. Questi ultimi meccanismi citati che potremmo definire grossolanamente "non aterosclerotici" portano ad una condizione di ischemia tessutale miocardica di tipo "microvascolare" che rappresenta anche, in larga parte, il presupposto fisiopatologico dell'evoluzione verso lo scompenso cardiaco. Gli effetti renoprotettivi, la soppressione del sistema renina - angiotensina - aldosterone, l'influenza diretta sulle

cellule endoteliali e sul metabolismo del calcio possono essere considerate vere proprietà anti - ipertensive della Vitamina D attraverso le quali vengono preservate la geometria e la funzione ventricolare sinistra e rallentata la progressione verso la cardiopatia clinicamente conclamata. Allo stato delle conoscenze attuali, comunque, non è noto se la carenza di vitamina D sia un determinante diretto ed indipendente dello sviluppo di scompenso cardiaco. Numerosi studi clinici prospettici hanno documentato (e definitivamente stabilito) che la carenza di vitamina D aumenta significativamente il rischio di infarto miocardico e di morte secondaria ad un evento avverso CV. Nessuno di questi studi, tuttavia, ha preso in considerazione lo scompenso cardiaco come "isolato end - point". E' anche vero, però, che è da molti anni noto che tra i pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico la prevalenza di deficit di vitamina D è molto elevata. Fino ad oggi non sono mai stati condotti studi clinici di intervento che abbiano verificato gli effetti della somministrazione di vitamina D sulla funzione ventricolare sinistra nei pazienti con scompenso cardiaco. I dati epidemiologici indicano che oltre un miliardo di persone nel mondo ha una carenza di

vitamina D per la quale vi è una indicazione clinica ad un trattamento. Questa patologia è largamente sottodiagnosticata, in particolare in ambito cardiologico. Diverse patologie cardiache, tra le quali l'ipertensione arteriosa, l'ischemia miocardica, la cardiomiopatia diabetica, lo scompenso cardiaco possono avere come fattore eziologico o rilevante comorbidità l'ipovitaminosi D. La concentrazione sierica di 25(OH)D₃ è ritenuta il miglior parametro diagnostico di ipovitaminosi D ed il miglior indicatore della replezione di vitamina D dopo supplementazione. Livelli < 10 ng/ml per un tempo prolungato costituiscono una provata condizione di elevato rischio per eventi CV avversi, mentre livelli > 30 ng/ml sono ritenuti clinicamente soddisfacenti e non meritevoli di correzione. Una carenza di vitamina D dovrebbe pertanto essere ricercata e attentamente valutata anche da parte del Cardiologo Clinico.

ABRUZZO



Leonardo Paloscia

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

BASILICATA



Luigi Truncellito

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

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

CALABRIA



Mario Chiatto

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

CAMPANIA



Giovanni Gregorio

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

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

EMILIA ROMAGNA



Diego Ardissino

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

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

FRIULI VENEZIA GIULIA



Antonio Di Chiara

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

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

LAZIO



Furio Colivicchi

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

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

LIGURIA



Gianfranco Mazzotta

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

www.anmco.it/regioni/elenco/liguria

LOMBARDIA



Luigi Oltrona Visconti

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

www.anmco.it/regioni/elenco/lombardia

MARCHE



Luigi Minutiello

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

www.anmco.it/regioni/elenco/marche

MOLISE



Carlo Olivieri

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

SARDEGNA



Bruno Loi

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

P.A. BOLZANO



Rainer Oberhollenzer

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

SICILIA



Ernesto Mossuti

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

P.A. TRENTO



Domenico Catanzariti

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

TOSCANA



Giancarlo Casolo

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

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA



Maria Rosa Conte

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)

Paolo Scacciatella (Torino)
www.anmco.it/regioni/elenco/piemonte

UMBRIA



Paolo Verdecchia

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

PUGLIA



Alessandro Villella

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)

Luigi Stella (Gallipoli - LE)
www.anmco.it/regioni/elenco/puglia

VENETO



Pietro Delise

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

Parlo con te

*Condividere un percorso,
strada maestra per raggiungere un obiettivo*



DI FRANCESCO PAOLO CALCIANO, ANTONIO CARDINALE, LUCIA BOLETTIERI

**Parlo con te si rivolge agli adolescenti, ai ragazzi
Offrire ai ragazzi una prospettiva di lettura dalla loro parte, con l'unico obiettivo di
favorire un loro percorso autonomo culturale**

Un libro per i ragazzi, per la famiglia, per gli educatori. *Parlo con te* si rivolge agli adolescenti, ai ragazzi in generale, per un dialogo su temi importanti, che accompagnano la loro vita in modo quotidiano, presentando dati epidemiologici, statistiche, conoscenze acquisite. Offrire ai ragazzi una prospettiva di lettura dalla loro parte, con l'unico obiettivo di favorire un loro autonomo percorso culturale per poi poter prendere liberamente le loro decisioni. L'invito nel prologo è quello di «... Coniugare libertà a respon-

sabilità, diritti a doveri». Ed ancora una sottolineatura importante, connessa al mondo della comunicazione con i suoi messaggi subliminali, «Guardandovi intorno non sempre vi viene mostrata la vita reale. Tanti oggi i contenitori che utilizzate, pensate d'esser padroni delle scelte e delle decisioni. Spesso siete portati ad operare una scelta indotti in modo sottile, silenzioso e quasi inapparente, da quello che può esser chiamato il sottile potere da parte di chi utilizza mezzi più grandi di quelli che voi avete a disposizione, per mostrare una vita virtuale fatta di fatuo, di percorsi dove non ci sono strade,

ostacoli, intoppi, dove tutto è rappresentato con paillettes gioco e divertimento. Dove tutto è accessibile e fruibile. Basta solo volerlo. No, miei cari. Questa realtà virtuale è distante ed appartiene ad un mondo che va contrastato». Un invito ai ragazzi ad essere se stessi, ad appropriarsi delle conoscenze e delle decisioni successive, ad essere tolleranti verso l'altro, ad accettare un confronto, un parere diverso. «Occorre sviluppare la capacità critica che porti a capire anche le ragioni degli altri. Occorre sviluppare la capacità di essere tolleranti, di non voler sempre imporre il proprio io. L'io va coniugato con il

noi, non un numero solo, ma un insieme».

I temi descritti nel libro, sono quelli che sono stati sviluppati, insieme ai ragazzi, durante tutto l'anno scolastico, alimentazione, attività fisica, alcol, fumo, e, ciliegina finale, la prevenzione dell'arresto cardiaco tra i banchi di Scuola, con la formazione certificata dei Corsi di BLS - D (Basic Life Support Early Defibrillation, rianimazione cardiopolmonare con uso di defibrillatore semiautomatico esterno) per oltre 160 ragazzi. Non prediche ma comuni riflessioni. Portare informazioni, dati, evidenze scientifiche, confrontarsi a tutto campo con i ragazzi, stimolarli praticamente. Una esperienza interessante, valida: molte le classi che hanno accettato di consumare almeno una volta la settimana frutta a Scuola nel break scolastico. Accolta con simpatia e gustata la frutta portata al primo appuntamento a Scuola. Ed ancora la sintonia negli obiettivi con la Coldiretti della nostra Provincia, per favorire il consumo di frutta e verdura. Tante le cose fatte. Tante quelle ipotizzabili. Entrare non a piedi uniti, ma con determinazione da una parte, dall'altra accettando i rilievi dei ragazzi su temi importanti quali l'alcol ed il fumo. La politica limitata al divieto, la politica di incutere paura, non può pagare. Gli adolescenti svilupperebbero in modo automatico il gusto di contrastare il divieto, il gusto di andare oltre la paura evocata. Coniugare corretta informazione, presentare studi, evidenziare quello che si sta portando avanti in altre parti del Pianeta, favorire il contatto dei ragazzi con esperti autorevoli, quale il Prof. Scafato, direttore dell'Osservatorio sull'Alcol dell'Isti-



tuto Superiore della Sanità, incontro svoltosi in videoconferenza, tutto questo ha suscitato nei ragazzi un atteggiamento critico in positivo sulle problematiche tra assunzione di alcol in età adolescenziale e rischi connessi ad un sistema enzimatico non ancora sviluppato; ed ancora i rischi relativi a quel binomio terribile fatto d'assunzione di alcol e guida di un veicolo. Su quest'ultimo punto portati ai ragazzi testimonianze viventi di altri ragazzi con gravi postumi dovuti ad incidenti stradali causati dall'alcol. Tutto ciò ha indotto una riflessione in positivo nei giovani che hanno partecipato al progetto. Hanno accettato di mettersi in discussione, di elaborare Spot sul tema per invitare i loro coetanei a porre attenzione su questo problema. Hanno accettato nel periodo di Natale, di mandare messaggi sul tema tramite una radio locale. Abbiamo risolto il problema? Non abbiamo questa presunzione. Abbiamo di certo intrapreso una strada che, se continuata, può determinare ricadute positive. La famiglia deve collaborare maggiormente. Questa la criticità maggiore. Occorre insistere, perché modificare in positivo uno Stile di vita è possibile.

Creare la condizione generale, culturale in primis, per andare in quella strada che porterà autonomamente i ragazzi a coniugare divertimento e sicurezza, ad abbandonare la logica dell'emulazione e dell'omologazione televisiva "così fan tutti". Andare oltre. Si può. Il percorso devono sceglierlo loro, i ragazzi. A noi un compito di supporto informativo, preventivo, culturale. Proporsi in modo paritario. Il nostro mondo, quello degli adulti, ha tanto da apprendere dal mondo dei bambini e dei ragazzi. Abbiamo grandi responsabilità su quello che oggi accade. Comodo girarci dall'altra parte. Noi abbiamo scelto di scendere in campo, in modo paritario. La strada intrapresa è lunga. Indispensabile la collaborazione dei mezzi di comunicazione per allargare la fruibilità dell'informazione. Importante dare continuità, non demordere anche quando la strada è in salita. *Parlo con te* può rappresentare un punto di riferimento per coloro che decidono di impegnarsi su questi temi. La Prefazione è autorevole, non merita commenti aggiuntivi, è del Dr. Pier Luigi Temporelli e del Prof. Attilio Maseri.

“Parlo con te”

Per tentare di contrastare nel mondo occidentale la “pandemia” delle malattie cardiovascolari in età adulta si deve inevitabilmente agire sul mondo dell’infanzia e della adolescenza per modificare comportamenti scorretti che impatteranno sfavorevolmente sulla salute cardio - vascolare. Purtroppo, parlare agli adolescenti ed ai ragazzi di stili di vita salutari è estremamente complesso ed anche poco appagante. In primo luogo perché in quella età in cui la vita è nella sua piena esplosione fisica e mentale si è poco sensibili ai problemi di salute che si verificheranno potenzialmente a distanza di molti anni. In secondo luogo perché i macrosistemi impongono, diffondono e tollerano, perché economicamente proficui, modelli comportamentali che vanno in direzione opposta a quella di un auspicabile teorema di vita sana basata su alimentazione corretta, regolare attività fisica ed astensione da comportamenti scorretti quali assunzione di alcol e fumo. Infine, coloro che in prima battuta sono deputati a trasmettere ai bambini ed ai ragazzi comportamenti e messaggi adeguati sono spesso troppo presi dai ritmi frenetici della quotidianità (genitori) oppure condizionati da una formazione inadeguata per tali obiettivi e da logiche economiche restrittive (insegnanti). Di fatto, pur non essendoci un modello ideale efficace e applicabile in ogni realtà, qualsiasi tentativo di provarci almeno e quindi non accettare passivamente questo “fallimento” educativo alla salute cardiovascolare è caldeggiato e benvenuto. In tale contesto si inserisce il manuale costruito da un team di medici e insegnanti motivato ed estremamente coinvolto nella “mission” di trasmettere ai giovani ed agli adolescenti la cultura di comportamenti salutari per un futuro sano e migliore. Su una base costituita da un dialogo in terza persona rivolto al cuore degli studenti, prevalentemente delle superiori, gli autori hanno sapientemente inserito risultati di studi osservazionali e nozioni scientifiche facilmente comprensibili su 4 temi fondamentali: alimentazione, attività fisica, alcol e fumo. Le implicazioni favorevoli di comportamenti corretti sono raccontate con la giusta enfasi e quelle sfavorevoli di abitudini a rischio senza atteggiamenti coercitivi, di cui ben si conosce il ritorno negativo. Davvero una lodevole iniziativa che riceve il plauso della Fondazione “per il Tuo cuore” con l’auspicio di una ampia diffusione.

Dott. Pier Luigi Temporelli
Prof. Attilio Maseri



Da sinistra: la Sig.ra Lucia Bolettieri, Presidente dell’Associazione Amici del Cuore di Grassano, e il Dott. Francesco Paolo Calciano

Parlo con te

un libro per la famiglia,
per i ragazzi, per i genitori
Un libro per gli educatori
Un libro da conservare,
un libro da regalare



Gli autori hanno rivolto il loro impegno ai ragazzi per aiutarli nelle scelte fondamentali: a dire no ai tanti programmi - spazzatura che mistificano la realtà, proponendone una virtuale basata sul nulla; a stimolarli a non lasciarsi prendere dalle sottili forme della comunicazione con i suoi messaggi e proposte accattivanti; a essere coscienti e responsabili delle proprie scelte, senza accampare scuse, nascondersi dietro un dito o giustificarsi con le scelte del “branco”.

Gli autori non hanno un modello univoco di riferimento da proporre quale esempio per tutti, ma vogliono contribuire al confronto su alcuni temi importanti per la vita di ognuno.

La presentazione del libro, in quarta di copertina, racchiude il senso del lavoro che gli autori hanno sapientemente svolto.

Il volume riporta anche la preziosa presentazione del Dott. Pier Luigi Temporelli e del Prof. Attilio Maseri, Cardiologo di fama mondiale, rappresenta pertanto un punto di riferimento sugli importanti temi: alimentazione, attività fisica, alcol, fumo, prevenzione dell’arresto cardiaco, stili di vita salutari trattati in modo colloquiale, riportando risultati di studi e nozioni scientifiche facilmente comprensibili.

Parlo con te, Osanna Edizioni, € 10,00

Può essere acquistato presso le librerie o direttamente dalla Casa Editrice a mezzo telefono o fax 0972 35952 – 0972 35723, per e mail osanna@osannaedizioni.it o collegandosi al sito www.osannaedizioni.it

Per ulteriori informazioni:
amicidelcuore.grassano@virgilio.it



Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO



per il tuo cuore

Fondazione per il Tuo cuore - Onlus

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Non compilare

Codice Unico

Non compilare

Codice ANMCO

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

DATI ANAGRAFICI

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

DATI PROFESSIONALI

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

Non compilare

Struttura Ospedaliera Universitaria Distretto Sanitario Privata
 Altro

Tipologia

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiologia * | <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiochirurgia* |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto * | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto* |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto * | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto* |
| <input type="checkbox"/> Divisione Medicina * | <input type="checkbox"/> CNR |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio* | <input type="checkbox"/> Altro* |
| * Accreditamento (da compilare se Struttura privata): | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

Nome del Primario o facente funzione
Nome del Responsabile (per Strutture aggregate)

Ruolo Cardiologo Cardiochirurgo Medico

Qualifica

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

In quiescenza

Non di ruolo

ANMCO Giovani 2011

Un appuntamento ormai tradizionale nel panorama della Cardiologia emiliano - romagnola

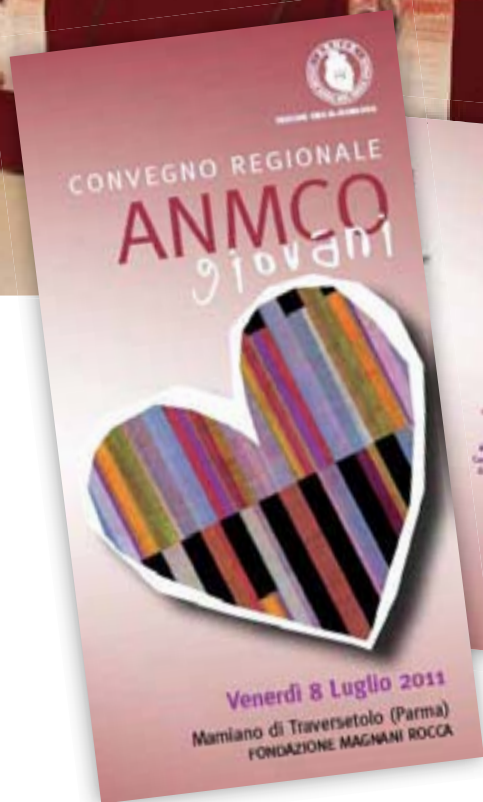


DI GIAMPIERO PATRIZI E ALESSANDRO NAVAZIO

Nella splendida cornice della Fondazione Magnani - Rocca a Mamiano di Traversetolo, in provincia di Parma, si è tenuto l'8 di luglio 2011 l'ormai tradizionale appuntamento per la Cardiologia emiliano - romagnola di "ANMCO Giovani", giunto nel 2011 alla sua terza edizione. Organizzata in un caldo venerdì di inizio estate, seppur mitigato dalla felice scelta di una location alle prime pendici dell'apennino parmense, la manifestazione è stata coronata da un ottimo successo di pubblico che ha riempito la Sala congressuale che ha partecipato attivamente alla discussione delle molte e brillanti relazioni previste dal fitto programma dei lavori. Dicevamo che anche l'edizione di quest'anno ha replicato i successi delle passate tornate, ma è stata caratterizzata da alcune peculiarità che teniamo a presentare ai lettori di *"Cardiologia negli Ospedali"*. Su ispirazione del Presidente Regionale Dott. Diego Ardissino e del Consiglio Direttivo Regionale tutto, l'impianto organizzativo della giornata è stato "goliardicamente" stravolto. I lavori

prevedevano 5 Sessioni, 3 mattutine e 2 pomeridiane, concernenti alcuni macroargomenti quali le novità in tema di fibrillazione atriale, la terapia antitrombotica delle sindromi coronariche acute, la caratterizzazione delle cardiomiopatie e del conseguente scompenso cardiaco per finire poi con gli aspetti più innovativi della Cardiologia e dell'Aritmologia interventistica. Ogni Sessione verteva sulla presentazione di un Caso Clinico che fornisse uno spunto per le ulteriori Relazioni e da stimolo per la successiva discussione. La presentazione dei casi clinici, e qui risiede parte dello stravolgimento della consueta struttura congressuale, è stata affidata a nomi di spicco della nostra Cardiologia regionale e nazionale, primo dei quali il Dott. Giuseppe Di Pasquale, già Presidente Nazionale ANMCO e Past President della Federazione Italiana di Cardiologia. Per far sì, però, che il palcoscenico fosse il più possibile riservato ai giovani Colleghi, il nucleo centrale di ogni Sessione è stato affidato a Cardiologi al di sotto dei 40 anni di età con 3 Relazioni per ciascuna Sessione al termine della pre-

sentazione dell'inerente Caso Clinico. I componenti del Consiglio Direttivo Regionale si sono limitati esclusivamente al ruolo di Moderatori delle varie Sessioni. È stato proprio questo format innovativo e un pò singolare a decretare il successo ultimo della giornata in quanto l'esperienza dei Relatori più "navigati" ha fatto sì che i casi presentati fossero forieri di una ampia e vivace discussione e il comprensibile entusiasmo e le sorprendenti qualità dei giovani Colleghi ha portato alla presentazione di Relazioni veramente pregevoli sia dal punto di vista dei contenuti che nelle forme e nei modi di esposizione. Crediamo di poter individuare il trait d'union di tutte le brillanti Relazioni presentate nella loro estrema innovatività; tutti i Colleghi chiamati a relazionare hanno esposto dati e lavori di recentissima comparsa in letteratura o addirittura ancora pionieristici, come ad esempio nel campo della ricerca genetica o la sperimentazione di nuovi devices, senza però mai perdere di vista i necessari criteri di applicabilità clinica di tali nuovi approcci e la loro necessaria



ricaduta nella pratica professionale quotidiana. A corollario di quanto raccontato sull'edizione di quest'anno, abbiamo il piacere di riportarvi anche il fatto che, grazie alla presenza di un desk ANMCO governato dalla onni-

presente e straordinaria Sig.ra Franca Lorefice, abbiamo raccolto anche una trentina di nuove e giovani iscrizioni alla nostra Associazione. Insomma, una giornata che, diversamente dalle tristezze (o meglio, ristrettezze) in cui spesso siamo costretti a lavorare, ci ha fatto tornare nelle nostre case con una buona dose di sano e giustificato ottimismo, data e apprezzata la qualità dei

Colleghi che sosterranno le Cardiologie ospedaliere nel prossimo futuro. Del resto, la nostra Associazione ha da sempre creduto nelle capacità dei giovani Cardiologi ospedalieri e ha fatto della crescita professionale e personale di queste nuove leve una parte ineludibile della propria mission formativa. Con ancor vivo e ben presente il ricordo di questa bellissima giornata, sia cardiologica che metereologica, il Presidente e il Consiglio Direttivo Regionale garantiscono il massimo impegno, entusiasmo e dedizione anche per la prossima edizione di ANMCO Giovani 2012 che siamo sicuri replicherà il successo di quest'anno.



