



cardiologia

negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

Sursum Corda

Un saluto dal Past Editor

L'ANMCO che vorremmo

Terapia antitrombotica
durante PCI

Studio REVEAL - HPS3:
siamo solo noi...

La salute dello sportivo

Informazione alla
dimissione dopo SCA

Il grasso epicardico:
nuovo fattore di rischio

V Convention delle UTIC
Lombarde 2012

La Cardiologia in Puglia oggi

Insufficienza cardiaca
trascurata: lo Scompenso
Cardiaco Diastolico

Il Medico pubblico
fra "spending review"
e decreti

Spesa Sanitaria e grado
di sviluppo di una Nazione

Piccola storia della
Medicina Cardiovascolare:
la Scuola salernitana



LUGLIO • AGOSTO 2012 N°188

AMICI DELL'ANMCO: BOEHRINGER INGELHEIM



per il tuo cuore
Fondazione per il tuo cuore - HCF Onlus

44° Congresso Nazionale di Cardiologia ANMCO

Firenze - Fortezza da Basso | **30 maggio - 1 giugno 2013**

1963 - 2013

ANMCO



**50 anni
uniti nel cuore...**

50



In copertina immagine di Dreamstime

N. 188 luglio - agosto 2012
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor
Maurizio Giuseppe Abrignani

Co - Editor
Roberto Valle

Comitato di Redazione
Gianfranco Alunni
Michela Bevilacqua
Stefano Capobianco
Furio Colivicchi
Annamaria Iorio

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 - www.mirannalti.it



DALL'EDITOR

Sursum Corda p. 2
di Maurizio Giuseppe Abrignani
Un saluto dal Past Editor p. 5
di Mario Chiatto
Lettera del Presidente p. 7
ANMCO al Past Editor
di "Cardiologia negli Ospedali"
Risposta del Past Editor p. 7
di "Cardiologia negli Ospedali"
al Presidente ANMCO

DAL PRESIDENTE p. 8
Linee Strategiche 2012 - 2014.
L'ANMCO che vorremmo
di Francesco Maria Bovenzi

DAL COMITATO SCIENTIFICO p. 16
Terapia antitrombotica durante
PCI primaria nel mondo reale:
che confusione!
di Stefano De Servi
e Giuseppe Musumeci

DAL CENTRO STUDI p. 19
Siamo solo noi
di Aldo Pietro Maggioni

DALLE AREE
AREA NURSING p. 23
La salute dello sportivo
di Fabiola Samà
e Angelo Sante Bongo

AREA PREVENZIONE
CARDIOVASCOLARE p. 27
Informazione alla dimissione
dopo sindrome coronarica acuta:
si può fare di più e meglio?
di Francesco Fattorioli,
Gian Francesco Mureddu,
Pompilio Faggiano

Dove le linee guida non arrivano: p. 29
la valutazione e la gestione del rischio
cardiovascolare negli anziani
di Gian Francesco Mureddu,
Francesco Fattorioli,
Pompilio Faggiano

DALLE REGIONI
P.A. BOLZANO p. 33
Il grasso epicardico quale nuovo
fattore di rischio cardiovascolare
di Roberto Cemin

REGIONE LOMBARDIA p. 36
V Convention delle UTIC lombarde
2012: una conferma ed una sorpresa
di Antonio Francesco Amico e
Pasquale Caldarola

REGIONE PUGLIA p. 39
Struttura e funzione della Cardiologia
in Puglia dopo il piano
di riordino ospedaliero
di Antonio Francesco Amico e
Pasquale Caldarola

FORUM p. 44
L'insufficienza cardiaca trascurata:
lo Scompenso Cardiaco Diastolico
di Antonella Brundu e Francesco Uras

FORUM SINDACALE
ORGANIZZATIVO
Il Medico pubblico dipendente p. 48
fra "spending review" e decreti vari
di Domenico Gabrielli
La Spesa Sanitaria di una nazione p. 49
è un indice di sviluppo civile e sociale
di Gianfranco Cucchi

COME ERAVAMO p. 50
Piccola storia della Medicina
Cardiovascolare: la Scuola
salernitana
di Maurizio Giuseppe Abrignani

Sursum Corda

DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI

Budet novaja vremena. È russo e si traduce “verranno tempi nuovi”, a significare come il cambiamento sia connaturato a tutte le attività umane; e i russi, ci insegna la storia, sanno bene cosa significhi cambiamento. Anche per una Rivista di cultura scientifica come la nostra, nata nel 1964, solo un anno dopo la fondazione dell'ANMCO, di cui quindi ha narrato la storia per quasi un cinquantennio, vengono i tempi del cambiamento, e sarebbe banale pensare che questo si espliciti solamente nella nomina di nuovi Editor, Co - Editor e Comitato di Redazione come tradizionalmente accade col rinnovo del Consiglio Direttivo. Questo fisiologico avvicendamento che mi vede, insieme agli amici del nuovo Comitato di Redazione, alla guida della nostra Rivista, importante punto di riferimento per i Cardiologi ospedalieri, avviene in un momento congiunturale particolarmente sfavorevole; “Cardiologia negli Ospedali” e la stessa nostra Associazione non possono non tenere conto di questi risvolti economici. Si preannunciano scelte difficili, ma un punto, in questo momento, appare fermo: la Rivista deve continuare a vivere in forma cartacea. Mi permetto un ricordo personale. Molti anni fa, giovane Cardiologo da poco assunto, è stato

proprio attraverso le pagine di questa Rivista, allora ben diversa nell'aspetto ma sempre stimolante nei contenuti, trovata sulla centralina di una UTIC, che sono venuto in contatto con la nostra Associazione e mi sono appassionato ad essa. Ho motivo di credere che questa piccola storia sia condivisa da tanti altri. Oggi il WEB offre possibilità impensabili in quegli anni, ma il fascino di sfogliare le pagine, di avere un contatto quasi fisico con le idee e i concetti, non credo possa tramontare. Fatta questa premessa, un restyling della Rivista, cosa che avviene periodicamente (basta osservare le immagini delle varie copertine che si sono succedute nel tempo, badando a non farsi prendere dalla nostalgia sempre in agguato) potrebbe essere preso in considerazione, in particolare se funzionale ad una oculata gestione economica e non fine a se stesso. Condivideremo con il Consiglio Direttivo le decisioni più opportune. In questo processo il Sito WEB, ora diretto dagli amici Paolo Colonna e Carmine Riccio, potrà certamente contribuire: in futuro si potrebbe immaginare una pagina della Rivista altamente interattiva e ricca di nuovi servizi, mentre nell'immediato la pubblicazione di Supplementi potrebbe consentire di alleggerire le dimensioni del cartaceo. È intuitivo immaginare che

sul Sito potranno essere ospitate le notizie che richiedono una diffusione necessariamente più rapida, come i progetti e le ricerche in corso o il calendario dei Congressi patrocinati dall'ANMCO, mentre gli spazi “non deteriorabili” di riflessione e di approfondimento rimarranno nella Rivista. Riguardo ai contenuti, “Cardiologia

“Cardiologia negli Ospedali” deve essere il naturale veicolo di tutte le idee e le proposte degli organi e degli organismi dell'ANMCO

negli Ospedali”, pur non dovendo appiattirsi a organo di partito, deve essere il naturale veicolo di tutte le idee e le proposte degli organi e degli organismi dell'ANMCO (a partire dal programma del Presidente nel presente numero), entrando nel vivo di ciò che accade nell'Associazione con la massima chiarezza e trasparenza e garantendo la circolazione delle idee; non dovrà essere vetrina ma specchio della realtà. Dalle Regioni ci aspettiamo in particolare, nel clima federalistico che si è determinato,



una lucida analisi delle singole realtà e dei particolari rapporti locali con il mondo istituzionale (ad esempio concreto rimando all'articolo di Amico e Caldarola che leggerete più avanti). A questa parte vorremmo continuare ad affiancare una sezione di servizio (contributi tecnici in tema di Medicina legale, Management organizzativo, tematiche sindacali, rapporti col mondo dell'associativismo volontario, Deontologia o altro) per cui cercheremo collaborazioni qualificate e in linea con le esigenze del mondo cardiologico; proseguiranno i Forum riservati alla voce di tutti i Soci su argomenti riguardanti l'Associazione o su tematiche a carattere organizzativo - gestionale (circa i problemi, le criticità e i progressi dei tanti Centri cardiologici italiani), ma con l'esclusione di contributi di tipo strettamente clinico - scientifico (cosa che avverrà coi prossimi numeri) in quanto ritengo che la mission di "Cardiologia

negli Ospedali" non è certo quella di sovrapporsi alle altre Riviste cardiologiche, in primis il "Giornale Italiano di Cardiologia"; infine manterremo il molto apprezzato spazio culturale (dedicato a tutte le profonde implicazioni storiche, artistiche e letterarie della parola cuore). Nonostante le avversità, tuttavia, ritengo che lo spazio dell'ottimismo (a questo si ispira l'immagine, simbolica di sereno relax, della copertina, che nel contempo ci invita a puntare sempre al cuore) vada sempre conservato, anche per-

L'ideogramma cinese che traduce il nostro termine crisi è in realtà l'unione di altri due: uno rappresenta il pericolo, l'altro l'opportunità.

ché va ricordato che l'ideogramma cinese che traduce il nostro termine crisi è in realtà l'unione di altri due: uno rappresenta il pericolo, l'altro l'opportunità. La speranza è quindi che al termine di questo processo di ristrutturazione, che dovrà necessariamente avvenire nel prossimo futuro, possa scaturire un prodotto editoriale ancora più esteticamente appealing e intellettualmente stimolante. Un aspetto positivo risiede certamente nel fatto che non partiamo da zero, ma siamo sulle spalle dei giganti, nel senso che possiamo usufruire dello splendido lavoro che tanti appassionati e colti Colleghi hanno portato avanti prima di noi. E non posso a questo punto non ringraziare in particolar modo, anche a nome di tutta la Reda-



Editor
Maurizio Giuseppe
Abrignani



Co - Editor
Roberto Valle



Gianfranco Alunni



Michela Bevilacqua



Stefano Capobianco



Furio Colivicchi



Annamaria Iorio



Simonetta Ricci



Luana Di Fabrizio

zione, Mario Chiatto, che stimiamo e apprezziamo per la rilevante eredità culturale ed organizzativa dei suoi quattro anni come Editor, oltre che, ovviamente, il nostro Presidente Francesco Bovenzi (che in passato ha pure contribuito significativamente a far crescere la Rivista nella forma e nella sostanza) ed il Consiglio Direttivo per la fiducia riposta in noi e che ci auguriamo di ricambiare. Il compito che mi aspetta, cioè di mantenere elevato o addirittura migliorare il livello qualitativo di questo prodotto editoriale, è impegnativo e di grande responsabilità, ma mi conforta il fatto di essere coadiuvato da amici le cui eccellenti qualità sono a tutti ben note, come il

Co - Editor Roberto Valle, Gianfranco Alunni e Furio Colivicchi. La presenza nel Comitato di Redazione di tre giovani come Michela Bevilacqua, Stefano Capobianco e Annamaria Iorio è, inoltre, un segnale vivo e pulsante di grande novità, rispecchiando, nella pratica e non a parole, l'interesse e la fiducia che l'ANMCO nutre nelle giovani generazioni. A tutti gli altri giovani vorrei lanciare un messaggio preciso che va ben al di là di questa stessa Rivista. L'ANMCO è una grande struttura aperta a tutti coloro che con la loro passione e il loro entusiasmo vorranno mettersi in gioco. Aspettiamo quindi anche (e ovviamente non solo) i loro contributi, mettendo la

Rivista a disposizione come palestra di comunicazione. Last but not least, non possiamo non sentirci confortati dalla presenza e dal prezioso aiuto di uno Staff di grande e provata professionalità, esperienza e disponibilità e cioè da Simonetta Ricci e Luana Di Fabrizio. Siamo fiduciosi che "Cardiologia negli Ospedali" possa continuare ad avere favorevoli riconoscimenti nell'ampio panorama dell'editoria cardiologica italiana come strumento di comunicazione, promozione culturale e stimolo alla partecipazione associativa. Buon lavoro, e buona lettura, a tutti, e *sursum corda*.



Un saluto dal Past Editor

DI MARIO CHIATTO

Cari Amici, questi quattro anni di lavoro come Editor di “Cardiologia negli Ospedali” (CNO), sono stati una esperienza faticosa ma sicuramente da annoverare tra gli aspetti positivi della mia attività professionale perché si è lavorato con entusiasmo, con passione, con coesione, all’insegna della costruttività e della concretezza e, grazie al contributo di tutti, e non solo di tutta la Redazione, CNO oggi è un esempio unico per la bellezza della veste editoriale e per il livello dei contenuti. È con emozione ed orgoglio che mi piace ricordare quanto è stato realizzato in questi quattro anni attraverso la Rivista “Cardiologia negli Ospedali” che ha ormai certamente un ruolo centrale nella nostra vita associativa: la comunicazione riveste infatti un ruolo determinante per una grande Società Scientifica come la nostra. “Cardiologia negli Ospedali” è stato prima di tutto uno strumento sul quale spesso si è sviluppato un dibattito che ha contribuito alla crescita dell’Associazione con gli Editoriali dei nostri Presidenti: Francesco Chiarella, Salvatore Pirelli e Marino Scherillo; gli autorevoli contributi del Prof. Attilio Maseri per la Fondazio-

ne “*per il Tuo cuore*” e quelli di Aldo Pietro Maggioni per il Centro Studi; dei Presidenti della Federazione Italiana di Cardiologia, Giuseppe Di Pasquale e Francesco Romeo; dell’allora Presidente Designato Francesco Maria Bovenzi. È stato ulteriormente valorizzato lo spazio dedicato alle Aree che rappresentano una parte importante della nostra Associazione e che hanno trovato nella Rivista un formidabile veicolo per diffondere le loro proposte e le loro iniziative tra gli Iscritti e tra i Colleghi interessati alle Aree stesse. CNO appartiene alla comunità cardiologica ospedaliera e per questo abbiamo chiesto a tutti gli Iscritti ANMCO di far sentire la loro voce, collaborando attivamente con la Redazione attraverso i loro interventi e per favorire la partecipazione abbiamo mantenuto e ampliato lo spazio dedicato alle notizie dalle Regioni. Le interviste hanno rappresentato una parte importante dei contenuti della Rivista ed hanno fatto emergere opinioni su varie tematiche piuttosto dubbie e dibattute. Abbiamo inoltre ampliato lo spazio dedicato alla Rubrica “Viaggio intorno al cuore”. È un settore della Rivista che è stato molto apprezzato, nel quale, come è

noto, vengono pubblicati interventi che esulano dagli aspetti più specificatamente professionali. “Figurare la parola”, prima rubrica della Rivista, che ha ampliato gli interessi associativi dove la simbologia del cuore ha avuto spazio non come organo, ma come cuore in senso lato in tutto ciò che la parola cuore ha significato nell’arte, nella letteratura, nella poesia. Per quanto riguarda le innovazioni ricordiamo: “Il Forum Sindacale ed Organizzativo”, curato da Domenico Gabrielli, che ha affrontato le problematiche inerenti il contratto di lavoro, la libera professione, il Governo Clinico, l’orario di lavoro, la pronta disponibilità, la responsabilità clinica e manageriale del Direttore di Struttura Complessa, ecc. “Il parere legale”, rubrica dedicata a temi di natura giuridica, che ha trattato: la responsabilità del Medico e della Struttura Sanitaria, la Cartella Clinica, il Consenso Informato, la Perizia medico - legale, la Responsabilità civile e penale del Cardiologo ospedaliero, l’esercizio abusivo della professione. Negli ultimi anni l’interesse su questi argomenti è molto aumentato e ci è sembrato utile fornire ai Colleghi la possibilità di fruire del parere di



Il Comitato di Redazione del "Congress News Daily" 2012

Specialisti del settore e per questo un ringraziamento particolare va all'Avv. Ornella Mafri che ha curato con infaticabile puntualità questa utilissima rubrica. "La Parola ai Giovani Cardiologi": è difficile dire oggi cosa significhi "Giovane Cardiologo" ed è per certi versi imbarazzante definire un limite anagrafico. Sappiamo che esistono dei problemi che riguardano i Colleghi più giovani: tra questi certamente la formazione e la precarietà occupazionale che, pur se in misura minore rispetto alle altre categorie, interessa la nostra professione. "L'angolo delle immagini", contenitore in prevalenza di fotografie ed "I versi del cuore" dedicati alla poesia. Queste due ultime rubriche hanno dato l'occasione di mantenere vivi una serie di interessi anche in professionisti che, come noi, non hanno spesso il tempo da dedicare ad alcune cose belle della vita come la pittura, la poesia, ecc. La Rubrica "I versi del cuore" è stata curata dalla Dott.ssa Silvana Ruffolo, Dermatologa, che non ha mai tralasciato l'interesse per l'arte e la letteratura. "ESC Window" ha rappresentato una finestra puntuale e precisa sulla Cardiologia al di fuori dei nostri confini e ringrazio Maddalena Lettino, Pompilio Faggiano e tutti i Colleghi

che hanno accettato di occuparsi di curare questa rubrica. "Associazioni per il cuore e dintorni" ha fatto emergere quanto una serie di iniziative che contribuiscono in maniera fondamentale alla crescita della Cardiologia meritino di essere conosciute al di là dei confini locali. "Nord chiama Sud, Sud chiama Nord, fotografie dell'attività infermieristica" è una rubrica che ha consentito di stabilire confronti tra realtà organizzative diverse che possono tuttavia migliorare facendo reciprocamente tesoro delle esperienze degli altri. "Come eravamo: piccola storia della Medicina cardiovascolare", curata da Maurizio Giuseppe Abrignani, ha rappresentato un interessante e puntualissimo excursus sugli sviluppi della Medicina dalla preistoria all'alto Medioevo. Infine non posso non ricordare il Congress News Daily (CND), Supplemento di CNO, che in questi anni ci ha accompagnati in tutte le giornate congressuali sia nella versione cartacea sia nella versione online, scaricabile dal Sito WEB ANMCO. Tutto questo è stato possibile realizzarlo grazie ad un nutrito numero di Giovani Colleghi che hanno messo tutto il loro entusiasmo nell'insolita veste di giornalisti e soprattutto grazie all'esperienza ed alla professionalità

della nostra Redazione che si avvale di persone come Simonetta Ricci e Luana Di Fabrizio che al pari degli altri anni hanno lavorato fino a tarda notte per farci trovare di buon mattino il CND pronto per essere letto in una gradevole e colorata veste editoriale. Prima di congedarmi, un grazie di "cuore" a tutti i Colleghi che hanno collaborato alla realizzazione di ogni singolo numero, rendendo, ognuno per le proprie competenze, la Rivista variegata negli argomenti e attraente per i contenuti scientifici e non. Al Prof. Sabino Scardi un ringraziamento affettuoso per aver collaborato alla Rivista costantemente e per avermi sostenuto in tutti questi anni. Ma al di là dell'aspetto professionale, ciò che difficilmente dimenticherò sarà la grande disponibilità, la collaborazione continua e l'affettuosa accoglienza che in ogni istante avete dimostrato nei miei confronti. Così arricchito da questa straordinaria esperienza esistenziale e con animo pieno di gratitudine, saluto tutta la Redazione di "Cardiologia negli Ospedali" ed auguro a Francesco Bovenzi e a Maurizio Abrignani, che ringrazio entrambi per la stima e l'affetto dimostratomi nel passaggio del testimone, e a tutto il Comitato di Redazione buon lavoro!

Carissimo Mario,

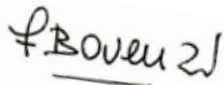
desidero ringraziarti personalmente e a nome del Consiglio Direttivo per i tuoi quattro anni di grande impegno dedicati per ANMCO alla direzione, in qualità di Editor, della Rivista "Cardiologia negli Ospedali".

Hai guidato con competenza e reso sempre più accattivante una Rivista associativa che è la nostra storia. Il testo ha sempre avuto parole che il tempo non logora. Hai difeso lo storico stile indipendente, contribuendo con la tua spiccata fantasia e creatività a conseguire un ampio consenso dei Lettori. Grazie Mario!

Un compito davvero non facile per Maurizio Abrignani e Roberto Valle chi ti seguiranno alla guida della Rivista. Un compito difficile a cominciare dal rincorrere giustamente la tua precisa ricerca di puntualità nell'uscita, gli insistenti inviti ai Lettori per collaborare, fino alla capacità di armonizzare immagini e originali contenuti di testo.

Sono certo che la Rivista avrà ancora la forza di rinnovarsi e di esprimersi sulla strada che hai voluto tracciare: uno strumento di comunicazione efficace, snello, un supporto importante di promozione culturale e di partecipazione vivace alla vita associativa.

Ancora grazie e saluti cari, anche a nome del Consiglio Direttivo dell'ANMCO.



Francesco Bovenzi
Presidente ANMCO

Caro Francesco,
ho apprezzato molto le parole di stima, che nel tuo saluto hai usato nei miei riguardi. Le ho apprezzate sia per la sincerità e il senso di amicizia con le quali le hai espresse, sia perché attraverso il loro senso di gratitudine e di riconoscenza di un buon lavoro svolto, risuonano altisonanti nel silenzio indifferente di molti.

Non devo certamente dirti che per me è stato un piacere, ma soprattutto un onore, dirigere la nostra Rivista e i risultati ottenuti li devo anche a te per il lavoro svolto precedentemente.

Lusingato della tua gentile accortezza, ti invio un cordiale saluto ed un augurio di buon lavoro.



Mario Chiatto
Editor "Cardiologia negli Ospedali" 2008-2012

P.S. Considerami a tua disposizione per qualsiasi iniziativa vogliate affidarmi.