La IV Edizione della Convention delle UTIC della Lombardia

DI ALBERTO LIMIDO, NICCOLÒ BRENNO GRIECO, DANIELE NASSIACOS, SONIA TOSONI

Venerdì 8 e sabato 9 aprile 2011 si è svolta a Villa Cagnola di Gazzada (Varese) la IV Convention delle UTIC, il tradizionale evento destinato prevalentemente ai Cardiologi operanti nelle UTIC della regione Lombardia. La sede designata quest'anno nell'ambito di una scelta "itinerante" per le varie zone della Lombardia, ha avuto il pregio di associare il fascino di una antica dimora ottocentesca e la suggestione dell'ambiente ad una moderna disponibilità congressuale

di buon livello. I lavori hanno visto la partecipazione di 125 Cardiologi. Gli argomenti trattati nella quarta edizione del Convegno sono stati selezionati in base agli spunti di maggior interesse scientifico, pratico e organizzativo per gli operatori sanitari di UTIC. Al termine dei saluti augurali del Presidente Regionale ANMCO Lombardia Luigi Oltrona Visconti e del Dott. Francesco Bovenzi, di Lucca, in rappresentanza del Presidente Nazionale, la prima giornata si è aperta con una sessione

dedicata alla "Terapia antitrombotica nelle Sindromi Coronariche Acute", sviluppando argomenti di particolare interesse operativo pratico, come la gestione del rischio emorragico nella Chirurgia non cardiaca maggiore (Maria Rosa Conte, Torino, Presidente Regionale ANMCO Piemonte) le nuove prospettive farmacologiche in tema di antiaggregazione ed anticoagulazione (Marco Cattaneo, Milano; Roberta Rossini, Bergamo; Stefano De Servi, Legnano), con riferimento al tipo ed al numero di farmaci utilizza-

bili. Gli argomenti trattati sono stati sviluppati in maniera approfondita ed innovativa ponendo l'attenzione su problemi di pratica e comune utilità e sulle future promesse di una terapia alla base della strategia terapeutica attuale della cardiopatia ischemica. Lo Studio Blitz 4 ha rappresentato indubbiamente un esempio pratico di come uno studio osservazionale possa diventare uno stimolo potente ad un miglioramento qualitativo dell'approccio terapeutico, clinico - prescrittivo ed educativo delle UTIC italiane; Stefano Savonitto (Milano) ne ha illustrato con chiarezza gli insegnamenti teorici e pratici in una Lettura Magistrale. Ha fatto seguito una Sessione dedicata alle cardiopatie di genere. Le peculiarità epidemiologiche e fisiopatologiche delle cardiopatie nel sesso femminile e le ancora presenti, sebbene attenuate, disparità di trattamento tra i due sessi sono state sviluppate e commentate da Francesca Buffoli (Mantova) mentre ad Enrico Passamonti (Cremona) è stata affidata una panoramica clinico - epidemiologica sulla sindrome Tako - Tsubo, che coinvolge per il 90% soggetti di sesso femminile. Una rilevante novità rispetto all'usuale schema delle Sessioni frontali consecutive è stato l'inserimento nel primo pomeriggio di due Sessioni parallele, rispettivamente incentrate su problematiche mediche di particolare importanza clinica in UTIC, e su un argomento di tipo organizzativo: il ritardo evitabile nella rivascolarizzazione dello STEMI. Le problematiche mediche in questione, rispettivamente la gestione del paziente settico (Alessandro Bozzano, Monza) e del

paziente iperglicemico/diabetico (Fausto Avanzini, Desio) sono state trattate con grande competenza, in considerazione del crescente numero di pazienti con maggiore suscettibilità a patologie infettive acute (età avanzata, co - patologie, vie d'accesso da cateteri centrali), l'esigenza di applicare una valida strategia preventiva e di antibiotico - terapia coerente e corretta. L'altra Sessione contemporanea, moderata dal Dott. Francesco Chiarella di Genova, è stata dedicata ad un argomento squisitamente organizzativo: il ritardo evitabile nella rivascolarizzazione dello STEMI, esaminato dal punto di vista del ruolo del sistema di emergenza 118 e dal punto di vista dell'integrazione delle Cardiologie Lombarde (Dr Niccolò Grieco, Milano). Entrambe le sessioni hanno registrato una nutrita partecipazione dell'uditorio, che si è distribuito in maniera omogenea. Dopo il break del pomeriggio, ha fatto seguito una presentazione dell'attività di Area Emergenza - Urgenza ANMCO e del Working Group Acute Cardiac Care, a cura di Maddalena Lettino di fresca nomina quale Chairperson di Area dell'ANMCO e successivamente una Sessione dedicata al confronto tra diverse realtà organizzative cardiologiche lombarde, rappresentate da un grande Ospedale di IV livello, presentata da Antonio Mafri (Milano - Niguarda), da un Ospedale di III livello, presentata da Carlo Campana (Como) e da un Centro Cardiologico di II livello, illustrata da Tito Bertoni (Vimercate). Il confronto fra le tre diverse realtà cardiologiche ha messo in luce i problemi ambientali, logistici ed operativi differenti, contrapponen-

do da un lato il modello organizzativo cardiologico tradizionale di tipo "monolitico" integrato e dall'altro il nuovo sistema incentrato sull'intensità di cura. L'aperitivo serale, a degna conclusione della prima giornata, è stato accompagnato in maniera innovativa da una vivacissima discussione di due Casi Clinici, presentati da Giorgio Caretta (Cremona) e da Francesco Pentimalli (Como) che ha tenuto a lungo vivo l'interesse e la partecipazione dell'intero uditorio. La Sessione di apertura della seconda giornata è stata dedicata alla presentazione di problematiche aritmologiche d'urgenza. L'insorgenza di una tempesta aritmica in un paziente degente in UTIC mette a dura prova la capacità operativa del Cardiologo intensivista che deve dimostrare una perfetta conoscenza dei meccanismi elettrofisiologici di base, delle possibilità farmacologiche ed interventistiche e delle modalità di funzionamento dei moderni defibrillatori impiantabili; Jorge Salerno - Uriarte (Varese) ha esposto in maniera sintetica le tematiche connesse a tale complicanza. La gestione dal trattamento farmacologico delle tachiaritmie sopraventricolari, con le nuove implicazioni legate alla comparsa sullo scenario terapeutico farmacologico di nuovi antiaritmici di provata efficacia e, per la prima volta dopo oltre un decennio dotati di una accettabile sicurezza d'impiego è stato proposto da Massimo Romanò (Vigevano). A Maurizio Landolina (Pavia) è toccato il compito di chiudere la Sessione con una Relazione dedicata alla gestione da complianze legate al posizionamento di

elettrocateri endocavitari; la gestione del paziente con problematiche di dislocazione, infezione/trombosi e perdita dell'integrità strutturale degli elettrocateri coinvolge oggi giorno spesso la sfera di azione del moderno intensivista Cardiologo. La Sessione successiva è stata dedicata a due argomenti di tipo legale ed etico. La gestione del rischio clinico è ormai diventato un argomento di primaria importanza in ogni ambito operativo ospedaliero ed in particolare in UTIC, ove la complessità assistenziale si intreccia strettamente con l'esigenza di un intervento clinico, diagnostico e terapeutico adeguato e specifico da attuare nel più breve tempo possibile; Alberto Limido (Varese) ha trattato i principali temi e problemi legati alla gestione del rischio clinico. Paolo Geraci (Pavia) ha presentato una tematica cui spesso non viene data la giusta importanza, la donazione d'organo, esponendo in maniera estremamente chiara e coinvolgente le finalità, le indicazioni e le modalità di attuazione di una donazione all'interno di un reparto intensivo. La mattinata è stata conclusa dalla presentazione e discussione di problemi gestionali del paziente sottoposto ad interventistica complessa. Se la crescente esperienza operativa internazionale sta confermando l'efficacia e l'accettabile grado di sicurezza del trattamento percutaneo della stenosi aortica, nel caso dell'insufficienza mitralica esistono ancora dubbi sulle reali prospettive dell'approccio transcatetere; a Silvio Klugmann (Milano Niguarda) è stato affidato il compito di illustrare lo stato attuale del trattamento percuta-

neo delle due valvulopatie. Il progredire dell'esperienza operativa consente all'Emodinamista interventista un approccio aggressivo della grande maggioranza della patologia coronarica con l'interventistica coronarica complessa, in particolare l'approccio a casi di coronaropatia multi vasale e stenosi critica del tronco comune della coronaria sinistra è stato presentato da Carlo Sponzilli (Milano San Paolo). Claudio Francesco Russo (Milano - Niguarda) ha concluso la Sessione presentando i dati internazionali e l'ampia casistica del Centro milanese riguardo alla assistenza ventricolare meccanica, ponendo l'accento soprattutto sulle prospettive di un impiego più diffuso dell'ECMO nelle Unità di Terapia Intensiva Cardiochirurgica e Cardiologica. Il pomeriggio è stato dedicato a due tematiche di tipo organizzativo/regolatorio. L'Archivio Regionale Lombardo dello STEMI rappresenta uno strumento di grande utilità clinica, epidemiologica e gestionale, consentendo la raccolta dei dati relativi alla totalità degli STEMI ospedalizzati nella Regione Lombardia. L'intervento di Maurizio Marzegalli (Milano) ci ha illustrato il razionale del registro e le prospettive future, soprattutto in merito all'estensione della registrazione a tutte le Sindromi Coronariche Acute. Anna Maria Paganoni (Milano) ha presentato i primi risultati, che dimostrano un rapido incremento dei casi registrati ed archiviati, con la previsione di arrivare presto (entro il 2011) al 100% della copertura regionale. La Sessione conclusiva, dedicata al ruolo delle UTIC prive di Laboratorio di

Emodinamica nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera regionale si è articolata su tre Relazioni. Marco Negrini (Milano - Fatebenefratelli) ha approfondito il tema dell'accreditamento delle professionalità come passaggio necessario per giungere il prima possibile ad un riconoscimento nazionale ed europeo della figura professionale del Cardiologo intensivista. A Daniele Nassiacos (Saronno) è stata affidata la relazione sulla gestione del paziente critico in un Centro periferico, che costituisce un punto critico di particolare rilievo, poiché rappresenta la reale possibilità di mantenere le competenze intensivistiche ed operative necessarie alla gestione di cardiopatici critici anche in Centri non dotati di Laboratorio di Emodinamica. Infine Claudio Cuccia (Brescia) ha esposto con la competenza che gli è propria le problematiche relative alla integrazione territoriale lombarda, in particolare la strutturazione della rete gestionale della Sindrome Coronarica Acuta e dell'Urgenza/Emergenza cardiologica. Alla conclusione dei lavori, il Presidente Regionale Luigi Oltrona Visconti, ha lanciato un ponte ideale alla continuazione della tradizione fissando la data della futura Convention delle UTIC del nuovo anno: arrivederci quindi al 13 - 14 aprile 2012! La III Convention degli Infermieri delle UTIC della Lombardia si è svolta sempre a Villa Cagnola, in località Gazzada (Varese), il 26 marzo 2011 organizzata dal Gruppo di lavoro infermieristico ANMCO Lombardia. L'esperienza lombarda dell'ANMCO vanta l'unicità della collaborazione attiva degli Infermieri, che condivido-

no trasversalmente con il Consiglio Direttivo medico l'importanza della crescita culturale e scientifica per gli Infermieri. I partecipanti sono stati 99. Dal 2009 si organizza in via esclusiva la Convention degli Infermieri, che pone al centro degli eventi l'importanza del ruolo infermieristico. La scelta di dedicare una giornata agli Infermieri, supera le comprensibili e risolvibili difficoltà organizzative di un convegno che spesso in altri autorevoli incontri vengono sacrificati. La stesura dei programmi delle Convention e la loro conduzione è stata caratterizzata dalla libera scelta da parte degli Infermieri del Gruppo di lavoro Regionale, che al di là dell'ufficialità delle nomine, ha sempre visto negli incontri non solo l'occasione di confronto e di crescita, ma la possibilità di aprire a tutti coloro che hanno sensibilità ed energia da impegnare nello sviluppo della professione infermieristica nel settore cardiologico. Gli argomenti hanno davvero toccato aspetti molto interessanti: la rete dell'IMA in Lombardia, la trasmissione dell'ECG dalle ambulanze e relativi tempi risparmiati grazie all'appropriatezza del riconoscimento ed intervento dei colleghi del 118. Si è poi affrontata la peculiarità nell'accertamento infermieristico del dolore toracico, come e cosa cercare e documentare: si cerca ciò che si vuole trovare, ma in particolare ciò che è necessario sapere. Magistrale la relazione sulle competenze dell'Infermiere nell'interpretazione delle curve di monitoraggio emodinamico, che ha fatto emergere come oggi gli Infermieri siano assolutamente preparati, non siano

meri registratori di dati. Egregiamente condotto l'aspetto dei sanguinamenti e dei farmaci antitrombotici ed antiplateletici, dove è emerso come sia determinante la conoscenza e la capacità di intercettare rapidamente l'insorgenza di complicanze iatrogeniche. Le competenze professionali sono poi state approfondite nell'ambito delle metodiche complesse sempre più presenti nelle nostre UTIC: NINV, CVVH e IABP. I presenti sono stati catalizzati dalla relazione sull'ECMO, dove la complessità del sistema non si disgiunge da una relativa complessità del problema. La conoscenza e la gestione dei farmaci è stato un altro capitolo molto coinvolgente e sentito: l'Infermiere non somministra solo la terapia, fa terapia. Si è voluto poi dare voce ad ambiti dove la continuità assistenziale interviene successivamente alla fase acuta. La figura dell'Infermiere esperto nella controllo e nella conduzione del follow up dei pazienti portatori di AICD nell'Ambulatorio di Elettrofisiologia, e l'Infermiere Tutor interlocutore diretto dei pazienti scompensati seguiti in Telemedicina. La conoscenza e la capacità professionale è stata rappresentata da due distinte Relazioni che hanno mostrato come la specificità dei settori sia accompagnata da una profonda consapevolezza della problematica clinica. Due Letture finali hanno chiuso i lavori trattando argomenti estremamente rilevanti: la prima Lettura ha affrontato l'inserimento dell'Infermiere in UTIC, con l'esperienza di un progetto proposto dai Colleghi della Cardiologia di Cremona; la seconda Lettura invece ha mostrato quale possa essere il percor-

so di crescita post Laurea infermieristica, con le possibilità di sviluppo nella ricerca e nei percorsi universitari. I dibattiti ed i confronti hanno sempre caratterizzato gli incontri, e anche quest'ultimo ha visto una partecipazione interattiva e costante dei presenti. Le ultime osservazioni hanno portato il Gruppo di lavoro a dare avvio ad un progetto di Survey, riguardo alla gestione del delirio acuto nel paziente ospedalizzato in UTIC, che in collaborazione con il Consiglio Direttivo Regionale vedrà coinvolte tutte le UTIC della Lombardia e sarà argomento per la prossima Convention infermieristica. Arrivederci al 31 marzo 2012!



Da sinistra: il Presidente Sig. Adriano Pastore, il Primario Dott. Bartolo Martini, il Dott. Giorgio Dalle Molle, la Coordinatrice Dott.ssa Roberta Lepre.