Linee Strategiche 2012 - 2014

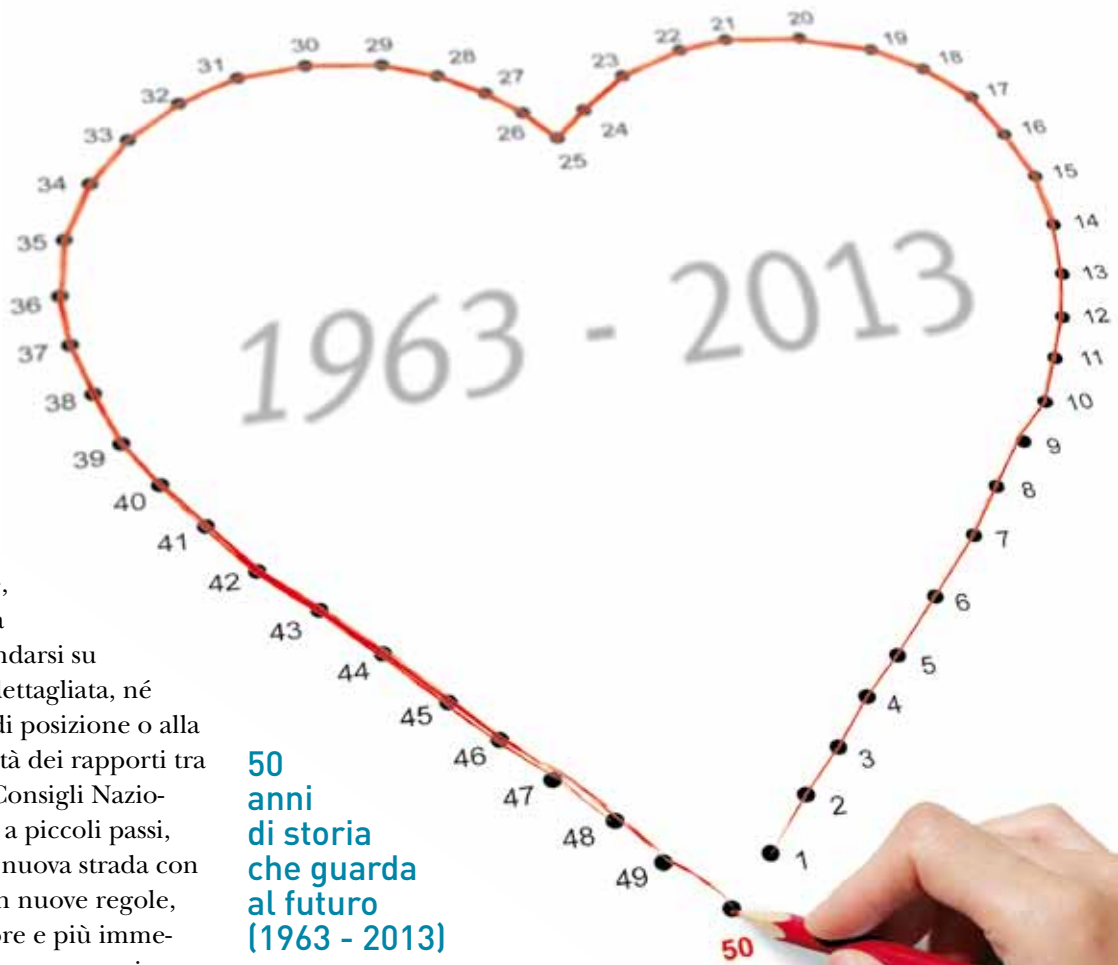
L'ANMCO che vorremmo

DI FRANCESCO MARIA BOVENZI

L'ANMCO è una Società Scientifica libera e senza fini di lucro, ricca di una grande tradizione: un invidiabile patrimonio culturale di rara fruibilità. Contribuire con spirito di servizio, da protagonisti, alla crescita associativa e allo stesso tempo alla difesa di questo grande capitale, scientifico e organizzativo, rappresenta un doveroso impegno e servizio. Ci apprestiamo ad affrontare il prossimo biennio con grande responsabilità e umiltà. Un normale avvicendamento nella storia dell'ANMCO, che crede nella continuità rispetto al passato, che confida nel presente e che è pronta a sfidare il futuro. Non abbiamo particolari aspirazioni, se non sforzarsi di lavorare insieme, perché crediamo che non esistano mandati e programmi associativi tanto personali o caratterizzanti, ma un continuo fluire di attività che da 50 anni ci fanno pensare al cuore e al miglioramento dell'assistenza al cardiopatico. Se volgiamo lo sguardo al passato, scorriamo le im-

magini di una ANMCO continuamente capace di rinnovarsi. Rimaniamo sorpresi dal suo straordinario ritmo di crescita, dal coraggio di adeguarsi ai tempi, all'evoluzione delle conoscenze scientifiche e organizzative. Le tante articolazioni in organi e organismi associativi, il divenire delle variegate attività realizzate, l'attenzione verso i cittadini e le istituzioni, con una sensibile cura dell'immagine, hanno contribuito a rafforzare positivamente l'ANMCO, non solo nel panorama nazionale scientifico e internazionale, ma anche verso la società civile. Un funzionamento organizzativo invidiabile che fonda su intelligenti regole e su uno Statuto di rara solidità. Una storia che consegna una grande eredità, un insostituibile bagaglio di cultura che aspetta solo di essere promosso nel difficile presente. Preparare le linee strategiche, condivise con il nuovo Consiglio Direttivo e Consiglio Nazionale, è come scrivere il capitolo di un libro. Una consuetudine associativa utile a

delineare programmi e strategie di medio periodo, un modo per creare stimoli e riflessioni. La grande tradizione, l'anima associativa, le idee, la voglia di esserci, tutto è custodito nel suo prezioso capitale umano di 5.700 Soci. È da qui che bisogna partire per non perdersi. Un percorso semplice che dal singolo Socio porta alla difesa del cuore. Certo non mancherà il supporto e lo stimolo alle iniziative in grado di generare motivazione, partecipazione e coinvolgimento a partire dai giovani. Il 2013 sarà l'anno del cinquantesimo anniversario dalla nascita dell'ANMCO. Un anno importante, una tappa storica intrisa non solo di amicizia e di memoria, ma di confronto, di scienza e di organizzazione. Una storia di "cuore" che ha accompagnato il miglioramento e lo sviluppo della Cardiologia italiana: un contributo sociale e di civiltà di cui l'ANMCO rappresenta il principale protagonista e un indiscusso testimone privilegiato dei tempi. È inutile nascondersi che viviamo un presente



incerto, perché mutevole, perché ci limita, perché cambia velocemente, sfuggente e in continua evoluzione, un presente in cui la stabilità non può fondarsi su una pianificazione dettagliata, né su comode rendite di posizione o alla pur piacevole ritualità dei rapporti tra Consigli Direttivi e Consigli Nazionali. Con orgoglio e a piccoli passi, percorreremo tanta nuova strada con un diverso stile e con nuove regole, basate su una migliore e più immediata informazione, su una ampia e più ricercata condivisione e su una maggiore trasparenza. Una svolta complessiva, che è anche etica, che coltivi la speranza e che accresca le motivazioni per permettere di vivere l'Associazione da protagonisti. La Cardiologia rimane una delle discipline tra le più dinamiche della moderna Medicina, sia in termini di peso epidemiologico, che di Ricerca clinica e di risultati clinici conseguiti. L'ANMCO, il più grande cuore d'Italia, non resterà insensibile a questi richiami. Oggi, nel riaffermare la nostra forza chiediamo il supporto e il consenso di tutti. Apriamo al dialogo auspicando la fiducia, ma sappiamo che questa non potrà essere scontata se non seguita da fatti concreti. Da oggi in poi ci sforzeremo di difendere e di potenziare l'Associazione e nulla sarà impossibile da tentare e realizzare se lavoreremo insieme.

50 anni di storia che guarda al futuro (1963 - 2013)

Il 25 aprile 1963 venne costituita l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) allo scopo di sviluppare e diffondere la cultura cardiologica entrando a far parte nel vivo dell'organizzazione assistenziale ospedaliera con pieno riconoscimento di effettiva specializzazione. L'atto amministrativo fondante fu successivo, nel giugno 1963 a Venezia. I primi pionieri, iscritti all'ANMCO, erano 42 Cardiologi operanti in poche Strutture cardiologiche ospedaliere autonome. Il loro spirito pionieristico fu lo stesso che oggi vorremmo anteporre come esempio per tutti. Il loro grande fervore culturale cresceva e animava il nucleo storico costituito da illustri personalità: Maestri di un tempo capaci di appartenere a tutti. Il 23 maggio del 1964 l'ANMCO pubblicava "Cardiologia negli Ospedali". Sfogliando i vecchi libroni consunti, ma rilegati nell'archivio storico, ci

rendiamo conto di come questo formidabile strumento cartaceo di comunicazione, prima Bollettino, poi Notiziario e oggi Rivista, abbia fedelmente raccontato i fatti, le emozioni, le scelte, per dirla in breve la storia dell'ANMCO. Nel 1971 viene fondato il "Giornale Italiano di Cardiologia" (GIC), un riferimento per gli associati molto apprezzato. Il GIC contribuisce a fidelizzare e in tanti cominciano a collezionarlo, a studiarlo, a sfogliarlo. Presto divenne uno strumento di identità associativa, una autorevole distillato della più autentica cultura

cardiologica scientifica ospedaliera. Tra corsi e ricorsi, dopo oltre 40 anni il GIC, ancora oggi, rimane un riferimento nazionale di promozione cardiologica, di ricerca e di studio. Nei successivi venti anni l'organizzazione assistenziale cardiologica cresceva sul territorio, si istituivano negli Ospedali le UTIC e le Divisioni, cominciava a intravedersi l'idea della rete delle Cardiologie ospedaliere. Su questa forte realtà organizzativa e culturale, nel 1984 l'ANMCO e l'Istituto Mario Negri organizzarono il primo grande Studio sull'infarto miocardico acuto: il GISSI - 1. Il trial rappresentò il primo manifesto culturale di una intera comunità cardiologica ospedaliera, perché riuscì ad integrare la clinica con la ricerca. Al GISSI - 1 fecero quasi ciclicamente seguito altri Studi, anch'essi molto apprezzati dalla comunità scientifica internazionale. Da ogni parte del mondo si riconosce che è un dovere imparare dai Cardiologi italiani. L'esperienza trialistica dei GISSI ha aperto la strada a numerose altre originali strategie di ricerca collaborativa, come i Registri, preziosi strumenti per verificare gli esiti delle cure e l'appropriatezza degli interventi diagnostici e terapeutici in tanti contesti clinici in cui è necessario far comprendere meglio e diffondere i principi della buona pratica clinica. In Italia, la ricaduta maggiore della vivacità nella ricerca clinica è stato il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza cardiologica. La crescita dell'Associazione, le tante attività, le articolazioni in organi e organismi associativi resero indispensabile l'acqui-

sto nel 1990 di una nuova e prestigiosa sede, in Via La Marmora 36, ristrutturata di recente, poi ampliata con l'acquisto di un nuovo appartamento nel 2006, oggi destinato alla Fondazione. Lo sviluppo della grande Rete delle cardiologie italiane capace di educare e generare cultura clinica stimolò nel 1992 l'istituzione del Centro Studi ANMCO, che dal 1998 ha una propria sede in Via La Marmora, 34. Il Centro Studi ANMCO contribuirà in modo determinante a rilanciare la Ricerca, gestendo i progetti dell'Associazione. Si dava così l'avvio ad un circolo virtuoso di conoscenza, ideazione e organizzazione in grado di condizionare favorevolmente nel mondo reale il decorso clinico in molti contesti di patologie cardiovascolari. Sempre nel 1998 l'ANMCO creò la Fondazione Italiana per la lotta alle malattie Cardiovascolari - Heart Care Foundation Onlus (HCF) ONLUS. La Fondazione poi, dal settembre 2000, si occuperà essenzialmente di ricerca, oltre che di formazione ed educazione in ambito cardiovascolare, perché ANMCO, Socio fondatore promotore, decise di dare in fitto come ramo d'azienda il Centro Studi ANMCO e la ricerca. Successivamente nel 2008 HCF diventò Fondazione *"per il Tuo cuore"* sotto la presidenza di Attilio Maseri. Nel 2009 la Fondazione in seguito ad una operazione straordinaria di fusione ha incorporato la Fondazione Internazionale di Ricerca per il Cuore onlus di Roma: grazie alla estrema disponibilità e generosità del Prof Attilio Maseri ciò ha permesso l'inclusione della nostra

Fondazione negli elenchi dei soggetti beneficiari di erogazioni liberali interamente deducibili senza alcun limite di importo per le imprese. Vengono per la prima volta organizzate una serie di Campagne di ampio respiro nazionale, ben strutturate al fine di sostenere la Ricerca innovativa, quella basata sul riconoscimento dell'osservazione clinica dei Casi che più si discostano dal comportamento medio. Un primo passo verso la sfida della personalizzazione delle cure, con l'analisi di Casi Clinici Inusuali, indagini su campioni biologici, studio di biomarcatori e di profili genetici. È il momento di una nuova epoca della Ricerca associativa con l'avvio di nuovi e interessanti progetti come CAPIRE, VAR e OPPOSITES. In 50 anni, un altro punto di forza dell'ANMCO è stata la sua capacità di interazione autorevole con le Istituzioni Sanitarie, sia a livello nazionale che regionale. In questa direzione un importante strumento è venuto dalla stesura del Documento Struttura e Organizzazione funzionale della Cardiologia, realizzato dalla Federazione Italiana di Cardiologia (FIC). Un punto di riferimento della Cardiologia italiana costantemente aggiornato, anche sulla scorta dei dati provenienti dai periodici censimenti della Cardiologia condotti dalla FIC. È nel 1997 che l'ANMCO e la SIC, sentendo il bisogno di unitarietà e forte rappresentanza nei confronti della European Society of Cardiology (ESC), costituiscono la FIC quale loro unico referente non solo verso l'Europa, ma anche verso le Istituzioni Sanitarie.

La proposta al Decisore Pubblico di modelli organizzativi basati sul Dipartimento Cardiovascolare e sulla rete integrata interospedaliera costituiscono l'attuale più importante contributo strategico offerto dalla Cardiologia, capace di coniugare la qualità dell'assistenza, l'innovazione, il bisogno civile di uguaglianza delle cure con la limitatezza delle risorse. Sempre negli ultimi anni si intensificano i rapporti dell'ANMCO con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) con la stesura di un accordo per lo sviluppo di maggiori conoscenze epidemiologiche, di prevenzione cardiovascolare e di verifica della qualità delle cure. Dopo cinquanta anni è importante continuare a riflettere e riaffermare la nostra forza che andrà difesa e potenziata.

L'associato ANMCO

Il Socio ANMCO è responsabile, motivato, protagonista e in grado di stimolare e ideare quelle attività capaci di rafforzare l'identità associativa: quel qualcosa di indefinito, una meta da raggiungere e verso cui trascendere nella consapevolezza del valore dell'ANMCO in campo scientifico - organizzativo, assistenziale ed etico. Ciascuno deve poter esprimere le proprie idee con proposte da realizzare in progetti formativi, come nella ricerca. Idee che possano favorire una stretta complicità tra Assemblea, Consiglio Nazionale e Consiglio Direttivo. È utile che ciascuno faccia la sua parte e che tutti insieme si riesca a compierla, operando per un comune interesse: il bene e la centralità dei nostri malati. Chi oggi ha ruolo regionale o nazionale nelle istituzioni as-

sociative, con etica di servizio, non deve dimenticare di privilegiare anche una etica responsabile, nella convinzione di lavorare per gli altri. Occorre recuperare tutte le energie dei singoli associati, non solo quelle intellettuali. Serve conoscersi meglio, rimanere uniti perché divisi siamo meno incisivi nelle azioni. In questi ultimi 50 anni gli associati, ciascuno per propria parte, di guardia, nei laboratori, negli ambulatori, nei servizi, sulle ambulanze, tutti abbiamo dato vita alla speranza di tanti cuori malati, abbiamo insieme acquisito una grande autorità e autorevolezza morale. Siamo stati capaci di generare nei nostri ammalati una nuova attesa operosa, recuperando fiducia per una scienza che avanza per la salute del cuore. Il progresso medico è l'unica speranza che non ha limiti, per il quale conviene impegnarsi a fondo. Questo un nostro privilegio da vivere pienamente.

L'ANMCO e l'Ospedale

È prioritario preservare la tradizione, garantire la continuità con il passato, non smettere di ricercare credibili spazi di miglioramento, sviluppo ed innovazione. Occorre interpretare e governare la grande sfida che viene dal cambiamento in atto a livello sociale e nel mondo della Salute e rilanciare tutte le iniziative capaci di dare identità al rapporto tra l'ANMCO e l'Ospedale, vissuto come superamento del singolo associato. Vivere ogni realtà ospedaliera periferica, attraverso la voce e la forte presenza delle Regioni, potrebbe rappresentare la svolta innovativa capace di garantire la più ampia partecipazione e uno stimolo

all'appartenenza e all'identità associativa. Se la crescente evoluzione tecnologica ha contribuito positivamente a migliorare gli outcome assistenziali in Cardiologia, quest'ultima in alcuni casi si è resa dipendente dalle nuove tecnologie, trasformando il paziente come terzo, e purtroppo marginale, elemento di una intesa sempre più stretta tra Medico e strumento tecnologico. La creazione di settori e aree superspecialistiche di procedure avanzate dovrebbero rivalutare al loro interno il ruolo del Cardiologo clinico, privilegiando il concetto di percorso rispetto a quello di prestazione. La frammentazione della Cardiologia in superspecialità ci espone al rischio di progressiva perdita dell'autonomia delle Strutture cardiologiche più periferiche, come le UTIC senza Emodinamica o le Cardiologie senza letti di degenza.

Sfide organizzative e umanizzazione dell'assistenza

Il sistema sanitario per intensità di cura preoccupa, non solo perché ha in sé qualche incertezza, ma anche perché se non ben governato, integrando con razionalità l'esistente, rischierebbe di generare una frammentazione dei percorsi assistenziali delle specialità che di fatto hanno rappresentato una straordinaria evoluzione nell'assistenza in questi ultimi 50 anni. Parallelamente il Cittadino ha imparato a far suo il bisogno di sentirsi protetto da una assistenza qualificata a cui ha fatto eco: da un lato la fidelizzazione nei confronti dei propri servizi sanitari, dall'altro una

crescita incontrollata e inappropriata della “domanda”. Il modello organizzativo delle Strutture di degenza per aree funzionali e per processi a diversa intensità potrebbe non garantire salute e assistenza specialistica di qualità. Dalle aree funzionalmente vicine alla Cardiologia, ai diversi Dipartimenti della Medicina, dell’Emergenza e delle Terapie Intensive il rischio è quello di disperdere l’identità culturale della Cardiologia, in nome di un pericoloso ritorno al passato. Contro questa volontà riaffermiamo che il Dipartimento Cardiovascolare rappresenterebbe una opportuna scelta non fondata su interessi di parte, ma garante dell’efficienza e completezza dei percorsi diagnostico - terapeutici erogabili. Una organizzazione cardiologica orizzontale tra strutture interospedaliere e territorio sarebbe la sola in grado di rispondere a tutte le esigenze di diagnosi e cura: dall’emergenza/urgenza all’acuto, dalla diagnostica non invasiva di qualità, alla gestione integrata del cardiopatico cronico, al follow up adeguato post ospedaliero. Solo in un sistema dipartimentale d’organo potrebbe realizzarsi il massimo livello di integrazione specialistica interospedaliera nell’ambito aziendale capace di: razionalizzare le risorse esistenti, generare cultura, sviluppare sistemi informatici interattivi, confrontarsi con osservatori epidemiologici territoriali e sistemi di verifica della qualità, permettere l’elaborazione di Linee Guida e diffondere programmi di formazione in relazione ai bisogni noti. Bisogna, infine, come grande Società Scientifica contribuire a spingere

verso una maggiore umanizzazione della nostra professione. Il Medico, il Cardiologo devono recuperare il proprio rapporto con i pazienti, sapendone valutare la sofferenza e non solamente individuando un insieme di parametri alterati da tenere sotto controllo. La cura migliore non può limitarsi a prescrivere un percorso diagnostico - terapeutico codificato dalle Linee Guida, ma si ottiene in un processo terapeutico lento, olistico, condiviso e duraturo. Solo attraverso una proficua alleanza tra il Medico e il Paziente si potrà arrivare ad una Medicina che sappia non solo guarire, ma anche prendersi cura dei malati.

La forza dei Giovani

Con una maggiore sensibilità associativa, l’ANMCO dovrà avvicinare i Giovani rappresentando per loro un osservatorio privilegiato, proprio in una fase di intensa crisi e di cambiamento nei confronti delle dinamiche offerte dal mondo formativo e del lavoro post - specializzazione. C’è da essere convinti che il nostro futuro è nella loro professionalità, nel loro coinvolgimento attivo, nelle motivate proposte innovative. Occorre solo metterli nelle condizioni di sentirsi protagonisti privilegiati sin dai loro primi passi di avvicinamento. Oggi, rappresentano ancora una energia nascosta per una Associazione che cerca sempre di innovarsi dall’interno, un motore pensante capace di stimolare e rilanciare la crescita di un futuro che punterà e che guarderà con nuovo impulso ai Giovani. L’obiettivo sarà quello di incentivare la formazione dei Giovani Cardiologi nei primi anni

di inserimento nel mondo del lavoro e di favorire lo sviluppo della ricerca promuovendo diversificate attività scientifiche, didattiche e culturali loro dedicate. Potrà essere utile supportare i Giovani Cardiologi nella prima fase di inserimento nel mondo del lavoro con attività di formazione, anche sul WEB, specificamente indirizzate, per argomenti, impostazione ed accessibilità. Offrire loro, sempre sul WEB, utili strumenti che favoriscano la comunicazione e la collaborazione professionale. Incoraggiare, anche attraverso la Fondazione “*per il Tuo cuore*”, lo sviluppo e l’istituzione di Fondi di ricerca e Borse di Studio per i Giovani Cardiologi, anche per motivarli nell’immediato post - specializzazione e nei primi anni di attività clinica. Se il sistema didattico delle Scuole di Specializzazione non garantisce una piena uniformità di programmi sul territorio nazionale, bisognerà essere pronti a colmare negli Ospedali la formazione dei Giovani. Vista la situazione politica ed economica del nostro Paese, molti Giovani Cardiologi si trovano soli di fronte a barriere culturali superate solo dall’impegno volontaristico. L’ANMCO può rivestire un ruolo determinante nella gestione di queste risorse, guidando l’inserimento dei Giovani nel mondo del lavoro, attraverso il completamento della formazione e nel risvolto pratico della gestione di quel periodo di transizione tra Scuola di Specializzazione e mondo del lavoro. L’ANMCO ha il dovere di intercettare i Giovani ricercatori ospedalieri, pieni di talento ed entusiasmo, favorendone la loro

indipendenza culturale. Le Aree possono rappresentare il naturale laboratorio di idee e progettualità in cui far crescere l'entusiasmo e il protagonismo nel lavorare insieme. In questo, l'ANMCO dovrà offrire loro diverse possibilità che vadano ben oltre la semplice affiliazione alla società, garantendo per i più meritevoli una partecipazione attiva nell'attività congressuale. Infine, potremmo anche pensare di creare ulteriori facilitazioni economiche e attività formative ad hoc così come la raccolta di Casi Clinici da premiare per il Congresso.

La Ricerca

La Ricerca scientifica è ormai, in tutte le sue configurazioni, divenuta protagonista indiscussa dell'avanzamento di una società civile, è quindi essenziale per noi rilanciare ogni strumento premiante capace di facilitare la ricerca in Ospedale. La ricerca associativa, tuttavia, soffre della sua incompiuta propositività, demotivante per molti associati, perché stretta tra sostenibilità e fattibilità inesprese. Una condizione inevasa di miglioramento su cui varrà la pena discutere ed impegnarsi per migliorarla. La propositività delle Aree è un viatico essenziale, così come la oculata ricerca di finanziamenti. I progetti da sviluppare insieme potranno essere, oltre ai trial clinici randomizzati, i Registri di epidemiologia clinica, gli studi osservazionali, di outcome research e di nuove metodologie di sviluppo nell'ambito della ricerca. Anche in futuro, la ricerca tradizionale affiancherà la ricerca clinica innovativa, avviata nel 2009 da Attilio Maseri, che focalizza l'atten-

zione non solo sui comportamenti e sulle risposte terapeutiche prevalenti, ma su manifestazioni cliniche diverse, riconducibili a casi "outliers", cioè fuori dalla media attesa, dal comportamento e dalle risposte prevalenti. La pianificazione della ricerca partirà essenzialmente, ma non solo, dalla propositività delle Aree, poi verrà condivisa con tutti gli altri organi e organismi associativi. Il Comitato Scientifico culturalmente robusto e il Centro Studi in questi passaggi continueranno ad avere un ruolo strategico. Per rendere fluidi i percorsi, per stimolare idee, sarà fondamentale potenziare le interazioni tra il Centro Studi e il Consiglio Direttivo e Nazionale. I Registri, che hanno sempre ricevuto un buon favore e riscontro nelle Aree, continueranno a rappresentare un importante strumento non solo di confronto, ma di educazione scientifica e di formazione clinica. Ampio spazio verrà dato alla realizzazione di position paper, documenti di consenso su tematiche emergenti dell'assistenza cardiologica.

La Formazione

Dalla istituzione nel 2003 del Centro Formazione ANMCO il Piano Annuale Formativo ha prodotto una moltitudine di eventi formativi: Campagne Educazionali Nazionali, Seminari di Aggiornamento, eventi regionali, Corsi di rianimazione cardiopolmonare di base e avanzata, Corsi extramurali, E-learning, ecc. Da anni quindi tutta l'attività di formazione dell'ANMCO risulta ben professionalizzata e organizzata. La formazione è una importante mission associativa. Si cercherà

di intercettare i bisogni formativi, di diversificare la tipologia delle offerte, sia in campo medico che infermieristico. Il Congresso Nazionale che continua a rappresentare ancora oggi la nostra più forte espressione culturale, la voglia di confronto, l'osmosi del sapere, il piacere di trasmettere le proprie esperienze e di confrontarle, rimane per noi un appuntamento strategico per il quale è opportuna una svolta innovativa per i tempi con ricerca di soluzioni che lo rendano più fruibile, snello, essenziale, ma autorevole. Oltre al Congresso siamo pronti a rilanciare nuove idee, ma anche implementare i positivi risultati conseguiti dall'ANMCO con i Master Universitari di Formazione sulla scia di quelli della Società Europea di Cardiologia. Un nuovo piano formativo si prospetta all'orizzonte che supererà le difficoltà amministrative e gestionali dell'ultimo periodo, condizionato anche dai cambiamenti normativi.

La voce dell'ANMCO nelle ristrettezze economiche del Sistema Sanitario Nazionale

È sotto gli occhi di tutti come le istituzioni, le autorità regionali e le aziende, in questo ultimo decennio hanno messo in secondo piano i progressi della Cardiologia e un solo obiettivo sembra guidare le loro decisioni: contenere i costi; ma questa scelta non sempre si concilia con la "produzione" di salute. La nostra risposta dovrà mirare a difendere l'identità, la competenza e la specificità del Cardiologo. Saremo per tutti guida e riferimento di buon governo della salute, come dell'appropriatezza dell'operato assistenziale, se

saremo capaci di difendere l'unitarietà della Cardiologia. Siamo un insieme di vocazioni e di settori assistenziali vissuti nell'ambito di un unico percorso di diagnosi e di cura del paziente cardiopatico. Siamo consapevoli delle difficili responsabilità sociali connesse all'innovazione scientifica, è per questo che l'ANMCO si è sempre dichiarata disponibile a fornire utili contributi nella volontà di progredire, nella certezza che solo con una efficace comunicazione tra Istituzioni e Società Scientifiche sarà possibile difendere un grande patrimonio assistenziale e culturale. Dopo 50 anni di storia intensa - vissuta nelle corsie degli Ospedali, tra i cardiopatici, sul territorio, nei reparti, nei sevizi, nelle UTIC, ma sempre a difesa del cuore - rivendichiamo la continua disponibilità di interventi terapeutici (angioplastica, stent coronarici, defibrillatori, pacemaker per lo scompenso) che sono in grado di modificare in misura importante la prognosi e la qualità di vita di tante persone. Si tratta di procedure costose che tuttavia, quando sono utilizzate con appropriatezza, risultano tutte associate ad un favorevole rapporto costo - efficacia. Soltanto attraverso una stretta sinergia tra Pubblici Amministratori e professionisti sarà possibile distribuire con competenza ed equità le risorse disponibili.

Comunicazione e immagine

Abbiamo efficienti strumenti tra Riviste e WEB utili ad accrescere l'autorevolezza e l'immagine dell'ANMCO, dare risalto ai nostri risultati e successi, ripartendo dal ruolo e dalla presenza ANMCO negli Ospedali. Eppure i Soci hanno la necessità di far sentire di più la loro voce, così come noi avremmo bisogno di conoscere meglio

le idee degli Iscritti all'ANMCO, i loro bisogni, i loro suggerimenti. "Cardiologia negli Ospedali" è stata sempre in costante evoluzione e sviluppo, ha cercato negli anni di dare queste risposte ma oggi non basta. Per continuare a offrire servizi e dare spazio alla cultura e informazione con nuove rubriche servirà incentivare il coinvolgimento di tutti con un lavoro di continua e necessaria cooperazione. "Cardiologia negli Ospedali" e il WEB sono il luogo principale di incontro di idee dei quasi 6.000 Soci. Anche il dialogo verso i Cittadini è importante e tutti devono sentirsi rassicurati da una presenza costante di una Associazione al servizio unicamente della loro salute. Il Sito WEB, costantemente monitorato e aggiornato, ha inevitabilmente assunto col tempo una maggiore attrattiva e il ruolo di primaria fonte di informazione, anche grazie alla parallela collaborazione con la Fondazione "per il Tuo cuore" e al suo servizio di Newsletter.

Etica associativa

L'ANMCO ritiene che sia un dovere costante di tutti i Soci dell'Associazione la moralità dei loro comportamenti, la valorizzazione delle radici culturali e delle tradizioni associative, come il rispetto del prossimo. L'Associazione deve tutelare e promuovere il bene dei singoli Soci, soprattutto i fondamentali diritti individuali alla libertà di espressione e alla privacy. L'ANMCO è una Associazione di uomini e donne, liberi e uguali, e quindi non devono essere ostacolati né la libera espressione, né il libero confronto tra Soci. Ma si deve garantire anche la correttezza di ogni scelta ed attività, per nessuno esclusa, al fine di assicurare la trasparenza, l'imparzialità e l'autorità delle decisioni.

Il "cuore" pulsante dell'ANMCO

Ci impegneremo ad interpretare la crescente esigenza di partecipazione, tutti vogliono capire di più e partecipare da protagonisti alle scelte, non possiamo permetterci di contenere le motivazioni e l'impegno che ciascuno sente di offrire. A questo proposito, non ultimo, ma essenziale, il Consiglio Nazionale è lo snodo decisionale strategico della programmazione associativa in conformità alle linee direttive fissate dall'Assemblea. Svolge la funzione di controllare la vita associativa nel rispetto degli scopi e dell'etica professionale e sociale che guidano l'ANMCO. Nel suo ambito la comunicazione, la condivisione, la discussione trovano un punto di incontro e di confronto rappresentando il "cuore" pulsante di ogni politica e scelta. Verrà rafforzata l'informazione preventiva degli argomenti da trattare, verranno preparate delle Newsletter e si cercherà di dedicare più tempo agli incontri. La partecipazione richiede impegno, sacrificio e il coinvolgimento di tutti. Il programma garantisce una esperienza creativa, professionalmente interessante e auguriamoci alla altezza delle aspettative. A monte del Consiglio Nazionale esiste l'Assemblea dei Soci, alla quale si dovrà pensare di dedicare più tempo e ascolto. L'ANMCO che vorremmo dovrà impegnarsi a dare voce ai singoli Soci. Solo così potrà continuare ad essere credibile. Solo così potrà portare avanti iniziative culturali realizzabili con ampia partecipazione. Solo così il cuore dei Cittadini potrà continuare a sorriderci di gratitudine.

PRESIDENTE



Francesco Maria Bovenzi

FRANCESCO MARIA BOVENZI
 Direttore Dipartimento Cardio - Respiratorio
 U.O. di Cardiologia
 Ospedale "Campo di Marte"
 Via dell'Ospedale, 1 - 55100 Lucca
 Tel. 0583/449515 - Fax 0583/970448
f.bovenzi@usl2.toscana.it

PRESIDENTE DESIGNATO



Diego Arduino

DIEGO ARDUINO
 Direttore di Struttura Complessa
 U.O. di Cardiologia
 A.O.U. di Parma
 Viale Gramsci, 14 - 43100 Parma
 Tel. 0521/702070 - Fax 0521/702189
dardissino@ao.pr.it

PAST - PRESIDENT



Marino Scherillo

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

VICE-PRESIDENTE Attività Culturali



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

VICE-PRESIDENTE Attività Organizzative e Gestionali



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

SEGRETARIO GENERALE



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

TESORIERE



Angelo Sante Bongo

ANGELO SANTE BONGO
 Direttore di Struttura Complessa
 U.O. di Cardiologia - Cardiologia II
 A.O.U. Maggiore della Carità
 Corso Mazzini, 18 - 28100 Novara
 Tel. 0321/3733236 - Fax 0321/3733724
a.s.bongo@libero.it

CONSIGLIERI

MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI



Maurizio Giuseppe Abrignani

Dirigente Medico
 U.O. di Cardiologia
 Ospedale Civile
 Sant'Antonio Abate
 Via Cosenza, 82
 91016 Erice (TP)
 Tel. 0923/809315

Fax 0923/809317
maur.abri@alice.it

FURIO COLIVICCHI



Furio Colivicchi

Dirigente Medico
 Divisione di Cardiologia
 e UTIC
 Ospedale San Filippo
 Neri
 Via G. Martinotti, 20 -
 00135 Roma

Tel. 06/33062294 - Fax 06/33062489
f.colivicchi@sanfilippone.roma.it

CARMINE RICCIO



Carmine Riccio

Dirigente Medico
 Cardiologia e Riabilitazione
 Cardiologica
 Azienda Ospedaliera "S.
 Anna e S. Sebastiano"
 Via Palasciano, 1
 81100 Caserta

Tel. 0823/232394 - Fax 0823/232362
carmine.riccio@tin.it

GIANFRANCO ALUNNI



Gianfranco Alunni

Facente Funzione
 Cardiologia e Fisiopatologia
 Cardiovascolare
 Azienda Ospedaliera di
 Perugia - Ospedale Santa
 Maria della Misericordia
 P.le G. Menghini
 06132 Perugia

Tel. 075/5782238 - Fax 075/5782214
gianfranco.alunni@tin.it

PAOLO COLONNA



Paolo Colonna

Dirigente Medico
 U.O. di Cardiologia
 Ospedaliera - Ospedale
 Consorziale Policlinico
 Piazzale Giulio Cesare, 11
 70124 Bari

Tel. 080/5593026 - Fax 080/5575729
colonna@tiscali.it

ROBERTO VALLE



Roberto Valle

Direttore di Struttura
 Complessa
 U.O. di Cardiologia
 Ospedale Civile
 Strada Madonna Marina, 500
 30019 Chioggia (VE)

Tel. 041/5534236 - Fax 041/5534265
rvalle@asl14chioggia.veneto.it

Terapia antitrombotica durante PCI primaria nel mondo reale: che confusione!

DI STEFANO DE SERVI E GIUSEPPE MUSUMECI

La diffidenza dei Cardiologi interventisti per i nuovi farmaci antitrombotici: un problema culturale?

Durante il prossimo Congresso della Società Europea di Cardiologia verranno rese note le nuove Linee Guida nello STEMI. Tuttavia non si attendono rivoluzioni, almeno per quanto riguarda la terapia antitrombotica, in quanto le indicazioni sono già state formulate recentemente.⁽¹⁾ La Tabella 1 indica per i farmaci anticoagulanti e per quelli antiplastrinici la classe di raccomandazione ed il livello di evidenza. Per quanto riguarda i farmaci antiplastrinici orali, ed in particolare per gli inibitori del recettore P2Y12, ticagrelor e prasugrel hanno una forte raccomandazione che deriva dalle rispettive coorti STEMI degli Studi PLATO e TRITON. La preferenza ad essi accordata rispetto al clopidogrel nasce anche dall'osservazione che il clopidogrel può presentare problemi di assorbimento nella fase acuta dello STEMI, esponendo il paziente ad un rischio di trombosi acuta e subacuta dello stent. Una metanalisi che ha incluso gli Studi con i nuovi farmaci antiplastrinici (oltre a prasugrel e ticagrelor, anche cangrelor ed elino-

grel, questi ultimi non ancora disponibili) in confronto col clopidogrel nei pazienti STEMI, ha evidenziato una riduzione di mortalità a favore delle nuove molecole.⁽²⁾ Benché questi nuovi farmaci abbiano una rapida insorgenza d'azione, la recente osservazione relativa al ticagrelor dimostra come non vi siano da attendersi da questi farmaci effetti positivi sull'esito della riperfusione meccanica. Infatti, nello Studio PLATO i pazienti STEMI randomizzati a ticagrelor non hanno mostrato una più rapida risoluzione del sopraslivellamento del segmento

ST (un indice indiretto di riperfusione efficace) rispetto ai pazienti trattati con clopidogrel.⁽³⁾ Tuttavia una azione precoce è auspicabile ed utilissima per ridurre il fenomeno della trombosi acuta e subacuta dello stent. Tra i farmaci anticoagulanti le Linee Guida più recenti hanno premiato la bivalirudina che ha ottenuto una raccomandazione di classe I con livello di evidenza B, superiore a quella della eparina non frazionata che in effetti non è mai stata testata in uno studio randomizzato nello STEMI trattato con PCI primaria. In questo ambito invece, l'efficacia della

STEMI			
Antiplatelet therapy			
	ASA	I	B
	Clopidogrel ^f (with 600 mg loading dose as soon as possible)	I	C
	Prasugrel ^g	I	B
	Ticagrelor ^d	I	B
	+ GPIIb/IIIa antagonists (in patients with evidence of high intracoronary thrombus burden)		
	Abciximab	IIa	A
	Eptifibatide	IIa	B
	Tirofiban	IIb	B
	Upstream GPIIb/IIIa antagonists	III	B
Anticoagulation			
	Bivalirudin (monotherapy)	I	B
	UFH	I	C
	Fondaparinux	III	B

Tabella 1

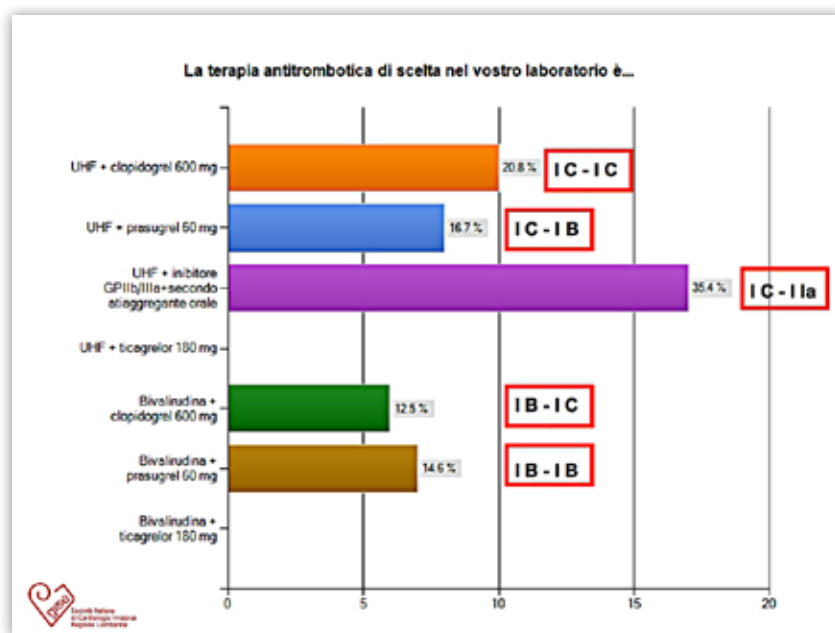


Figura 1

bivalirudina è stata provata nello Studio HORIZONS - AMI, in confronto con l'eparina non frazionata associata agli inibitori della glicoproteina IIb/IIIa (GPI). Il beneficio della bivalirudina si è manifestato, in modo forse imprevisto, anche con una riduzione della mortalità cardiaca, che è risultata significativa anche a tre anni di distan-

za dall'inizio del trial. Questo effetto positivo del farmaco appare legato alla riduzione dei sanguinamenti operata dalla bivalirudina rispetto alla terapia di associazione di eparina con GPI. Questi ultimi farmaci hanno subito un ridimensionamento nelle Linee Guida più recenti, delle loro indicazioni nel trattamento delle sindromi coronariche acute: nello STEMI la classe di raccomandazione è attualmente IIa per abciximab ed eptifibatide, mentre

è IIb per tirofiban.⁽¹⁾ Il recente Studio INFUSE - AMI (condotto in pazienti con STEMI anteriore dovuto ad occlusione della arteria discendente anteriore prossimale o media, trattati con PCI primaria entro 4 ore dall'insorgenza dei sintomi), ha mostrato come l'abciximab in somministrazione intracoronarica, su una base di terapia

mica i comportamenti sono quanto mai diffusi. Recentemente il GISE Lombardia ha promosso una survey ponendo una serie di questioni ai Cardiologi interventisti. Tra queste, è stato chiesto quale terapia antitrombotica fosse associata alla esecuzione della PCI nei rispettivi laboratori. Le risposte sono state fornite tra il mese di gennaio e febbraio di quest'anno. I risultati sono presentati nelle Figure 1 e 2. Vi è da notare come i nuovi farmaci, promossi dalle Linee Guida, ricevono scarsa considerazione dai Cardiologi Interventisti, almeno da quelli lombardi. La combinazione più frequentemente utilizzata è stata quella che associa all'eparina non frazionata un GPI. La bivalirudina è utilizzata solo in un quarto dei casi, mentre il prasugrel lo è in circa il 40% (il ticagrelor non era disponibile all'epoca della survey). È verosimile che le remore a seguire le Linee Guida dipendano da puri fattori economici, con Ospedali restii all'acquisto di farmaci costosi. Riteniamo tuttavia che le cause siano altre, in particolare la diffidenza con cui i Cardiologi interventisti guardano alle nuove molecole, in particolare alla bivalirudina. In effetti siamo stati abituati nel tempo a pensare che l'unico modo

La riduzione della mortalità osservata con la bivalirudina nei pazienti STEMI dipende, con grande probabilità, dalla riduzione dei sanguinamenti che si associano all'utilizzo di questo farmaco rispetto alla eparina non frazionata combinata con gli inibitori del recettore piastrinico IIb/IIIa

anticoagulante con bivalirudina, possa ridurre l'estensione dell'area infartuata, valutata con risonanza magnetica.⁽⁴⁾ Sarà interessante verificare se le nuove Linee Guida STEMI recepiranno questo dato, modificando il tipo di raccomandazione per questo farmaco, soprattutto in relazione alla sua via di somministrazione (intracoronarica e non intravenosa). Se questa è la base fornita dalle Linee Guida, nella realtà operativa dei Laboratori di Emodina-

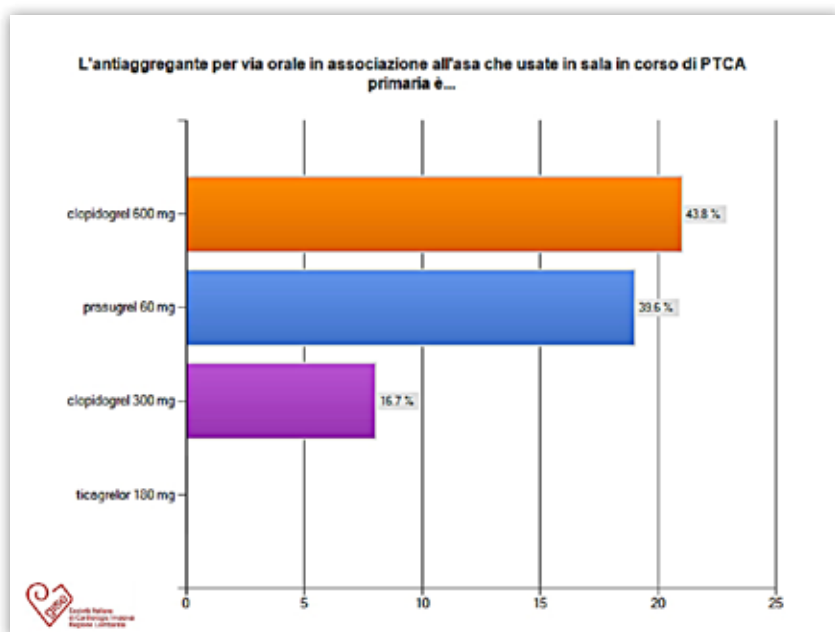


Figura 2

con cui si possa abbattere la mortalità dello STEMI sia quello di ridurre i tempi di intervento o di utilizzare farmaci che diminuiscano l'ampiezza dell'area infartuata. La bivalirudina sembra agire in modo completamente diverso, riducendo invece la mortalità attraverso una diminuzione dei sanguinamenti. Questo meccanismo è molto realistico, se si pensa che i pazienti con più alta propensione al bleeding durante il ricovero ospedaliero sono quelli più fragili, come gli anziani, spesso con insufficienza renale o con complicanze emodinamiche associate allo STEMI. Evitare i sanguinamenti in questa popolazione significa evitare complicanze immediate o a distanza che possono risultare fatali e garantisce il mantenimento della terapia antiaggregante ottimale che purtroppo viene invece spesso sospesa in caso di sanguinamento. Che la riduzione del bleeding possa avere un effetto ridotti-

vo sulla mortalità è confermata da dati recenti, tra cui una metanalisi da poco pubblicata⁽⁵⁾, che mostra come l'utilizzo della via radiale possa ridurre la mortalità nello STEMI. Il meccanismo di protezione è analogo a quello ottenuto per via farmacologica con la bivalirudina. Infatti l'approccio radiale si associa ad una riduzione significativa del bleeding. Poiché molti sanguinamenti non sono tuttavia correlati alla via d'accesso, preferire l'approccio radiale non significa poter fare a meno della bivalirudina. Le nuove Linee Guida dello STEMI verosimilmente confermeranno i responsi già espressi e riportati nella Tabella. C'è da augurarsi che i Cardiologi interventisti mostrino nel futuro comportamenti più univoci e consoni alle raccomandazioni. Per questo è necessario tuttavia che si compia una riflessione approfondita che porti anche ad un significativo cambiamento culturale.

Bibliografia

- 1) "The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery". Eur Heart Journal 2010;31:2501-55.
- 2) Bellemain-Appaix A, Brieger D, Beygui F et al: "New P2Y12 Inhibitors versus clopidogrel in percutaneous coronary intervention: a meta-analysis". J Am Coll Cardiol 2010;56: 1542-51.
- 3) Armstrong PW, Siha H, Fu Y et al: "ST-elevation acute coronary syndromes in the Platelet Inhibition and Patient Outcomes (PLATO) trial". Circulation 2012;125:514-521.
- 4) Stone GW, Maehara A, Witzenbichler B et al: "Intracoronary abciximab and aspiration thrombectomy in patients with large anterior myocardial infarction". JAMA 2012;307:1817-26.
- 5) Jang JS, Jin HY, Yang TH et al: "Transradial versus transfemoral approach for primary percutaneous coronary intervention in patients with acute myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis". Eurointervention 2012; published online May 14.

Riportiamo di seguito il titolo corretto dell'articolo del Prof. Stefano De Servi pubblicato sul N. 187 di "Cardiologia negli Ospedali" (maggio - giugno 2012):

Angioplastiche Coronariche in pazienti con Coronaropatia Stabile: sono tutte necessarie?

ERRATA CORRIGE

Siamo solo noi

DI ALDO PIETRO MAGGIONI

Solo lo Studio REVEAL potrà dare la risposta definitiva

Tutto è cominciato con la paura che innalzare il colesterolo HDL con un farmaco potesse essere pericoloso, ora che il problema della sicurezza è dimenticato, si affaccia il timore che l'ipotesi innalzamento dell'HDL non sia così rilevante per ridurre il rischio cardiovascolare. Credo sia il momento di fare il punto della situazione visto che ora in campo ci siamo solo noi⁽¹⁾ con lo Studio REVEAL.