Interessante e proficua collaborazione tra Pubblico e Volontariato

DI ADRIANO PASTORE

L'Associazione Amici del Cuore Alto Vicentino Onlus, costituita presso uno studio notarile di Thiene (VI) nel dicembre 1999, è nata per la pressante richiesta di un gruppo di Cardiopatici, in primis il primo Presidente Vittorio Lattanzio, al Primario Dr. Bortolo Martini e soprattutto per l'impegno di due volontari, Umberto Pozzan ed Attila Drago, che da tempo raccoglievano firme tra la popolazione per un potenziamento della Cardiologia. L'Associazione è nata per prevenire o limitare i danni provocati dalla patologia cardiovascolare agendo sia dal punto di vista culturale, con incontri periodici, che con iniziative sociali di prevenzione e riabilitazione. Come è ben noto la prima causa di morte in



Italia, e di conseguenza nella nostra zona, è rappresentata dalle malattie di cuore e purtroppo i dati epidemiologici ufficiali evidenziano che nel territorio dell'ULSS 4 Alto Vicentino il rischio è doppio rispetto alle altre ULSS del Veneto. Ciò è dovuto a cause genetiche come ampiamente dimostrato dallo Studio LEOGRA, svolto dai nostri Cardiologi in collaborazione con il Prof. Casiglia dell'Università

degli Studi di Padova, che ha studiato le popolazioni di origine "Cimbra" insediate da un millennio nelle vallate del nostro territorio. Tale aumento di prevalenza delle malattie cardiovascolari è stato confermato e valorizzato dai dati raccolti durante il progetto di riabilitazione - prevenzione cardiovascolare "EuroAction", finanziato dalla Società Europea di Cardiologia e appoggiato incondizionatamente dalla Direzione Generale, che ha coinvolto un Centro Cardiologico in ognuno di sei paesi europei. Tale attività, attualmente denominata "CardioAction", che coinvolge nell'intervento tutta la famiglia, è gestita quasi totalmente da Infermieri, Fisioterapista, Dietista, Psicologo ed è partita dopo un



Il Team di CardioAction: da sinistra Angela, Marila, Rudy, Dott.ssa Calapai, Dott. Bordin, Dott. Martini, Valeria.

training iniziato a Londra nel 2002 ed è proseguita con successo per i due anni successivi i cui eccellenti risultati sono stati pubblicati su *The Lancet*. Tali risultati hanno evidenziato come una semplice modalità operativa con costi limitati ma con efficacia superiore ad altri interventi, possa essere un modello scientificamente valido per tutti i centri che si occupano di prevenzione e riabilitazione cardiovascolare. I pazienti arruolati nel processo di “CardioAction” frequentano un percorso educativo della durata di otto settimane all’interno del quale sono seguiti e formati da Fisioterapista, Dietista, Psicologa, Infermiera e Cardiologo di riferimento. Sono monitorati costantemente da queste figure professionali e accompagnati nell’attività riabilitativa dai familiari più vicini. Vengono rivisti a distanza di sei e dodici mesi per verificare lo stato di salute e per appurare se il messaggio ha raggiunto il suo scopo, in sostanza se hanno mantenuto il controllo farmacologico dei fattori di rischio e modificato lo stile di vita primo obiettivo del protocollo. Per mantenere ed incrementare il benessere psicofisico ottimale nelle persone che terminano il periodo di riabilitazione in “CardioAction”, ed evitare per quanto possibile il rischio



di recidiva, è fondamentale ottenere una forte motivazione sia personale che di gruppo. Proprio per non disperdere il proficuo lavoro svolto da “CardioAction”, constatato che molto spesso gli insegnamenti ricevuti vengono dimenticati mentre il mantenimento deve continuare per tutta la vita trasformandosi in un nuovo stile di vita, è intervenuta l’Associazione che provvede ad organizzare e gestire, da sei anni ormai, “attività fisica protetta” in due palestre distribuite sul territorio. Tale attività fisica viene definita “protetta” in quanto viene svolta sotto la direzione di una fisioterapista, specializzata sulle problematiche cardiache, e con la presenza di una Infermiera; è disponibile in loco un defibrillatore ed il personale citato è dotato di brevetto BLS - D. L’attività in palestra viene svolta in piena sintonia con l’ULSS 4 Alto Vicentino, sottolineo l’interessante collaborazione instaurata tra pubblico e privato alla luce anche del costante calo delle risorse disponibili, e con l’indispensabile contributo finanziario del Centro di Servizio

per il Volontariato della Provincia di Vicenza. A tutela degli operatori e dei partecipanti è stato approntato, con la preziosa collaborazione del Primario Dr. Bortolo Martini, un percorso di accesso all’attività fisica ben definito che comprende una dettagliata stratificazione del rischio individuale. A completamento di questa attività “protetta” viene anche svolta attività fisica all’aperto mediante passeggiate settimanali di gruppo, appositamente organizzate dall’Associazione soddisfacendo così alle esigenze di socializzazione tipiche di chi è portatore della patologia cardiaca. A questo ultimo scopo vengono anche organizzate gite sociali sempre molto ben frequentate nelle quali si concede una occasionale deroga alimentare. Molto graditi sono sempre i corsi di cucina basati sui principi di sana alimentazione e corsi base di rianimazione Cardio Polmonare per i familiari. Nell’ottobre dello scorso anno l’Associazione ha celebrato il decennale della sua costituzione e per valorizzare in maniera appropriata la ricorrenza ha donato un “ecocardiografo portatile” in ottemperanza alla mission associativa che prevede, tra le altre cose, la donazione di strumenti alla Cardiologia a vantaggio della Comunità dell’Alto Vicentino.



La tenda di shelterbox

Vogliamo far conoscere ai Lettori di *“Cardiologia negli Ospedali”* le attività effettuate dalla nostra Associazione

DI GIUSEPPE CIANCAMERLA

L'associazione “Les amis du coeur du Val d'Aoste” nasce ad Aosta nel 1986 per volontà dell'allora primario della Cardiologia ospedaliera Dott. Giovanni Devoti di portare sul territorio l'informazione sulle malattie di cuore e insegnare le manovre di rianimazione cardiopolmonare. A lui, scomparso nel 1994, è stata poi intitolata l'associazione. A tutt'oggi risultano iscritti 2750 Soci. Gli scopi dell'Associazione si riassumono in questi punti dello Statuto:

- a) elaborare e realizzare progetti volti alla tutela, prevenzione, cura, riabilitazione, formazione e ricerca nel campo delle malattie cardiovascolari;
- b) stimolare, organizzare e partecipare con propri rappresentanti a commissioni e gruppi di lavoro per la realizzazione dei contenuti della Car-



- ta dei Diritti dei Cardiopatici elaborata dal CONACUORE;
- c) collaborare con le istituzioni, con i sodalizi ONLUS, con le associazioni dei cardiopatici e con l'azienda sanitaria per il miglioramento delle strutture cardiologiche, cardiocirurgiche, riabilitative e del soccorso sia intra che extraospedaliera;
- d) far conoscere le attività dell'Associazione attraverso pubblicazioni, conferenze, dibattiti ed incontri con la popolazione;
- e) promuovere la partecipazione ad attività di volontariato da svolgere nei reparti di Cardiologia per fornire sostegno morale agli ammalati ed ai loro familiari;
- f) organizzare attività ricreative e culturali per soci e non soci.

Nel tempo sono stati realizzati molti progetti

Assistenza a popolazioni colpite da catastrofi con l'operazione "shelterbox", contenitori di materiale di sussistenza (tenda, fornello, potabilizzatore di acqua, stoviglie, coperte termiche) inviati ad Haiti, Cile, Pakistan e Giappone in collaborazione con il Rotary Club.

Bambini cardiopatici da operare provenienti da paesi dove non esiste una assistenza sanitaria adeguata (sostenendo l'associazione "Ana Moise").

Cardiothon™: registrazione del marchio per prossimi eventi nel 2012 per implementare la rete di defibrillatori.

Ginnastica di mantenimento per i cardiopatici nelle palestre di Aosta, Saint Vincent e Verrès.

Informazione attraverso il "Corriere del cuore" che viene inviato a casa agli iscritti e distribuito gratuitamente in Ospedale.

Lotta ai fattori di rischio e in particolare all'ipertensione, con la possibilità di automisurazione gratuita presso l'Ambulatorio di Cardiologia dell'Ospedale.

Mangiare sano: i nostri consigli si trovano in un pieghevole distribuito presso un ipermercato di Aosta, con il nome "Carrello del Cuore".



Defibrillatori: proseguendo il progetto "la scarica che ti ricarica", nato nel 2001, sono stati distribuiti finora 28 apparecchi salvavita.

Elettrocardiogramma ai bambini della prima elementare di tutta la regione alla ricerca di difetti al cuore da curare o controllare nel tempo (progetto "APE"). Dal 2005 controllati 5.255 bambini.

Formazione degli studenti delle Scuole Medie Superiori alle manovre di rianimazione cardiocerebrale ("far ripartire il cuore per salvare il cervello") al fine di rendere più efficace l'uso del defibrillatore. Istruite finora 5.275 persone.



Offerta delle noci del cuore per sostenere le Borse di Studio del CONACUORE (Coordinamento Nazionale Associazioni del Cuore) dedicate a giovani Cardiologi italiani per la ricerca delle cause delle malattie cardiovascolari. Questo coordinamento è nato nel 1999, ha sede a Modena e oggi riunisce 130 associazioni.

Pubblicazioni informative.





La gestione del paziente affetto da scompenso cardiaco: il ruolo dell'Ambulatorio "dedicato"



DI ANTONELLA BRUNDU E FRANCESCO URAS

Lo scompenso cardiaco è una delle patologie croniche a più alto impatto sulla sopravvivenza e sulla qualità della vita dei pazienti.

È noto che, nel mondo occidentale ha un'elevata prevalenza che colpisce l'1,5 - 2% della popolazione, mentre, a tutt'oggi, non abbiamo a

disposizione studi di popolazione specifici riferiti alla realtà italiana che ci consentano di definirne incidenza e prevalenza nella nostra nazione⁽¹⁾,

pur sapendo che, queste ultime, aumentano in maniera esponenziale con l'età e che i principali determinanti dell'assorbimento di risorse per la sua gestione sono i costi dell'assistenza ospedaliera⁽²⁻⁷⁾. La risposta complessiva ai bisogni dei pazienti affetti da questa patologia non è, tuttora, ottimale per le eterogeneità culturali, professionali, organizzative presenti a tutti i livelli e per la mancanza di un coordinamento generale, che si riverberano, spesso, in una assistenza discontinua e frammentaria. Emerge, quindi, la necessità di ridefinire i ruoli e le responsabilità delle diverse figure professionali nell'ambito di una nuova ed efficiente rete assistenziale, specialmente verso il paziente cronico⁽¹⁾. Per fare fronte a questa esigenza, all'interno della nostra Divisione di Cardiologia di Sassari è nato nel 1999, nell'ambito dei servizi ambulatoriali specialistici, un Ambulatorio dedicato allo Scompenso Cardiaco (HF) che, come altre simili realtà diffuse nel territorio, si è posta alcuni "ambiziosi" obiettivi: migliorare e/o ottimizzare il trattamento dei pazienti afferenti all'Ambulatorio, monitorarli mediante follow - up seriati e personalizzati, prevedere interventi clinico - terapeutici più tempestivi per cercare di ridurre le riospedalizzazioni, la mortalità ed i costi assistenziali. Dodici anni di fattiva esperienza ci hanno consentito di fare alcune considerazioni e cioè che il trattamento dello scompenso, in particolare di quello avanzato, non raggiunge, purtroppo, i suddetti punti - chiave. Infatti le attuali strategie terapeutiche producono

soltanto un miglioramento minimo della qualità della vita⁽⁸⁾ le statistiche riguardanti le riammissioni ospedaliere forniscono ulteriori evidenze sull'inadeguato controllo della sintomatologia, con un tasso di ricoveri che, corretto per l'età, aumenta di circa il 10% per anno. Infatti l'insufficienza cardiaca resta la causa principale dei ricoveri ospedalieri nei soggetti di età > 65 anni⁽⁹⁾ ed, inoltre, comporta anche un elevato tasso di mortalità: nello studio Framingham, il 70% dei pazienti con HF sintomatico è deceduto entro 5 anni dalla diagnosi⁽¹⁰⁾. Esistono numerose possibili ragioni per spiegare i limiti delle attuali strategie gestionali. La diagnosi è, spesso, tardiva: l'1 - 2% degli adulti normali presenta una disfunzione ventricolare sinistra asintomatica⁽¹¹⁾, per cui molti pazienti non vengono identificati in maniera tempestiva; la comparsa di effetti collaterali "da farmaci" può portare ad una scarsa adesione al trattamento, specialmente nei soggetti più anziani. In questi ultimi, ma anche in quelli più giovani, ciò può avvenire o per la mancanza o per un disatteso "rapido miglioramento" della sintomatologia oppure per la complessità del regime terapeutico e la conseguente difficoltà nel mantenerlo nella vita di tutti i giorni, o per la costante presenza di difficoltà gestionali e per la mancanza di strutture specifiche ed accessibili per la cura e l'assistenza⁽¹²⁾. Pur non avendo la pretesa di dare risposta a tutti gli interrogativi che emergono dalla trattazione di questo argomento così complesso e ricco di sfaccettature, abbiamo voluto, comunque, fare

una disamina del nostro lavoro e "modus operandi" per fare il punto della situazione e cercare nuovi spunti e stimoli per un continuo miglioramento. Analizzando la nostra casistica abbiamo stimato che, nel nostro Ambulatorio dedicato, abbiamo seguito, fino ad ora, 145 pazienti: 106 "viventi" di cui 103 (15 F, 88 M con un'età media di 67,0±11,0 anni) affetti da HF cronico e 3 per follow - up post - trapianto cardiaco. La mortalità complessiva è stata, quindi, del 27% (39 pazienti). L'eziologia dello scompenso maggiormente rappresentata, come peraltro già noto e confermato dalla letteratura internazionale, è quella ischemica (41,5%). Clinicamente emerge la classe NYHA II (66,3% del totale). Ma esiste un modo specifico, ottimale, efficace per interfacciarsi con il paziente affetto da insufficienza cardiaca, con il suo vissuto clinico, psicologico e familiare? Il nostro approccio al paziente prevede un primo colloquio, alla presenza dei familiari, che consenta una dettagliata raccolta anamnestica (anamnesi lavorativa, fisiologica, familiare, patologica prossima e remota, eventuali comorbilità, terapia in atto al momento della valutazione) da registrare in un apposito "fascicolo elettronico ad personam" per il quale esiste, peraltro, un corrispettivo cartaceo, in archivio. L'analisi di quest'ultimo ha permesso di evidenziare che i fattori di rischio cardiovascolare maggiormente rappresentati sono: diabete mellito (prevalentemente tipo 2) 10,5%, ipertensione arteriosa 19%, ipercolesterolemia 19% del totale. Questo denota, se mai ce ne



fosse bisogno, che, alla base di un buon colloquio deve sempre esserci una esauriente raccolta anamnestica mediante la quale, infatti, è sempre possibile estrapolare, oltre alle più comuni comorbidità, anche eventuali altre informazioni aggiuntive riguardanti eventi cardiovascolari e non o comportamenti non corretti, responsabili del peggioramento della malattia, magari fino a quel momento, stabile. Vi è, infatti, un certo numero di fattori che sono reversibili e che possono giocare un ruolo rilevante nel deterioramento della malattia, tra cui: aritmie, disfunzioni valvolari, peggioramento o sovrapposizione di una ischemia miocardica, malattie del pericardio, tireotossicosi, introduzione di sodio nella dieta, abuso di sostanze alcoliche, scarsa compliance farmacologica, abitudine al fumo di sigaretta, ecc. Il secondo “step” è rappresentato dall’analisi della documentazione pregressa prodotta al momento della valutazione, con l’eventuale archiviazione di copia fotostatica di quest’ultima o trascrizione dei dati salienti. Quindi la ricerca di dati antropometrici: peso, altezza, BMI (kg/m²), misurazione della circonferenza vita - fianchi, successivamente la registrazione dell’ECG, l’esame obiettivo (con particolare enfasi nella valutazione dei segni diretti ed indiretti di

congestione: epatomegalia, edemi declivi, turgore giugulare, presenza di reflusso epato - giugulare, stasi polmonare, soffi patologici), esecuzione di ECOCG, richiesta “ex novo” o eventuale aggiornamento di esami ematochimici (tra cui emocromo + formula leucocitaria, profilo epato - renale più elettroliti plasmatici, profilo coagulativo, assetto lipidico, TSH, VES e PCR, dosaggio di pro - BNP o BNP). Infine, l’adeguamento terapeutico con la titolazione di farmaci “anti - scompenso” già assunti o con l’introduzione di questi ultimi, qualora assenti e programmazione dei successivi follow - up: dopo primo mese in caso di pregresso recente ricovero per instabilizzazione di malattia, dopo sei mesi quando si sia raggiunta una buona compliance clinico - terapeutica, dopo un anno nei casi “stabilizzati” da tempo. In caso di necessità sono previsti anche follow - up telefonici. L’Ambulatorio dedicato rappresenta, pertanto, sia una struttura indispensabile alla quale afferire periodicamente, sia un traguardo da raggiungere dopo periodi di degenza ospedaliera. Infatti il paziente “passivo” nella fase post - acuta deve diventare “attivo” durante il follow - up, allo scopo di sapere riconoscere precocemente i sintomi e prevenire le riascerbazioni. Per queste ultime una

delle cause più frequenti, se non la più frequente in senso assoluto, sia nella nostra casistica che per la letteratura sull’argomento, è rappresentata dalla mancata adesione al trattamento⁽¹³⁾. Per cercare di arginare e/o limitare il problema è senz’altro importante la chiarezza e l’incisività nel trasmettere indicazioni e messaggi - chiave al paziente (cercando di esprimersi in modo accessibile e semplice) e, quando possibile, provvedere alla distribuzione di materiale informativo sull’argomento⁽¹⁴⁾: infatti è dimostrato che tanto più tempo viene dedicato all’informazione continua, tanto più i pazienti dimostrano di sapere riconoscere precocemente i segni ed i sintomi di “criticità” e ciò che può determinarne l’insorgenza⁽¹⁵⁾. La maggior parte sono anziani e semplici norme di buon senso come mantenere al minimo il numero di compresse giornaliere, controllare l’abilità a seguire la prescrizione medica ed identificare le idee errate circa il trattamento, non devono essere sottovalutate. Norme da suggerire a tutti (“meno giovani” e giovani) per la gestione quotidiana della patologia sono: abolizione del fumo, riduzione e controllo del peso corporeo, controllo di comorbidità (per esempio: dislipidemia e iperglicemia), abolizione dell’uso di sostanze

alcoliche e del tabagismo, valutazione indiretta dell'equilibrio idrico, riduzione del consumo di sale nella dieta, igiene personale, ottimizzazione dell'alternanza riposo/esercizio, vaccinazione anti - influenzale, autogestione della terapia diuretica, uso corretto del telefono nella comunicazione medico - paziente. Inoltre, dalla letteratura risulta che i pazienti che eseguono controlli clinici con cadenza ravvicinata o, quantomeno, con una certa regolarità⁽¹⁶⁾, hanno una migliore qualità della vita ed un minore numero di riammissioni ospedaliere e che non esistono evidenze relative alla frequenza più opportuna dei controlli clinico - strumentali nell'ambito dei follow - up: viene suggerito che, in caso di stabilità clinica, potrebbero essere sufficienti 3 - 4 controlli all'anno. In caso di instabilità, invece, parrebbe raccomandabile un controllo a non più di 7 - 10 gg. dal riequilibrio clinico, così come in presenza di una variazione della posologia terapeutica o in presenza di patologie potenzialmente destabilizzanti (infezioni, anemie, aritmie). Gli esami di laboratorio sarebbe bene eseguirli ogni due mesi o più frequentemente in caso di instabilizzazione. Per quanto riguarda gli esami strumentali è ragionevole un ECOCG all'anno (salvo mutamenti clinici e sintomatologici suggestivi). Alla luce di tutte queste indicazioni, appare chiaro che l'assistenza ambulatoriale, con frequenti controlli clinici, anche se a basso impegno tecnologico, rappresenta per il paziente un punto fermo di riferimento ospedaliero alternativo anche se non sostitutivo alla degenza. Ma qual è la modalità di

accesso ad una struttura dedicata e specifica? Nella nostra realtà la modalità di arrivo all'Ambulatorio è la seguente: 70% controlli post - ricovero intradivisionale ed interdivisionale, 20% segnalazioni da Ambulatori divisionali, 5% mediante invio da parte del Medico di Medicina Generale. Da questi dati si evince che il dialogo tra Specialista e Territorio non è ancora ottimale, talora anche per la scarsa conoscenza e diffusione dell'informazione dell'esistenza di servizi specialistici dedicati. Eppure la letteratura a nostra disposizione in merito ad una gestione "periferica" del paziente scompensato, non è confortante: i dati longitudinali dello Studio Framingham e quelli provenienti dallo Mayo Clinic suggeriscono che meno del 25% dei pazienti con scompenso cardiaco sintomatico ricevono un trattamento con ACE - I⁽¹⁷⁾. Esistono alcune evidenze circa il fatto che i Cardiologi sono più inclini ad utilizzare questa classe di farmaci rispetto ai Medici non specialisti in Cardiologia. In uno studio di sei mesi eseguito nel Regno Unito, il 77% dei pazienti con $EF\% < 40$, trattata dal Cardiologo, riceveva ACE - I rispetto a solo il 53% di una analoga popolazione di pazienti trattati dal Medico di base⁽¹⁸⁾. Inoltre, nello stesso studio il 48% dei pazienti scompensati, seguiti dallo Specialista, riceveva una dose di ACE - I considerata adeguata, rispetto al 31% dei pazienti trattati dal Medico non Specialista. Quanto fin qui descritto ci dovrebbero far capire quanto è e sarebbe importante cercare un continuo confronto con tutti i "soggetti coinvolti" (Cardiologo

ospedaliero, ambulatoriale e Medico di Medicina Generale), nella gestione di tale tipologia di pazienti, sia per uno scambio fattivo di informazioni, sia per creare un rapporto di stretta collaborazione mediante l'uso di Linee Guida comuni e condivise. Dall'analisi della terapia anti - scompenso posta in essere nella nostra casistica sono emersi i seguenti dati: i Betabloccanti sono utilizzati nell'86,5% dei casi; gli ACE - I nel 76,7%; i Sartani nel 20,7%, i Diuretici, particolarmente furosemide, nel 71%; la Digitale nel 13,6%; i Risparmiatori di K+ nel 20,7%; le Statine nel 52,8%; gli Omega - 3 nel 15,7%. Infine, l'ASA nel 46% e la TAO nel 41% Emerge, quindi, un uso più che buono dei farmaci "capisaldi" del trattamento dell'insufficienza cardiaca mentre, con un solo paziente che assume ivabradina, è ancora agli inizi, l'utilizzo dei farmaci "emergenti" come ci ha indicato, con i suoi incoraggianti risultati in merito, il recente Studio SHIFT⁽¹⁹⁾. Gli ACE - I ed i Betabloccanti si dovrebbero somministrare al massimo dosaggio tollerato e ciò presuppone un accurato controllo del Medico nella fase di titolazione (nella nostra casistica, il dosaggio medio è di 7,5 mg/die per i Betabloccanti e 5,5mg/die per gli ACE - I)⁽²⁰⁾; lo spironolattone ha dimostrato di essere in grado di migliorare la prognosi nei pazienti in classe funzionale avanzata⁽²¹⁾, la digossina, in casi analoghi, di ridurre le recidive dello scompenso⁽²²⁾, per quanto concerne il diuretico, non esistono dosi standard: il dosaggio deve essere ottimizzato nel singolo paziente per prevenire i sintomi e segni di congestione.