L'epidemiologia

La relazione epidemiologica tra un basso livello circolante di HDL e un aumento del rischio di eventi cardiovascolari non è in discussione. Sono troppe e indiscutibili le prove, e la plausibilità biologica delle stesse, della relazione lineare fra livelli di HDL e mortalità coronarica (per ogni livello di HDL e anche di LDL) per mettere in discussione l'ipotesi dal punto di vista epidemiologico. Questo ovviamente non significa che innalzando i livelli di HDL farmacologicamente si possano ottenere benefici. Per dimostrare questo ci vogliono gli studi controllati.

La paura di tossicità

Quando i risultati del primo trial⁽²⁾ che testava un farmaco elevatore di HDL, il torcetrapib, dimostrarono un aumento di mortalità e di eventi clinici nei trattati ci fu il primo attacco all'ipotesi. La dimostrazione che il tutto era dovuto allo specifico effetto negativo sulla pressione arteriosa di quella molecola, il torcetrapib, ha cancellato quella paura. I risultati di

due trial successivi, lo Studio AIM-High⁽³⁾ e il dal - OUTCOMES,⁽⁴⁾ il primo con la niacina, il secondo con una molecola della stessa classe del torcetrapib, il dalcetrapib, hanno fugato i dubbi dei più scettici relativamente al profilo di sicurezza e tollerabilità di un innalzamento farmacologico dei livelli di HDL, anche se ottenuto con un farmaco CEPT inibitore, ma diverso dal torcetrapib.

Alcuni studi recentemente presentati o pubblicati rimettono in discussione il significato clinico del colesterolo HDL

Lo Studio REVEAL-HPS3 rimane l'unico, nel panorama scientifico internazionale, a poter dare una risposta definitiva alla ipotesi che un innalzamento farmacologico dell'HDL sia in grado di ridurre l'incidenza di eventi cardiovascolari

Il sospetto che innalzare farmacologicamente il colesterolo HDL non serva a nulla

Nello Studio AIM - High,⁽³⁾ che ha testato la niacina in 3.414 pazienti, uno dei problemi è stata la dimensione del tutto inadeguata del campione: oggi i pazienti ricevono una serie di trattamenti di prevenzione cardiovascolare così efficaci che pensare di dimostrare la superiorità di un nuovo farmaco, qualunque esso sia, in aggiunta ad essi, in un numero limitato di pazienti, è pura illusione. Oltre al fatto di essere sottodimensionato, lo Studio AIM - High, insieme allo Studio dal - OUTCOMES,⁽⁴⁾ condotto in circa 15.000 pazienti con dalcetrapib, scontano probabilmente una seconda illusione: quella di ritenere che con modesti aumenti di colesterolemia HDL si possano ottenere risultati positivi in termini di riduzione di eventi clinici. Sia niacina che dalcetrapib innalzano infatti il colesterolo HDL di solo il 20 - 30%, quantità probabilmente insufficiente a svolgere l'attività favorevole di rimozione del colesterolo LDL dalle sedi periferiche, pareti vascolari incluse. Un discorso analogo può essere fatto per i risultati di uno studio genetico recentemente pubblicati su Lancet.⁽⁵⁾ Gli aumenti di HDL, associati alla gran parte dei geni valutati in questo studio, sono quantitativamente limitati, con la sola eccezione del gene della lipasi endoteliale, e questa potrebbe essere la spiegazione del fatto che profili genetici, potenzialmente protettivi, non si siano associati a una riduzione di eventi coronarici. Più ricerca di base sulle diverse funzioni dell'HDL è necessaria per cercare di andare oltre il

concetto, dimostrato ma forse troppo semplicistico, della relazione fra livelli circolanti e eventi coronarici.

Perché "siamo solo noi"

In un contesto di evidenze epidemiologiche chiare (bassi livelli di HDL=elevata probabilità di eventi coronarici), rimane una molecola da sperimentare, l'anacetrapib, quella che abbiamo a disposizione per lo Studio REVEAL-HPS3. Conosciamo due aspetti di questa molecola: lo Studio DEFINE⁽⁶⁾ ha escluso gli effetti indesiderati comparsi con l'uso di torcetrapib, e ha evidenziato un effetto farmacologico estremamente potente (aumento dell'HDL di circa il 140%, ulteriore riduzione dell'LDL di circa il 40%). Che cosa possa esprimere questo effetto farmacologico in termini di riduzione di eventi coronarici o vascolari in genere non lo sappiamo, ma possiamo contribuire ancora una volta, come rete di centri cardiologici italiani, a dare una risposta definitiva alla domanda. Lo studio che stiamo conducendo è di dimensione adeguata a dimostrare un beneficio anche moderato in una popolazione di 30.000 pazienti trattati al meglio delle terapie esistenti e seguita per un periodo di circa 4 anni. La molecola da utilizzare è potente e, per quello che ne sappiamo fino ad ora, ragionevolmente sicura. Solo una conduzione efficiente del trial sarà in grado di dare risultati affidabili per rispondere in maniera definitiva alla domanda. Ora tocca a tutti noi impegnati nel REVEAL dare un contributo efficiente e tempestivo perché ci siano risposte affidabili, qualunque esse siano, all'ipotesi di prevenzione degli eventi coronarici basata sull'innalzamento farmacologico dell'HDL.

Bibliografia di riferimento

1. Vasco Rossi. Siamo solo noi. Etichetta: Targa. 1981.
2. Barter PJ, Caulfield M, Eriksson M, Grundy SM, Kastelein JJ, Komajda M, Lopez-Sendon J, Mosca L, Tardif JC, Waters DD, Shear CL, Revkin JH, Buhr KA, Fisher MR, Tall AR, Brewer B; ILLUMINATE Investigators. Effects of torcetrapib in patients at high risk for coronary events. *N Engl J Med* 2007;357:2109-22.
3. AIM-HIGH Investigators, Boden WE, Probstfield JL, Anderson T, Chaitman BR, Desvignes-Nickens P, Koprowicz K, McBride R, Teo K, Weintraub W. Niacin in patients with low HDL cholesterol levels receiving intensive statin therapy. *N Engl J Med* 2011; 365: 2255-2267.
4. Reed Miller. Roche stops dalcetrapib trial for lack of benefit. theheart.org. [Clinical Conditions > Lipid/Metabolic > Lipid/Metabolic]; May 7, 2012. Access at <http://www.theheart.org/article/1395141.do>
5. Voight BF, Peloso GM, Orho-Melander M, et al. Plasma HDL cholesterol and risk of myocardial infarction: a mendelian randomisation study. *Lancet*. 2012 May 17. [Epub ahead of print].
6. Cannon CP, Shah S, Dansky HM, Davidson M, Brinton EA, Gotto AM, Stepanavage M, Liu SX, Gibbons P, Ashraf TB, Zafarino J, Mitchel Y, Barter P; Determining the Efficacy and Tolerability Investigators. Safety of Anacetrapib in Patients with or at High Risk for Coronary Heart Disease. *N Engl J Med* 2010;363:2406-15.

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

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



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

AREA EMERGENZA - URGENZA



Chairperson Maddalena Lettino (Rozzano - MI)
Co - Chairperson Leonardo De Luca (Roma)
Comitato di Coordinamento
Alessandro Capecci (Bentivoglio - BO)
Emilio Di Lorenzo (Avellino)
Niccolò Brenno Grieco (Milano)
Ignazio Maria Smecca (Palermo)

www.anmco.it/aree/elenco/emergenza

AREA INFORMATICA



Antonio Mantero

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



Michele Azzarito

Chairman (ad interim)
 Michele Azzarito (Roma)
Co - Chairman Michele Azzarito
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



Daniela Pavan

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



Giuseppe Trocino

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



Cristiana Caredda

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE



Pompilio Faggiano

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

www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione

AREA SCOMPENSO CARDIACO



Gianfranco Misuraca

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



La salute dello sportivo

DI FABIOLA SANNA E ANGELO SANTE BONGO

Sabato 5 maggio, si è tenuto presso la Sede Decathlon di Vercelli l'evento "La salute dello sportivo", un pomeriggio organizzato da Decathlon in sinergia con il gruppo medico ed infermieristico della SSavD UTIC dell'AOU Maggiore della Carità di Novara. L'incontro ha avuto uno scopo divulgativo sul tema della prevenzione cardiovascolare in persone che effettuano attività sportiva non agonistica. L'iniziativa è stata realizzata grazie alla presenza della Dott.ssa Lidia Rossi, Responsabile della Struttura facente parte delle SC Cardiologia 2 (Direttore Angelo Sante Bongo) e del Coordinatore Infermieristico, Dott.ssa Fabiola Sanna,

in collaborazione con le Infermiere Esperte di Terapia Intensiva Cardiologica Antonella Manieri e Patrizia Zumbo. Grazie, infatti alla collaborazione degli addetti Decathlon del settore Running sono stati messi a disposizione dei visitatori su base volontaria, dei cardiofrequenzimetri di ultima generazione e ad alta tecnologia, da utilizzare durante una piccola prova fisica sui tapis roulant e cyclette installate presso il negozio stesso. Ai volontari è stata monitorata la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca ed è stato effettuato il calcolo della FMC (frequenza massima teorica), inoltre hanno ricevuto informazioni e consigli per prevenire i rischi cardio-

vascolari. Per l'occasione, la SSavD UTIC ha distribuito delle brochure informative sulle principali malattie cardiache, in particolar modo sulla cardiopatia ischemica, e sulle modalità per far fronte ai fattori di rischio, con particolare riferimento ai temi del diabete, del fumo, dell'obesità e degli stili di vita. L'evento ha riscosso successo e grande entusiasmo da parte delle persone presenti che hanno posto varie domande relative agli strumenti di monitoraggio e alla prevenzione cardiovascolare, tema molto attuale visti gli ultimi casi di morte improvvisa nel mondo sportivo.



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO



per il tuo cuore

Fondazione per il tuo cuore - HCF Onlus

DOMANDA DI ISCRIZIONE

La Domanda di Iscrizione (scaricabile alla pagina <http://www.anmco.it/associazione/come.html> del Sito WEB ANMCO) deve essere inviata in originale **insieme al Curriculum Vitae in formato Europeo** 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
Appartenente ad **altra Società Scientifica Cardiologica** Si No
Se SI Indicare quale
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




per il tuo cuore
Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus


GICR-IACPR
Italian Association for Cardiovascular Prevention,
Rehabilitation and Epidemiology



CARDIO RUN

10 KM. DA CORRERE PER IL TUO CUORE

Vieni a correre "per il Tuo cuore"!

Parma, 9 settembre 2012 - ore 9.30
in occasione della Cariparma Running

PROGRAMMA

Sabato 8 settembre:

Parma, Piazza Garibaldi

ore 16.00 - 19.00: Infopoint Cardiologico (aperto al pubblico)

ore 16.00 - 19.00: Ritiro Sacche Gara

Parma, Parco Ducale

ore 17.30: Cariparma Kids

Domenica 9 settembre:

Ore 7.00: apertura Expò

Ore 9.30: partenza gare competitive
CardioRun (10 km)

- Cariparma MezzaMaratona
- 30 km della Duchessa

A seguire: Corri per la Vita - camminata
non competitiva (5 e 10 km)

La Cariparma Running è organizzata dal Cus Parma.



2° Campionato Italiano dei Cardiologi di Corsa su Strada

La Cariparma Running è valevole come
Campionato Italiano Cardiologi di Corsa su Strada.

- La classifica individuale è basata sulle classifiche della sola CardioRun (10 km competitiva).
- La classifica per squadre di ospedale/istituto è basata sulla somma dei km percorsi dai membri della squadra considerando tutte le corse della Cariparma Running, sia competitive che non.

project management Glow srl

Il progetto CardioRun è promosso dalla Fondazione per il Tuo cuore dell'ANMCO e da GICR-IACPR
Collaborano l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma e l'Azienda USL di Parma

Supporto editoriale di **CardioLink**
SCIENTIFIC NEWS

Per informazioni e iscrizioni: www.cusparma.it
Notizie e informazioni anche nei siti www.anmco.it/periltuocuore - www.iacpr.it - www.cardiolink.it

Be a role model: iscriviti!

Informazione alla dimissione dopo sindrome coronarica acuta si può fare di più e meglio?

DI FRANCESCO FATTIROLI, GIAN FRANCESCO MUREDDU, POMPILIO FAGGIANO

Tra i molteplici fattori che possono incidere sfavorevolmente sull'evoluzione del paziente dimesso dopo una sindrome coronarica acuta, ve ne sono alcuni connessi con aspetti del programma di cura che possono essere definiti "organizzativi". Nella Tabella 1, schematicamente, si riporta una sintesi dei fattori correlati ad alcuni determinanti dei diversi profili di rischio. La definizione di "difetto organizzativo" include sia la non pianificazione di un follow-up adeguato e personalizzato alle caratteristiche del soggetto e dell'evento malattia, che la mancata predisposizione di un programma di prevenzione secondaria strutturato in particolare nei soggetti con maggiore concentrazione di fattori di rischio. Unitamente a questi fattori - ed a loro strettamente connesso - vi è anche la carenza di comunicazione alla dimissione, che può incidere in maniera determinante sulla qualità della aderenza alla terapia e sulla trasmissione delle norme comportamentali da avviare per un percorso virtuoso di prevenzione. La (peraltro limitata) letteratura richiama l'at-

tenzione sulla drammatica carenza di tempo dedicato all'informazione alla dimissione, che si traduce in una serie di criticità che vengono tuttora ignorate o sottovalutate: i pazienti spesso escono dall'Ospedale senza avere compreso fino in fondo, ad esempio, che malattia hanno avuto o il trattamento prescritto. La gestione della terapia farmacologica è delegata all'interpretazione di quanto riferito a voce da un medico o dall'infermiere o allo schema riportato nella lettera di dimissione: facilmente non è compresa o, al rientro a domicilio, viene intersecata arbitrariamente con terapie precedentemente assunte. Le istruzioni dovrebbero essere invece molto specifiche, includere come gestire in maniera appropriata i farmaci ed il modo di affrontare i sintomi, le condizioni in cui rivolgersi al medico oppure al pronto soccorso, considerando che, secondo alcuni studi, pazienti con precedente infarto miocardico non risultano maggiormente capaci di individuare i sintomi in caso di recidiva, rispetto a soggetti senza esperienza di malattia. La degenza ospedaliera dopo un evento

acuto dovrebbe rappresentare in linea teorica il momento di massima disponibilità del paziente ad ascoltare notizie ed a ricevere indicazioni sulla sua malattia e sulle modalità di cura successiva. Tuttavia la comunicazione alla dimissione è caratterizzata frequentemente da notizie frettolose e talvolta contraddittorie, limitate nei contenuti, non adeguate alle necessità e spesso basate su raccomandazioni generiche e poco incisive. Naturalmente ci sono differenze nella qualità della comunicazione tra le diverse realtà assistenziali e nella capacità di comprensione e di elaborazione delle informazioni ricevuta da parte dei pazienti medesimi. Non c'è tuttavia una categoria di pazienti immediatamente identificabile come a rischio di cattiva comprensione. Soggetti giovani, senza storia di malattia, dimessi a distanza di 3 - 4 giorni da un ricovero per sindrome coronarica acuta trattata con angioplastica primaria, che vengono immediatamente rassicurati sulla completa risoluzione dell'evento di malattia, possono lasciare l'Ospedale senza aver compreso adeguatamente neppure la diagnosi e quanto la

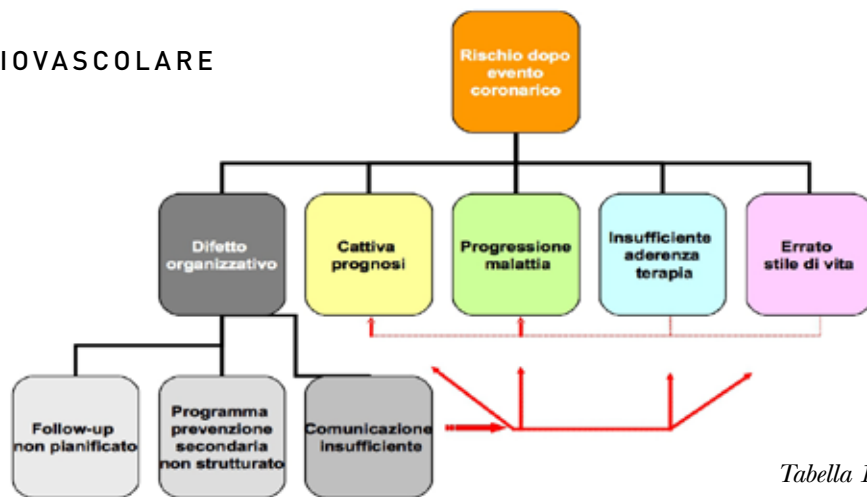


Tabella 1

prevenzione sarà fondamentale per il mantenimento di una buona condizione di salute. Le criticità insite nella comunicazione alla dimissione possono essere amplificate da alcune caratteristiche proprie di gruppi di pazienti particolarmente fragili e per i quali è molto elevato il rischio di incomprensioni e quindi di rottura della continuità assistenziale. Coloro che hanno un basso livello culturale e le donne, soprattutto se anziane, richiedono un approccio particolarmente attento e competente rispetto a bisogni comunicativi che tendono ad essere maggiori e più complessi oltre che spesso trascurati. Nella letteratura internazionale è stato già da tempo focalizzato il problema della comunicazione alla dimissione, ponendo la lettera di dimissione come uno degli snodi irrinunciabili alla ottimizzazione del trasferimento delle informazioni, in quanto una inaccurata trasmissione di notizie tra l'Ospedale e le cure primarie influenza negativamente la continuità della cura e contribuisce all'incidenza di eventi avversi successivi. Anche l'ANMCO negli ultimi anni ha esercitato un forte richiamo propositivo affinché la lettera di dimissione divenisse uno strumento efficace, completo e fruibile per colmare questa lacuna. La lettera di dimissione non può tuttavia colmare il difetto di comunicazione che si realizza al termine di un ricovero, ad esempio dopo una sindrome coronarica acuta, in quanto rappresenta il mezzo di trasferimento delle notizie dal medico ospedaliero al medico curante. Essa costituisce il principale, se non unico, strumento informativo tra Ospedale e territo-

rio, e di conseguenza la chiarezza e completezza dei contenuti sono necessari per la prevenzione del rischio di nuovi eventi in un momento di alta "vulnerabilità" del paziente nel passaggio tra successivi momenti di cura; non può però essere lo strumento di comunicazione con il paziente, poiché è rivolta ad un medico ed è caratterizzata dai contenuti propri della comunicazione sanitaria. È quindi necessaria l'adozione di forme di comunicazione strutturate, in modo da esercitare una educazione del paziente al fine di favorire il cambiamento dello stile di vita e l'assunzione di comportamenti individuali utili alla prevenzione e alla cura della malattia; però è stato dimostrato che la sola consegna di materiale divulgativo cartaceo comporta risultati modesti, mentre l'intervento ed il rinforzo individuale da parte del personale sanitario sembra essere decisamente più efficace. Il counselling - in cui si utilizzano tecniche che aiutano la persona a gestire i problemi con le proprie risorse - è uno strumento fondamentale per l'educazione del paziente e per l'impostazione della prevenzione secondaria. Tuttavia richiede un contesto ambientale, una disponibilità adeguata di tempo e di figure professionali tecnicamente preparate, che molto difficilmente si possono realizzare al momento della dimissione dal reparto per acuti, mentre deve essere una componente dell'intervento dopo la dimissione in un ambulatorio di prevenzione o nell'ambito del

programma strutturato di riabilitazione, di cui è parte integrante. Pertanto la comunicazione alla dimissione deve prioritariamente essere semplice, chiara ed essenziale, rivolta al paziente e, dove necessario, ai caregiver, partendo da alcuni punti chiave: quali sono le domande più frequenti alle quali il personale sanitario deve dare risposte, indipendentemente dal fatto che le stesse siano espresse, le modalità di interazione ed i contenuti della comunicazione, la ricerca di cosa viene compreso e cosa viene trattenuto dell'informazione, a chi compete e quando deve essere messo in atto. Infine deve essere possibile nella limitazione di tempo che caratterizza la gestione delle esigenze organizzative di una degenza. Per tutte le ragioni sovraesposte, devono essere individuati alla dimissione dal reparto per acuti contenuti e modalità informative che facciano integralmente parte dell'intervento di cura erogato dai diversi professionisti (medici ed infermieri), definendo i contenuti trasferibili in un tempo limitato e selezionati sulla base di priorità rilevanti per la sicurezza del paziente e quali sono le figure responsabili della trasmissione delle informazioni, per giungere alla identificazione di modalità omogenee che rappresentino una guida di riferimento per le diverse strutture cardiologiche nazionali.

Dove le Linee Guida non arrivano: la valutazione e la gestione del rischio cardiovascolare negli anziani

DI GIAN FRANCESCO MUREDDU, FRANCESCO FATTIROLLI, POMPILO FAGGIANO

L'età avanzata, intesa per convenzione come > 75 anni, è uno dei fattori principali di devianza dalla media in Cardiologia e più in generale in medicina. La medicina basata sull'evidenza prevede infatti che sia le azioni diagnostiche che quelle terapeutiche siano guidate dalla dimostrazione di un favorevole rapporto costo - efficacia nel primo caso e di un chiaro beneficio in termini prognostici nel secondo. Gli anziani rappresentano dunque un paradosso: da un lato la loro prevalenza nella popolazione occidentale è in continuo aumento come risultato dell'evoluzione delle cure nella fase acuta delle malattie cardiovascolari e del cancro; dall'altro lo specifico comportamento clinico degli anziani (risposta e tolleranza ai trattamenti farmacologici ed interventistici, sviluppo di complicanze) è in realtà spesso misconosciuto perché gli ultrasettantenni vengono di fatto esclusi dagli studi randomizzati controllati (RCT) farmacologici e non farmacologici. Infatti, la selezione dei pazienti negli RCT privilegia generalmente l'inclusione delle fasce di media età e le comorbidità rappresentano di per sé criteri d'esclusione. Nella pratica clinica quindi, è difficile trovare riferimenti specifici nelle Linee Guida per

la popolazione anziana. Nella valutazione in prevenzione primaria di un soggetto anziano ad esempio, bisogna considerare che la maggior parte delle carte del rischio derivano da coorti di individui di mezza età e che i soggetti anziani sono esclusi: questo comporta che la stima del rischio a priori possa essere difficile già in individui d'età > 65 anni. Un'analisi della performance dello score di Framingham in una popolazione di soggetti > 85 anni dello studio Leiden 85 Plus ha dimostrato una potenza predittiva particolarmente bassa della carta del rischio con una C-statistic ben inferiore al limite di 0.70 che rappresenta la soglia di un'accettabile capacità discriminativa (area sotto la curva ROC = 0.53, IC 95%: 0.43 - 0.64) ⁽¹⁾. La carta del rischio del Progetto Cuore ha incluso coorti fino a 74 anni d'età, ma l'età media della sopravvivenza in Italia sfiora gli 85 anni. I tentativi per migliorare la stima del rischio negli anziani dovrebbero includere l'estensione delle osservazioni epidemiologiche a coorti di individui anziani e/o la stima delle interazioni tra età e fattori di rischio con un aumento obiettivo di costi e tempi. Il problema centrale cui rispondere tuttavia è quale sia il livello di rischio da considerare alto negli anziani. Nella

carta del rischio SCORE, ad esempio, tutti gli uomini > 65 anni hanno un rischio a 10 anni elevato (> 5%). Questo può determinare un problema di sovra - trattamento farmacologico di individui anziani ma sani. Per tale motivo le stesse Linee Guida europee raccomandano di aumentare la soglia del rischio considerato elevato dal 5 al 10% quando si considerino soggetti anziani ⁽²⁾. In ogni caso l'utilità di stratificare il rischio in questa fascia d'età non è stata di fatto mai dimostrata. In prevenzione secondaria, non solo l'età è uno dei maggiori predittori indipendenti di morte e/o recidiva di eventi cardiovascolari nei primi giorni dopo una sindrome coronarica acuta, ma i soggetti più anziani paradossalmente ricevono meno cure durante la degenza, sia perché vengono sottoposti in minor misura a strategie interventistiche, sia perché i farmaci vengono spesso sottodosati e sottoutilizzati. La minor prescrizione di farmaci alla dimissione determina una ridotta efficacia della cardioprotezione ⁽³⁾. Nell'Euro Heart Survey, ad esempio, solo il 36% dei soggetti con età ≥ 75 anni ricoverati per SCA ricevevano alla dimissione una statina e solo il 62% un β-bloccante rispetto al 57% e 75% dei soggetti più giovani ⁽⁴⁾. Infine, la valutazione cardiolo-

gica preoperatoria mirata a prevenire gli eventi cardiovascolari nei pazienti sottoposti a chirurgia non cardiaca è un problema che ha assunto grande rilevanza nei paesi occidentali proprio perché questi interventi vengono sempre più di frequente effettuati su una popolazione anziana, con una prevalenza altissima di malattie cardiache, in particolare di cardiopatia ischemica e scompenso cardiaco⁽⁵⁾. L'età avanzata rappresenta quindi una fascia di popolazione particolarmente a rischio, non solo per l'aumento dell'incidenza e della letalità della malattia coronarica, ma anche perché l'infarto miocardico acuto intraoperatorio o peri - operatorio hanno una mortalità più elevata negli anziani. In accordo con le Linee Guida recenti, la valutazione del rischio peri - operatorio si basa, soprattutto se il rischio chirurgico è intermedio o alto, sulla valutazione della capacità funzionale, dopo aver escluso la presenza di condizioni cardiache instabili⁽⁶⁾. Tuttavia, proprio negli anziani, spesso è difficile valutare sia le notizie anamnestiche che la capacità funzionale perché quest'ultima è sovente ridotta per la coesistenza di comorbidità e per una naturale tendenza all'auto - limitazione. Una valutazione obiettiva in questi casi può richiedere l'impiego di appropriati test diagnostici con allungamento dei tempi e possibili deviazioni dall'appropriatezza dei percorsi diagnostico - terapeutici⁽⁷⁾. L'indice di Lee, considerato da molti il miglior score di rischio cardiologico attualmente disponibile in chirurgia non cardiaca presenta anch'esso limiti evidenti proprio nella popolazione anziana.

Esso infatti contiene 5 determinanti clinici indipendenti di eventi cardiaci maggiori peri - operatori: storia di cardiopatia ischemica, storia di malattie cardiovascolari, scompenso cardiaco, diabete mellito insulino - dipendente ed insufficienza renale cronica. La chirurgia ad alto rischio è il sesto fattore incluso nell'indice. Manca evidentemente l'età che è stata invece inserita in un altro indice di rischio, il modello di Erasmus⁽⁴⁾. In questo modello una descrizione più dettagliata del tipo d'intervento e l'età aumentano il valore prognostico per gli eventi cardiaci peri - operatori. L'area sottesa dalla curva ROC per la predizione della mortalità cardiovascolare aumenta rispetto all'indice di Lee da 0.63 a 0.85⁽⁴⁾. Il modello di Erasmus tuttavia è (ancora) largamente sottoutilizzato. Un nuovo indice di rischio peri - operatorio è stato ottenuto sulla base di uno studio osservazionale condotto nel 2007 dall'American College of Surgeons (il National Surgical Quality Improvement Program database), per un totale di 211.410 pazienti; all'analisi di regressione logistica multivariata, tra i predittori indipendenti di IMA peri - operatorio vi erano una capacità funzionale ridotta (intesa come stato funzionale di dipendenza), e l'età avanzata suggerendo l'importanza di una valutazione funzionale multiparametrica⁽⁸⁾ e la necessità di osservazioni specifiche per età. In conclusione, le Linee Guida dimostrano spesso incertezza nelle indicazioni diagnostico - terapeutiche negli individui anziani che riflette la mancanza di studi ad - hoc e di attenzione specifica al problema.

Bibliografia essenziale

- (1) de Ruijter W, Westendorp RG, Assendelft WJ, den Elzen WP, de Craen AJ, le Cessie S, et al. Use of Framingham risk score and new biomarkers to predict cardiovascular mortality in older people: population based observational cohort study. *BMJ* 2009;338: 3083.
- (2) Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts)* Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 2012 May 3. (Epub ahead of print).
- (3) Mureddu GF, Rizzello V, Boccanelli A. La terapia alla dimissione, tra standardizzazione e personalizzazione. *G Ital Cardiol* 2008; 9 (suppl. 1-7):31S-42S.
- (4) Rosengren A, Wallentin L, Simoons M, et al. Age, clinical presentation, and outcome of acute coronary syndromes in the EuroHeart acute coronary syndrome survey. *Eur Heart J* 2006; 27: 789-95.
- (5) Urbinati S, Faggiano P. La consulenza cardiologica nel paziente candidato a chirurgia non cardiaca. Centro Scientifico Ed. Torino 2007.
- (6) Fleisher LA, Beckman JA, Brown KA, et al. ACC/AHA 2007 guidelines on perioperative cardiovascular evaluation and care for noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery). *J Am Coll Cardiol*. 2007;50:e159 - 241.
- (7) Fattiroli F, Orso F. Strategies for cardiovascular prevention in the elderly. *G Ital Cardiol* 2010;11(5 Suppl 3):97S-101S.
- (8) Pulignano G, Del Sindaco D, Di Lenarda A, Tarantini L, Cioffi G, Gregori D, Tinti MD, Monzo L, Minardi G. Usefulness of frailty profile for targeting older heart failure patients in disease management programs: a cost - effectiveness, pilot study. *J Cardiovasc Med* 2010;11(10):739-47.

ABRUZZO



Leonardo Paloscia

Presidente: Leonardo Paloscia (Pescara)
Consiglio Regionale:
 Donatello Fabiani (Teramo)
 Marco Mascellanti (Pescara)
 Antonietta Ottaviano (Vasto - CH)
 Massimo Pasquale (Chieti)
 Flavio Marco Tiburzi (Avezzano - AQ)
 Alfonso Valerio (Lanciano - CH)
www.anmco.it/regioni/elenco/abruzzo

BASILICATA



Luigi Truncellito

Presidente: Luigi Truncellito (Policoro - MT)
Consiglio Regionale:
 Giacinto Calculli (Matera)
 Vincenzo Capogrosso (Venosa - PZ)
 Antonio Giovanni Cardinale (Matera)
 Maurilio Di Natale (Potenza)
 Pasqualino Innelli (Marsico Vetere - PZ)
 Rinaldo Lauletta (Lagonegro - PZ)
 Vincenzo Domenico Martone (Potenza)
 Domenico Polosa (Potenza)
www.anmco.it/regioni/elenco/basilicata

CALABRIA



Mario Chiatto

Presidente: Mario Chiatto (Cosenza)
Consiglio Regionale:
 Vincenzo Amodeo (Reggio Calabria)
 Francesco Antonio Benedetto (Reggio Calabria)
 Roberto Caporale (Cosenza)
 Alfredo De Nardo (Vibo Valentia)
 Alessandro Ferraro (Catanzaro)
 Raffaele Lumare (Crotone)
www.anmco.it/regioni/elenco/calabria

CAMPANIA



Franco Mascia

Presidente: Franco Mascia (Caserta)
Consiglio Regionale:
 Gennaro Bellizzi (Ariano Irpino - AV)
 Paolo Capogrosso (Napoli)
 Archimede Caruso (Nocera Inferiore - SA)
 Rodolfo Citro (Salerno)
 Luigi Raffaele Elia (Napoli)
 Domenico Miceli (Napoli)
 Gerolamo Sibilio (Pozzuoli - NA)
 Paolo Silvestri (Benevento)
www.anmco.it/regioni/elenco/campania

EMILIA ROMAGNA



Stefano Urbinati

Presidente: Stefano Urbinati (Bologna)
Consiglio Regionale:
 Alberto Menozzi (Parma)
 Alessandro Capecchi (Bentivoglio - BO)
 Stefano Cappelli (Carpi - MO)
 Alessandro Fucili (Ferrara)
 Daniele Grosseto (Rimini)
 Alessandro Navazio (Guastalla - RE)
 Angelo Placci (Ravenna)
 Giovanni Quinto Villani (Piacenza)
www.anmco.it/regioni/elenco/emilia

FRIULI VENEZIA GIULIA



Alessandro Proclemer

Presidente: Alessandro Proclemer (Udine)
Consiglio Regionale:
 Salvatore Accardo (Gorizia)
 Vito D'Onofrio (San Vito al Tagliamento - PN)
 Ermanno Dametto (Pordenone)
 Giuseppe Di Fonzo (Latisana - UD)
 Grazia Fazio (Gemona del Friuli - UD)
 Laura Massa (Trieste)
 Giulia Russo (Trieste)
 Olga Vrizz (San Daniele del Friuli - UD)
www.anmco.it/regioni/elenco/friuli

LAZIO



Massimo Ugucioni

Presidente: Massimo Ugucioni (Roma)
Consiglio Regionale:
 Andrea Avella (Roma)
 Giuseppe Cacciatore (Roma)
 Stefania Angela Di Fusco (Roma)
 Fabio Ferranti (Ostia - RM)
 Antonino Granatelli (Tivoli - RM)
 Giuseppe Pajes (Albano Laziale - RM)
 Luciano Pandolfo (Roma)
 Roberto Scioli (Roma)
www.anmco.it/regioni/elenco/lazio

LIGURIA



Gianfranco Mazzotta

Presidente: Gianfranco Mazzotta (La Spezia)
Consiglio Regionale:
 Massimiliano Basso (Savona)
 Stefano Benedetto (Rapallo - GE)
 Alberto Camerini (Genova - Sestri Ponente)
 Ornella Magaia (Genova)
 Roberto Mureddu (Imperia)
 Luca Olivotti (Pietra Ligure - SV)
 Alberto Valbusa (Genova)
 Alessandro Luigi Vallebona (Rapallo - GE)
www.anmco.it/regioni/elenco/liguria

LOMBARDIA



Luigi Oltrona Visconti

Presidente: Luigi Oltrona Visconti (Pavia)
Consiglio Regionale:
 Francesca Buffoli (Mantova)
 Antonio Cirò (Monza - MB)
 Pompilio Massimo Faggiano (Brescia)
 Francesco Melchiorre Gentile (Cinisello Balsamo - MI)
 Niccolò Brenno Grieco (Milano)
 Alberto Limido (Varese)
 Pierfranco Ravizza (Lecco)
 Carlo Sponzilli (Milano)
www.anmco.it/regioni/elenco/lombardia

MARCHE



Domenico Gabrielli

Presidente: Domenico Gabrielli (Fermo)
Consiglio Regionale:
 Micaela Capponi (Macerata)
 Christian Corinaldesi (Ancona)
 Matteo Francioni (Ancona)
 Paolo Bocconcelli (Pesaro - PU)
 Anna Patrignani (Senigallia - AN)
 Michele Danilo Pierri (Ancona)
 Ettore Savini (Fermo)
 Giovanni Tarsi (Pesaro)
www.anmco.it/regioni/elenco/marche

MOLISE



Gianludovico Magri

Presidente: Gianludovico Magri (Campobasso)
Consiglio Regionale:
 Francesco Versaci (Campobasso)
 Sergio Margiotta (Pozzilli - IS)
 Alexandra Sabusco (Campobasso)
 Isabella Tavarozzi (Isernia)

www.anmco.it/regioni/elenco/molise

SARDEGNA



Rosa Anna Maria Pes

Presidente: Rosa Anna Maria Pes (Olbia - OT)
Consiglio Regionale:
 Antonio Asproni (Sassari)
 Raffaella Corona (Carbonia - CI)
 Maria Valeria Demontis (Oristano)
 Giovanni Lixi (Cagliari)
 Rosa Chiara Manzi (Cagliari)
 Pierluigi Merella (Nuoro)
 Carmela Mossa (Cagliari)
 Pierpaolo Orrù (Cagliari)

www.anmco.it/regioni/elenco/sardegna

P.A. BOLZANO



Roberto Cemin

Presidente: Roberto Cemin (Bolzano)
Consiglio Regionale:
 Rainer Oberhollenzer (Bolzano)
 Rupert Paulmichl (Merano - BZ)

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 (Trento)
 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)
 Paolo Fontanive (Pisa)
 Tiziana Giovannini (Prato)
 Emilio Maria Pasanisi (Pisa)
 Paola Pasqualini (Grosseto)
 Valerio Zacà (Siena)

www.anmco.it/regioni/elenco/toscana

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA



Marco Bobbio

Presidente: Marco Bobbio (Cuneo)
Consiglio Regionale:
 Paolo Angelino (Rivoli - TO)
 Tiziana Claudia Aranzulla (Torino)
 Giacomo Giovanni Boccuzzi (Torino)
 Federico Conrotto (Torino)
 Anna Maria Costante (Alessandria)
 Massimo Imazio (Torino)
 Federico Nardi (Verbania)
 Elena Maria Richiardi (Torino)

www.anmco.it/regioni/elenco/piemonte

UMBRIA



Claudio Cavallini

Presidente: Claudio Cavallini (Perugia)
Consiglio Regionale:
 Marco Cardile (Gubbio - PG)
 Marco Castronuovo (Terni)
 Paolo Chiocchi (Foligno - PG)
 Lina Marinacci (Città di Castello - PG)
 Adriano Murrone (Perugia)
 Antonio Pagano (Spoleto - PG)

www.anmco.it/regioni/elenco/umbria

PUGLIA



Pasquale Caldarola

Presidente: Pasquale Caldarola (Bitonto - BA)
Consiglio Regionale:
 Antonio Francesco Amico (Taviano - LE)
 Gabriele De Masi De Luca (Galatina - LE)
 Paola Dimito (Taranto)
 Antonia Mannarini (Bari)
 Giuseppe Modugno (Molfetta - BA)
 Michele Palella (Ceglie del Campo - BA)
 Francesca Pierri (Taranto)
 Massimo Villella (Foggia)

www.anmco.it/regioni/elenco/puglia

VENETO



Loris Roncon

Presidente: Loris Roncon (Rovigo)
Consiglio Regionale:
 Claudio Bilato (Padova)
 Fabio Chirillo (Treviso)
 Giovanni Conti (Este - PD)
 Daniele D'Este (Dolo - VE)
 Fabio De Conti (Camposampiero - PD)
 Alessandro Desideri (Castelfranco Veneto - TV)
 Giovanni Turiano (Conegliano - TV)
 Guerrino Zuin (Mestre - VE)

www.anmco.it/regioni/elenco/veneto

Il grasso epicardico

quale nuovo fattore di rischio cardiovascolare

DI ROBERTO CEMIN

Uno degli obiettivi principali della moderna Cardiologia preventiva consiste in una sempre maggior diffusione della stima del rischio cardiovascolare globale e degli accorgimenti dietetico-comportamentali e farmacologici in grado di ridurre quanto più possibile tale rischio. È ormai ben noto che per rischio cardiovascolare si intende la probabilità di un soggetto di sviluppare un evento cardiovascolare maggiore nell'arco di un determinato periodo ed altrettanto noti risultano i

il dosaggio ad alta sensibilità della proteina C reattiva, la misura della circonferenza addominale o la valutazione del tessuto adiposo epicardico. Il grasso epicardico è il tessuto adiposo viscerale del cuore. Anatomicamente si distribuisce tra il miocardio ed il pericardio viscerale, prevalentemente nel solco atrio-ventricolare ed in quello intraventricolare. Viene vascularizzato dallo stesso sistema microcircolatorio del miocardico⁽¹⁾ ed è rappresentato soprattutto attorno ai maggiori vasi coronarici, che proteg-

giore capacità di rilasciare e riassorbire gli acidi grassi liberi ed assume una minore quantità di glucosio. Questo tessuto interviene quindi nel metabolismo del miocardio, che trae la maggior parte della propria energia proprio dall'ossidazione di acidi grassi liberi. Il grasso epicardico fornisce un adeguato substrato energetico al miocardio, ma riassorbe anche gli acidi grassi liberi in eccesso. Non è ancora ben chiaro come gli acidi grassi vengano trasportati al miocardio: essi potrebbero diffondere bidirezionalmente attraverso lo spazio interstiziale secondo gradienti di concentrazione, oppure entrare nel microcircolo coronarico grazie ad un aumento della permeabilità, indotto da sostanze secrete dal grasso stesso.⁽³⁾ Il grasso epicardico è in grado di produrre una serie di citochine e molecole vasoattive, che influenzano il miocardio e le arterie coronarie, interagendo con la funzione endoteliale, con le cellule muscolari lisce coronariche ed i vasa-vasorum.⁽⁴⁾ Secernendo adiponec-tina ed adrenomedullina il grasso epicardico esercita anche un'azione antiinfiammatoria ed antiaterogena diretta.⁽⁵⁾ È stato inoltre proposto che

Non è così infrequente ritrovare una patologia cardiovascolare in un soggetto inizialmente inquadrato a basso rischio

metodi da utilizzare per calcolare tale rischio. Non è però così infrequente ritrovare una patologia cardiovascolare in un soggetto inizialmente inquadrato a basso rischio con le tabelle o gli algoritmi computerizzati. Recentemente si tende quindi a rivolgere un'attenzione sempre maggiore verso altri fattori di rischio innovativi, quali

ge dai traumi. In quantità minore è presente anche a livello della parete libera del ventricolo destro e dell'apice del ventricolo sinistro. Gli adipociti epicardici sono generalmente più piccoli di quelli localizzati in altre zone del corpo.⁽²⁾ Inoltre, rispetto al tessuto adiposo viscerale intra-addominale, il grasso epicardico è dotato di una

il grasso epicardico funzioni come grasso bruno e che sia in grado di proteggere il miocardio dall'ipotermia.

placca aterosclerotica ed infiammazione del tessuto adiposo circostante. Quello che è certo è che la secrezione

cardico si associa anche alla presenza di fattori di rischio coronarici diretti quali obesità, ipertensione arteriosa, diabete mellito. Oltre che con i livelli glicemici il grasso epicardico correla anche con i livelli di colesterolo LDL, HDL ed insulina a digiuno.⁽¹⁰⁾ Il grasso epicardico può essere misurato con molteplici metodiche, la più semplice delle quali è l'ecocardiografia.^(11, 12) TAC e risonanza magnetica valutano il grasso epicardico con più precisione,⁽¹³⁾ ma un loro utilizzo a questo fine non è proponibile per problemi di costi. Il grasso epicardico valutato con l'ecocardiografia è in stretta relazione con il grasso viscerale intraaddominale misurato con la risonanza magnetica e con la presenza di sindrome metabolica.⁽⁵⁾ Correlando direttamente con il grasso viscerale, il grasso epicardico esprime meglio il rischio reale di un paziente rispetto ad una semplice misurazione del BMI o della circonferenza addo-

Recentemente, partendo dall'osservazione che le placche aterosclerotiche coronariche sono più sviluppate nelle zone con maggiore quantità di grasso epicardico pericoronarico, è stato proposto che quest'ultimo svolga un ruolo rilevante nello sviluppo e nella progressione dell'aterosclerosi coronarica

mia.⁽⁶⁾ In condizioni patologiche il grasso epicardico può avere anche un effetto dannoso, attraverso il rilascio paracrino e vasocrino di citochine proinfiammatorie.⁽⁴⁾ Recentemente, partendo dall'osservazione che le placche aterosclerotiche coronariche sono più sviluppate nelle zone con maggiore quantità di grasso epicardico pericoronarico,⁽⁷⁾ è stato proposto che quest'ultimo svolga un ruolo rilevante nello sviluppo e nella progressione dell'aterosclerosi coronarica. Nei pazienti con significativa aterosclerosi coronarica si evidenziano infatti elevati livelli di infiltrati infiammatori a livello del grasso epicardico, prevalentemente rappresentati da macrofagi e linfociti.⁽⁸⁾ Non è ancora ben chiaro però se lo stato infiammatorio del grasso epicardico venga determinato dall'infiammazione delle placche aterosclerotiche contigue o se sia un processo a se stante.⁽⁴⁾ In realtà appare assai probabile una reciproca interazione fra infiammazione della

paracrina e vasocrina di molecole infiammatorie da parte del grasso epicardico favorisce la progressione del processo aterosclerotico. Inoltre, nel paziente con coronaropatia aterosclerotica ed infiammazione del grasso epicardico circostante, la secrezione di adiponectina ed adrenomedullina da parte del tessuto adiposo è ridotta

Le funzioni cardioprotettive del grasso epicardico possono essere riassunte in termogeniche (grasso bruno che protegge dall'ipotermia), biochimiche (antiinfiammatorie, antiaterogene, omeostatiche, nutritive) e meccaniche (protezione coronarica da traumi)

e viene quindi a mancare l'azione antiinfiammatoria ed antiaterogena diretta dovuta a queste molecole.⁽⁹⁾ Una quantità maggiore di grasso epi-

minale, che non sono così specifiche. Uno spessore di grasso epicardico ≥ 5.0 mm, misurato in sistole in corrispondenza del ventricolo destro nella sezione ecocardiografica parasternale

asse lungo, individua soggetti con una probabilità più elevata di aterosclerosi carotidea⁽¹¹⁾ ed anomalie cardiache quali un' aumentata massa miocardica, una ridotta funzione sistolica e diastolica ventricolare ed un ingrandimento atriale.⁽¹⁴⁾ Il grasso epicardico correla anche con presenza⁽¹⁵⁾ e severità della coronaropatia^(13, 16, 17) e con grado di calcificazione coronarica⁽¹⁸⁾, indipendentemente dagli altri fattori di rischio. Tale correlazione con la presenza di coronaropatia viene mantenuta anche nei soggetti normopeso, in particolar modo maschi.⁽¹⁵⁾ Il grasso epicardio è quindi un fattore di rischio coronarico indipendente dal BMI. Altra osservazione fondamentale è quella che il grasso epicardico risulta un fattore di rischio indipendente per la progressione della coronaropatia aterosclerotica subclinica rivalutata ad un follow up medio di 2.7 anni, dopo l'aggiustamento per i fattori di rischio e l'obesità.⁽¹⁹⁾ I soggetti con eccessivo grasso epicardico sono inoltre a rischio maggiore di rottura di cuore nel periodo immediatamente successivo ad una sindrome coronarica acuta.⁽²⁰⁾ Tutte queste osservazioni hanno portato a proporre la misurazione del grasso epicardico quale utile strumento per una migliore stratificazione del rischio cardiovascolare e metabolico. Fortunatamente questo fattore di rischio è modificabile in quanto il calo ponderale⁽²¹⁾ e la chirurgia bariatrica,⁽²²⁾ portando ad una riduzione del grasso epicardico, restituiscono ad esso le sue proprietà fisiologiche,⁽⁴⁾ con un conseguente miglioramento del microcircolo coronarico.