Dibattuto è l'uso della TAO vs terapia anti aggregante nei soggetti con EF% depressa e ritmo sinusale, come è emerso dallo studio WATCH⁽²³⁾, anche se i nostri dati in merito sono influenzati dalla preponderante genesi ischemica che rende più chiare le indicazioni in tal senso. Dall'analisi ecocardiografica emerge una prevalenza della disfunzione sistolica su quella diastolica, rispettivamente con: 73 pazienti (71%) con EF compresa tra 20 e 43% e 30 pazienti (28,6%) con EF compresa tra 45 e 60%. Dalla refertazione degli ECG viene evidenziato che l'aritmia più diffusa è la fibrillazione atriale (22,7%) e che la turba di conduzione più rappresentata è il BBsn (26,5% del totale). Tra gli esami di II livello il più utilizzato è sicuramente la coronarografia (41% del totale) sia per la disponibilità, all'interno della nostra divisione, di un servizio di emodinamica, sia perché maggiormente dirimente nel fugare i dubbi su una genesi ischemica, su una "coronaropatia reiterata", su una sintomatologia "dubbia" per angor o equivalenti. Seguono, quindi: l'ECG - Holter 24 h (2,8%), il test del cammino, ossia, il "six minutes walking test", maggiormente utilizzato, invece, alla dimissione, dopo una degenza ospedaliera (2,8%), il test ergospirometrico (1,9%), il cateterismo destro (1,9%), l'eco - stress alla dobutamina (1%), la scintigrafia miocardica con Tallio 201 (1%), la TAC - cuore multistrato (1%). Sicuramente per la diffusione e l'uso di alcune di queste metodiche sarà necessaria ed indispensabile sia la conoscenza e dotazione di sempre più moderni strumenti tecnologici da

parte dei servizi preposti (per esempio: la Radiologia) sia la crescita ed il supporto di efficaci centri di Cardiologia riabilitativa. Chi prende "in carico" questa complessa tipologia di pazienti è e/o diventa, senza dubbio, uno "specialista nella sua specializzazione in Cardiologia": a causa della rapida diffusione dell'insufficienza cardiaca, specialmente negli ultimi venti anni, è nata, infatti, questa figura di "sub - specialista" e sono cominciate a sorgere in modo più capillare, quantomeno nella penisola, delle unità per la cura dello scompenso⁽²⁴⁾. Non sono ancora completamente chiare le esatte caratteristiche e l'iter formativo del Cardiologo esperto di scompenso: sicuramente dovrebbe avere una specifica preparazione nello screening pre - trapianto per selezionare i soggetti candidabili, sapere gestire il trattamento immunosoppressivo post - intervento, tenere i contatti con i centri trapianto e di Cardiochirurgia, riprendere in carico il paziente "post - chirurgico", avere una conoscenza approfondita della fisiopatologia e del trattamento dello scompenso in tutte le sue varie fasi ed una buona preparazione internistica. Non basta, sempre nell'ambito cardiologico quantomeno un'altra figura "super - specialistica" deve essere fattivamente e costantemente coinvolta e consultata: si tratta dell'Elettrofisiologo. Dalla stima dei nostri dati sull'applicazione dei dispositivi elettronici per migliorare la funzionalità cardiaca è emerso che: 5 pazienti (4,9%) sono portatori di un CRT, 13 pazienti (13%) di un ICD, 7 pazienti (6,8%) di ICD + CRT e 5 (4,9%) di un semplice PM. L'approccio al

paziente candidato all'impianto di ICD prevede una valutazione multiparametrica. Da un lato vanno considerati quali elementi sono "a favore", quali: EF% del ventricolo sinistro, classe funzionale NYHA. Dall'altro, vanno valutati, quali elementi sono "contro": le comorbilità, le possibili complicanze infettive ed i potenziali malfunzionamenti del sistema ICD. Infine, sulla decisione pesano anche alcune osservazioni che derivano dall'analisi dei grandi Trial (MADIT I, CABG - Patch, MADIT II, COMPANION, DEFINITE, SCD - HEFT, DINAMIT), secondo i quali il beneficio dell'ICD non pare così evidente quando la EF% è > 30%⁽²⁵⁻³⁴⁾. La terapia di resincronizzazione cardiaca (CRT) ha ampiamente dimostrato la propria efficacia in pazienti con scompenso cardiaco (HF) avanzato (classe NYHA III/IV) sia nel migliorare la prognosi che la qualità della vita e, recentemente, anche in pazienti con HF moderato (soprattutto in classe NYHAII). Purtroppo, ancora oggi, una considerevole quota di individui (collocabile tra il 25 - 40%) risulta "non responder" alla CRT, il che fa intuire la dimensione del problema e quanto si debba ancora lavorare per una più efficace implementazione dell'uso di questo dispositivo ma, nel contempo, di come vadano seguiti ancora più assiduamente i pazienti che ne sono dotati. A tal proposito, soltanto lo Studio CLEAR, i cui risultati sono stati presentati all'ultima edizione del meeting HRS 2010 (Denver, Colorado, USA) ha dimostrato come una ottimizzazione continua (effettuata settimanalmente, in modo automati-

co, del device CRT impiantato) permetta di garantire una elevata percentuale di responder clinici. Pertanto, una corretta selezione dei pazienti, una ragionata strategia in sede di impianto per il posizionamento dei cateteri ed una maggiore attenzione alla programmazione del device, possono contribuire in modo significativo ad aumentare le chance di risposta clinica, nel follow-up⁽²⁵⁻³⁴⁾. Emerge, quindi, semmai ce ne fosse bisogno, la necessità di una sempre più stretta collaborazione tra il Cardiologo “dedicato” e l'Elettrofisiologo per concordare l'indicazione all'impianto dei suddetti dispositivi e per sfruttare al meglio l'opzione della “terapia elettrica” anti-scompenso⁽³⁵⁾. Ruolo importante è, inoltre, anche quello del Nutrizionista per l'educazione alimentare, dello Psicologo/Psichiatra per fronteggiare le ripercussioni psicologiche dovute alla progressione di malattia e secondarie alle frequenti ospedalizzazioni che coinvolgono sia il paziente che i familiari; del Diabetologo, Neurologo e Nefrologo per la gestione della più frequenti comorbidità e complicanze (diabete, tireopatie, nefropatie neuropatie, ecc.). Nonostante nella nostra realtà sia una figura “mancante”, la letteratura ci dice che il coinvolgimento del personale infermieristico “dedicato” è sempre più riconosciuto come una efficace componente del piano terapeutico dell'insufficienza cardiaca⁽³⁶⁾. Gli interventi multidisciplinari gestiti dagli Infermieri, associato ad un programma di controlli assidui, possono portare ad una riduzione delle riammissioni ospedaliere,

migliorare la prognosi e la percezione della qualità dello stato di salute: infatti, uno studio eseguito, a tal proposito, su 282 pazienti di età > di 70 anni ha mostrato un numero inferiore di ricoveri e riammissioni ospedaliere. I soggetti sottoposti ad un programma di intervento multidisciplinare, coordinato dall'Infermiere, rispetto a coloro che avevano ricevuto una serie di interventi standard, avevano “fattivamente” una qualità di vita migliore⁽¹⁶⁾. Infine è importante rilasciare al paziente una chiara, dettagliata, aggiornata relazione clinica, da riportare nei controlli successivi che serva come punto di riferimento per la gestione clinico-terapeutica “in proprio” o da parte di terzi e che funga da efficace ed indiretto mezzo di comunicazione con i Colleghi del territorio. Chiosa e logica conclusione di questa “lunga riflessione” sull'argomento “scompenso cardiaco” è che il paziente affetto da insufficienza cardiaca è complesso, è sempre esistito ma con lui ci troveremo, sovente, sempre più spesso ad avere a che fare, specialmente a causa dell'innalzamento dell'età media della popolazione, così come lo scompenso è una sindrome che si presenta con sintomi gravi, soprattutto negli anziani, spesso con pluri-comorbidità e richiede rilevanti energie umane e costi elevati. Non vi è, a tutt'oggi, un modello gestionale univoco, ben testato, dimostratosi superiore ad altri. Tuttavia sono stati fatti molti passi in avanti nel trattamento di questa patologia: tali progressi sarebbero ancora più rilevanti se si riuscisse ad estendere l'applicazione dei trattamenti racco-

mandati a tutta la popolazione affetta. La presenza di strutture ad alta specializzazione sembrerebbe in grado di migliorare il livello di ottimizzazione terapeutica e la qualità della vita, riducendo ospedalizzazione e costi. Sembra attualmente auspicabile la creazione e/o l'implementazione di centri selezionati che siano in grado di fornire il necessario approccio multidisciplinare al problema, con il coinvolgimento e coordinamento delle varie figure professionali mediche ed infermieristiche che dovrebbero anche creare una rete collaborativa a vari livelli, fino a raggiungere in modo capillare il territorio che, sicuramente, rappresenta la futura e decisiva sfida nel trattamento di una patologia cronica e progressivamente invalidante come l'insufficienza cardiaca⁽¹²⁾. Infine, la gestione del paziente affetto da scompenso cardiaco anche attraverso un Ambulatorio dedicato, primo “anello” di una lunga e complessa catena assistenziale, consente di ottimizzare la terapia, personalizzare i follow-up e favorire una maggiore compliance riducendo i ricoveri evitabili e risparmiando risorse. Compito del Cardiologo è anche instaurare un rapporto di fiducia e collaborazione con il paziente, informarlo su tutti gli aspetti che riguardano la patologia da cui è affetto e formarlo sulle caratteristiche di quest'ultima in modo tale da renderlo parte attiva nella gestione della malattia.

Bibliografia

1) Autori Vari. Consensus Conference: Il percorso Assistenziale del paziente con scompenso cardiaco. *G Ital Cardiol* 2006; 7(6): 387-432;

- 2) Mc Murray J., Mc Donagh T, Morrison CE, Dargie HJ. Trends in hospitalization for heart failure in Scotland 1980-1990. *Eur Heart J* 1993;14:1158-62;
- 3) Massie BM, Shah NB. The heart failure epidemic: magnitudo of the problem and potential mitigating approaches. *Curr Opin Cardiol* 1996;11: 221-6;
- 4) Clozel M. Heart failure- an epidemic of the 21 st century? 25th Institut Pasteur Euroconference. 26-27 June 2000, Paris, France. *Drugs* 2000; 3: 1169-70;
- 5) Redfield MM. Heart failure-an epidemic of uncertain proportions. *N. Engl J Med* 2002; 347: 1442-4;
- 6) Liao L, Jollis JG, Anstrom KJ, et al. Costs for heart failure with normal vs reduced ejection fraction. *Arch Intern Med* 2006; 166:112-8;
- 7) Lee WC, Chavez YE, Baker T, Luce BR. Economic burden of heart failure: a summary of recent literature. *Heart Lung* 2004; 33: 362-71;
- 8) Berry C, Mc Murray J. A review of quality-life evaluations in patients with congestive heart failure. *Pharmacoeconomics* 1999; 16: 247-71;
- 9) Mc Murray J, Stewart S. epidemiology, aetiology and prognosis of heart failure. *Heart* 2000; 83:596-602;
- 10) Ho KK, Anderson KM, Kannel WB, Grossman W, Levy D. Survival after the onset of congestive heart failure in Framingham Heart Study subjects. *Circulation* 1993; 88:107-15;
- 11) Mc Donagh TA, Morrison CE, Lawrence A, et al. Symptomatic and asymptomatic left-ventricular systolic dysfunction in an urban population. *Lancet* 1997; 350:829-33;
- 12) Oliva F, Alunni GF. Scopenso cardiaco refrattario. Modelli di gestione ospedaliera, ambulatoriale e domiciliare. *Ital Heart J Suppl* 2002; 3(8): 837-50;
- 13) Stewart S, Pearson S. Uncovering a multitude of sins: medication management in the home post acute hospitalisation among the chronically ill. *Aust NZJ Med* 1999; 29:220-7;
- 14) Leider HL. Heart failure and disease management. *Am J Manag Care* 1998; 4 (Suppl): S343- S348;
- 15) Bjork A, Linnè H, Liedholm B, et al. Effects of systematic education on heart failure patients knowledge after 6 months. A randomized controlled trial. *Eur J Heart Fail* 1999; 1 :219-27;
- 16) Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N. Engl J Med* 1995; 333:1190-5;
- 17) Watson RDS, Gibbs CR, Lip GYH. ABC of heart failure: clinical features and complications. *BMJ* 2000; 320: 236-9;
- 18) Davie AP, MacMurray JJ. ACE inhibitors and heart failure in hospital: any difference between cardiologists and general physicians?. *Postgrad Med J* 1999; 75: 219-22;
- 19) Sweberg K, Komajada M, et al, SHIFT Investigators. Ivabradine and outcomes in chronic heart failure (SHIFT): a randomised placebo-controlled study. *Lancet* 2010;376:875-85;
- 20) Remme WJ, Swedberg K, for the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure, European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. *Eur Heart J* 2001; 22: 1527-60;
- 21) Pitt B, Zannad F, Remme WJ, et al. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. Randomized Aldactone Evaluation Study Investigators. *N Engl J Med* 1999; 341: 709-17;
- 22) The effect of digoxin on mortality and morbidity in patients with heart failure. The Digitalis Investigation Group. *N Engl J Med* 1997; 336: 525-33;
- 23) Konstam MA. Antithrombotic Therapy in Heart Failure. WATCHful Wondering. *Circulation* 2009 Mar 31; 119:1559-1561;
- 24) Abraham WT, Britow MR. Specialized centers for heart failure management. *Circulation* 1997; 96:2755-7;
- 25) Moss AJ, Hall J, Cannom DS, et al. Improved survival with an implantable defibrillator in patients with coronary disease at high risk for ventricular arrhythmia. Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial Investigators (MADIT). *N Engl J Med* 1996; 335: 1933-40;
- 26) Moss AJ Zareba W, Hall WJ, et al. Prophylactic implantation of a defibrillator in patients with myocardial infarction and reduced ejection fraction. *N Engl J Med* 2002; 346: 877-883;
- 27) Bristow MR, Saxon LA, Boehmer J, Krieger S, Kass DA, De Marco T, et al : For the Comparison of Medical therapy, Pacing and Defibrillation in Heart Failure (COMPANION) investigators. Cardiac-resynchronization therapy with or without an implantable defibrillator in advanced chronic heart failure. *N Engl J Med* 2004; 350: 2140-50;
- 28) Saxon LA, Bristow MR, Boehmer J, et al. Predictors of sudden cardiac death and appropriate shock in the comparison of medical therapy, pacing and defibrillation in the heart failure (COMPANION TRIAL). *Circulation* 2006; 114:2766-2772;
- 29) Klein H, Auricchio a, Reek S, Geller C., New primary prevention trials of sudden cardiac death in patients with left ventricular dysfunction: SCD-HEFT and MADIT II. *Am J Cardiol* 1999; 83: 91D-97D;
- 30) Moss AJ et al. MADIT- CRT: Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial-Cardiac Resynchronization Therapy: design and clinical protocol. *A.N.A.* 2005; 10 (4) Suppl: 34-44;
- 31) Bigger JT for the Coronary Artery By-pass Graft (CABG-Patch) Trial Investigators. Prophylactic use of implanted cardiac defibrillators in patients at high risk for ventricular arrhythmias after coronary-artery by-pass graft surgery. *N Eng J Med* 1997; 337:1569-1575;
- 32) Hohnloser SH, Kuck KH, Dorian O, Roberts RS, Hampton JR, Hatala R, et al. On behalf of the DINAMIT investigators. Prophylactic use an implantable cardio-verte-defibrillator after acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2004; 351:2481-8;
- 33) Kadish A, Dyer A, daubert J, et al: for the Defibrillators in Non-Ischemic Cardiomyopathy Treatment Evaluation (DEFINITE) Investigators. Prophylactic Defibrillator Implantation in Patients with Non-ischemic dilated Cardiomyopathy. *N Engl J Med* 2004; 350:2151-58;
- 34) Bardy GH, Lee KL, Mark DB, Poole JE, Packer DL, Boineau R et al: for the Sudden Death in Heart Failure Trial (SCDHeFT) Investigators. *N Engl J Med* 2005; 352: 225-37;
- 35) Cazeau S, Leclercq C, Lavergne T et al. Effects of multisite biventricular pacing in patients with heart failure and intraventricular conduction delay. *N Engl Med* 2001; 344:873-80;
- 36) Mc Murray JJV Stewart S., Nurse Led. Multidisciplinary intervention in chronic heart failure. *Heart* 1998; 80:430-1.