Bibliografia:

1. Corradi D, Maestri R, Callegari S, et al. The ventricular epicardial fat is related to the myocardial mass in normal, ischemic and hypertrophic hearts. *Cardiovasc Pathol* 2004; 13:313-316.
2. Bambace C, Telesca M, Zoico E, et al. Adiponectin gene expression and adipocyte diameter: a comparison between epicardial and subcutaneous adipose tissue in men. *Cardiovasc Pathol* 2012; 20:e153-156.
3. Sacks HS, Fain JN. Human epicardial adipose tissue: a review. *Am Heart J* 2007; 153:907-936.
4. Iacobellis G, Malavazos AE, Corsi MM. Epicardial fat: from the biomolecular aspects to the clinical practice. *Int J Biochem Cell Biol* 211; 43(12):1651-1654.
5. Iacobellis G, Di Gioia CR, Cotesta D, et al. Epicardial adipose tissue adiponectin expression is related to intracoronary adiponectin levels. *Horm Metab Res* 2009; 41:227-231.
6. Sacks HS, Fain JN, Holman B, et al. Uncoupling protein-1 and related mRNAs in human epicardial and other adipose tissues: epicardial fat functioning as brown fat. *J Clin Endocrinol Metab* 2009; 94:3611-3615.
7. Prati F, Arbustini E, Labellarte A, et al. Eccentric atherosclerotic plaques with positive remodelling have a pericardial distribution: a permissive role of epicardial fat? A three-dimensional intravascular ultrasound study of left anterior descending artery lesions. *Eur Heart J* 2003; 24:329-336.
8. Mazurek T, Zhang L, Zalewski A, et al. Human epicardial adipose tissue is a source of inflammatory mediators. *Circulation* 2003; 108:2460-2466.
9. Iacobellis G, Pistilli D, Gucciardo M, et al. Adiponectin expression in human epicardial adipose tissue in vivo is lower in patients with coronary artery disease. *Cytokine* 2005; 29:251-255.
10. Iacobellis G, Ribaudo MC, Assael F, et al. Echocardiographic epicardial adipose tissue is related to anthropometric and clinical parameters of metabolic syndrome: a new indicator of cardiovascular risk. *J Clin Endocrinol Metab* 2003;88:5163-5168.
11. Nelson MR, Mookadam F, Thota V, et al. Epicardial fat: an additional measurement for subclinical atherosclerosis and cardiovascular risk stratification? *J Am Soc Echocardiogr* 2011; 24(3):339-345.
12. Iacobellis G, Willens HJ. Echocardiographic epicardial fat: a review of research and clinical applications. *J Am Soc Echocardiogr* 2009;22:1311-1319.
13. Sarin S, Wenger C, Marwaha A, et al. Clinical significance of epicardial fat measured using cardiac multislice computed tomography. *Am J Cardiol* 2008; 102:767-771.
14. Mookadam F, Goel R, Alharthi MS, et al. Epicardial fat and its association with cardiovascular risk: a cross-sectional observational study. *Heart Views* 2010;11(3):103-108.
15. Bettencourt N, Toschke AM, Leite D, et al. Epicardial adipose tissue is an independent predictor of coronary atherosclerotic burden. *Int J Cardiol* 2012; 158:26-32.
16. Iacobellis G, Lonn E, Lamy A, et al. Epicardial fat thickness and CAD correlate independently of obesity. *Int J Cardiol* 2011; 146:452-454.
17. Jeong JW, Jeong MH, Yun KH, et al. Echocardiographic epicardial fat thickness and coronary artery disease. *Circ J* 2007;71:536-539.
18. De Vos AM, Prokop M, Roos CJ, et al. Peri-coronary epicardial adipose tissue is related to cardiovascular risk factors and coronary artery calcification in postmenopausal women. *Eur Heart J* 2008; 29:777-783.
19. Yerramasu A, Dey D, Venuraju S, et al. Increased volume of epicardial fat is an independent risk factor for accelerated progression of sub-clinical coronary atherosclerosis. *Atherosclerosis* 2012; 220(1):223-230.
20. Roberts WC, Roberts JD. The floating heart or the heart too fat to sink: analysis of 55 necropsy patients. *Am J Cardiol* 1983;52:1286-1289.
21. Iacobellis G, Singh N, Wharton S, et al. Substantial changes in epicardial fat thickness after weight loss in severely obese subjects. *Obesity* 2008; 16:1693-1697.
22. Willens HJ, Byers P, Chirinos JA, et al. Effects of weight loss after bariatric surgery on epicardial fat measured using echocardiography. *Am J Cardiol* 2007;99:1242-1245.



V Convention delle UTIC Lombarde 2012: una conferma ed una sorpresa

DI ALBERTO LIMIDO E NICCOLÒ BRENNO GRIECO

Queste due parole sono quelle che meglio definiscono l'esperienza della V^o Convention delle UTIC Lombarde, svoltasi nei giorni 13 e 14 aprile 2012 presso l'Antico Borgo la Muratella di Cologno al Serio (BG). Il tradizionale incontro dei Cardiologi lombardi che sono attivi nelle UTIC, ha infatti, rappresentato una conferma per l'elevato numero di presenze (136 tra Partecipanti, Relatori e Moderatori) ed una sorpresa per l'originale organizzazione e la positiva accoglienza da parte dell'uditorio. Il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Lombardia ha infatti analizzato attentamente le proposte

fatte dai partecipanti nelle precedenti edizioni, cercando di rendere il più possibile interattiva e diretta la partecipazione dell'uditorio alla Convention. Sono stati selezionati 4 casi clinici, relativi ad altrettanti pazienti ricoverati in 4 letti di una UTIC virtuale:

Letto 1: STEMI complesso
Letto 2: scompenso avanzato
Letto 3: tempesta aritmica
Letto 4: paziente sottoposto a chirurgia extracardiaca

Dopo l'introduzione del Presidente eletto dell'ANMCO, Francesco Bovenzi, e del Presidente Regionale

Luigi Oltrona Visconti, nella prima mattina di lavori 4 giovani Cardiologi, rispettivamente Francesco Soriano (Milano Niguarda), Simona Damiano (Pavia), Marco Mennuni (Rozzano) e Riccardo Sgarla (Varese), hanno effettuato una breve presentazione del caso, proprio come se dovessero "passare le consegne" dopo un turno di guardia, con la supervisione del loro Responsabile di UTIC. Dopo la presentazione del caso alcuni opinion leader, rispettivamente Stefano De Servi (Letto 1), Fabrizio Oliva (Letto 2), Maurizio Landolina (Letto 3) e Maddalena Lettino (Letto 4) hanno approfondito lo stato dell'arte della gestione della patologia ricoverata.

stato suddiviso in 4 gruppi di lavoro, contraddistinti da una vistosa pin colorata a tema, ad ognuno dei quali è stato assegnato un letto: i gruppi hanno ampiamente approfondito, avvalendosi anche di materiale cartaceo di consultazione selezionato, i singoli casi clinici con alcuni “esperti” che hanno tenuto specifiche relazioni su aspetti particolari della patologia. Nel primo gruppo sono state sviluppate tematiche inerenti la gestione di un caso di STEMI complesso: Giovanni Battista Perego (Milano Auxologico) ha approfondito il trattamento dell’insufficienza renale, Diego Castini (Milano, S. Paolo) è intervenuto sul tema del rischio di sanguinamento e della gestione degli accessi vascolari; Enrico Passamonti, (Cremona) ha presentato le indicazioni e le problematiche relative all’impiego del IABP; Massimo Romanò (Vigevano) si è occupato di problematiche di disorientamento e sedazione ed infine Marco Negrini (Milano, Fatebenefratelli) ha illustrato il razionale dell’impiego precoce delle statine. Nel secondo gruppo di lavoro, incentrato sulla gestione di un paziente con cardiomiopatia dilatativa terminale sottoposto ad assistenza prolungata con contropulsatore aortico, Giancarlo Marenzi, (Milano, Monzino) ha trattato la gestione della ventilazione in UTIC, Roberto Sala (Milano) si è focalizzato sugli aspetti farmacologici mentre Alessandro Bozzano (Monza, San Gerardo) ha presentato le scelte di assistenza circolatoria e le prospettive di impiego dell’ECMO nel trattamento della sindrome da bassa portata; a Carlo

Campana (Como) è stato affidato il compito di esporre le problematiche relative alla gestione del rischio settico. Il terzo gruppo di lavoro ha analizzato il caso di un paziente che ha manifestato una inaspettata e prolungata tempesta aritmica: Claudio Pedrinazzi (Crema) ha puntualizzato le problematiche relative alle tachiaritmie ventricolari e sopraventricolari, e della loro diagnosi differenziale, Roberto Rordorf (Pavia) ha analizzato le prospettive terapeutiche farmacologiche attuali e future, Antonello Vincenti (Monza, San Gerardo) ha esposto le problematiche relative alla ottimizzazione della programmazione di defibrillatori impiantabili, mentre Massimo Tritto (Castellanza) ha presentato le indicazioni alla terapia ablativa nei pazienti con tempesta aritmica. Nel quarto gruppo la discussione si è focalizzata su un paziente con recente sindrome coronarica acuta sottoposto ad intervento di chirurgia non cardiaca maggiore. A Roberta Rossini (Bergamo, Ospedali Riuniti) è stato affidato il compito di definire i criteri di rischio cardiologico negli interventi di chirurgia non cardiaca, mentre le indicazioni al ricovero e la durata del periodo di osservazione post - intervento in UTIC sono state esposte da Antonio Izzo (Mantova). Fabrizio Poletti (Legnano) ha analizzato le problematiche, di grandissima attualità, relative al rischio di sanguinamento ed alla sua gestione; infine Fredy Suter (Bergamo) ha elencato i criteri di buona prassi clinica nella prevenzione e gestione delle infezioni. Come da ormai apprezzata tradizione i lavori scientifici si sono conclusi con

“L’Aperitivo con Casi Clinici”. L’elevata qualità delle presentazioni, la capacità dei relatori e qualche calice di bianco frizzante hanno acceso il dibattito sulla nefropatia da mezzo di contrasto, presentato da Paola Sepe (Lodi) e su un’inusuale caso di miopericardite, presentato da Elena Bonini (Brescia). La mattina del 14 aprile ai coordinatori di ciascun gruppo di lavoro è stato chiesto di presentare una simbolica “lettera di dimissione” in cui il gruppo riferisse in sessione plenaria i risultati dei propri approfondimenti e raccontasse lo svolgimento del caso presentato il giorno prima. Interessante è stato confrontare le differenti scelte di ciascuno, sia nel modo di avvalersi dei propri “consulenti esperti” sia nello svolgere la lettera di dimissione. Il resto dei lavori ha visto un Mini - Simposio dedicato alla rete di gestione della Sindrome aortica acuta: è stato approfondito un problema che, per l’elevata mortalità e morbilità acuta, rappresenta ancora una sfida alle possibilità terapeutiche interventistiche. Claudio Cuccia (Brescia) ha analizzato gli aspetti medici cardiologici mentre Luigi Martinelli (Milano, Niguarda) ha trattato quelli più specificamente cardiocirurgici della gestione di pazienti colpiti da dissezione aortica; i due relatori hanno convenuto sulla necessità di predisporre, accanto ad una diagnostica efficiente e rapida, la possibilità di organizzare una rete regionale di trasferimento precoce del paziente da strutture periferiche a Centri “Hub” in grado di garantire l’indispensabile trattamento chirurgico. La Convention è stata arricchita



anche da cinque Letture Magistrali, che hanno trattato argomenti di vario tipo, spaziando da temi di ordine organizzativo - regolatorio fino a temi di interesse clinico, di farmacoterapia e terapia cellulare: abbiamo infatti avuto l'onore di avere tra noi un ospite internazionale, il Prof. Peter Clemmensen (President of the Danish Heart Foundation, Professor at University of Copenhagen) che ha presentato il vantaggio clinico, in termini di riduzione di eventi cardiaci maggiori, derivante dall'introduzione dei nuovi antiaggreganti piastrinici nei pazienti affetti da sindrome coronarica acuta, pur considerando il rischio di complicanze emorragiche in particolari sottogruppi; un accen-

no è stato dedicato anche ai nuovi farmaci in studio, quali cangrelor e vorapaxar. A Maurizio Marzegalli (Milano, San Carlo) è stata affidata una lettura dedicata alla presentazione dello stato di avanzamento dell'Archivio Regionale STEMI, ormai giunto al secondo anno di applicazione pratica ed alle future prospettive di attivazione di archivi regionali sulla morte improvvisa. Antonio Mafri (Milano, Niguarda) presentando i risultati dello Studio SMILE IV, ha mostrato come l'uso precoce dell'ACE-inibitore Zofenopril consenta un netto beneficio prognostico nei pazienti affetti da infarto miocardico acuto con disfunzione ventricolare sinistra. Felice Achilli (Monza, San Gerardo)

ha fatto il punto sulla situazione della terapia cellulare in Cardiologia, dedicando spazio soprattutto alla presentazione del progetto di studio "STEMAMI OUTCOME" basato sull'utilizzo di sostanze stimolatrici della rigenerazione cellulare in pazienti con infarto miocardico acuto, che ha già preliminarmente riscosso grande adesione in ambito cardiologico nazionale. Il bilancio della V^o Convention 2012 è decisamente positivo: il modello interattivo scelto per presentare le tematiche e l'ampio spazio dedicato al dibattito in gruppi hanno suscitato interesse ed acceso il dibattito. L'ampio consenso che riscuote la Convention porta il numero di partecipanti a crescere ogni anno,

Struttura e funzione della Cardiologia in Puglia dopo il Piano di Riordino Ospedaliero

DI ANTONIO FRANCESCO AMICO E PASQUALE CALDAROLA

Come disegnare una prospettiva per la Cardiologia ospedaliera fra vincoli economici e nuove sfide culturali e organizzative

Introduzione

Il riordino della rete ospedaliera pugliese, contemplato nella DGR 1110 del 5/6/2012, ha dato luogo ad un riassetto della dotazione di posti letto di Cardiologia, prevedendo in molte realtà ospedaliere una riduzione degli stessi. La situazione su cui la Regione è stata costretta ad intervenire è rappresentata sinteticamente nella

Figura 1, che evidenzia lo squilibrio tra il numero di strutture cardiologiche e gli standard richiesti da AGENAS e contestati dai tecnici del Ministero della Salute al piano di riordino ospedaliero della Regione Puglia. Tale riassetto ha visto drasticamente ridotto il numero dei posti letto assegnati alle “Unità Coronariche”, con una logica di previsione delle stesse

solo all'interno di strutture fornite di emodinamica, sia pure con qualche eccezione. Tale riorganizzazione ha rischiato di ingenerare confusione se non addirittura conflittualità all'interno della complessiva organizzazione cardiologica che si era evoluta negli ultimi anni secondo il modello Hub and Spoke, modello che ha dimostrato ampiamente di essere il più efficiente ed efficace nella gestione delle patologie critiche cardiologiche, in particolare quelle riguardanti la cardiopatia ischemica acuta. Si è ritenuto pertanto necessario chiarire in modo sufficientemente dettagliato se e in che modo la nuova determinazione dei posti letto cardiologici debba influenzare il modello di cura finora seguito dai Cardiologi ospedalieri pugliesi, al fine di evitare possibili e pericolosi vuoti assistenziali. Allo stesso tempo è apparso quanto mai urgente definire come il nuovo assetto vada collegato alla determinazione delle piante organiche. L'ANMCO Puglia si è preoccupata di evitare

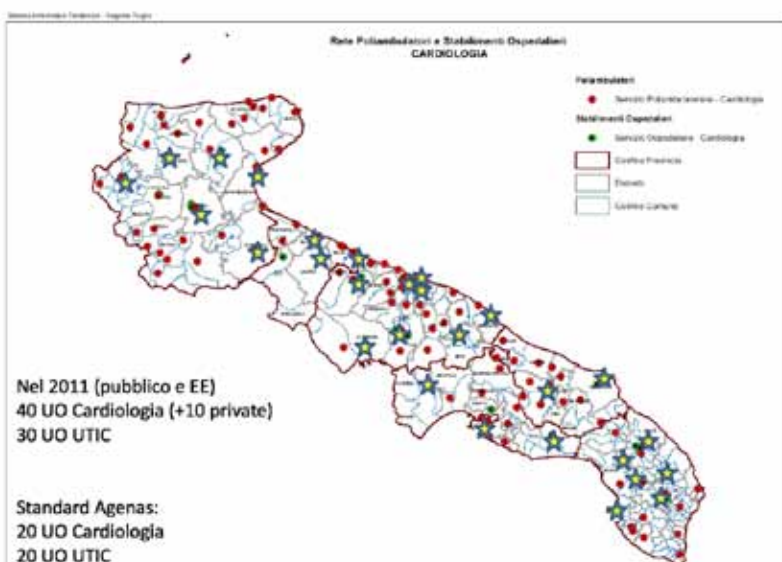


Figura 1

	CARDIOLOGIA	UTIC	ABITANTI	PL CARDIO X 100.000 ABITANTI	PL UTIC X 100.000 ABITANTI
BAT	36	6	392863	9,16	1,53
BARI	173	48	1258706	13,74	3,81
FOGGIA	85	34	640836	13,26	5,31
BRINDISI	51	16	403229	12,65	3,97
TARANTO	50	14	580028	8,62	2,41
LECCE	128	18	815597	15,69	2,21
TOTALI	523	136	DEVIAZIONE STANDARD	2,76	1,40

Figura 2

che una operazione con finalità di razionalizzazione potesse trasformarsi, in assenza di precise “istruzioni per l’uso”, in fonte di distorsioni e approssimazioni localistiche che avrebbero vanificato l’equità di accesso alle cure da parte dei cittadini e l’aspirazione alla maggiore efficienza complessiva del sistema. In tale ottica, e in considerazione che un tavolo tecnico sull’argomento era stato già predisposto dall’ARES, l’ANMCO Puglia ha elaborato un documento, condiviso da GISE e SICOA che, pur non entrando in merito alla distribuzione dei posti letto e rispettando le indicazioni fornite da AGENAS, propone una attribuzione di funzioni ad ogni singola tipologia di struttura. È appena il caso di sottolineare come AGENAS abbia proposto una razionalizzazione della distribuzione delle UTIC esclusivamente basandosi su un dato statistico che tiene conto di una codifica differente del ricovero effettuato in UTIC (codice di struttura 50) rispetto al ricovero in Cardiologia (codice di struttura 08) come se i due compartimenti funzionassero in modo stagno. Nella stragrande maggioranza degli Ospedali in realtà tale distinzione è del tutto artificiosa, venendo il paziente dimesso dalla struttura cardiologica dopo aver fruito di vari regimi assistenziali nell’ambito di un unico episodio di ricovero. Pertanto il diverso significato semantico del termine UTIC (da un lato identifican-

te un regime assistenziale, dall’altro identificante una sezione di degenza distinta della quale ottenere dati di funzionalità separata) ha ingenerato l’attuale equivoco e le preoccupazioni conseguenti. Peraltro nella DGR 1110 emerge una disomogenea distribuzione dei posti letto di UTIC e Cardiologia come si evince dalla tabella in cui appaiono chiaramente sotto dotate le Province BAT e Taranto (Figura 2): è evidente che l’aver ancorato le UTIC alla presenza dell’emodinamica crea ancor più disparità territoriali, sia nella distribuzione dei posti letto di UTIC che nella previsione di emodinamiche (si noti la mancanza di una emodinamica in tutto il territorio compreso tra Bari e Brindisi). Tale disparità può essere solo in parte attenuata se la distinzione UTIC - Cardiologia viene posta in secondo piano rispetto alle funzioni esercitate dalle Strutture Cardiologiche esistenti. Va fin d’ora specificato che il principio ispiratore della proposta, che viene riportata nei paragrafi successivi, trova un suo strumento fondamentale di attuazione nell’istituzione del Dipartimento Cardiovascolare. Solo tale modalità organizzativa consentirebbe alle singole Aziende di poter governare quel processo di trasformazione necessariamente graduale con la garanzia che lo stesso possa essere condiviso dalla comunità professionale senza sentirsi “vittima” delle decisioni della politica.

Struttura e funzioni della Cardiologia pugliese

La presentazione al ricovero ospedaliero del paziente cardiopatico acuto può essere:

1. in emergenza, con necessità di sostegno delle funzioni vitali;
 2. con acuzie non differibile (sindrome coronarica acuta, scompenso cardiaco acuto, aritmie con compromissione emodinamica o ad alta pericolosità);
 3. ricovero programmato per condizioni che non possono essere trattate in regime ambulatoriale o di ricovero diurno a causa della loro complessità o per la presenza di potenziali rischi.
- Le prime due tipologie finora sono state destinate al ricovero in UTIC. Le UTIC hanno rappresentato la struttura chiave per la cura dei cardiopatici acuti, in particolare per quelli affetti da infarto miocardico acuto, aritmie minacciose, scompenso cardiaco acuto e refrattario. Il rapporto fra le UTIC (più numerose) e i laboratori di emodinamica (meno numerosi) dovrebbe svilupparsi secondo una logica di rete, che nell’ambito regionale è però stata realizzata in modo disomogeneo. Di fatto il cardiopatico acuto spesso necessita di un approccio diagnostico con cateterismo cardiaco nel corso del ricovero. L’esame strumentale rappresenta però un momento di minore impegno assistenziale rispetto al tempo e alle risorse necessarie per la cura comples-

CARDIOLOGIA RIABILITATIVA

SCOMPENSO CARDIACO CRONICO RIACUTIZZATO O CON COMORBIDITA' CHE RENDANO NECESSARIO UN TRATTAMENTO IN REGIME DI DEGENZA MA SENZA NECESSITA' DI TRATTAMENTI INVASIVI

ATTIVITA' DI RIABILITAZIONE POSTOPERATORIA O POSTACUZIE (SCOMPENSO, CARDIOPATIA ISCHEMICA ACUTA) IN REGIME DI DEGENZA

TRATTAMENTO E MONITORAGGIO DI ARITMIE NON COMPLICATE

COORDINAMENTO DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI DEL CARDIOPATICO CRONICO CON FINALITA' DI INTEGRAZIONE CON L'ASSISTENZA TERRITORIALE

*Figura 3***CARDIOLOGIA SENZA EMODINAMICA E PRESENZA DI AREA CRITICA**

STEMI IN CONDIZIONI DI STABILITA' DOPO RIPERFUSIONE (necessità di DRG di percorso)

NSTEMI A RISCHIO MODERATO. NSTEMI STABILE DOPO RIVASCOLARIZZAZIONE (necessità di DRG di percorso)

SCOMPENSO CARDIACO ACUTO O CRONICO REFRATTARIO ALLA TERAPIA MEDICA CON NECESSITA' DI VENTILAZIONE ASSISTITA O ULTRAFILTRAZIONE MA SENZA INDICAZIONE AD ASSISTENZA MECCANICA

ARITMIE CON NECESSITA' DI MONITORAGGIO E/O CON NECESSITA' DI IMPIANTO DI DEVICES

EMBOLIA POLMONARE EMODINAMICAMENTE STABILE

MIOCARDITI CON MODERATA DISFUNZIONE VENTRICOLARE

DOLORE TORACICO IN PAZIENTI AD ALTO RISCHIO ISCHEMICO

IPERDOSAGGIO/AVVELENAMENTO DA FARMACI CARDIOATTIVI

Figura 4

siva. Se tutti questi pazienti dovessero essere ricoverati solo nei centri dotati di emodinamica si rischierebbe la paralisi del sistema per l'enorme sproporzione tra la domanda e l'offerta di posti letto di UTIC. È evidente quindi che nella stragrande maggioranza delle patologie cardiologiche acute dovrà essere previsto un modello assistenziale che consenta, laddove necessario, il trasferimento temporaneo del paziente presso le strutture dotate di emodinamica per la diagnostica necessaria e la successiva ripresa in carico del paziente dalla struttura che lo tiene in cura. Quest'ultima, a sua volta, dovrà essere dotata di quanto necessario in termini di dotazione organica e strumentale, per poter assistere un

paziente portatore di criticità. In considerazione di quanto premesso, e in considerazione del nuovo assetto previsto dalla DGR 1110, le strutture cardiologiche ospedaliere possono essere distinte, a nostro avviso secondo le seguenti tipologie:

1. Cardiologie riabilitative;
2. Cardiologie senza emodinamica e presenza di area critica;
3. Cardiologie con emodinamica interventistica h/24 e sezione di UTIC annessa;
4. Cardiologie con emodinamica interventistica h/24 e sezione di UTIC annessa in presenza di cardiocirurgia.

Le funzioni attribuibili alle strutture suddette sono compendiate nelle

Figure 3, 4, 5 e 6 in cui le stesse vengono viste secondo una progressione di complessità, per cui la struttura più complessa è in grado di assorbire le funzioni della struttura meno complessa. L'eliminazione di molte UTIC prevista dalla DGR 1110 verrebbe a privare molti Ospedali di funzioni importanti di assistenza al paziente critico che non potrebbero essere mai vicariate, sia per ragioni di distribuzione geografica che per capienza ricettiva, dalle UTIC residue previste. Le conseguenze fortemente negative dal punto di vista sia della qualità dell'assistenza che delle stesse conseguenze economiche sono facilmente prevedibili: la logica della rete di assistenza del cardiopatico acuto verrebbe irri-

CARDIOLOGIA CON EMODINAMICA E SEZIONE DI UTIC ANNESSA

STEMI NELLE PRIME 24/48 ORE, O CON COMPLICANZE O AD ALTO RISCHIO *

NSTEMI A RISCHIO ELEVATO PERSISTENTE ANCHE DOPO RIVASCOLARIZZAZIONE MECCANICA *

SCOMPENSO CARDIACO ACUTO O SHOCK CARDIOGENO CON NECESSITA' DI ASSISTENZA MECCANICA *

ARITMIE GRAVI REFRATTARIE ALLA TERAPIA MEDICA O CON NECESSITA' DI PROCEDURE INTERVENTISTICHE (AD ES. ABLAZIONE)

EMBOLIA POLMONARE MASSIVA CON GRAVE COMPROMISSIONE EMODINAMICA

MIOCARDITI CON ESTESA DISFUNZIONE VENTRICOLARE O INSTABILI

*(salvo i pazienti con indicazione chirurgica indifferibile)

Figura 5

mediabilmente compromessa (si consideri come le strutture 2 e 3 in molte realtà locali già interagiscono strettamente con trasferimento reciproco di pazienti che percorrono il loro iter diagnostico terapeutico utilizzandole entrambe in tempi diversi); inoltre in molti Ospedali diverrebbe precaria la gestione di pazienti critici anziani e con comorbidità nonché il supporto alle attività chirurgiche o internistiche senza guardia h 24. Elemento critico e indispensabile affinché il sistema descritto sia efficiente è il coinvolgimento attivo del servizio territoriale del 118 nell'esecuzione del trasporto protetto nelle situazioni delineate:

1. Trasporto diretto dello STEMI verso il centro Hub, previa teletrasmissione di dati;
2. Trasporto secondario urgente dal centro Spoke verso il centro Hub per le condizioni di emergenza che necessitano di emodinamica.

Nell'ambito di una organizzazione dipartimentale ci si proporrà come obiettivo la organizzazione della riabilitazione cardiologica in strutture appositamente dedicate. In questa fase transitoria la riabilitazione cardiologica potrà essere prevista come modulo aggregato, con codice 56, a strutture cardiologiche. Per quanto attiene i percorsi diagnostico - terapeutici e il coordinamento con le attività territo-

riali, saranno propri delle Cardiologie riabilitative o, in loro assenza, delle Strutture Complesse di riferimento. Infine va ricordato che negli stabilimenti in cui non esistono posti letto di Cardiologia va assicurata la presenza cardiologica mediante servizi ambulatoriali (day services, day hospital) aggregati alle Strutture Complesse di Cardiologia. Tale presenza richiederà un numero adeguato di Cardiologi relativamente alle funzioni richieste dallo stabilimento stesso, eventualmente utilizzando anche i Cardiologi territoriali.

Organizzazione Dipartimentale e Dotazioni organiche

La determinazione delle dotazioni organiche ha un significato relativo all'interno di una organizzazione dipartimentale, che vede una sua funzione essenziale nell'ottimizzare le risorse umane all'interno del Dipartimento. Pertanto le proposte che seguono vanno intese non in senso statico ma flessibile, in rapporto anche all'evoluzione delle modalità assistenziali che si verificheranno all'interno di molte strutture nell'arco temporale di applicazione del piano di rientro. Con l'esclusione delle strutture di Cardiologia dei Centri provvisti di Cardiochirurgia in cui evidentemente le necessità di personale possono essere variabili in rapporto

anche a singoli progetti (vedi trapianto cardiaco), nelle restanti strutture potrà essere prevista una dotazione organica modulata come di seguito:

1. Cardiologie con emodinamica interventistica e sezione UTIC: 18 - 22 Medici;
2. Cardiologie senza emodinamica e presenza di area critica: 10 - 14 Medici;
3. Cardiologie Riabilitative: 6 - 8 Medici.

La flessibilità indicata è legata alla variabilità delle attività incluse nell'ambito della struttura. La dotazione organica definitiva dovrà essere determinata nell'ambito di una negoziazione fra il Dipartimento e la Direzione Generale. A titolo di esempio:

1. la presenza di un'area critica effettivamente attiva, che richieda ovviamente una maggiore dotazione organica, sarà documentata dagli indici di attività quali il peso medio del DRG, l'appropriatezza dei ricoveri (MAAP fornito dai dati regionali), la funzionalità relativa alle necessità dello stabilimento ospedaliero in cui è ubicata ecc.;
2. la presenza di una attività riabilitativa all'interno della struttura richiederà di essere presa in considerazione nell'ambito della dotazione organica;
3. le attività di elettrofisiologia, virtualmente possibili in ogni struttura,

CARDIOLOGIA CON EMODINAMICA E SEZIONE DI UTIC ANNESSA IN PRESENZA DI CARDIOCHIRURGIA

DISSEZIONE AORTICA PER TERAPIA MEDICA ED OSSERVAZIONE POST CHIRURGICA

MIOCARDITI CON NECESSITA' DI BIOPSIA MIOCARDICA

PAZIENTI DA SOTTOPORRE A PROCEDURE INTERVENTISTICHE PERCUTANEE COMPLESSE A RISCHIO DI COMPLICANZE

PERICARDIOCENTESI IN ELEZIONE (PROBABILE APPROCCIO CHIRURGICO)

PAZIENTI IN SUPPORTO MECCANICO IN ATTESA DI TRAPIANTO

COMPLICANZE POST-TRAPIANTO CARDIACO

Figura 6

esclusa la riabilitativa, vanno quantificate in merito alle specifiche attività diagnostico - terapeutiche.

Siamo consapevoli che l'evoluzione attesa del sistema è quella di una progressiva concentrazione delle strutture cardiologiche in realtà di maggiori dimensioni. Ovviamente tale prospettiva va incardinata nel complessivo riassetto ospedaliero che vedrà anche marcati cambiamenti del patrimonio edilizio. In questa ottica di trasformazione anche i ruoli dei dirigenti verranno a modificarsi. Al momento tuttavia è necessario considerare non in discussione le posizioni giuridiche attuali, che avranno il ruolo fondamentale di traghettare il vecchio sistema verso il nuovo nell'ambito di una gestione Dipartimentale. Quest'ultima diventa ora indispensabile ed urgente, in quanto un'operazione di così profonda trasformazione di abitudini cliniche, identità di ruoli, mobilità professionale rischia di creare un grave danno all'assistenza se non opportunamente governata.

Conclusioni

Sintetizzando quanto sinora rappresentato, l'ANMCO Puglia ha chiesto che nell'atto deliberativo esecutivo del riordino ospedaliero vengano previste, riguardo alla Cardiologia, le seguenti indicazioni:

1. tabella della classificazione delle

strutture Cardiologiche con relative funzioni;

2. mantenimento dello stato giuridico delle posizioni attualmente ricoperte, anche nell'ambito di eventuali processi di accorpamento, prima di procedere ad eventuali nuove procedure di incarico;

3. istituzione obbligatoria del Dipartimento cardiovascolare di Azienda;

4. indicazione alle Direzioni Generali di acquisizione del presente documento quale strumento operativo per negoziare con il Dipartimento le soluzioni applicative del piano di riordino nonché le dotazioni organiche come sopra riportate.

Si sottolinea come la presente proposta:

1. è stata condivisa dalle altre Società Scientifiche (GISE, SICOA) e quindi è stata sottoposta a un'ampia verifica all'interno della Cardiologia ospedaliera pugliese con l'obiettivo di ridurre le conflittualità che inevitabilmente vengono generate tra gli operatori coinvolti nel cambiamento;

2. fornisce indicazioni organizzative che, se recepite, renderanno più facile la trasformazione del sistema evitando ulteriori fonti di conflittualità.

È da sottolineare come lo snodo critico relativo alla soppressione delle UTIC è rappresentato dall'introduzione del concetto di area critica. Non

si tratta di una semplice differenza nominalistica. La differenza sostanziale rispetto alla precedente organizzazione è data dal rendere l'attività e l'esistenza dell'area critica un elemento flessibile di programmazione dipartimentale, correlato alle esigenze del singolo stabilimento ospedaliero e del suo bacino territoriale, al fine di evitare sprechi di risorse preziose. Il concetto di area critica è collegato poi con le caratteristiche di multidisciplinarietà dell'area intensiva cardiologica in linea con i più moderni orientamenti di Cardiologia intensiva della Società Europea di Cardiologia. Allo stato attuale l'ANMCO Puglia è stata già ricevuta in audizione da parte della Commissione Consiliare Sanità e ha avuto la possibilità di illustrare e far acquisire il documento prodotto all'Assessore alla Salute. La nostra Associazione è fiduciosa che lo sforzo fin qui profuso possa contribuire a creare la giusta convergenza tra ruolo degli operatori, vincoli economico-finanziari, trasformazioni organizzative e culturali e necessità assistenziali. Ci auguriamo che il nostro contributo possa essere un utile spunto per altre realtà regionali con analoghe difficoltà legate al complessivo riordino nazionale delle attività ospedaliere.

L'insufficienza cardiaca trascurata: lo Scompensamento Cardiaco Diastolico

DI ANTONELLA BRUNDU E FRANCESCO URAS

Lo Scompensamento Cardiaco è una sindrome caratterizzata da alterazioni strutturali e/o della funzione cardiaca che limitano la funzione ventricolare sistolica e/o diastolica, richiedendo appropriati interventi terapeutici, frequenti accertamenti diagnostici e ricoveri ospedalieri⁽¹⁾. L'invecchiamento della popolazione dei paesi occidentali negli ultimi decenni, associata alla riduzione della mortalità per le patologie cardiovascolari che evolvono verso l'insufficienza cardiaca, sembra fare aumentare progressivamente la sua incidenza e prevalenza.⁽¹⁾ Dallo Studio SHAPE,⁽²⁾ la più vasta indagine sullo Scompensamento Cardiaco in Europa ed in Italia, emerge che oltre 14 milioni di Europei sono affetti da insufficienza cardiaca, con una stima di oltre 30 milioni previsti nel 2020 e che ogni anno, in Europa, sono diagnosticati oltre 3,6 milioni di nuovi casi, mentre in Italia, si contano circa 100 - 150.000 nuovi ricoveri/l'anno. Su 100 malati, 40 muoiono entro 1 anno dal primo ricovero; solo 25 uomini e 38 donne su 100 sopravvivono a 5 anni dalla diagnosi.⁽³⁻⁴⁾ Spesso viene fatta una distinzione tra SC sistolico e diastolico,

co,⁽⁵⁻⁶⁾ che è, in qualche modo, arbitraria.⁽⁷⁻⁸⁻⁹⁾ In ogni caso la discriminante, tra i due, è rappresentata dal fatto che i pazienti con scompensamento cardiaco diastolico mostrano sintomi e/o segni di malattia associati ad una frazione di eiezione ventricolare sinistra (FEVS) conservata (> 40 - 50%) e che l'ecocardiografia riveste un ruolo di primaria importanza nella conferma della diagnosi di scompensamento con EF% conservata, specialmente perché consente di evidenziare oltre che la funzione contrattile globale, anche la disfunzione diastolica propriamente detta (alterato rilassamento ventricolare sinistro o rigidità diastolica).⁽¹⁻¹⁰⁾ A partire dal 1972, sono stati numerosi gli studi riguardanti pazienti con SC e funzione ventricolare sinistra conservata.⁽¹¹⁾ Come per quello con funzione sistolica ridotta, quello con funzione sistolica conservata presenta un'incidenza ed una prevalenza che aumentano esponenzialmente con l'aumentare dell'età.⁽¹²⁾ Una revisione di 31 studi ha mostrato che, in media, il 40% dei pazienti con SC ha una frazione di eiezione nella norma o solo lievemente ridotta.⁽¹³⁾ Inoltre, studi epidemiologici di comunità

hanno riportato che il 40% dei casi incidenti e dal 50 all'80% dei casi prevalenti (media: 62%) di SC si presentano con funzione ventricolare sinistra conservata.⁽¹¹⁻¹²⁻¹⁴⁾ L'importanza dello SC diastolico è dimostrata anche dai dati delle ospedalizzazioni: infatti questi pazienti rappresentano circa il 40% di quelli ricoverati per insufficienza cardiaca⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ e dalla prevalenza dei pazienti con scompensamento diastolico negli ambulatori cardiologici che oscilla dal 13 al 22%⁽¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹⁾ Studi più recenti, inoltre, hanno evidenziato che una EF conservata (> 40 - 50%) si riscontra nella metà dei pazienti con SC e che la prognosi, quando l'EF% è conservata, è sostanzialmente simile a quello dello SC sistolico.⁽²⁰⁻²¹⁾ Vista l'attualità e la particolarità della problematica, abbiamo voluto valutare in che modo questa sorta di "variante particolare" di SC fosse rappresentata nella nostra realtà ospedaliera e sono emersi i seguenti dati: dall'analisi di un campione di 160 pazienti (pz) consecutivi ricoverati presso la nostra Divisione di Cardiologia tra la fine del 2010 ed il 2011 è emerso che 53, pertanto il 33% del totale, (M: 29, F: 24) con una età media di 67,9 ± 13,5 anni sono

risultati affetti da uno scompenso “diastolico” con una EF% media di $57,4 \pm 9,0\%$. Tra i fattori di rischio, quelli maggiormente rappresentati in questa popolazione sono risultati essere: IRC (17%), tabagismo (16%), ipertensione arteriosa (70%), diabete mellito (particolarmente il tipo 2 nel 21% dei pazienti), ipercolesterolemia (20%). Dall’analisi del tracciato elettrocardiografico sono emerse le seguenti “peculiarità”: presenza di fibrillazione atriale (49%) e BBSN (16%). Li abbiamo, inoltre, confrontati con i pazienti affetti da SC con funzione sistolica depressa: 108 pz (M: 79, F: 29) con una età media di $64,9 \pm 12,8$ anni e con una EF% media di $29,6 \pm 7,7\%$, per alcuni parametri come: frequenza cardiaca, giorni di degenza ospedalieri, valori medi di BNP e Troponina, Pressione arteriosa e Terapia farmacologica e sono emersi i seguenti dati: valori statisticamente significativi sono risultati dal confronto tra: frequenza cardiaca (gruppo “sistolici”: $103,5 \pm 34,0$ bpm vs gruppo “diastolici”: $91,7 \pm 30,9$ bpm; P: 0,03); dosaggio del BNP (gruppo “sistolici”: $922,2 \pm 909,4$ pg/ml vs gruppo “diastolici”: $379,3 \pm 365,9$ pg/ml;

p: 0,0008) e di Troponina (“sistolici”: $0,37 \pm 1,53$ vs “diastolici”: $0,14 \pm 0,37$ ng/ml; p: 0,0000), Pressione arteriosa sistolica (gruppo “diastolici”: $141,6 \pm 26,6$ mmHg vs gruppo “sistolici”: $130,7 \pm 26,8$ mmHg; p: 0,01). Nessuna differenza statisticamente significativa è emersa, invece, dal confronto con i giorni di degenza ospedaliera (“diastolici”: $7,3 \pm 4,3$ vs “sistolici” $7,6 \pm 5,4$ gg; p: 0,80 NS). Per quanto attiene la terapia non sono emerse variazioni di rilievo né nell’uso complessivo, né del dosaggio dei farmaci anti - scompenso rispettivamente tra “sistolici” e “diastolici”: beta - bloccanti: 74 pz (69%) con $8,8 \pm 19,4$ mg vs 29 pz (18%) con $12,2 \pm 16,2$ mg; ACE - I: 68 pz (63%) con $9,6 \pm 8,4$ mg vs 31 pz (17%) con $11,4 \pm 7,5$ mg; Diuretici: 86 pz (80%) con $58,1 \pm 41,5$ mg vs 42 pz (80%) con $47,6 \pm 37,4$ mg. Nel nostro ambulatorio dedicato invece, su 103 pz, 30 (30% del totale, di cui F: 3 e M: 27), sono affetti da scompenso “diastolico”, con un’età media di $64,5 \pm 11,2$ aa, una EF% media di $52,6 \pm 6,2$. Anche in questo caso le peculiarità elettrocardiografiche sono rappresentate da F.A. in 6 pz, BBSN in 4 pz. Tra i fattori di rischio spiccano: ipercolesterolemia (6 pz affetti),

ipertensione arteriosa (9 pazienti) e Diabete Mellito tipo 2 in 4 pz. Per quanto attiene i capisaldi della terapia anti-scompenso: il beta - bloccante è utilizzato a dosaggi medi complessivi di $30,7 \pm 22,5$ mg/dl, gli ACE - I, con un dosaggio medio di $12,7 \pm 11,2$ mg/dl, i diuretici (prevalentemente furosemide) al dosaggio medio di $50,6 \pm 60,3$ mg/dl. Dal confronto tra il “gruppo ospedaliero” e quello “ambulatoriale” sono emerse alcune differenze: i soggetti di sesso femminile sono meno rappresentati (rispettivamente 24 vs 3) perché momentaneamente sono di più i soggetti di sesso maschile a rappresentare “la popolazione di riferimento” ambulatoriale, forse, perché spesso è difficile stabilire la diagnosi clinica di SC in pazienti anziani e con più comorbilità, aspetti che sono caratteristici dei pazienti con scompenso diastolico.⁽²²⁾ Mentre, per quanto attiene la terapia farmacologica, ovviamente, i beta - bloccanti spiccano per la loro titolazione nella popolazione ambulatoriale, seguita con maggiore sistematicità e dove, pertanto, è possibile una corretta implementazione del dosaggio del farmaco nel tempo, rispetto a quella ospedaliera, più eterogenea, ossia

composta da pazienti già noti ma anche da nuovi casi, che sfasano la posologia complessiva del farmaco. Dall'analisi dei nostri dati e della letteratura emerge, infine, che gli elementi fondamentali per la diagnosi di SC a funzione sistolica conservata sono: la caratterizzazione della frazione di eiezione mentre il paziente è sintomatico o entro 3 giorni dall'inizio della terapia, l'età media (i pazienti affetti da SC diastolico sono prevalentemente anziani), il sesso femminile, una storia di ipertensione arteriosa, di una tachiaritmia (circa il 30% di questi pazienti presentano almeno un recente episodio di fibrillazione e/o flutter atriale).⁽¹²⁻²³⁾ Infatti la perdita della contrazione atriale, conseguente all'aritmia, comporta la necessità di pressioni più elevate per il mantenimento di un adeguato riempimento ventricolare ma in presenza di una sottostante disfunzione diastolica, da cui l'insorgere della sintomatologia tipica. Mentre esistono dati sufficientemente chiari riguardanti la storia naturale dello SC sistolico, la storia naturale di quello diastolico non è ancora ben caratterizzata. È opinione corrente che i pazienti con SC diastolico abbiano una prognosi migliore di quelli con SC sistolico ma peggiore rispetto ai soggetti di controllo di pari età e sesso.⁽²⁴⁾ Questa convinzione è anche derivata dalle osservazioni che la mortalità sia inversamente proporzionale alla EF%.⁽²⁵⁾ Contrariamente a quanto si riteneva in passato lo scompenso cardiaco da disfunzione diastolica non ha una prognosi migliore di quello da disfunzione sistolica. Le problematiche legate allo

scompenso cardiaco diastolico sono state fatte, recentemente, oggetto di due studi pubblicati contemporaneamente dal NEJM. Nel primo sono stati valutati 2.802 pazienti ricoverati per scompenso cardiaco, suddivisi in tre categorie a seconda dei valori della frazione di eiezione: inferiore al 40%, compresa tra il 40% e il 50%, superiore al 50%. L'end - point era costituito dal decesso o da un nuovo ricovero per scompenso cardiaco entro 12 mesi. Il 39% dei pazienti aveva una frazione di eiezione superiore al 50%: si trattava, più frequentemente, di soggetti di sesso femminile, di età più avanzata e con una storia di ipertensione e fibrillazione atriale. La mortalità in questi pazienti non differiva da quella dei soggetti con frazione di eiezione ridotta, sia a 30 giorni che ad un anno. Anche la frequenza di nuovi ricoveri per riesacerbazione di malattia non era diversa tra i gruppi. Nel secondo lavoro sono stati studiati 6.076 pazienti con scompenso cardiaco ricoverati dal 1987 al 2001, anche questi suddivisi in base ai valori della frazione di eiezione in due gruppi, rispettivamente con frazione di eiezione ridotta e conservata. I dati sulla frazione di eiezione erano disponibili per il 76% dei pazienti. Di questi il 53% aveva una frazione di eiezione compromessa e il 47% conservata. La sopravvivenza era lievemente più alta nei soggetti con frazione di eiezione conservata (HR per decesso 0,96; P = 0,01), ma la sopravvivenza, nel corso degli anni, è migliorata per i pazienti con scompenso cardiaco con frazione di eiezione ridotta, non in quelli con

scompenso diastolico.⁽²⁶⁻²⁷⁾ I due studi pubblicati dal NEJM ci dicono cose interessanti. Anzitutto confermano che lo scompenso diastolico è frequente, tanto che circa il 40 - 50% dei pazienti con segni clinici di insufficienza cardiaca ne soffre. Ma l'aspetto più interessante è che, contrariamente a quanto si ritiene, la mortalità sembra non essere molto diversa tra i due tipi di scompenso. Una spiegazione potrebbe essere che in questi due studi l'età media dei pazienti con scompenso cardiaco diastolico era più avanzata di quella dei soggetti con scompenso sistolico, e questo può rendere conto di una sopravvivenza più bassa. In ogni caso non va dimenticato che non si tratta di una condizione benigna: la mortalità ad un anno è del 20 - 30%, mentre a 5 anni arriva al 65%. Infine un'altra osservazione interessante è il fatto che negli anni la sopravvivenza è aumentata solo nei casi di scompenso cardiaco da disfunzione sistolica. Inoltre non esistono per ora, se si esclude un braccio dello studio CHARM,⁽²⁸⁻²⁹⁾ trial clinici che abbiano valutato se vi siano ed eventualmente quali possano essere i trattamenti di scelta nello scompenso diastolico. Non abbiamo quindi dati affidabili per raccomandare terapie particolari. La terapia di scelta sembra basarsi su ace-inibitori, sartani, diuretici e betabloccanti. Si ritiene che la digitale sia controindicata (o che comunque vada usata con molta prudenza) perché l'effetto inotropo positivo potrebbe peggiorare la disfunzione diastolica e un'analisi ancillare recente del Digitalis Investigation Group (Studio DIG)⁽³⁰⁾ evidenzia come la digossina non

riduca la mortalità nè abbia effetti su altri outcomes nel sottogruppo di pazienti con scompenso diastolico. Anche i diuretici dovrebbero essere prescritti con una certa cautela per la possibile riduzione della portata cardiaca. I calcio - antagonisti diidropiridinici a lunga durata d'azione sono farmaci di seconda scelta da usare negli ipertesi se i beta-bloccanti sono controindicati.⁽³¹⁻³²⁾ Pertanto, lo SC diastolico rappresenta una sindrome complessa e ad evoluzione clinico - prognostica, attualmente, difficilmente prevedibile. Combinando questi dati con il previsto invecchiamento della popolazione nei paesi industrializzati e con la maggiore longevità delle donne, che ne sono particolarmente colpite, è facile prevedere che la sua importanza avrà un andamento esponenziale nel prossimo futuro.