STEMI - SCORE



DI GIANFRANCO CUCCHI

È riconosciuto universalmente che i sistemi sanitari hanno l'obbligo "morale" di misurare le qualità delle cure per migliorare l'assistenza ai malati. In modo particolare questo è vero per le malattie cardiovascolari per il notevole "peso" che hanno in termini di mortalità, morbilità e di spesa sanitaria. Nel 2007 l'OCSE ha pubblicato un rapporto intitolato: "Indicatori di cure cardiache a livello dei sistemi sanitari nei Paesi OCSE". L'applicazione degli indicatori di misurazione della qualità nelle cure cardiache oltre a migliorare l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni sanitarie contribuisce ad un miglior rapporto costo - benefici. Nell'IMA gli indicatori di qualità sono molteplici e comprendono i processi di cura come misura di outcome. Ad esempio il door to ECG può essere un indicatore per l'inizio della terapia trombolitica, come la precoce somministrazione di aspirina e di clopidogrel. Il sistema sanitario canadese individua 79 indicatori per la cura delle sindromi coronariche acute, dei quali 2 sono pre - ospedalieri, 41 ospedalieri e 49 da registrare post - dimissione nel follow - up. Per la cura dello STEMI ricordo: il numero di

pazienti eligibili alla trombolisi che arrivano in ospedale entro 30 minuti dalla chiamata del 118, il numero di pazienti sottoposti a riperfusione con trombolitico, la mediana del "door to needle" del tempo per trombolisi, il numero di pazienti sottoposti a riperfusione entro 30 minuti e entro 60 minuti dall'arrivo in Ospedale ecc... Il sistema sanitario canadese incentiva con dei bonus le strutture sanitarie ed i medici degli Ospedali che fanno registrare i risultati migliori nella terapia dello STEMI. Anche in Italia vi è stata ed è in atto un'importante riflessione culturale e scientifica sulla definizione degli indicatori in sanità. Vediamone alcune:

1) «sono informazioni cruciali e selezionate che aiutano a misurare i cambiamenti in relazione a bisogni prioritari e permettono di monitorare specifici aspetti di politica sanitaria e di fattori rilevanti alle determinazioni di politiche sanitarie» (O.M.S. 1981);
 2) «rappresentano informazioni selezionate allo scopo di misurare i cambiamenti che si verificano nei fenomeni osservati e, conseguentemente per orientare i processi decisionali» (decreto Ministero della Sanità 24.07.1995);

3) «variabili quantitative o parametri qualitativi che registrano un certo fenomeno, ritenuto appunto indicativo di un fattore di qualità» (Ministero della Sanità 1996);

4) «informazioni selezionate allo scopo di conoscere fenomeni di interesse, misurandone i cambiamenti e, conseguentemente, contribuendo ad orientare i processi decisionali dei diversi livelli istituzionali» (decreto Ministero della Sanità 09.02.2002).

Ma quali requisiti deve avere un indicatore per essere pratico e utile:

- a) **la costruibilità: possibilità di generarlo a basso costo e secondo dati già disponibili**
- b) **l'affidabilità: capacità di rilevare le variazioni del fenomeno**
- c) **la comprensibilità: nel confronto degli operatori, degli amministratori e dei cittadini**
- d) **l'assenza di ambiguità**

La Cardiologia è una branca della Medicina nella quale è prioritario

Tabella 1 STEMI - SCORE

TELE EGG A DOMICILIO	SI 1	NO 0	
ECG-RIPERFUSIONE	<60 min 3	60-120 min 2	>120 min 1
CK-MB mass.	<20 ng/ml 2	20-150 1	>150 0
F.E.	>50 % 2	40-50 1	< 40 0
IMA-E	SI 2	NO 0	
OTTIMO 10-8	SUFFICIENTE 6-7	INSUFFICIENTE INFERIORE A 6	

applicare gli indicatori di qualità. In modo particolare per la cura dell'IMA vi sono degli indicatori di risultato perché trattamenti tempestivi ed efficaci sono essenziali per migliorare la sopravvivenza del paziente infartuato, la letalità totale è molto alta e nel primo mese è del 30 - 50%, la terapia ripervasiva precoce comporta una diminuzione della mortalità e un miglioramento della prognosi a breve e lungo termine. Negli ultimi anni l'attività scientifica delle associazioni cardiologiche italiane, in particolare dell'ANMCO, è stata rivolta allo studio della qualità dei processi assistenziali con analisi di rilevante portata: Blitz, ritardo evitabile, i registri sull'IMA. Questi studi hanno evidenziato dei continui e lenti miglioramenti per quanto riguarda i processi di cura in Utic ed i tempi pre - coronarici mentre rimane un punto critico la precocità dell'intervento ripervasivo nello STEMI. Infatti mentre oltre il 60% dei pz giunge alla diagnosi entro 3 ore dall'esordio dei sintomi ma solo il 50% di questi pz è sottoposto ad una ripervasione entro le canoniche due ore e mentre si riduce la mortalità ospedaliera, paradossalmente aumenta la mortalità ad un anno. Nel Documento di Consenso delle Associazioni Cardiologiche sul trattamento dello STEMI del 2002 si suggerisce che «la fase pre - ospedaliera comprendente il riconoscimento, la diagnosi, il processo di precoce stratificazione di rischio e l'inizio di un'appropriata terapia contempli anche l'esecuzione di una trombolisi extraospedaliera». Inoltre si consiglia caldamente l'uso sistematico del Timi risk score, associato ad una raccolta dati da far confluire in un registro in modo da validare l'efficacia e promuovere un miglioramento. Il Timi

risk score individua dei parametri che indicano la gravità e l'estensione dello STEMI per indirizzare il pz al trattamento ripervasivo più appropriato. Inoltre nel documento si auspica la costituzione di una rete territoriale provinciale che dovrebbe essere promossa dall'autorità pubblica per promuovere e coordinare una Commissione Territoriale permanente per la selezione di appropriate strategie di intervento per i pazienti affetti da IMA. Sono passati quasi dieci anni ed è da registrare che occorre ancora lavorare molto. In particolare per la terapia precoce ripervasiva dello STEMI si registrano dei ritardi non più ammissibili. A questo proposito è importante sentire la necessità di misurare il processo assistenziale del trattamento ripervasivo nello STEMI che potrebbe denominarsi STEMI - score per il pz colpito da IMA nelle prime 3 ore. Questo indicatore di processo potrebbe basarsi su 5 caratteri con un punteggio da 1 a 10:

- 1) **Tele-ECG a domicilio** si (1) no (0)
- 2) **Tempo ECG-trattamento ripervasivo** < 60 min (3), 60-120 min (2), >120 min (1)
- 3) **Picco di CK-MB (massa)** < 20 ng/ml (2), 20-150 ng/ml (1), >150 ng/ml (0)
- 4) **F.E.** >50% (2) 40-50% (1) < 40% (0)
- 5) **IMA evitato** si (1) no (0)

Con un punteggio da 8 a 10 il processo è ottimo con una mortalità intraospedaliera stimabile inferiore al 4%, tra 6 e 8 il processo è sufficiente con mortalità stimabile tra il 5 ed il 10%, inferiore a 6 il processo è insufficiente con mortalità maggiore al 10%. L'indice di processo

STEMI - score può rappresentare, se adottato un piccolo contributo per migliorare e trasformare la pratica clinica impiegando le tecnologie già esistenti. La ricerca e l'innovazione in medicina è importante ma non abbiamo ancora imparato ad ottimizzare l'uso degli strumenti che già possediamo. Nè facciamo gli sforzi necessari per cambiare tali stati di cose. Eppure quando si impiega una prestazione in modo ottimale, con metodo scientifico, si possono salvare migliaia di vite. È quindi auspicabile un rigoroso impegno per migliorare le nostre cure nello STEMI che potrebbe contribuire a salvare più vite di quanto oggi possa fare la ricerca sul genoma e sulle cellule staminali... La posta in gioco è ancora alta.

Riferimenti Bibliografici

- 1) Kalid L., Donovan LR et al: Canadian Cardiovascular Society Acute Myocardial Infarction Quality Indicators patients with myocardial infarction CMAJ 2008;179 (9):909-15.
- 2) Tavazzi C, Chiarello M, Scherillo M et al. Federazione Italiana di Cardiologia (ANMCO/SIC): Documento di consenso. Infarto miocardico acuto con ST elevato persistente: verso un appropriato percorso diagnostico-terapeutico nella comunità. Ital Heart J Suppl 2002;3:1127-64.
- 3) Federazione italiana di cardiologia. Documento di consenso. La rete ospedaliera per l'emergenza coronarica. Ital Heart J 2005; 6 suppl 6:5S-26S.
- 4) Studio Blitz 4 Congresso ANMCO 2011
- 5) Organizzazione per la Cooperazione economica e lo sviluppo: la qualità delle cure cardiache a livelli dei sistemi sanitari nei paesi OCSE Rapporto 2007
- 6) Cucchi G, IMA-E: Infarto miocardico acuto evitato Cardiologia negli Ospedali 2010 176/177: 83-85.
- 7) ACC/AHA Clinical Performance Measures for adults with ST-T elevation and Non-ST elevation Myocardial Infarction Circulation 2006;113:732-761.
- 8) Houpeng S, Reine L and Shuang H Quality indicators for acute myocardial infarction care in China Int J Qual Health care 2011 23 (4): 365-374.
- 9) Vignati E, Bruno P Balanced scorecard in sanità 2007 Ed Franco Angeli
- 10) Atul G Con Cura 2007 Ed. Einaudi

Diabete mellito e coronaropatia stabile: la rivascolarizzazione vince sulla terapia medica almeno sui sintomi

Una sottoanalisi dello Studio BARI 2D dimostra che nei pazienti con diabete mellito tipo 2 e coronaropatia stabile la rivascolarizzazione è più efficace della terapia medica ottimizzata nel ridurre il peggioramento o la comparsa dell'angina e la probabilità di andare incontro a successive rivascolarizzazioni. Questo risultato rappresenta una piccola rivincita della rivascolarizzazione sulla terapia medica, visto che nello studio principale era stato osservato che una iniziale strategia conservativa non differiva in termini di mortalità ed end point composito di morte, infarto o ictus da una strategia di rapida rivascolarizzazione, analogamente a quanto osservato nei soggetti non diabetici nello Studio COURAGE. I criteri di arruolamento erano la presenza di una stenosi > 50% di un vaso coronarico principale e uno stress test positivo o una stenosi > 70% e angina tipica. Venivano esclusi colori i quali avessero indicazione alla rivascolarizzazione immediata, stenosi del tronco comune avessero avuto una rivascolarizzazione da meno di 12 mesi, scompenso severo (III - IV classe NYHA), creatinina < 2 mg/dl o HbA1c > 13%. Dei 2364 pazienti meno del 9% aveva angina superiore alla classe Canadian II ed il 40% non aveva angina o aveva equivalenti anginosi. A tre anni i pazienti rivascolarizzati hanno avuto meno



DI ALBERTO GENOVESI EBERT

Angina	Limitazione funzionale
Classe Canadian I Angina durante sforzi strenui o prolungati	No
Classe Canadian II Angina per sforzi energici (percorrere più di due isolati a passo normale, salire oltre un piano di scale)	Lieve
Classe Canadian III Angina per attività quotidiane (percorrere un isolato a passo normale, salire oltre un piano di scale)	Moderata
Classe Canadian IV Angina a riposo o da minimo sforzo	Severa

Campeau Lucien. Grading of angina pectoris. Circulation 1976;54:5223
Available on the Canadian Cardiovascular Society Website at www.ccs.ca

angina di nuova insorgenza (37 vs 51% p.001), meno peggioramento dell'angina (8 vs 13% p.001) e meno necessità di ulteriore rivascolarizzazione (18 vs

33% p.001). I vantaggi più evidenti e durevoli si sono osservati nel gruppo dei pazienti avviati al by pass che, rispetto a quelli sottoposti a rivascolarizzazione percutanea erano più anziani, più spesso con coronaropatia trivasale, pregresso infarto e una area di miocardio a rischio più ampia. Considerando che questi vantaggi sono stati osservati in una popolazione in cui la randomizzazione post coronarografia ha probabilmente selezionato una popolazione a basso rischio "anatomico" ed in cui la maggior parte dei pazienti aveva sintomi lievi, almeno per i pazienti con diabete tipo 2, potrebbe essere opportuno riflettere sugli attuali "appropriate use criteria" che considerano inappropriata la rivascolarizzazione per pazienti con angina in classe Canadian I e II.

Bibliografia

Effects of Optimal Medical Treatment With or Without Coronary Revascularization on Angina and Subsequent Revascularizations in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus and Stable Ischemic Heart Disease. Dagenais GR, Lu J, Faxon DP, Kent K, Lago RM, Lezama C, Hueb W, Weiss M, Slater J, Frye RL; the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation 2 Diabetes (BARI 2D) Study Group.

Circulation. 2011;123:1492-1500.

Available at <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/123/14/1492>

Revascularization Trumps Medicine for Patients With Type 2 Diabetes Mellitus and Chronic Angina (or Does It?) Marso SP

Circulation. 2011;123:1489-1491
<http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/123/14/1489>

Uno sguardo alle nuove frontiere della prevenzione cardiovascolare:

benefici dell'Imaging versus lo Score di Rischio Clinico Globale



DI SABINO SCARDI E GIULIANO CESCHIA

Commento all'articolo di Stefano Urbinati e Pompilio Faggiano
 “Le sfide della prevenzione cardiovascolare”
 “Cardiologia negli Ospedali” 2011; 179: 34 - 37

«La medicina è la scienza dell'incertezza e l'arte della probabilità. La prevenzione cardiovascolare rimane una delle sfide più difficili della moderna medicina»
 William Osler

La recente morte improvvisa, mentre pedalava in bicicletta, di un giornalista de *La Repubblica*, sportivo apparentemente sano, ha fatto esplodere il dibattito sul potere ed i limiti dell'attuale strategia di prevenzione degli eventi cardiovascolari inattesi nei soggetti adulti asintomatici. L'identificazione di questi individui è ovviamente importante, perché la prevenzione delle malattie cardiovascolari aterosclerotiche resta un impegno categorico della professione medica. Com'è noto, il processo

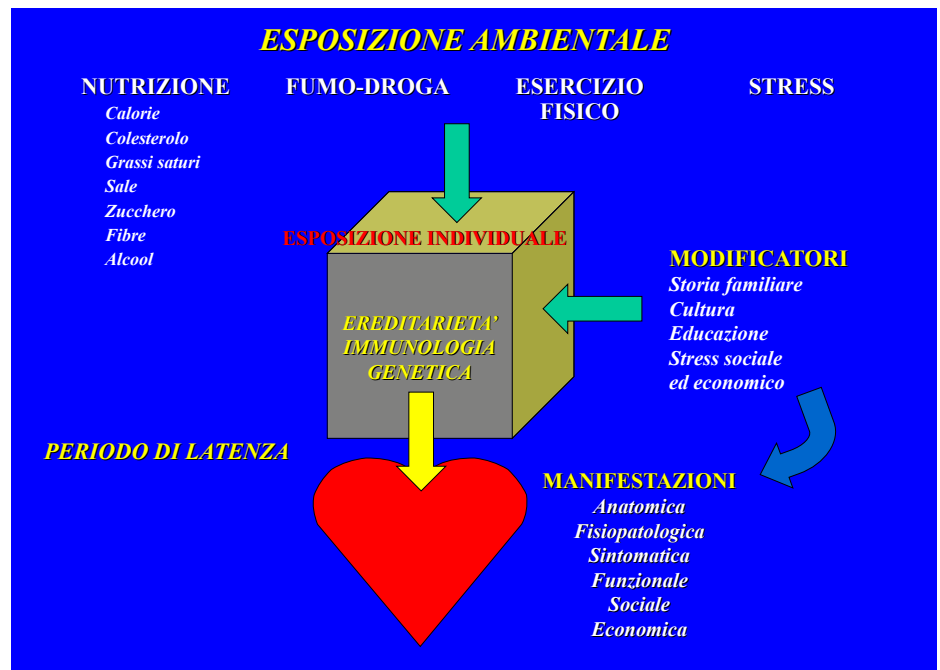
aterosclerotico inizia nell'infanzia e nell'adolescenza (e in alcuni casi anche nella vita uterina) e resta clinicamente “dormiente” fino alla rottura della placca che provoca l'evento clinico, spesso inatteso, improvviso e a volte mortale. Le lesioni iniziali comprendono le modificazioni della funzione vasodilatatrice vascolare, le alterazioni dell'elasticità delle arterie, gli ispessimenti parietali e infine la calcificazione della lesione⁽¹⁾. L'identificazione delle persone a rischio aterosclerotico elevato o intermedio è uno degli obiettivi della prevenzione primaria individuale e costituisce la premessa per l'attivazione di azioni finalizzate alla riduzione dei fattori di rischio modificabili (Tabella I)⁽²⁾. Per rispondere alla giusta domanda di un

individuo: quale il mio rischio di sviluppare una cardiopatia coronarica? Dobbiamo calcolargli il punteggio di rischio globale utilizzando uno score di rischio.

Tabella I - Approccio multimediale e omnicomprensivo della valutazione della placca

Composizione
 Configurazione
 Score dell'infiammazione
 Core lipidico
 Sottigliezza del cappuccio
 Incremento della neovascolarizzazione
 Rimodellamento esterno
 Emorragia intraplaacca
 Genotipo

Figura 1



Lo score di rischio clinico

La corretta definizione del rischio cardiovascolare individuale si ottiene con gli score clinici di rischio coronarico complessivo, combinando la misura dei singoli indicatori⁽³⁾, ed offrono una stima complessiva quantitativa del rischio per praticare la sua modificazione prima della comparsa del danno d'organo. I vari score (Framingham, SCORE Risk Chart Europea, PDAY Risk, Interheart, PROCAM, Reynolds, ecc.) fra cui quello della Carta di Rischio Italiana del Progetto CUORE elaborata dall'Istituto Superiore di Sanità, forniscono valide informazioni sui fattori favorevoli la lesione aterosclerotica nei soggetti adulti asintomatici senza una storia di coronaropatia⁽⁴⁾. Tuttavia in tutti gli individui asintomatici, per la valutazione del rischio, bisogna raccogliere anche la storia familiare di malattie cardiovascolari atero-trombotiche⁽⁵⁻⁶⁾. Le "carte" sono poco costose, ma non sono molto "efficaci" nella previsione, probabilmente perché la sola valutazione degli indicatori di rischio ha un rapporto molto variabile con lo sviluppo della malattia aterosclerotica condizionato dall'interazione fra predisposizione genetica ed esposizione ambientale (Figura 1)⁽⁵⁾. Inoltre esse sono poco idonee per accertare presenza e gravità dell'aterosclerosi e per prevedere la possibilità successiva di eventi cardiovascolari. Infatti, gli score clinici hanno alta sensibilità ma bassa specificità⁽⁷⁾.

Limitazioni delle carte

Le carte hanno molte limitazioni nella previsione del rischio. Ad esempio molti soggetti giovani e potenzialmente quasi tutte le donne sono classificati a basso rischio a 10 anni con lo score

di Framingham, nonostante significative differenze nel peso degli indicatori di rischio e riflettono l'importanza dell'età nell'equazione del rischio a 10 anni⁽⁸⁾. Inoltre è necessario misurare a lungo le variazioni dei fattori di rischio nello stesso individuo, tenendo conto anche della variabilità individuale della loro misura. Infine non è possibile trascurare la suscettibilità genetica individuale per la progressione dell'aterosclerosi. Per superare questi limiti è stato utilizzato il Reynolds Risk Score che aggiunge nella valutazione la storia familiare, la Proteina C reattiva ad alta sensibilità, la pressione arteriosa, il fumo, la colesterolemia totale ed LDL e l'emoglobina glicata⁽⁹⁾. Infine è stato introdotto un algoritmo di previsione a 50 anni di età (il Fifetime Risk Stratification)⁽⁹⁾ per stimare il rischio a lungo termine e per allungare l'orizzonte della previsione del rischio per la restante speranza di vita⁽¹⁰⁾.

Per migliorare il potere predittivo dei vari score è utile identificare precocemente l'aterosclerosi subclinica con indagini strumentali non invasive?

Benefici clinici delle indagini strumentali

Per migliorare l'identificazione dei soggetti a rischio è stato proposto

di rilevare precocemente le lesioni aterosclerotiche con test non invasivi. Poiché la capacità di un test di predire o riclassificare il rischio di cardiopatia coronarica, rispetto allo score clinico, è una problematica di fondamentale importanza per la prevenzione cardiovascolare, numerose ricerche hanno cercato di testare il potenziale approccio di una miriade di test non invasivi per valutare il rischio di sviluppare aterosclerosi subclinica nel circolo coronarico e negli altri distretti vascolari. I nuovi marcatori biologici (proteina C reattiva ad alta sensibilità, lipoproteine associate alla fosfolipasi A2 [Lp-PLAZ], ecc.) hanno mostrato un potere predittivo modesto e sono considerati perciò marker surrogati di alto rischio⁽¹¹⁾. Nemmeno il test da sforzo riesce sempre ad evidenziare la riduzione di flusso causata dalla stenosi coronarica asintomatica, perché circa il 70% degli eventi coronarici acuti è causato da lesioni che, prima dell'evento, non sono emodinamicamente significative⁽¹²⁾. Ma dopo l'identificazione dei soggetti a rischio intermedio o alto (definiti con le carte di rischio) è importante anche sapere se la placca è presente o no e conoscere il suo "peso" per severità ed

Tabella II - **Differenti livelli di intervento per ridurre il rischio**

Rischio	Tipo di intervento
Altissimo	Intensivo sullo stile di vita, farmaci nella maggior parte dei casi
Alto	Intensivo sullo stile di vita, terapia medica se appropriata
Modesto	Intervento sullo stile di vita per raggiungere un profilo ottimale
Basso	Tenerlo il più basso possibile per il più lungo tempo possibile

estensione, la sua composizione e le sue conseguenze funzionali sulla compliance arteriosa e la funzione vasodilatatrice dell'arteria colpita⁽¹³⁾.

L'imaging dell'aterosclerosi subclinica

Per tutti questi motivi più di recente i ricercatori hanno studiato il "contributo diagnostico" della valutazione del calcio carotideo, aortico o femorale⁽¹⁴⁾ con gli ultrasuoni e la calcificazione coronarica con la tomografia cardiaca computerizzata senza mezzo di contrasto⁽¹⁵⁾, la tomografia a fascio di elettroni (EBCT)⁽¹⁶⁾, l'angio-TAC, la risonanza magnetica cardiaca⁽¹⁷⁾, e le loro conseguenze fisiopatologiche con la valutazione della reattività dell'arteria brachiale o quella dei difetti di perfusione con la tomografia computerizzata ad emissione di fotone singolo (SPECT)⁽¹⁵⁾. Tutte queste indagini hanno vantaggi, limiti ed inconvenienti, alcune poi sono anche molto costose, se utilizzate per lo screening di massa della popolazione apparentemente "sana". Hecht⁽¹⁸⁾, in un editoriale, ha definito questa pletera di indagini "la saga" dello screening dell'aterosclerosi subclinica. Diverse ricerche osservative supportano l'uso selettivo di alcuni di questi test nei soggetti classificati a rischio con lo score complessivo clinico⁽¹⁹⁾. E' probabile che l'imaging non invasivo migliori la previsione del rischio, in particolare in popolazioni asintomatiche selezionate, classificate a rischio intermedio o anche basso⁽¹⁹⁾. Questa riclassificazione può migliorare la stratificazione del rischio e la gestione dell'intensità dell'intervento preventivo, e infine può stimolare i soggetti a rischio ad aderire con

più impegno e costanza alle strategie terapeutiche e alle modificazioni dello stile di vita⁽¹⁸⁾. E' da preferire l'eco-Doppler carotideo, sicuro e privo di radiazioni, ma l'esplorazione del calcio coronarico sembra essere superiore^(7,10). Secondo alcuni Autori, l'esposizione alle radiazioni per scoprire il calcio coronarico è basso sia con il CT electron beat (0.6 - 1.0 mSv) sia con la CT multidetector (0.9 - 2 mSv)⁽²⁰⁻²¹⁾, mentre per ottenere risultati di alta qualità con il Doppler carotideo sono necessari idonee apparecchiature, adeguato approccio tecnico ed esperienza dell'operatore⁽¹⁴⁾.

Rapporto costo/efficacia degli screening

In letteratura però solo pochissimi trial randomizzati, controllati e prospettici hanno stimato l'efficacia della valutazione del rischio aterosclerotico con l'imaging⁽²²⁾. Il pericolo di questi test è la possibile formulazione di iperdiagnosi, perché spesso non sono in grado di distinguere la malattia reale da una pseudo-malattia, creando il fenomeno "dell'eccesso diagnostico", inoltre, non riescono a prevedere morbilità e mortalità⁽²³⁾. L'iperdiagnosi non è un fenomeno banale, perché è stato dimostrato che il 95% dei soggetti con alto score di calcio coronarico resta asintomatico in un follow di 5 anni e, nonostante la normalità dell'ultrasonografia carotidea e l'assenza di calcio coronarico, alcuni soggetti presentano aterosclerosi coronarica asintomatica all'angiografia⁽²⁴⁾. Per stabilire il potere clinico di un test di screening sono disponibili due tipi di approccio⁽²⁵⁾:

1. uno diretto, che valuta i soggetti randomizzati a ricevere o no il test

con successivo follow-up a lungo termine (richiede però un congruo numero di soggetti seguiti per un lungo periodo di tempo),
2. una possibile alternativa è usare un test per identificare i soggetti ritenuti ad alto rischio, randomizzandoli successivamente a trattamento attivo o controllo.

Questo secondo approccio è stato utilizzato nello Studio JUPITER (Justification for to Use of Statins in Prevention: an International Trial Evaluation Rosuvastatin), nel quale i ricercatori volevano dimostrare il potere discriminante della proteina C reattiva ad alta sensibilità per identificare i potenziali beneficiari della terapia con statine⁽²⁶⁾. Nonostante queste perplessità, ha suscitato scalpore la proposta elaborata dal gruppo SHAPE (Society for Heart Attack Prevention and Eradication) e presentata all'EuroPrevent 2011 a Ginevra⁽¹⁰⁾. Questa carta prevede, come primo passo nella stratificazione del rischio, la ricerca del calcio coronarico e/o le alterazioni delle pareti carotidee, e solo in un secondo tempo si valutano i fattori di rischio tradizionali. Economicamente il suo rapporto costo/efficacia è certamente basso⁽¹⁸⁾. Questo tipo di strategia non è condivisa dalle Associazioni Cardiologiche Americane, infatti, nella Tabella II riportiamo le raccomandazioni per la valutazione del rischio cardiovascolare negli adulti asintomatici secondo le Linee Guida ACCF/AHA del 2010⁽²⁷⁾.

Prospettive future

Prosegue perciò la ricerca per identificare meglio i soggetti a rischio e scoprire la malattia prima che causi effetti catastrofici. E' importante trovare

nuovi biomarkers più efficaci e valutare il fenotipo della placca aterosclerotica, così come alcune ricerche dovranno coinvolgere i figli asintomatici dei cardiopatici ischemici “precoci”, a rischio di aterosclerosi accelerata e perciò target ideale per una utile prevenzione primaria e preprimaria⁽⁵⁾. Sono definiti ischemici precoci i soggetti con una qualsiasi manifestazione clinica di cardiopatia coronarica prima dei 55 anni (se uomini) e dei 65 (se donne). E' sempre valida la nostra proposta dello studio PARSIFAL (Premature AtheRosclerosis Study in Italian FAmiLies), il cui protocollo è riportato nella Figura 2⁽¹⁾. Come ha scritto Jeremiah Stamler «Il principale obiettivo strategico della prevenzione cardiovascolare è quello di aumentare la percentuale di popolazione a basso rischio fin dai primi anni di vita, realizzando una prevenzione primordiale o preprimaria di tutti i fattori di rischio maggiori». Sono in corso anche studi dei biomarkers riflettenti i processi biologici (proteomics, biomarkers metabolics/circulating, i genotipi) connessi con la rottura della placca, mentre la High Risk Plaque Initiative ha proposto un approccio multimediale ed omnicomprensivo della valutazione della placca (Tabella III)⁽²⁸⁾. In Italia, come accennato dagli Autori, l'Area Prevenzione Cardiovascolare, in collaborazione con la Società Italiana di Ecocardiografia Cardiovascolare (SIEC), ha avviato un progetto di ricerca multicentrico di valutazione con ultrasuoni dell'aterosclerosi subclinica in differenti distretti vascolari.

Sommario e conclusioni

In conclusione, allo stato attuale, lo screening dei soggetti adulti asintomatici a

Tabella III - Guida per la valutazione del rischio cardiovascolare negli adulti asintomatici Raccomandazioni di ACCF/AHA 2010

Storia familiare: a tutti

Test genetici: nessun beneficio

Misura peptici natriuretici: nessun beneficio

Misura della Proteina C reattiva: nessun beneficio; può essere ragionevole per asintomatici a rischio intermedio con basso LDL-C (<130 mg) per decidere se somministrare statine

Misura dell'Emoglobina glicata: ragionevole negli asintomatici senza diagnosi di diabete

Misura della lipoproteina associata alla fosfolipasi A2: negli asintomatici a rischio intermedio

Ecocardiografia tratoracica: ragionevole per asintomatici con ipertensione arteriosa

Misura dello spessore intima-media: asintomatici a rischio intermedio

Misura per la dilatazione flusso mediata: nessun beneficio

Misura specifica della rigidità arteriosa: nessun beneficio

Test da sforzo: per asintomatici a rischio intermedio in particolare se ingaggiati in programmi di training fisico

Ecocardiografia da stress: nessun beneficio negli asintomatici

Scintigrafia con stress: negli asintomatici con diabete o con forte storia familiare di malattia coronarica o con calcio coronarico (punteggio >-400)

Ricerca di calcio coronarico: è ragionevole negli asintomatici a rischio intermedio (10-20% a 10 anni) o meno frequentemente nei soggetti a rischio da basso ad intermedio (6-10% a 10 anni)

Angiografia coronarica computerizzata: nessun beneficio negli adulti asintomatici

Risonanza magnetica di placca: nessun beneficio negli asintomatici

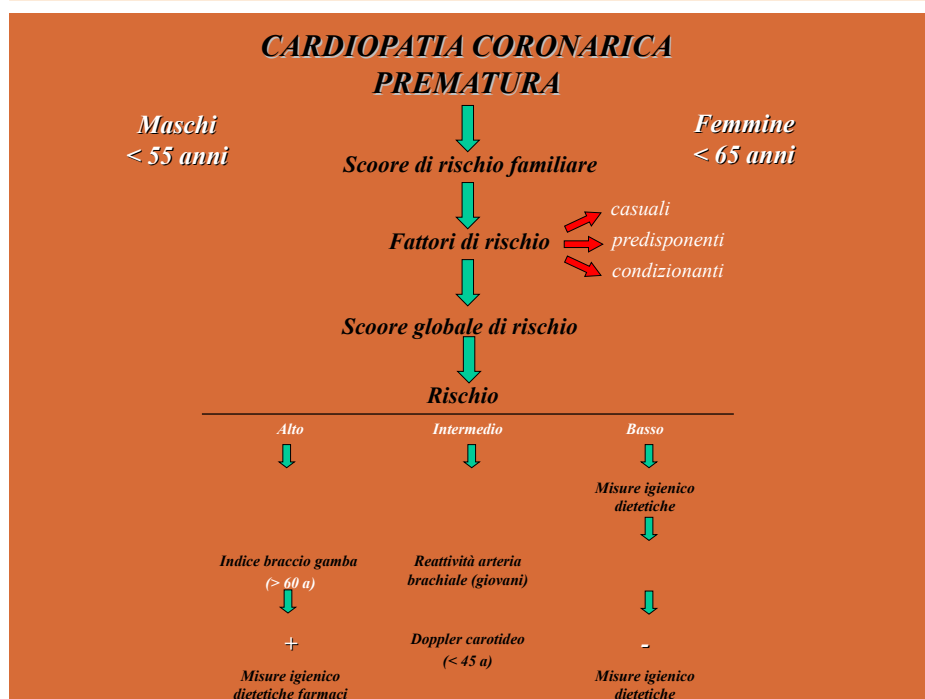


Figura 2

Tabella IV - **Compiti degli Infermieri**

- valutazione del rischio globale e non del singolo fattore
 - gestire uno stile di vita ottimale
 - favorire il follow-up e la compliance degli utenti
- a. perché spesso essi non conoscono i benefici del trattamento preventivo
 - b. non consapevoli della gravità della propria situazione sanitaria asintomatica
 - c. istruendo gli utenti su ciò che possono e devono fare
 - d. motivando ed educando gli utenti con discussioni di gruppo (o al singolo individuo)
 - e. assicurando la reversibilità del rischio
 - f. incoraggiando le modificazioni comportamentali
 - g. favorendo un rapporto corretto con gli utenti
 - h. formulando e concordando la strategia ottimale di gestione
 - i. coinvolgendo gli utenti del processo decisionale
 - j. fornendo informazioni credibili ed affidabili
 - k. modificando comportamenti ed abitudini di vita
 - l. sollecitando una correzione globale dello stile di vita
 - m. moderando "l'avversione" di alcuni soggetti ai farmaci

rischio di aterosclerosi subclinica con l'imaging, non è ancora in grado di migliorare efficacemente la stratificazione rispetto allo score clinico, perché la sensibilità e la specificità dei test disponibili non sono ancora elevate e sicure, anche se le raccomandazioni dello SHAPE (Screening or Heart Attack Prevention and Education) ne suggeriscono l'uso⁽¹⁰⁾. Tuttavia, nonostante il dibattito in corso sulla reale utilità dei marcatori strumentali della lesione coronarica asintomatica e, in attesa di evoluzioni nella sua stratificazione strumentale⁽²⁸⁾, l'Area Prevenzione Cardiovascolare deve sollecitare un più ampio uso dello score di rischio clinico globale perché costo/efficace per risorse limitate come le attuali, ed utile e pratico per la gestione del rischio. La sua valutazione non può essere solo trasversale, ma va rivista periodicamente per fissare il livello dell'obiettivo successivo in base alla risposta dei soggetti, perché non raggiungere i livelli target dei fattori di rischio modificabili equivale a perdere la lotta al rischio cardiovascolare⁽²⁾. Gli Studi EUROASPIRE⁽²⁹⁾ hanno dimostrato però che, almeno la prevenzione secondaria è insoddisfacente nella pratica clinica europea. Viceversa nell'EU-

ROACTION Study⁽³⁰⁾, un intervento di prevenzione primaria e secondaria coordinato dagli Infermieri ospedalieri e del territorio su pazienti ischemici e soggetti ad alto rischio e loro famigliari (per coinvolgere la famiglia nella modificazione dello stile di vita), i risultati sono stati molto soddisfacenti in particolare per la correzione delle abitudini di vita. Secondo David Wood, Professore di Medicina cardiovascolare dell'Imperial College di Londra e Chairman dell'EUROACTION, l'approccio utilizzato in questo Studio può diventare un nuovo standard per la gestione della prevenzione primaria e secondaria, utilizzando gli ospedali generali, i distretti sanitari, i medici di medicina generale e gli infermieri⁽³¹⁾. Del resto la prevenzione è un intervento multidisciplinare e collettivo che deve coinvolgere i governi, i servizi sanitari nazionali, la popolazione, la comunità medica, i centri di riferimento, la scuola e... gli Infermieri. Con le Nurse Clinic è stato dimostrato che, programmi di prevenzione gestiti dagli Infermieri, prolungano la sopravvivenza, migliorano gli stili di vita facilitando il follow-up indispensabile per ottenere una buona compliance e il rispetto delle prescrizioni mediche. Almeno in Gran

Bretagna esse hanno rappresentato una innovativa modalità di gestione della prevenzione primaria e secondaria della cardiopatia coronarica⁽³²⁾ (BMJ 2003,326,84).

Infatti, quando si fa prevenzione, non è sufficiente la "facile" e "prudente" prescrizione dei farmaci, ma è indispensabile un intervento educativo (con incontri di gruppo ed individuali) idoneo a favorire la partecipazione degli utenti. Cardine dell'intervento non sono solo le prescrizioni, ma anche la terapia di sostegno, reiterata nel tempo, che gli operatori devono offrire agli utenti, perché accettino le misure igienico-dietetiche che alla lunga non sono di semplice realizzazione. Questi compiti innovativi (Tabella IV) richiedono passione, creatività, predisposizione, impegno e cultura. Per abbattere alcuni degli ostacoli che si frappongono alla gestione adeguata dell'intervento preventivo, da alcuni è stato proposto l'approccio case-manager: l'infermiere assume la responsabilità del servizio di prevenzione, lavorando in concerto con il Cardiologo o il Medico di Medicina Generale. Un tale approccio ridefinisce la gestione del rischio come il fine principale del trattamento escogitando le strategie più opportune di intervento⁽³³⁾. In ogni caso, è necessario implementare il trattamento incondizionato di tutti i fattori di rischio modificabili, invitando i Cardiologi ed i Medici di Medicina Generale ad eliminare il gap fra raccomandazioni e pratica clinica, e sollecitando anche l'aderenza della popolazione ad ottimizzare le modificazioni dello stile di vita e ad assumere le terapie mediche raccomandate con adatte campagne informative-educative idonee a favorire la "reversibilità" del

rischio. A questo proposito è auspicabile uno studio di fattibilità e una ricerca di mercato sulla vendita in edicola di una rivista mensile *CUORE* a basso costo edita dall'ANMCO, in collaborazione con la Fondazione "per il Tuo cuore", utilizzando la stessa Redazione di "Cardiologia negli Ospedali" (inserendo in ogni numero un bollettino di CC postale per abbonamenti, così come facciamo noi a Trieste per la rivista degli Amici del Cuore). In conclusione, la riduzione del livello dei fattori di rischio è una strategia razionale per normalizzare la funzione endoteliale, arrestare la progressione dell'aterosclerosi, prevenire l'instabilizzazione, la rottura e la trombosi della placca⁽³⁴⁾. La placca non è irreversibile (specie nelle fasi iniziali), farmaci e modificazioni dello stile di vita ne favoriscono la regressione o almeno la non ulteriore progressione. Gli interventi farmacologici, ampiamente utilizzati dai Medici, hanno avuto effetti positivi, ancora insufficiente invece è stata l'azione rivolta alle modificazioni degli stili di vita non ottimali che producono benefici indipendenti ed additivi. Non tutti i trial clinici supportano l'uso di farmaci per la prevenzione primaria della malattia aterosclerotica e a volte sollecitano preoccupanti riflessioni sul ruolo degli sponsor⁽³⁵⁾. Molta più attenzione invece richiedono gli interventi di provata efficacia quali uno stile di vita idoneo, l'alimentazione mediterranea, l'abolizione del fumo e l'incremento dell'attività fisica che sono anche costo/efficaci. In ogni caso solo poche Linee Guida suggeriscono quale deve essere il monitoraggio nel tempo delle variazioni dei fattori di rischio e spesso le raccomandazioni sono confuse e contraddittorie⁽³⁶⁾.