Bibliografia

- 1) Linee Guida ESC per la diagnosi ed il trattamento dello scompenso cardiaco acuto e cronico 2008. *G Ital Cardiol* 2009; 10 (3): 141-198.
- 2) Remme WJ, Mc Murray JJ, Rauch B, et al. Public awareness of heart failure in Europe: first results from SHAPE. *Eur Heart J* 2005; 26: 2413-21.
- 3) Blackledge HM, Tomlinson J, Squire IB. Prognosis for patients newly admitted to hospital with heart failure: survival trends in 12.220 index admissions in Leicestershire 1993-2001. *Heart* 2003; 89: 615-20.
- 4) 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.
- 5) Aurigemma GP, Gaasch WH. Clinical practice. Diastolic heart failure. *N Engl J Med* 2004; 351: 1907-105.
- 6) Gaasch WH, Zile MR. Left ventricular diastolic dysfunction and diastolic heart failure. *Annu Rev Med* 2004; 55: 373-94.
- 7) Caruana L, Petrie MC, Davie AP, Mc Murray JJ. Do patients with suspected heart failure and preserved left ventricular systolic function suffer from "diastolic heart failure" or from misdiagnosis?. A prospective descriptive study. *BMJ* 2000; 321: 215-8.
- 8) Brutsaert DL. Diastolic heart failure: perception of the syndrome and scope of the problem. *Prog Cardiovasc Dis* 2007; 49: 275-83.
- 9) De Keulenaer GW, Brutsaert DL. Diastolic heart failure: a separate disease or selection bias?. *Prog Cardiovasc Dis* 2007; 49: 275-83.
- 10) How to diagnose diastolic heart failure. European Study Group on Diastolic Heart Failure. *Eur Heart J* 1998; 19: 990-1003.
- 11) Vasani RS, Larson MG, Benjamin EJ, et al. Congestive heart failure in subjects with normal versus reduced left ventricular ejection fraction. *J Am Coll Cardiol* 1999; 33: 1948-1955.
- 12) Senni M, Tribouilloy CM, Rodeheffer RJ, et al. Congestive heart failure in the community: a study of all incident cases in Olmsted County, Minnesota, in 1991. *Circulation* 1998; 98: 2282-2289.
- 13) Vasani RS, Benjamin EJ, DL. Prevalence clinical features and prognosis of diastolic heart failure: An epidemiologic perspective. *J Am Coll Cardiol* 1995; 26: 1565-1573.
- 14) Devereux RB, Roman MJ, Liu JE, et al. Congestive heart failure despite normal left ventricular systolic function in a population-based sample: The Strong Heart Study. *Am J Cardiol* 2000; 86: 1090-1096.
- 15) Choien Solal A, Desnos M, Delahaye F et al. A national survey of heart failure in French hospitals. *Eur Heart J* 2000; 21: 763-769.
- 16) Philbin WF, Rocco TA, Lindenmuth NW, et al. Systolic versus diastolic heart failure in community practice: clinical features, outcomes, and the use of angiotensin-converting enzyme inhibitors. *Am J Med* 2000; 109: 605-613.
- 17) Cohn JN, Johnson MS et al. Heart Failure with normal ejection fraction. The V-HeFT study. *Circulation* 1990; (Suppl. III): III-48-III-53.
- 18) McAlister F, Teo KK, Taher M et al. Insight into contemporary epidemiology and outpatient management of congestive heart failure. *Am Heart J* 1999; 138: 87-94.
- 19) Tavazzi L, Tarantini M, Gorini M et al. Heart failure with preserved systolic ventricular function: clinical and prognostic data from the Italian Network on Congestive Heart Failure (IN-CHF) database. *Circulation* 1999; 100: 1-23.
- 20) Bhatia RS, Tu JV, Lee DS, Austin PC, Fang J, Haouzi A, Gong Y, Liu PP. Outcome of heart failure with preserved ejection fraction in a population-based study. *N Engl J Med* 2006; 355: 260-9.
- 21) Owan TE; Hodge DO, Hergens RM, Jacobsen SJ, Roger VL, Redfield MM. Trends in prevalence and outcome of heart failure with preserved ejection fraction. *N Engl J Med* 2006; 355: 251-9.
- 22) Philbin EF, Weil HFC, Erb TA, Jenkins PL. Cardiology or primary care for heart failure in the community setting. Process of care and clinical outcomes. *Chest* 1999; 116: 345-354.
- 23) Chen HH, Lainchbury JG, Senni M, Redfield MM. Diastolic heart failure in the community: underlying cardiovascular diseases and precipitating factors. *Circulation* 2000; 120: 2-780.
- 24) Gaasch WH. Diagnosis and treatment of heart failure based on left ventricular systolic or diastolic dysfunction. *JAMA* 1994; 271: 1276-1280.
- 25) Cohn JN, Rector TS. Prognosis of congestive heart failure and predictors of mortality. *Am J Cardiol* 1988; 62: 25A-30A.
- 26) Bhatia RS et al. Outcome of Heart Failure with Preserved Ejection Fraction in a Population-Based Study. *N Engl J Med* 2006 Jul 20; 355:260-269.
- 27) Owan TE et al. Trends in Prevalence and Outcome of Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. *N Engl J Med* 2006 Jul 20; 355:251-259.
- 28) Granger BB et al. Adherence to candesartan and placebo and outcomes in chronic heart failure in the CHARM programme: double-blind, randomised, controlled clinical trial. *Lancet* 2005 Dec 10; 366:2005-2011.
- 29) McMurray JJV et al. The Charm - Added Study (Candesartan in Heart failure - Assessment of Reduction in Mortality and morbidity). *Lancet* 2003; 362 : 767-771.
- 30) Ahmed A et al. Effects of Digoxin on Morbidity and Mortality in Diastolic Heart Failure. The Ancillary Digitalis Investigation Group Trial". *Circulation*. 2006;114:397-403.
- 31) Satpathy C. et al. Diagnosis and Management of Diastolic Dysfunction and Heart Failure. *Am fam Physician* 2006 Mar1; 73:841-846.
- 32) Michele Senni. Lo scompenso diastolico. Monografia: "Lo scompenso Cardiaco" (a cura di Antonello Gavazzi) cap IX: 169-184.

DI DOMENICO GABRIELLI

Il Medico pubblico dipendente fra “spending review” e decretone vari

Il difficile momento di congiuntura economica vissuta nel mondo e la gravità della situazione economica ha portato l'attuale governo “tecnico” a ripensare complessivamente la spesa pubblica dello stato; la bozza del decreto sulla spending review dovrebbe passare in questi giorni (prima metà di luglio) alla commissione bilancio del senato per iniziare l'iter per la definitiva approvazione.

“Spending review”

Un primo esame della bozza (DL 95/2012), riguardo agli interventi previsti in materia di sanità, desta molte preoccupazioni soprattutto in ordine a due punti cruciali: la riduzione prevista dei posti letto e il taglio del fondo sanitario nazionale. L'effetto combinato di questi interventi potrebbe portare, se non gestito con la massima oculatezza, al rischio di collasso del SSN. Per quanto riguarda i posti letto si segnala infatti che, a fronte di una media europea di 5,2 per mille abitanti, in Italia si dovrebbe passare da 4,2 a 3,7 per mille abitanti con una perdita di ulteriori 27.000 posti che si aggiungono agli oltre 45.000 già “tagliati” nell'ultimo decennio. Quanto sopra per dire che sarà sì necessario ottimizzare l'utilizzo degli Ospedali e considerare nel novero anche quelli convenzionati, ma che non si può pensare di operare tagli lineari che non tengano conto anche delle situazioni in cui versa la medicina territoriale nelle varie zone d'Italia e soprattutto non si può pensare di non attuare una nuova organizzazione territoriale che consenta di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini, in

alternativa a un sistema ospedaliero così riprogettato. Per quanto riguarda i tagli di spesa sono previsti risparmi per complessivi 5 miliardi di euro fino al 2014 e questo fatalmente inciderebbe sui servizi erogati, checché se ne possa dire. Meno preoccupazione destano gli ipotizzati tagli di organico per il semplice motivo che la situazione è già mediamente talmente in sofferenza a riguardo, che sembra difficile ipotizzare ulteriori riduzioni di personale, certamente in molte regioni già si sta provvedendo a non sostituire i “primari” e gli altri dirigenti medici che cessano dal servizio per quiescenza e non si procede più al trattenimento in servizio di quei dirigenti che abbiano raggiunto i requisiti per la quiescenza; ancora una volta bisogna dire che tagli lineari degli organici non possono essere attuati senza una riorganizzazione complessiva del sistema che preveda anche una riduzione dei servizi erogati.

Proroga “intramoenia allargata”

Il DL 89/2012, approvato il 28 giugno, ha previsto una proroga al 31 ottobre 2012 della intramoenia allargata, tale proroga è stata successivamente estesa al 31 dicembre 2012. A molti sembra che si continui a esagerare nelle proroghe a breve, senza che si riesca a considerare la problematica della libera professione in intramoenia nel suo complesso. La proroga prevista in questo “mini - DL” è in realtà solo uno degli interventi pensati nel “decretone - Balduzzi”, che è ancora in fase di bozza per l'iter di approvazione, infatti secondo

quanto proposto le aziende sanitarie dovrebbero, sempre entro ottobre 2012, effettuare una ricognizione definitiva e straordinaria degli spazi disponibili per le attività libero - professionali e adottare un programma sperimentale per far svolgere l'attività intramoenia in studi collegati in rete sulla base di una infrastruttura per il collegamento telematico approvata con una intesa Stato - Regioni. Nella proposta di riordino è previsto che i pagamenti relativi alle prestazioni avvengano direttamente all'Azienda e con mezzi che ne assicurino la tracciabilità per qualsiasi importo; è inoltre prevista la contrattazione collettiva per la definizione degli importi minimo e massimo di ciascuna prestazione. I programmi sperimentali di cui sopra sono ammessi in forma residuale solo nelle aziende dove non sia effettivamente possibile seguire le nuove regole, nel contempo le Regioni avranno tempo fino al 31 dicembre 2014 per realizzare gli spazi interni necessari per l'attività intramoenia. Ancora una volta sembra che delle intenzioni, pur ottime in teoria, non tengano conto delle realtà locali che sono le più variegiate in merito ed è, a parere dello scrivente, molto probabile che il regime delle proroghe “infinite” non abbia ancora trovato la sua conclusione, anche perché la tanto vituperata libera professione intramoenia, anche se imperfetta e certamente migliorabile, è comunque una maniera di rispondere a dei bisogni di salute altrimenti non esaudibili.

DI GIANFRANCO CUCCHI

La Spesa Sanitaria di una nazione è un indice di sviluppo civile e sociale

La spesa sanitaria di una nazione è un indice di sviluppo civile e sociale. Con l'aspettativa di vita, la mortalità totale e la mortalità infantile è un indicatore di benessere di una popolazione. Recentemente sono stati pubblicati i dati della classifica dei Paesi OCSE per la spesa sanitaria dove l'Italia figura al diciottesimo posto (OECD Health Data 2011). Nel 2000 la nostra nazione si classificava in una posizione mediana, al quindicesimo posto, tra i 31 Paesi dell'OCSE. Tra i primi si trovavano la Francia, la Germania, il Canada e gli Stati Uniti, mentre dopo l'Italia si posizionavano Regno Unito, Giappone e Spagna. Oggi Regno Unito, Irlanda e Finlandia hanno superato stabilmente l'Italia. Gli indicatori della spesa sanitaria di un Paese sono due:

1. la spesa pro - capite (espressa in dollari a parità di potere di acquisto p.p.a.),
2. l'incidenza percentuale sul prodotto interno lordo (P.i.l.) della spesa sanitaria.

Per spesa sanitaria si considera quella corrente, pubblica e privata, esclusi gli investimenti. Nel 2009 per la spesa sanitaria pro - capite l'Italia si colloca al quindicesimo posto con 3.020 dollari (p.p.a) superata da grandi Paesi come U.S.A (7.958 dollari), Canada 4.139, Germania 4.072, Francia 3.872 e Regno Unito 3.311 ma anche da piccoli Paesi come la Svizzera, i Paesi Bassi, la Norvegia, la Danimarca, l'Austria ed il Belgio. Oggi l'Italia si posiziona sotto la media dei Paesi OCSE. Considerando la spesa sanitaria pubblica l'Italia perde quattro

posizioni, passando dal quattordicesimo al diciottesimo posto. Nella stessa posizione si trova la nostra nazione anche considerando la percentuale della spesa sanitaria sul P.i.l, con il 9,1%, dopo essersi collocata invece negli anni passati stabilmente fra il quattordicesimo e il sedicesimo posto. Per questo indicatore la nostra nazione è stata sorpassata da Paesi "risparmiosi" come il Regno Unito, la Spagna, la Grecia, il Portogallo, lontano dai maggiori Paesi che da tempo hanno oltrepassato la soglia del 10%, a noi vicini, come la Germania (11,2%), la Francia (11,5%) e più distanti come gli Stati Uniti (16,6%) e il Canada (10,8%). La graduatoria per l'incidenza percentuale sul Pil della spesa sanitaria ovviamente risente dell'andamento di questo fattore (al denominatore) che in Italia è rimasto al "palo" in questi anni. Ciò significa che se il nostro Paese avesse avuto un incremento del Pil in linea con le altre nazioni sviluppate la percentuale della spesa sanitaria sarebbe ancora più bassa. Ma la perdita di posizioni potrebbe non essere una cattiva notizia, perchè può significare che l'Italia ha saputo controllare maggiormente degli altri Paesi la crescita della spesa sanitaria, oppure che nella crisi globale, particolarmente acuta in Italia, i nostri governanti hanno razionato le risorse più in questo settore che altre nazioni. Nell'ultimo decennio il tasso di crescita reale (cioè depurato dall'inflazione) è stato per l'Italia dell'1,6% all'anno, percentuale che ci colloca al terzultimo posto nei Paesi OCSE che hanno una media di cre-

scita del 4%. Il controllo della spesa sanitaria ha avuto nel nostro Paese un certo successo se è vero, come è vero, che siamo pur sempre al terzo posto nel mondo per aspettativa di vita (81,8 anni) dietro a Giappone e Svizzera. Questo significa che l'Italia è fondata su un Sistema Sanitario universalistico dalle basi solide, con un modello economico virtuoso e che non vive al di sopra dei propri mezzi. Anche se questo risparmio virtuoso è stato operato soprattutto sugli operatori della Sanità, bloccando i turnover, le carriere professionali, la ricerca scientifica, accorpendo reparti ecc. e non sugli sprechi che pure ci sono. La recente manovra finanziaria prevede solo l'1% di crescita della spesa sanitaria italiana nel prossimo triennio, rispetto ad un incremento fisiologico del 2%. Il nuovo governo è chiamato a colmare questo gap tra mancata crescita e reale necessità del sistema. Con quali misure? Ad esempio ricollocando le risorse dai settori improduttivi verso quelli dell'erogazione dei servizi, ad esempio per ridurre le liste di attesa, rendendo pubblici e leggibili i bilanci della Aziende Sanitarie e ospedaliere con la stesura di bilanci anche sociali, regolando i servizi sul territorio con degli standard nazionali obbligatori, con modelli di gestione uniformi della Sanità nazionale, responsabilizzando le Regioni e dando più poteri ai Comuni. In definitiva eliminando gli sprechi recuperando le risorse per il potenziamento della qualità e quantità dell'assistenza. Ma questa è un'altra storia.



La Scuola Medica Salernitana in una miniatura del Canone di Avicenna

Piccola storia della Medicina Cardiovascolare: la Scuola salernitana

DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI

Alla fine del XII secolo la scuola,
posta sulla rotta per la Terra Santa, ha fama immensa e
ospita studenti e medici da ogni nazione

La Schola Salerni è considerata la più antica e illustre istituzione medievale medica del mondo occidentale. Le prime testimonianze storiche certe risalgono all'inizio dell'VIII secolo, ma le sue origini si perdono nel buio dei secoli. Secondo la leggenda, fu fondata da un greco, da un latino, da un arabo e da un ebreo, ma ad ogni modo ha una triplice matrice culturale: greca (profughi da Napoli), araba (scienziati della Spagna musulmana) e infine normanna. Alcuni ne attribuiscono la fondazione a Carlomagno, a giustificare il suo indiscutibile carattere laico, anche se non è da escludere che alla sua nascita



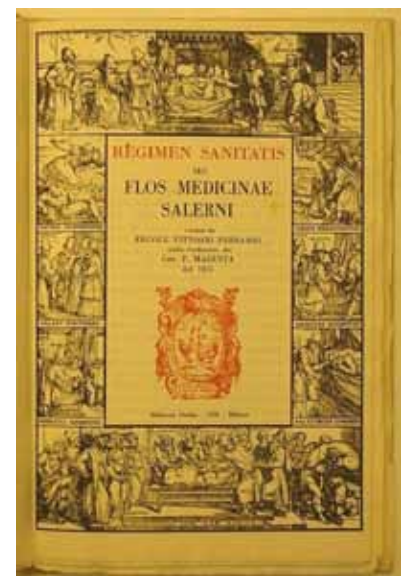
Trotula de Ruggiero, una delle prime donne medico

clinici delle malattie. Alla base della scuola stanno approfonditi studi anatomici (forse solo sui maiali), l'importanza dell'armonia psicofisica e il valore di una dieta corretta ed equilibrata, principi che ancora oggi sono riaffermati dalla medicina psicosomatica e dalla scienza dell'alimentazione. Furono formulati consigli (Regimina) su ciò che bisogna e non bisogna fare: grande importanza viene data alla moderazione (non bisogna eccedere nelle pratiche amorose, leggere a lume di candela, eccedere nel vino e... sforzarsi troppo nella defecazione) e a ciò che si mangiava, soprattutto in relazione al temperamento: se uno era molto collerico, voleva dire che

La Schola Salerni è considerata la più antica e illustre istituzione medievale medica del mondo occidentale

abbia contribuito l'influsso della vicina abbazia di Montecassino; già nel VI secolo esisteva a Salerno, infatti, un chiostro benedettino con annesso ospedale. La scuola seguì all'inizio la medicina greca con Garioponto (che nel *Passionarum* riassume i precetti di Galeno e dei medici bizantini), Pietro Clerico, Alfano I Arcivescovo (autore del *De quattuor humoribus corporis humani*) e Trotula, una donna il cui libro *De mulierum passionibus ante in et post partum* ebbe grande risonanza, perché trattava per la prima volta le malattie femminili. Nel secondo periodo, del massimo splendore, subì l'influsso arabo: Costantino l'Africano (1010 - 1087) traduce dall'arabo i testi di Galeno e Ippocrate e Piero Musandino è autore di un trattato

sulla dieta. Alla fine del XII secolo la scuola, posta sulla rotta per la Terra Santa, ha fama immensa e ospita studenti e medici da ogni nazione. Dopo 3 anni di logica e 5 di teoria sui classici greci e di pratica, anche con autopsie, si sosteneva un esame collegiale pubblico (Federico II decretò che nessuno potesse esercitare l'arte medica se non superandolo). Infine il giovane medico doveva trascorrere un anno di tirocinio presso un medico anziano. Una delle novità più importanti della scuola sta nel non accettare passivamente la malattia: non solo la cura, ma soprattutto cerca di prevenirla. Altro grande progresso è il fatto che i maestri sono disposti a scendere dalla cattedra per avvicinarsi al letto del paziente e discutere con gli allievi degli aspetti



Flos Medicinæ Salerni (detto anche Regimen sanitatis salernitanum, Medicina Salernitana, De conservanda bona valetudine, o Liliū medicinæ)

aveva troppa bile, per cui bisognava smorzare tale temperamento facendogli mangiare pesce di palude, che è freddo. La Scuola inizia a decadere alla fine del XIII secolo col sorgere dell'Università di Napoli, fino all'abrogazione a opera di Gioacchino Murat. I precetti fondamentali della scuola sono raccolti nel *Flos Medicinæ Salerni*, trattato igienico - profilattico a carattere divulgativo (ebbe 300 edizioni in molte lingue) il cui nucleo originario fu scritto nel XIII sec. da Arnolfo di Villanova; esso espone una serie di norme scritte in esametri su elementi ambientali (alimentazione, luoghi, fattori climatici, attività fisica) che andavano controllati al fine di conservare e migliorare la salute dell'individuo. Ritornano i principi dell'igiene, del lavarsi molto, della salubrità dell'aria. Notevole era la conoscenza delle erbe medicinali: l'issopo contro le bronchiti e le affezioni respiratorie, la ruta per la vista, il colchico come antireumatico. L'*Alphita salernitano*, opera anonima, è un dizionario di 1.322 termini medici. Altro libro molto famoso il *De Aegritudinum Curatione* che tratta delle febbri; la terapia è quasi esclusivamente a base di dieta e di salassi. Non si può poi dimenticare l'importanza che ebbe la chirurgia: nella *Practica chirurgiæ* di Ruggero Frugardi sono menzionate tecniche come la sutura dei vasi sanguigni con l'uso di fili di seta, che sembra stata però inventata però da Giovanni da Casamicciola.

Alcuni aforismi della Scuola salernitana

Cor sapit, pulmo loquitur, fel commovet iram, splen
ridere facit, cogit amare jecur
(il cuore è sede della sapienza, il polmone dà la
parola, il fiele muove l'ira, la milza dà il riso e il
fegato l'amore)

Custodit vitam qui custodit sanitatem
(ha cura della vita chi ha cura della salute)

Parce mero, coenato parum: non sit tibi surgere post
epulas, somnum fuge meridianum
(v'adagio col vino, fa cena frugale, non ti sia grave
alzarti da tavola, non dormire dopo mezzogiorno)

Post prandium aut stabis aut lento pede
deambulabis
(dopo pranzo riposa o cammina lentamente)

Singola post ova, pocula sume nova
(dopo ogni uovo, bevi un altro bicchiere di vino)

Si fore vis sanus, ablue saepe manus
(se vuoi essere sano, lavati spesso le mani)

Si tibi deficient medici, medici tibi fiant haec tria:
mens laeta, requies, moderata dieta
(se ti mancano i medici ti siano questi tre: mente
lieta, tranquillità, dieta moderata)

Ut sit nocte levis, sit tibi coena brevis
(se vuoi essere leggero di notte, fa frugale cena)



Buone Vacanze
dalla Redazione