«Si afferma che le epoche esaltanti della vita siano piene di sfide... Quella in cui viviamo è un'epoca interessante per la riduzione del rischio coronarico. E' necessario però eliminare alcuni ostacoli al raggiungimento di questo obiettivo per poter sradicare la cardiopatia coronarica nel terzo millennio. Oltre al personale medico, anche quello infermieristico deve avere un ruolo in questa sfida».

Bibliografia

- 1) Scardi S, Mazzone C. Family screening of patients with premature artery disease: opportunity and a challenge for promoting cardiovascular health in the 21st century. *Ital Heart J* 2004; 5S:14-22
- 2) Scardi S, Mazzone C. Barriers to cardiovascular prevention. *Ital Heart J Supp* 2001; 2:1068-73
- 3) Scardi S. Fattori lipidici e progressione della malattia. *Atti Congresso Nazionale Cardiologia Riabilitativa. G Riabil* 1996; 9:120-12
- 4) Scardi S, Mazzone C, Umari P. The challenge of improving evidence-based therapy adherence in the prevention of coronary artery disease: the next frontier of cardiac rehabilitation *Monaldi Arch Chest Dis* 2009; 72: 64-70
- 5) Scardi S. Parental history as a independent risk factor of coronary heart disease in patients under 60 years of age. *Monaldi Arch Chest Dis* 2008; 70:88-89
- 6) Scardi S, Simeoni C, Pandullo C et al. Health education in the prevention of coronary heart disease in childhood: feasibility study *G Ital Cardiol* 1983; 14:62-68
- 7) Shahk PK. Molecular mechanisms of plaque instability. *Current Opinion Lipidol* 2007;18:492-9
- 8) Ridken PM. Development and validation of improved algorithms for the assessment of global cardiovascular risk in women: the Reynold Risk Score. *JAMA* 2007; 297:611-9
- 9) Lloyd-Jones DM. Prediction of lifetime risk of cardiovascular disease by risk factors burden at 50 years of age. *Circulation* 2006; 113: 791-8
- 10) Naghavi M. From vulnerable plaque to vulnerable patient-Part III: executive summary of the SHAPE Task Force report. *Am J Cardiol* 2006; 98(2A):2H-15H
- 11) Shahk PK. Evolving concept on benefits and risks associated with therapeutic strategies to raise HDL cholesterol. *Current Opin Card* 2010; 25: 603-8
- 12) Falk E. Angina pectoris and disease progression. *Circulation* 1995; 92:2033-5
- 13) Cohn JN. Time to foster a rational approach to preventing cardiovascular morbid events. *J Am Coll Cardiol* 2008; 52: 327-9
- 14) Korcarz CE. Ultrasound detection of increased intima-media thickness and carotid plaque in an office practice setting. *J Am Soc Echocardiogr* 2008; 21: 1156-62
- 15) Chang SM. The coronary artery calcium score and stress myocardial perfusion imaging provide independent and complementary prediction of cardiac risk. *J Amer Coll Cardiol* 2009, 54: 1872-82
- 16) Orakzai RH et al. Effect of patient visualization of coronary calcium by electron beam computed tomography on changes in beneficial lifestyle behaviors. *Am J Card* 2008; 101: 999-1002
- 17) Newman AB et al. Relationship between coronary artery calcification and other measures of sub clinical cardiovascular disease in older adults. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2002; 22: 1674-9
- 18) Hecht HS. The Deadly Double Standard (The Saga of Screening for Subclinical Atherosclerosis). *Am J Card* 2008; 101: 1805-7
- 19) Polorsky TS et al. Coronary artery calcium score and risk classification for coronary heart disease prediction. *JAMA* 2010; 303: 1610-6
- 20) Naghavi M et al. The first SHAPE (Screening for Heart Attack Prevention and Education) guideline. *Crit Pathw Cardiol* 2006; 5:187-90
- 21) Smith-Bindman et al. Radiation dose associated with common computed tomography examinations and the associated lifetime attributable risk of cancer. *Arch Intern Med* 2009;169:2078-86
- 22) Diamond GA et al. The things to come of SHAPE: cost and effectiveness of cardiovascular prevention. *Am J Cardiol* 2007; 99: 1013-15
- 23) Young LH et al. Cardiac Outcomes After Screening for Asymptomatic Coronary Artery Disease in Patients With Type 2 Diabetes: The DIAD Study: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2009; 301: 1547-55
- 24) Destrano R et al. Coronary calcium as a predictor of coronary events in four racial or ethnic groups. *N Engl J Med*. 2008;358:1336-45
- 25) Lord SJ et al. When is measuring sensitivity and specificity sufficient to evaluate a diagnostic test, and when do we need randomized trials? *Ann Intern Med*. 2006 Jun; 144:850-5.
- 26) Ridker PM et al. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. *N Engl J Med*. 2008; 359:2195-207.

27) Greenland P et al. 2010 ACCF/AHA guideline for assessment of cardiovascular risk in asymptomatic adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2010; 122:e584-636.

28) Chobanian AV et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 2003; 289:2560-72.

29) Kotseva K, et al EUROASPIRE III. Management of cardiovascular risk factors in asymptomatic high-risk patients in general practice: cross-sectional survey in 12 European countries *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2010; 17:530-40.

30) Wood D et al. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2008; 371:1999-2012

31) Scardi S, Gori PP, Umari P. Nurse involvement in primary care: it is the key to improve the outcomes in primary and secondary prevention? *Monaldi Arch Chest* 2010; 74:82-85

32) Riley J The nurse as expert practitioner in global cardiovascular risk management *Heart* 2003; 89 (Supp II): ii33-ii34

33) DeBusk RF et al. A case-management

system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction *Ann Intern Med*. 1994; 120:721-9.

34) Hingorani AD. Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Time to Get More or Less Personal? *JAMA*. 2009; 302:2144-2145.

35) Scardi S, D'Agata AM, Umari P. Lower is better: ENHANCE affair. *Monaldi Arch Chest Dis* 2008; 70: 47-50

36) Moschetti I et al. Adequacy of reporting monitoring regimens of risk factors for cardiovascular disease in clinical guidelines: systematic review. *BMJ* 2011; 342:doi:10.1136/bmj.d1289

Le sfide per la prevenzione cardiovascolare negli anni '10

Il bilancio del biennio passato e le prospettive per il prossimo

DI STEFANO URBINATI E POMPILIO FAGGIANO

Due anni passano velocemente. Per tante cose fatte ce ne sono altrettante che si sarebbero potute fare e che non sono state fatte, altre che si sarebbero potute fare



l'Area Prevenzione Cardiovascolare ha partecipato ad una Commissione, voluta da Salvatore Pirelli e Carmine Riccio coordinata da Cesare Greco per la ridefinizione dei criteri di accesso alla Cardiologia Riabilitativa, che ha dato un importante contributo alla comu-

Malpractice in Medicina dello Sport: a rischio l'attività professionale del Cardiologo

DI ORNELLA MAFRICI



Nell'ambito della tutela del diritto alla salute, garantito dall'art. 32 della Costituzione, l'obbligo di protezione e di garanzia del Medico assume particolare rilievo anche in materia di attività sportiva, regolamentata da specifica normativa su base nazionale e regionale. In tale contesto, la Medicina dello Sport è di recente tornata alla ribalta quale fonte di malpractice, con possibili conseguenze anche sul Cardiologo che ha eseguito gli accertamenti di sua competenza. Con sentenza, n. 32154 del 17.08.2011, la Suprema Corte di Cassazione - Sez. IV Penale - ha confermato la condanna per omicidio colposo, emessa dai Giudici di merito nei confronti di un professionista, Medico dello Sport, che aveva consegnato ad un

quattordicenne deceduto nel corso di un incontro di calcio, svoltosi nel Comune di Tribiano, un certificato di idoneità all'attività agonistica nonostante che nei referti cardiologici vi fossero segnali che avrebbero dovuto indurlo ad eseguire esami più approfonditi rispetto a quelli routinari. In particolare, si legge in sentenza, che il Medico Sportivo ha sottovalutato, in sede di anamnesi, l'informazione data dalla madre del ragazzo relativa ad una preesistente, anche se regredita, aritmia parossistica avuta a cinque anni nonché il referto del Cardiologo che, pur in presenza di un tracciato nella norma, aveva segnalato la presenza di una "deviazione assiale a sinistra". Il Medico dello Sport, nel ricorrere in Cassazione, oltre a tentare di escludere il nesso causale tra la

morte e la condotta contestata ha, da un lato, addossato ogni responsabilità al cardiologo, dall'altro, sostenuto trattarsi di un caso di particolare difficoltà non essendo la malattia, una cardiomiopatia ipertrofica, facilmente accertabile a fronte di un elettrocardiogramma privo di alterazioni. I Giudici di Via Cavour hanno ritenuto innegabile il nesso causale tra il comportamento colposo del Medico e l'evento morte, ritenuto che se è vero che la morte improvvisa può essere comunque determinata dalla malattia è anche vero che lo sforzo costituisce un elevato fattore di rischio idoneo ad aumentare le possibilità della morte stessa. La Corte inoltre ha escluso che la malattia fosse di difficile accertamento ed ha evidenziato che, seppure il Cardiologo, aveva giudicato nor-

male il tracciato elettrocardiografico, aveva segnalato le anomalie riscontrate. Peraltro lo stesso Medico dello Sport aveva rilevato, all'auscultazione, un "soffio sistolico mesocardico con la postura". Il caso oggetto della sentenza non è nuovo in materia di responsabilità medica. Ed infatti è noto che la valutazione diagnostica e prognostica dell'idoneità o meno ad attività rischiose concerne, in modo prevalente, la Medicina dello Sport in cui il Medico è chiamato a certificare l'esistenza o meno di patologie che consentono o che escludono la pratica sportiva agonistica e non agonistica. Tale valutazione non è scevra da difficoltà ritenute che, anche per ragioni economiche, gli atleti e le stesse Associazioni sportive sono portati a dissimulare e quindi a sottovalutare l'eventuale malattia. Le malattie a maggiore rischio, per natura, per ambiguità e spesso per gravità delle conseguenze (morte improvvisa) sono, senza ombra di dubbio, quelle cardiache anche se, per particolari attività sportive, sono di rilievo patologie a carico di altri distretti corporei come quelle encefaliche (pugilato). «In ambito cardiologico, accanto a vizi valvolari di rilevante significato clinico, si osservano di frequente prolassi della valvola mitralica di incerta valutazione e prognosi; cardiopatie dilatative od ipertrofiche che possono

inizialmente essere confuse con il cuore d'atleta, cardiopatie ischemiche precoci, disturbi del ritmo talora innocenti e benigni altre volte costituenti la spia di patologie organiche o funzionali pericolose...» (Angelo Fiori "Responsabilità Medica" Giuffrè 1999). Se la decisione citata ha escluso un qualsiasi coinvolgimento del cardiologo, non sono pochi i casi in cui la responsabilità dell'evento, verificatosi durante un incontro sportivo, è stata addebitata ad uno specialista dell'apparato cardiovascolare. Con recente sentenza, la n. 38.154 del 29.09.2009 (05 - 06 - 2009), un Cardiologo convenzionato con un centro sportivo, è stato condannato per omicidio colposo per avere attestato l'idoneità alla pratica sportiva agonistica di un giovane atleta, in seguito deceduto nel corso di un incontro ufficiale di calcio sempre a causa di una cardiomiopatia ipertrofica, non diagnosticata dal sanitario per l'omessa effettuazione di esami strumentali di secondo livello che, ancorché non richiesti dagli specifici protocolli medici, dovevano ritenersi necessari in presenza di anomalie del tracciato elettrocardiografico, desumibili dagli esami di primo livello che presentavano già una sospetta diversità tra il tracciato elettrocardiografico prima e dopo lo sforzo; il che avrebbe dovuto, «Con l'impiego esigibile della media

diligenza e perizia medica, comportare, non già la superficiale diagnosi che ha poi reso automatico il rilascio del certificato di idoneità a praticare il gioco del calcio, bensì l'effettuazione di esami di secondo livello e, tra questi, l'ecocardiogramma, dai quali sarebbe sicuramente emersa la patologia congenita del paziente e, quindi, tratta l'esatta diagnosi di "cardiomiopatia ipertrofica", in forza della quale sarebbe stata evitata o ritardata, con ampio margine di probabilità, la morte del predetto, la quale invece, è avvenuta improvvisamente durante il rischioso cimento psicofisico impiegato dal calciatore dilettante nella partita di pallone svoltasi il (omissis) tra la "U.S. Viscontini" di (omissis) e la locale "Pro Vigevano". In buona sostanza, il rispetto dei protocolli non esclude che il comportamento del Medico debba essere improntato ai criteri propri dell'arte medica con la conseguenza che, in presenza di tracciati elettrocardiografici sospetti il Medico aveva il preciso dovere di eseguire ulteriori indagini per accertare l'integrità psicofisica dell'atleta per evitare proprio quegli eventi nefasti che gli stessi protocolli sono diretti a scongiurare».

La Medicina del futuro

tra EBM e New Age



DI GIANFRANCO MISURACA

La ricerca dimostra che le Medicine alternative hanno solo un effetto placebo
 Nella pratica però fanno stare meglio molte persone
 E sempre più Medici sono pronti ad accoglierne i principi

Su *Internazionale* del 22 luglio scorso è comparso un lungo articolo di copertina dedicato alla Medicina del futuro. Non c'è da stare allegri per i seguaci dell'EBM, sicuramente ben rappresentati tra i lettori di questa *Rivista*. Nel sommario si legge infatti: «*La ricerca dimostra che le Medicine alternative hanno solo un effetto placebo. Nella pratica però fanno stare meglio molte persone. E sempre più Medici sono pronti ad accoglierne i principi*». Tutto questo riferito a un contesto sanitario avanzato come è quello degli Stati Uniti dove, riporta l'articolo, «*I centri di Medicina alternativa sono numerosi, alcuni sono legati a importanti istituzioni, alcuni ricevono finanziamenti*

dal NIH». Il successo della Medicina alternativa viene attribuito, tra l'altro, al diverso atteggiamento del malato che, quando ricorre a pratiche mediche non tradizionali, è più disponibile ad accettare regole di vita e comportamenti in grado di migliorare lo stato di salute o comunque modificarne la percezione. Tuttavia, se il ricorso a pratiche alternative può essere accettabile per alcune patologie minori, può essere pericoloso quando il gioco si fa serio. Questa mattina, durante il giro delle consulenze, ho visitato due pazienti con storie ed esiti clinici molto diversi, che hanno fatto ricorso a cure omeopatiche:

- una giovane donna che sostiene di

aver potuto portare a termine una gravidanza a rischio grazie all'omeopatia;

- un uomo di 55 anni colpito da ictus, con severa compromissione motoria (emiplegia), che curava da anni con presidi omeopatici una ipertensione severa.

Mi sono chiesto quale sia stato il ruolo delle cure in questi pazienti e in quale direzione sono andati gli effetti. Non sono del resto pochi i casi, alcuni arrivati alla ribalta della cronaca televisiva, di pazienti che ricorrono a cure di non provata efficacia, con conseguenze a volte disastrose, anche in presenza di gravi malattie neoplastiche suscettibili di miglioramento o



La Cattolica di Stilo in provincia di Reggio Calabria

di guarigione con la chemioterapia. Dobbiamo arrenderci al dilagare di una moda che tende a indirizzare i pazienti verso pratiche che potremmo definire New Age, che non hanno alcuna prova di efficacia? Penso di no, ma per invertire la tendenza dilagante è necessario anzitutto modificare i nostri metodi di approccio al malato e reindirizzarci verso una Medicina dal volto umano. È di questo parere, tra gli altri, Marco Bobbio, autorevole esponente e sostenitore della EBM, che ha di recente pubblicato un libro dal titolo *Il malato immaginato*. Vi si delinea una categoria di pazienti che trae origine dall'affacciarsi di nuovi e non necessari bisogni di salute, indotti paradossalmente dai progressi della Medicina, che stanno determinando la medicalizzazione di ampie fasce di

popolazione, senza che siano presenti vere malattie. È questo il popolo della Medicina alternativa? Forse. E se così fosse sarebbe poco male, ma abbiamo visto che non è così. In una lunga e bella intervista rilasciata a Francesco Maria Bovenzi per "*Cardiologia negli Ospedali*" il Dottor Marco Bobbio indica alcuni possibili rimedi per contrastare la moda ormai dilagante suggerendo che dobbiamo reinserire nella nostra pratica quotidiana elementi che erano propri della Medicina del passato e che i progressi della Medicina moderna ci fanno ritenere superati. Tra questi la capacità di parlare e ascoltare il malato. Se è vero infatti che oggi siamo in grado di guardare in maniera diretta o indiretta all'interno del corpo dei nostri pazienti, e così individuare bersagli precisi per

curare le singole malattie, è anche vero che dobbiamo recuperare la capacità di guardare all'uomo che abbiamo davanti nella sua complessità, per fargli accettare il programma terapeutico e disporlo ad applicare norme di buona condotta di vita che possono condizionare l'andamento di una malattia e favorire la riuscita delle cure, anche quelle più complesse e High - Tech. La comunicazione medica è un argomento trascurato nel Curriculum di uno studente di Medicina e la qualità del rapporto tra Medico e Paziente, che deve necessariamente passare attraverso le parole, è affidata solo alla capacità e sensibilità individuali. I giovani, soprattutto, dovrebbero essere indirizzati a svolgere la loro professione sviluppando la capacità di dialogo con i malati;

è dimostrato infatti che col passare degli anni gli studenti di Medicina ottengono punteggi sempre più bassi nei test di empatia. Ma c'è un altro momento fondamentale nel rapporto con il malato, ed è quello dell'ascolto. I Medici, diceva Nanni Moretti in *Caro Diario*, sanno parlare, ma non sanno ascoltare. Da alcune ricerche risulta che in media interrompiamo il racconto del paziente dopo circa venti

no del gruppo del giro visita gli chiese se avesse denunciato il Chirurgo che lo aveva operato. «*Si, stavo per farlo. Ero arrabbiato con lui e con la vita. Ma poi ci ho ripensato. Era un bravissimo Chirurgo, con una ottima casistica; durante la degenza preoperatoria aveva mostrato una grande umanità con me e con la mia famiglia; ci aveva spiegato in maniera chiara in che cosa sarebbe consistito l'intervento, ce ne aveva presentato i vantaggi, ma ci*

un alibi, non possiamo farci soffocare dalle carte. Dobbiamo saper trovare il tempo per fare i Medici nel senso pieno del termine. Solo così potremo recuperare alla nostra Medicina quote crescenti di pazienti. Dobbiamo, per dirla ancora con Bobbio, evitare di affrontare le malattie in modo impersonale, antepoendo i valori della scienza a quelli della persona. Con la conseguenza che il paziente, il suo

Dobbiamo arrenderci al dilagare di una moda che tende a indirizzare i pazienti verso pratiche che potremmo definire New Age, che non hanno alcuna prova di efficacia?

secondi, un comportamento che va contro l'insegnamento fondamentale dei nostri anni di Università e i dati dell'esperienza clinica che vedono nell'anamnesi personale e familiare la componente fondamentale per una buona e corretta diagnosi e per una adeguata impostazione del follow-up. Tra l'altro un buon rapporto con il malato è spesso fonte di arricchimento personale e può, entro certi limiti, tutelarci da ingiuste ritorsioni legali quando le cose non vanno nel verso sperato. Voglio raccontarvi una delle tante storie della mia ormai lunga vita di Medico. È una storia di alcuni anni fa. Michele era stato ricoverato durante la notte per un infarto. Le cose erano andate bene e la mattina durante la visita in UTIC era sereno, nonostante i suoi molti problemi. Da alcuni anni era costretto a stare su una sedia a rotelle. «*Sono le conseguenze di un intervento sulla colonna vertebrale che purtroppo è andato male. Sono ormai diversi anni che non cammino*». Qualcu-

aveva informato con chiarezza sui rischi. E così ho cominciato a pensare che in fondo anche lui era uno sconfitto e che io avevo avuto solo la sfortuna di entrare a far parte di quella percentuale di insuccessi che è prevista dalla statistica... E poi, Dottore, a volte la vita prende pieghe inaspettate. Mia figlia, allora adolescente, inquieta, si stava avviando su una cattiva strada e la stavamo perdendo. Cominciai a starmi vicino e mi aiutò molto durante la malattia e la riabilitazione. Riprese a studiare. È diventata una brava e stimata fisioterapista. E oggi sono sereno perché penso che la vita da una parte mi ha preso e dall'altra mi ha dato». Sono tante le storie come questa, e non sempre sappiamo intercettarle perché non siamo ben disposti o perché il sistema ci chiede una serie di adempimenti burocratici che sottraggono tempo al rapporto col malato; pensate a quanto è oggi complicato dimettere un paziente tra lettera di dimissione, prescrizione di farmaci ed esami, piani terapeutici, certificati di malattia. Ma questo non può essere

vissuto, il suo ambiente, le sue preferenze e la sua unicità scompaiono e vengono svalutate. Un aforisma di Voltaire molto in voga nei nostri Congressi dice che «*I Medici somministrano farmaci di cui sanno poco per malattie di cui sanno ancora meno a malati di cui non sanno niente*». Possiamo oggi dire con sicurezza che abbiamo migliorato le nostre conoscenze sui primi due punti dell'aforisma, rimane purtroppo vero il terzo. È difficile centrare anche questo obiettivo? Sì, è difficile, ma non impossibile. E l'esperienza di tanti anni mi fa pensare che mettere questo punto tra gli obiettivi organizzativi del lavoro dei nostri Reparti e delle nostre Aziende potrebbe davvero consentirci di migliorare il rapporto individuale con il singolo paziente e la qualità del nostro lavoro.

Queste tre liriche di Carmine Carpino abbracciano percorsi di vita che spesso intersecano il sentiero dell'esistenza umana. Solitudine, povertà, ozio elementi troppo vicini alla realtà. La necessità di mettere su carta pensieri ingombranti nasce da un forte senso di rispetto per l'uomo e l'umanità; demandare al foglio il compito di assorbire tumulti interiori, figli del dolore con il quale ogni giorno si è a contatto, spesso non altrimenti esprimibili in una società sempre più devota al mito dell'individualismo e dell'avere, rappresenta un timido tentativo di evasione della mente e amore per la vita.

Mario Chiatto

DI CARMINE CARPINO

Solitudine

Triste, il viso di un bimbo,
seduto stanco su pietra usata,
ode, vede, sente
l'alato palpito di un prato.

Cresce l'erba verde
che cade sotto ignoti
piedi pesanti;

un bimbo ilare cerca la vita,
un uomo nervoso la distrugge,
un vecchio sereno la sogna.
Il bimbo ode, vede, sente
ma non capisce.

Assisi accanto in doloroso silenzio
muti compagni
che svaniscono in un alito di solitudine.
Il cielo piange la fioca sua luce,
la terra trema all'ombra del buio,
il vecchio Padre lotta contro il mesto nero.
Il bimbo ode, vede, sente e spera.



Nudo

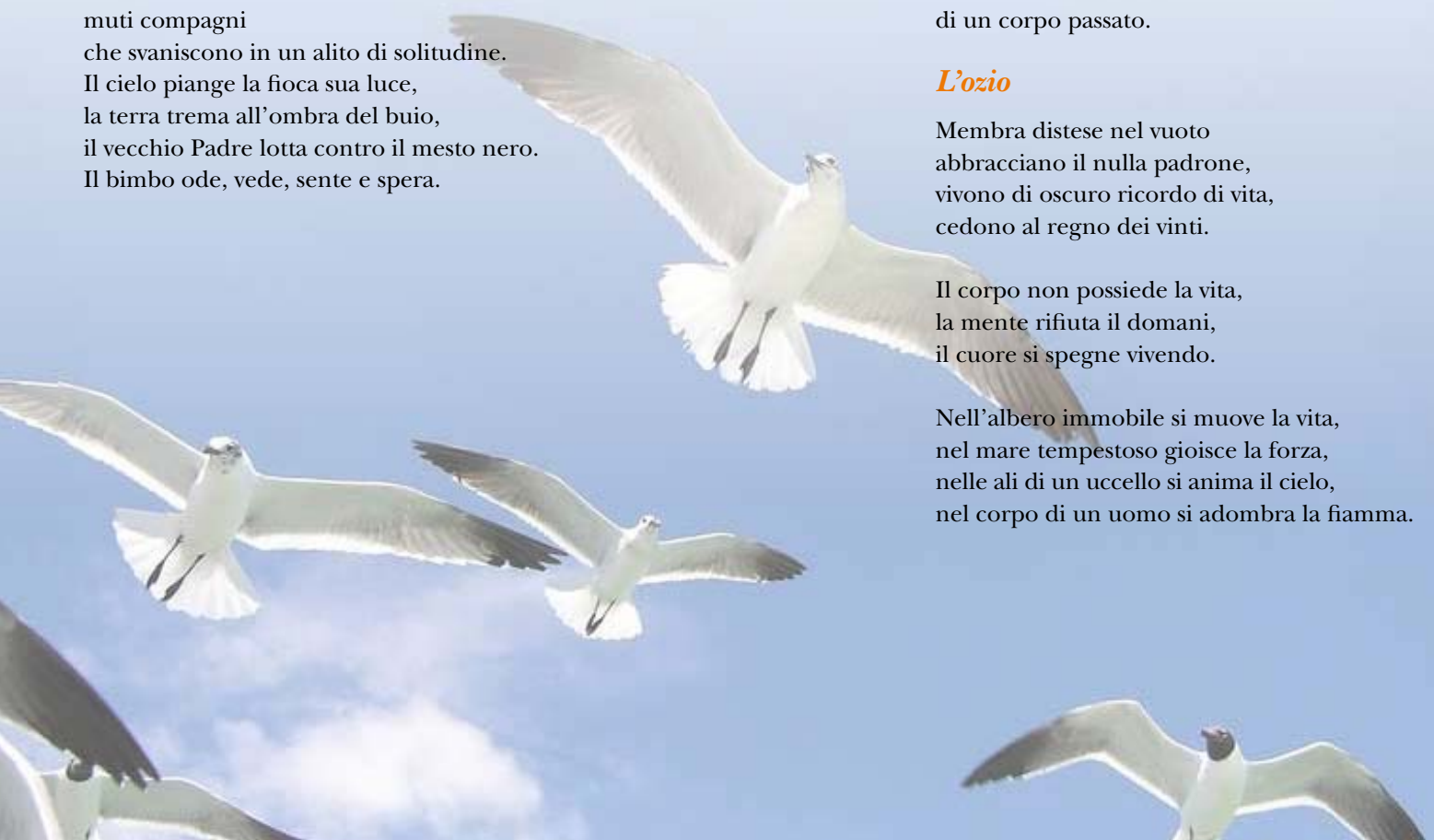
Un giorno nudo
vagisci al mondo,
ignaro vedi la vita,
assorbi tenero amore
da un seno amico.
La mano sola afferra l'incerto,
le gambe insicure
non spingono al cielo.
Il pianto è gioia
di dolore invadente.
Un giorno denudato
sussurri nel mondo
scene lontane.
L'ombra ingombrante
di un ignaro presente
vede la vita
di un corpo passato.

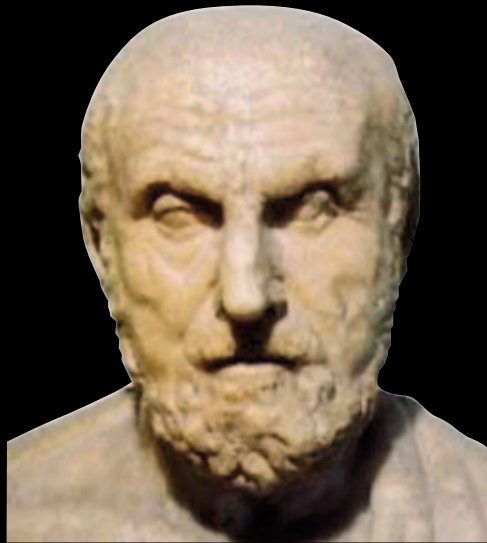
L'ozio

Membra distese nel vuoto
abbracciano il nulla padrone,
vivono di oscuro ricordo di vita,
cedono al regno dei vinti.

Il corpo non possiede la vita,
la mente rifiuta il domani,
il cuore si spegne vivendo.

Nell'albero immobile si muove la vita,
nel mare tempestoso gioisce la forza,
nelle ali di un uccello si anima il cielo,
nel corpo di un uomo si adombra la fiamma.





Da Ippocrate ai grandi filosofi

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



DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI

Ippocrate fu il primo a considerare le malattie come eventi dinamici, che insorgono dallo squilibrio degli umori, evolvono attraverso fasi diverse e in genere tendono alla guarigione. L'epoca ippocratica segna la nascita della Clinica intesa come studio di segni e sintomi.

Anche Platone e Aristotele si occuparono del cuore.

La concezione fisiopatologica ippocratica si rifà a quelle di Talete e Alcmeone, secondo cui l'uomo è un microcosmo e il corpo è formato da quattro elementi fondamentali, cui corrispondono degli umori: all'aria, che è dappertutto, corrisponde il sangue caldo e umido, proveniente dal cuore; al fuoco, caldo e secco, corrisponde la bile gialla del fegato; alla terra corrisponde il sangue della milza, freddo, secco e scuro, chiamato bile nera, *μελαινα κολή*; infine all'acqua corrisponde il muco o pituita o flegma, umido e freddo, comprendente tutte le secrezioni acquose (saliva, sudore, lacrime, ecc.), localizzato principalmente nel cervello. «Essi sono generati dal cuore, che li trae dagli alimenti ingeriti. Sono mossi, mescolati e tenuti in equilibrio dalla forza intrinseca del calore che il cuore pure produce. Possiedono le qualità calda, fredda, asciutta e umida in rapporto diretto con i quattro elementi». Lo stato di salute deriva dalla loro armonia. Ippocrate fu il primo a considerare le malattie come eventi dinamici, che insorgono quando anche uno solo degli umori è in eccesso o in difetto, evolvono attraverso fasi diverse (patogenesi) e in genere tendono alla guarigione «L'organismo è medico delle nostre malattie». La natura stessa tenta di ristabilire l'equilibrio tramite l'espulsione rapida (crisi) o graduale (lisi) degli umori in eccesso (tramite urina, sudore, pus, espettorato o diarrea), che devono prima subire un processo definito di "cottura - pepsi - cozione" ad opera del calore innato (la febbre



Il platano di Ippocrate a Cos, uno dei più antichi alberi d'Europa. Secondo la leggenda, il grande medico lo avrebbe piantato personalmente, e all'ombra delle sue fronde avrebbe impartito lezioni di medicina ai suoi allievi

è quindi una forma di difesa). Se invece la malattia è più forte del processo autoriparativo, il paziente muore. Motivi di alterazione degli umori potevano essere le intemperie o le stagioni (Libro delle arie, delle acque e dei luoghi), la dieta o cause fisiche correlate all'ambiente (fino all'orientamento dell'abitazione o della città). Nasce l'idea di prevenzione: la salute dipende da dove e come viviamo, la radice del male è trascurarsi, respirare aria cattiva e mangiare male. Una vita squilibrata quindi rompe l'equilibrio fra gli umori e causa la malattia. Il predominio di uno degli umori conferisce anche particolari caratteristiche, o complessioni, all'individuo (da cui le malattie costituzionali): il flemmatico è grasso, pigro e sciocco; il melancolico è magro, debole, triste; il collerico è magro, irascibile e superbo, il sanguigno è allegro, goloso e dedito a una sessualità giocosa. Il principio degli umori soddisfaceva i requisiti dell'oggettività filosofica, perché percepibili coi cinque sensi e pertanto reali ed

innegabili. L'epoca ippocratica segna la nascita della clinica intesa come studio di segni e sintomi (fu il creatore della semeiotica e dell'anamnesi). L'esame effettuato dal Medico doveva essere il più approfondito possibile e comprendeva non solo l'ascoltazione a contatto col petto del malato, la palpazione e, forse, la percussione (mentre il polso non era tenuto in nessuna considerazione), ma anche colorito cutaneo, comportamento e caratteri di escrezioni e secrezioni. Assai minuziosa era inoltre l'anamnesi, specie la prossima. La Scuola Coana istruiva l'allievo ad essere maestro nell'Arte (così era definita da Ippocrate la professione medica) della prognosi dei sintomi e non nel porre la diagnosi di malattia d'organo. «Non deplorate la mancanza, nella mia esposizione, del nome delle malattie. Sarà infatti la ricorrenza degli stessi sintomi in casi differenti a farvi identificare la malattia». La prognosi si basava sullo studio degli esiti delle varie patologie, ed era considerata infausta se si notavano disturbi visivi, sudore



La raccolta degli aforismi di Ippocrate curata da Rabelais e pubblicata a Lione nel 1543

freddo, pallore, cianosi ungueale e agitazione. Classica rimane la descrizione della “facies ippocratica”, segno di morte imminente: «...Naso affilato, occhi incavati, tempie infossate, orecchie

più esposte delle persone magre a morte improvvisa». Pur conoscendo i principali gruppi di medicinali, la Scuola di Ippocrate li usava con moderazione («Aiutare, o quantomeno, non nuocere»,

basandosi soltanto sul tipo di alimentazione, ma a questa bisogna affiancare anche degli esercizi fisici». Nella fase acuta erano indicati cibi leggeri, al fine di non distrarre il corpo dalla “cottura” umorale. La Scuola di Coo sopravvisse alla morte di Ippocrate grazie ai suoi discendenti, i figli Tessalo e Dracone e il genero Polibo. Ne fecero parte Medici molto famosi come Diocle (che ipotizzò la pressione del sangue nei ventricoli), Prassagora (che descrisse alcune varietà di polso e fu il primo a distinguere le arterie dalle vene, ritenendo però che le prime in vita fossero piene di aria e si trasformassero in periferia in legamenti), Erasistrato ed Erofilo (che scoprirono le valvole cardiache). Essi parteciparono

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

fredde e coi lobi rivolti all’infuori, pelle secca e tesa, colorito giallo o molto scuro» e dell’ippocratismo digitale, o dita a bacchetta di tamburo. Moltissimi segni e sintomi di malattie da lui riconosciute sono ancor oggi validi anche per noi Cardiologi «I dolori acuti che interessano per qualche tempo la clavicola e la schiena sono funesti», «...annuncia la subitanea morte il maligno e soffocante dolore che colpisce lo stomaco. Ricorda, questo sintomo è il “cardiognòs (soffocamento dello stomaco)», «Coloro che hanno mancamenti frequenti e gravi senza causa manifesta muoiono improvvisamente», «Le persone grasse sono

Epidemie I, II). La “vis medicatrix naturae” deve essere dal Medico favorita, mai ostacolata. Per rimuovere l’umore in eccesso, detto materia peccans, i mezzi a disposizione erano capipurganti (purga del capo, che consisteva nell’indurre lo starnuto con droghe come il pepe), clisteri o salassi. Varie erano le piante usate, come elleboro nero e scilla (cardiotonici e diuretici), veratro bianco (ipotensivo) e leonurus cardiaca (per le palpitazioni). Ci si affidava inoltre a prescrizioni dietetiche, intese come complesso di regole non solo alimentari: «...Non si può mantenersi in salute

no al dibattito tra Dogmatici, che consideravano la logica come base per la medicina, ed Empirici, che davano più importanza all’osservazione delle evidenze. Non trascurarono il cuore i due più grandi filosofi greci. Platone, pur ritenendo il cuore centro dell’intelletto, dei sentimenti e delle passioni, ridimensiona lo schema cardiocentrico del Perì kardies, delineando un paradigma fisiologico che ricorda la rigida divisione della società greca in tre classi: la base della piramide è occupata dal plesso visceri - fegato, sede dell’anima vegetativa; al cuore, sede dell’anima irascibile, è riservata



Raffaello Sanzio, *La Scuola di Atene*, 1508-1511, Musei Vaticani. Platone (427-347 a.C.) indica il Cielo, Aristotele (384-322 a.C.) la Terra.

la zona centrale; il cervello, sede dell'anima razionale, occupa il vertice della piramide, cioè la testa. La parte più interessante della Cardiologia platonica è costituita dall'analogia fra la ciclicità dei processi biologici e quella dei moti astrali. «*Ogni animale*» - scrive nel *Timeo* - «*ha caldissimo il suo interno presso il sangue e le vene, come se avesse in sé una sorgente di fuoco*». Sfruttando il calore di questa sorgente, cui deve il colore rosso, il sangue formato nello stomaco per decomposizione degli alimenti arriva poi al cuore, nodo delle vene, che controlla attraverso l'apparato vascolare tutti gli organi. I raggi del fuoco interiore, seguendo il ritmo del respiro, innescano tutti gli altri processi fisiologici. Aristotele nacque a Stagira da Nicomaco, discendente, pare, da Asclepio.

Il più grande biologo dell'antichità, maestro anche di Alessandro Magno, delinea uno schema fisiologico che riconduce al cuore, centro dell'intelletto e sede dell'anima, tutte le funzioni che l'encefalocentrismo attribuiva al cervello, riservando ad esso, coi polmoni, solo il ruolo di raffreddare il sangue caldo generato dal cuore. Nel processo embriogenetico l'organo che si forma per primo è proprio il cuore, che risulta pertanto quel *primum movens* dell'intero organismo destinato a muoversi per tutta la vita: *primum oriens, ultimum moriens*. Fin dal terzo giorno è visibile, scrive Aristotele, «...*Il cuore come macchia rossa nel bianco dell'uovo. Questa macchia palpita e si muove come se fosse dotata di vita*». Nel cuore arde una fiamma vitale mantenuta da uno

spirito vitale, detto *pneuma*. Scrive Aristotele: «*Il sangue proveniente dal cuore è portato dalle vene ai tessuti, ma non ritorna al cuore*»; dimostrando di avere una visione del circolo essenzialmente centrifuga. Anche lui riteneva inoltre che le arterie contenessero aria che proveniva direttamente dai polmoni. Non esiste nulla di più rilevante della comprensione dei meccanismi alla base della lunga ripetizione del battito cardiaco, che significa, in definitiva, scoprire il segreto della conservazione della vita. Non deve quindi apparire strano che scorgesse nel ritmo cardiaco l'imitazione del moto circolare solare e nel ventricolo sinistro la presenza di una sostanza eterea analoga all'incorruttibile materia dei cieli.



Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri



Federazione Italiana
di Cardiologia



Società Italiana di Cardiologia



*Consensus
Meeting*
**INFARTO
MIOCARDICO
ACUTO STEMI:
VERSO UN'APPROPRIATA
DEFINIZIONE
DELLO STANDARD
DI CURA**

**Napoli
4 - 5 novembre 2011
Hotel Royal Continental**

